



INSTITUTO  
**VOX**

DE PESQUISA EM  
PSICANÁLISE  
MULHERES | POLITICA | PSICOSE

Da contratransferência à auto-revelação

[www.voxinstituto.com.br](http://www.voxinstituto.com.br)

## Da contratransferência à auto-revelação

Henry KRUTZEN

### Introdução

A questão da técnica, no tratamento psicanalítico, foi sempre um assunto polêmico, que trouxe vários conflitos e desencontros nesses cento e vinte anos de história, desde sua criação por Freud no fim do século XIX.

Freud nunca escreveu um tratado sobre a técnica psicanalítica e ela permaneceu então, em relação ao fundador, um segredo bem guardado (Leitner, 2001). Os primeiros analistas, tinham, naturalmente, um acesso direto à pessoa de Freud e podiam se dirigir a ele para pedir conselhos, orientações e “supervisões”, antes do próprio dispositivo analítico ter sido criado, na década de 1930, por Max Eitingon, na policlínica de Berlim (Institut Psychanalytique de Berlin, 1930).

Depois da descoberta da transferência, surgiu a questão difícil da contratransferência, que reclamava uma atitude da parte de Freud. Apesar das indicações claras deste, o debate ia ser ampliado depois da segunda guerra mundial até chegar à noção de auto-revelação<sup>1</sup>, que, desde o fim dos anos oitenta, concentra muitas discussões apaixonadas. Esses embates encontram naturalmente suas origens nas várias teorias que surgiram depois da guerra.

Primeiro, a chegada de Melanie Klein em Londres, em setembro de 1925, teve uma influência fundamental ao futuro desenvolvimento da psicanálise no mundo. Já com ideias teóricas avançadas, Melanie Klein iniciou um verdadeiro trabalho de “escola”<sup>2</sup>, formando alunos e desenvolvendo assim um grupo estruturado ao redor dos seus escritos, e da sua prática como analista e supervisora. Os trabalhos apresentados trouxeram novos conceitos sobre o período pré-ediípiano, com hipóteses muito mais originárias sobre a

---

<sup>1</sup> Traduzimos a palavra inglesa *self-disclosure* pelo português “auto-revelação”. Notamos que a expressão *self-revelation* é também utilizada pelos autores de língua inglesa, onde este conceito apareceu pela primeira vez. Vejam, por exemplo Bromberg, 2006, p. 128.

<sup>2</sup> Usamos a palavra “escola” de maneira antecipada a chegada de Lacan na cena psicanalítica. Justificamos o uso dessa palavra neste contexto pelo fato de que, no futuro, este período conturbado da psicanálise, indo dos anos quarenta até o fim dos anos oitenta, será chamado, com toda razão, de “era das escolas” na comunidade analítica.

criança pequena, com conflitos precoces na constituição do eu. Falavam de seio bom/mau, de fantasias inconscientes, de posição depressiva e esquizo-paranoide, de inveja, etc. Todo um mundo novo que se afastava da letra dos escritos freudianos e trazia novidades, com consequências clínicas importantes. Assim, a psicanálise com crianças era considerada pelos kleinianos como sendo uma psicanálise mesma, no sentido pleno da palavra. A única diferença era a nova técnica do brincar, introduzida por Klein como sendo a mais adequada com crianças pequenas.

Quando Anna Freud chegou em Londres, com o pai, no dia 6 de junho de 1938, a situação já estava estruturada ao ponto de um conflito profundo na B.P.S.<sup>3</sup> Anna Freud tinha ideias bem diferentes de Klein sobre o manejo do tratamento com crianças. Para ela, não se podia tratar uma criança sem integrar uma dimensão educativa, porque a criança é um ser em devir e ainda não apresenta um eu formado.

Durante toda a guerra, as famosas controvérsias aconteceram em Londres, em torno – como sempre será o caso das grandes controvérsias – do instituto de formação (King e Steiner, 1991). O resultado será uma divisão em três partes da B.P.S., um grupo freudiano “ortodoxo”, um grupo kleiniano e um grupo independente que, chamado terceiro grupo, navegaria entre os dois outros, e de onde sairia uma nova escola muito importante, a chamada escola da relação de objeto.

Na verdade, as chamadas teorias de relações de objeto não constituem um conjunto coerente de uma teoria unificada. Os vários autores que podem ser considerados – retrospectivamente – como pertencentes a este “movimento”, foram, na maioria, membros desse terceiro grupo da B.P.S. mas configuravam uma unidade de pensamento sobre a teoria e a técnica da psicanálise.

Todavia, alguns pontos podem ser destacados, como sendo importantes ao que esses autores desenvolveram. Tais pontos derivaram-se, de maneira mais ou menos explícita, das várias formulações que Melanie Klein produziu ao fio dos anos. A noção de “objeto”, como sendo primária nessas teorias, remete a pessoas, partes de pessoas, ou símbolos de pessoas. O destaque é colocado sobre o primeiro objeto, a mãe. Outros conceitos aparecem nessas teorias, que terão destinos diferenciados em função de um ou outro autor. A noção de self, por exemplo, é uma dessas noções que chegou para se

---

<sup>3</sup> *British Psychoanalytical Society*.

consagrar e numerosos autores vão desenvolver suas concepções sobre ele (Kohut, 1971; Stern, 1985, Bromberg, 1996; etc.).

A figura mais representativa entre esses foi a de Winnicott, que terá uma influência enorme sobre o desenvolvimento da psicanálise com crianças, apesar de não ter iniciado nenhum tipo de “escola”. Outros representantes dessa abordagem são: Fairbairn (1952), que colocará o enfoque sobre o fato de a pulsão não buscar o prazer, mas o objeto; Guntrip (1968), que desenvolveu uma clínica dos pacientes esquizoides; e Michael Balint (1939, 1952), que trará a experiência do grupo húngaro na Inglaterra e ativamente participará da solução pacífica encontrada na resolução das controvérsias na B.P.S.

Durante todo esse tempo do desenvolvimento da psicanálise durante e depois da guerra, a obra importante de Ferenczi permanece esquecida e o acesso aos textos do psicanalista húngaro só ficarão disponíveis no fim dos anos sessenta, com uma primeira tradução organizada das suas obras completas em francês (Ferenczi, 1968, 1970, 1974, 1982, 1932/1985). Veremos como a tradução do seu *Diário clínico* (1932/1985) para o inglês, em 1988, causará um abalo na comunidade psicanalítica americana.

Nos Estados Unidos, a situação está bem diferente após o término da segunda guerra mundial. O programa de pós-doutorado da Universidade de Nova York, que podemos considerar como exemplo representativo da situação analítica nos Estados Unidos, se constitui com dois eixos de formação. O primeiro se apoia sobre o trabalho de Heinz Hartmann (1964), psicanalista vienense que chega em Nova York em 1941. Pensador da escola da *Ego Psychology*, ela vai desenvolver uma visão da psicanálise que terá um efeito importante nos Estados Unidos até hoje. A *Ego Psychology* apresenta várias transformações em relação a teoria de Freud, ampliando algumas hipóteses do fundador da psicanálise, como as noções de libido dessexualizada, ou de prova de realidade<sup>4</sup>. O outro eixo da formação se apoia sobre o trabalho de Sullivan (1953, 1964, 1965) e a dimensão interpessoal desenvolvido por ele na sua obra. Os dois eixos vão evoluir de maneira cada vez mais separada (Aron, 1996), como dois universos paralelos, falando línguas diferentes e tendo realidades sem nenhum ponto em comum.

Durante esses acontecimentos na Inglaterra e nos Estados Unidos, a França vai conhecer uma transformação radical da organização do movimento psicanalítico, que terá

---

<sup>4</sup> *Realitätsprüfung*.

consequências decisivas para o futuro da psicanálise: a chegada e o crescimento do movimento lacaniano.

No começo dos anos cinquenta, Lacan inicia um seminário que ele vai proferir durante 28 anos. Nosso interesse aqui é de ver como Lacan se posiciona em relação aos acontecimentos que o precederam no mundo anglo-americano. Seu primeiro seminário (Lacan, 1953-54), intitulado *Os escritos técnicos de Freud*, já anuncia uma posição crítica. Continuando no ano seguinte (1954-55) na mesma direção, Lacan traz uma crítica pesada da *Ego Psychology*, ao se apoiar sobre a linguística (Jakobson, 1956), a etnologia estrutural (Levi-Strauss, 1947) e a jovem ciência cibernética (Lacan, 1956a) oriunda dos resultados obtidos à partir das necessidades de decodificação dos recados secretos dos nazistas durante a guerra. Instaurando o significante como conceito-chave em um “retorno a Freud”, cuja obra teria sido adulterada pelas interpretações de Hartmann, Lacan arruína o movimento americano em três anos de seminário. Ele traz a noção de simbólico como sendo fundamental para qualquer prática da psicanálise. Depois, no quarto ano (Lacan, 1956-57), intitulando seu seminário *A relação de objeto e as estruturas freudianas*, Lacan desloca sua crítica para os autores ingleses, igualmente “culpados” de praticar uma psicanálise baseada sobre noções imaginárias, quando a descoberta de Freud se apoia sobre as dimensões da fala e da linguagem (Lacan, 1956b). Só manterá a noção de objeto transicional (Winnicott, 1951), com a qual produzirá o seu conceito mais importante, o objeto *a*.

Depois das cisões que vão ocorrer na França com o crescimento do ensino lacaniano (Roudinesco, 1993), Lacan funda a sua escola, a Escola Freudiana de Paris, e produz um texto fundador (Lacan, 1967) sobre o funcionamento de uma escola de psicanálise. A ruptura definitiva vem acontecer e a história da psicanálise está escrita nesses momentos cruciais. O movimento lacaniano vai se desenvolver independentemente da I.P.A.<sup>5</sup> e a época em que uma superestrutura organizacional regia o movimento analítico chega ao fim. Depois da morte de Lacan, em 1981, miríades de associações independentes, mais ou menos importantes, vão aparecer e crescer, principalmente nos países de línguas latinas<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> *International Psychoanalytical Association*.

<sup>6</sup> França, Espanha, Portugal, Itália, Suíça e Bélgica, na Europa, e na América latina toda.

Voltando para uma visão mais ampla deste período de cinquenta anos, de 1940 até o fim dos anos oitenta – a chamada era das escolas –, podemos considerar várias vertentes teóricas, que vão influenciar a questão da técnica psicanalítica. Além da posição ortodoxa freudiana, representada pela “herdeira”<sup>7</sup> Anna Freud, temos o movimento kleiniano, que vai se espalhar dentro da I.P.A., com sua ramificação bioniana (Bion, 1962, 1963, 1965, 1970), as teorias vinculadas às relações de objetos, o eixo interpessoal e o eixo da *Ego Psychology*, nos Estados Unidos, e, enfim, o movimento lacaniano nos países de línguas latinas. Podemos acrescentar a importância do movimento da *Self Psychology* (Kohut, 1971, 1977, 1984) nos Estados Unidos a partir de 1971.

O debate sobre a contratransferência vai destacar os aspectos do tratamento em relação à posição do analista. Vamos estudar essa questão, saindo da posição freudiana originária, para ver como essa noção vai ser modulada nas abordagens kleinianas e das relações de objeto. O fim dos anos quarenta e os anos cinquenta vai trazer novas reflexões, com a introdução da noção de contratransferência de uma maneira menos negativa, como fonte de orientação no tratamento (Heimann, 1950; Tower, 1955), de reconhecimento do aparecimento de afetos do lado do analista (Winnicott, 1947), do desenvolvimento de uma “neurose de contratransferência” (Racker, 1948), ou da resposta total do analista (Little, 1950, 1951). A questão também poderá ser criticada (Reich, 1949, 1959) ou modulada (Money-Kyrle, 1956). O debate evoluirá sempre entre essas duas posições, do acolhimento ou da crítica, como nas escolas lacanianas.

Depois, veremos como a noção de contratransferência será deslocada para ser pensada progressivamente com a noção emergente de auto-revelação, na psicanálise contemporânea.

### **Freud e a contratransferência**

A contratransferência aparece pela primeira vez numa carta de Freud a Jung, de 7 de junho de 1909 (Freud/Jung, 1975). Essa carta se insere no contexto das relações conturbadas que Jung desenvolveu com sua paciente e amante Sabina Spielrein. Freud foi confidente dos dois e, sem querer desenvolver aqui toda complexidade da história de Spielrein (Udler Cromberg, 2014) e da sua relação com Jung, podemos destacar como

---

<sup>7</sup> Essa posição de Anna Freud pode ser clarificada através das cartas circulares que foram trocadas pelo comitê secreto, entre 1913 e 1927 (Wittenberger, 1999, 2001, 2003, 2006).

ponto interessante, para nosso debate, a emergência da noção de contratransferência no discurso de Freud, exatamente por meio desta confusão neste triângulo Jung / Spielrein / Freud. Trata-se de uma resposta a carta de Jung de 4 de junho de 1909, na qual Jung se queixa de Spielrein e, ponto interessante, também de Otto Gross. Ele junta os dois como sendo casos de luta contra o pai e diz que “as ideias de Gross assombraram um pouco demais a sua cabeça” (Freud/Jung, 1975, p. 307).

Sabemos que Gross (Chiecchia, 2017) estava no Burghölzli no mesmo momento que Spielrein. As ideias libertárias e revolucionárias de Gross (2017) influenciaram Jung que, provavelmente, procurava uma “desculpa” para se relacionar com Spielrein. Essa dimensão de desculpa aparece claramente nesta carta a Freud. Gross e Jung entraram num processo de análise mútua, bem antes de Ferenczi (1932b) e isso deve ter ajudado Jung a ser “assombrado” pelas ideias de Gross. Essas histórias terminaram de maneira dramática, com Jung, utilizando seu poder médico, para diagnosticar os dois. Respondeu a demanda insistente do pai de Otto Gross, que queria interná-lo, por um diagnóstico de *dementia praecox*, e “rotulou” Sabina Spielrein de “psicose histérica”.

Reconhecemos que a emergência do conceito de contratransferência aconteceu num contexto extremamente perturbado em que Jung teve um papel central e altamente questionável, e que essa carta de 4 de junho de 1909 testemunha. Freud responde que ele não se deixou assim pegar<sup>8</sup>, mas que, muitas vezes, escapou por pouco<sup>9</sup> (Freud/Jung, 1975, p. 309). E acrescenta: “nos tornamos senhores da contratransferência na qual estamos, no fim das contas, sempre postos, e aprendemos a deslocar nossos próprios afetos e a situá-los corretamente” (p. 309).

Durante a reunião da *Wiener Psychoanalytische Vereinigung*<sup>10</sup> (W.P.V) do dia 9 de março de 1910, Freud volta sobre o assunto e considera

*uma regra importante para a análise: enquanto o paciente se apega ao médico, o médico está num processo similar, na contratransferência. Essa contratransferência deve ser completamente superada pelo médico; apenas isso o torna senhor da situação psicanalítica; faz dele o objeto perfeitamente frio que a outra pessoa deve cortejar com amor* (Nunberg e Federn, 1967, p. 437).

---

<sup>8</sup> Fazendo claramente alusão ao caso de Jung com Spielrein.

<sup>9</sup> Freud usa a expressão inglesa *narrow escape*.

<sup>10</sup> A famosa Sociedade Psicanalítica de Vienna, fundada por Freud em 1908 depois da Sociedade Psicológica da Quarta Feira.

Nunberg e Federn (1967) adicionam uma nota de rodapé, comentando que Freud teria descoberto a contratransferência durante a análise de um paciente fóbico (p. 437n).

Em 1910, o artigo *As perspectivas futuras da terapia psicanalítica* é a versão escrita da conferência de abertura feita por Freud, no segundo congresso internacional de psicanálise, de 30 de março de 1910<sup>11</sup>. Freud diz o seguinte:

*Tornamo-nos cientes da contratransferência, que surge no médico quando o paciente influencia os seus sentimentos inconscientes, e estamos quase inclinados a solicitar que o médico reconheça e domine essa contratransferência dentro de si (p. 293).*

Os comentários de Freud, sobre a contratransferência, são raros e temos que voltar à sua correspondência com Jung para encontrar outra pista, na carta do 31 de dezembro de 1911. Freud se mostra insatisfeito com seus artigos sobre *O uso da interpretação dos sonhos na psicanálise* (Freud, 1911) e também *A dinâmica da transferência* (Freud, 1912a). O analista deve permanecer frio e não se deixar enlouquecer pelos neuróticos. Ainda acrescenta:

*Vocês<sup>12</sup> ainda não adquiriram, na prática, a frieza necessária, vocês ainda se comprometem e dão muito das suas próprias pessoas, para pedir alguma coisa em troca.... com essa técnica, se faz regularmente um cálculo errado, e precisa muito mais ficar inacessível e limitar-se a receber. O ensaio sobre a “contratransferência”, que me parece necessário, não deveria ser impresso, mas circular entre nós como cópias (Freud/Jung, 1975, p. 597).*

Não se conhece nenhum ensaio sobre a contratransferência, escrito por Freud. Nos chamados escritos técnicos, escritos entre 1911 e 1915, a palavra nem aparece. Todavia, Freud (1912b) volta sobre a questão da frieza e traz duas metáforas que vão se tornar famosas, sobre a posição do analista durante o tratamento:

*Recomendo enfaticamente aos colegas que no tratamento psicanalítico tomem por modelo o cirurgião, que deixa de lado todos os seus afetos e até mesmo sua paixão de ser humano, e concentra suas energias mentais num único objetivo: levar a termo a operação do modo mais competente possível (Freud,*

---

<sup>11</sup> É importante de notar que foi durante este congresso que a decisão foi tomada de fundar uma associação internacional de psicanálise. Jung será declarado presidente e permanecerá até o congresso de Munique em 1913, apesar de já ter terminado a relação de amizade com Freud.

<sup>12</sup> Jung e Pfister.



1912b, p. 154-55)... *O médico deve ser opaco para o analisando, e, tal como um espelho, não mostrar senão o que lhe é mostrado* (p. 159).

Para terminar, Freud cita uma última vez a palavra “contratransferência” na carta do 20 de fevereiro de 1913 à Ludwig Binswanger:

*O problema da contratransferência... É um dos mais difíceis da técnica psicanalítica. Teoricamente, acho que é mais fácil de resolver. Aquilo que damos ao paciente nunca pode ser um afeto espontâneo, mas deve sempre ser expresso conscientemente, em quantidade maior ou menor, segundo as necessidades. Em algumas circunstâncias, tem que dar muito, mas nunca alguma coisa que tenha por origem direta o inconsciente do analista... Dar pouco demais a alguém porque se ama demais, é prejudicar o doente e é uma falta técnica* (Freud/Binswanger, 1995, p. 183).

O cirurgião e o espelho vão ter uma vida longa e ainda continuam, hoje, sendo a referência maior para muitos analistas nas suas práticas cotidianas. Freud não voltará mais este assunto e manterá essa posição, apesar de numerosos exemplos da sua saída dessa posição na realidade da sua prática, como por exemplo, recebendo sua analisanda Marie Bonaparte, na sua casa com sua família, para algumas refeições ou passeios, ou fazendo “sessões” de análise com Max Eitingon, passeando no parque, ou ainda, analisando sua própria filha Anna.

Considerando o conjunto desses trechos encontrados principalmente na correspondência de Freud, podemos resumir a sua posição com os pontos seguintes:

- A contratransferência surge quando o paciente influencia os pensamentos inconscientes do médico.
- Quando o analista dá alguma coisa ao paciente, é para pedir outra coisa em troca.
- A contratransferência deve ser dominada (para isso, é preciso se submeter a uma autoanálise<sup>13</sup>).
- O analista deve permanecer frio, inacessível, opaco e deixar de lado todos os seus afetos. A outra pessoa deve o cortejar com amor.

---

<sup>13</sup> Num primeiro tempo. Depois Freud insistirá sobre a necessidade de uma análise didata.

- O analista não pode comunicar nada que teria por origem o seu inconsciente. Não pode ser espontâneo e tudo que é expresso deve ser no modo consciente. As metáforas são aquelas do cirurgião e do espelho.

### **Mudanças nos anos cinquenta**

A situação sobre nossa questão, ao sair da segunda guerra mundial poderia ser descrita da seguinte maneira: o único trecho disponível de uma opinião publicada de Freud sobre a contratransferência pode ser encontrado no texto de 1910, da conferência de abertura do congresso de Nuremberg em março.

As outras fontes que encontramos são fontes oriundas das correspondências e das atas da W.P.V. A correspondência com Jung foi publicada em alemão em 1974, a com Binswanger em 1995, e as atas da sociedade vienense em 1967. Ou seja, ninguém, menos os interessados, podia ter acesso a mais opiniões de Freud sobre este assunto. Acrescentamos que a obra importante de Ferenczi era totalmente “recalcada” para quem não tinha acesso às publicações originais das revistas da época e não conhecia o alemão. Já vimos que essa obra só será disponibilizada a partir do fim dos anos sessenta, e o diário (Ferenczi, 1933) apenas em 1985 em francês. Aliás, as obras completas do autor húngaro se tornam disponíveis em português a partir da tradução feita do francês, e não dos textos originais.

Isso coloca o analista do fim dos anos quarenta e do começo dos anos cinquenta diante de uma situação muito particular. Só existe um pequeno trecho escrito por Freud, sobre a contratransferência, num texto publicado, e o resto depende das circulações orais entre colegas, com destaque provável das opiniões daqueles que conheceram Freud pessoalmente. Pelo menos, podemos formular essa hipótese, na falta de textos para se apoiar.

Dentro do contexto de uma psicanálise em que Londres é tida como capital, e com a B.P.S. acabando de sair de uma crise maior com suas controvérsias (King e Steiner, 1991), sem acesso a uma posição clara do fundador sobre o assunto, os analistas da época vão abordar a contratransferência de uma maneira nova, o que vai propiciar debates virulentos dentro da comunidade analítica. Os principais protagonistas para uma abertura dessa questão são Heinrich Racker (1948, 1953), Donald Winnicott (1947), Paula

Heimann (1950) e Margaret Little (1951, 1957). Veremos quais são os argumentos desses autores para, depois, confrontá-los com um exemplo de autora de tendência mais conservadora, Annie Reich (1949, 1959). Num segundo tempo, depois de considerar a posição inovadora de Ferenczi, veremos a posição de Lacan que vai deslocar radicalmente o debate para outros pontos de referências. Começando aqui com o trabalho de Heinrich Racker, seguiremos, para dar conta desta parte sobre os anos cinquenta, a excelente coletânea compilada pela Escola da Letra Freudiana, do Rio de Janeiro, na qual podemos encontrar, num mesmo lugar, alguns dos textos importantes, da época, dedicados a esta questão.

Heinrich Racker nasceu na Áustria em 1910 e vai se formar em musicologia e filosofia na universidade de Viena. Em 1936, entra na W.P.V. e começa uma análise didática com Hans Lampl-De Groot. Entra na faculdade de medicina para se formar como médico, mas a morte do seu pai, em 1937, e o *Anschluss*<sup>14</sup>, em 1938, o forçam a interromper essa trajetória e emigrar. Ele chega na Argentina em 1939 e continua sua análise com Angel Garma e depois, com Marie Langer. Vai adquirir a nacionalidade argentina e permanecer ali até sua morte em 1961.

O pensamento de Racker será descoberto com um certo atraso por causa da necessidade de tradução dos seus escritos e do seu afastamento geográfico dos centros psicanalíticos da época – Londres como capital, e Nova York que está crescendo com a chegada dos imigrantes do velho continente. Na França, o conhecimento do seu trabalho foi ainda mais atrasado por causa das posições radicais de Jacques Lacan sobre a questão da contratransferência.

Em 1948, ele publica *A neurose de contratransferência*, que traz ideias novas. Seu ponto de partida é uma interrogação sobre a distância que existe entre a sofisticação e a profundidade da teoria e do saber psicanalíticos e as limitações da eficácia deste saber para as mudanças psicológicas dos analisandos. Para trabalhar esta questão, vai retomar o pensamento de Freud sobre a transferência, a partir das elaborações e conceitualizações de Melanie Klein (Racker, 1948).

Racker lamenta que a contratransferência tenha sofrido uma falta de elaboração científica e que isso deve estar relacionado à própria dificuldade dos analistas diante suas próprias contratransferências (Racker, 1953): *Pois assim como a contratransferência é a*

---

<sup>14</sup> Anexação da Áustria pela Alemanha nazista.

*resposta psicológica às transferências (reais e imaginárias) do paciente, assim também a transferência é a resposta às contratransferências (imaginárias e reais) do analista* (Racker, 1953, p. 124).

Ele traz então a ideia de que a contratransferência é a resposta vivente à transferência; assim, uma neurose de contratransferência vai responder, do lado do analista, à neurose de transferência do lado do analisando, e reciprocamente.

Define, também, a contratransferência como “tudo que surge no analista como resposta psicológica ao paciente” (p. 125). A questão é a seguinte: o que acontece dentro do analista ao ouvir o paciente? Propõe que o analista tem uma tendência a querer compreender tudo o que sucede no paciente.

*A intenção de compreender cria determinada predisposição: identificar-se com o paciente, que é a base da compreensão. O analista pode... identificar seu ego com o ego do paciente, ou mais claramente... enquanto identifica cada parte da sua personalidade com a correspondente parte psicológica do paciente: seu id com o id, seu ego com o ego, seu superego com o superego do paciente, aceitando na consciência essas identificações... Além dessas identificações que poderiam chamar-se identificações concordantes ou homólogas, a observação assinala como sumamente importantes as identificações do ego do analista com os objetos internos... do paciente; ... poderiam chamar-se identificações complementares<sup>15</sup>* (Racker, 1953, p. 126).

A identificação concordante entra na dialética do externo e do interno, da introjeção e da projeção, do que é “meu”, “eu” e “não meu”. Racker considera que os conflitos existentes entre as várias partes da personalidade do analista aumentarão as dificuldades de realizar essas identificações concordantes. Podemos ver aqui uma primeira concepção das partes da personalidades que, ainda kleiniana e apoiada sobre a segunda tópica, já prefigura o trabalho futuro de Bion (1957) sobre a parte psicótica da personalidade, ou dos autores relacionais (Bromberg, 2006) e intersubjetivistas (Lichtenberg, 1989) sobre as diferentes partes do self, como veremos mais adiante, neste texto.

Do outro lado, da identificação complementar<sup>16</sup>, o analista se sente tratado como um objeto, ou seja, identifica-se com o objeto, na medida em que o paciente o coloca num

---

<sup>15</sup> Grifo no original.

<sup>16</sup> Essa ideia de complementaridade será retomada e ampliada de maneira crítica por Jessica Benjamin (2004).

lugar do próprio objeto interno. Neste contexto, Racker descreve um jogo de equilíbrio entre as duas identificações que varia de maneira proporcional. Assim, quando o analista não consegue manter-se numa posição vinculada à identificação concordante, as identificações complementares vão crescer e ocupar cada vez mais o espaço no processo.

*Entende-se que a rejeição de uma parte ou tendência própria do paciente, por exemplo, à sua agressividade, leva a uma rejeição da agressividade do paciente (com o que fracassa essa identificação concordante) e que tal situação leva a uma maior identificação (complementar com o objeto rejeitável) para o que se dirige o impulso agressivo (Racker, 1953, p. 127).*

O termo contratransferência, segundo Racker, é usado habitualmente no sentido da identificação complementar. As identificações concordantes, ligadas à empatia<sup>17</sup> dirigida ao paciente, são geralmente excluídas da concepção da contratransferência. Racker continua:

*Se considerarmos que as identificações concordantes do analista (suas “compreensões”) sejam uma forma de reprodução de seus processos passados, de sua própria infância, e que esta reprodução ou revivência se realiza como resposta a estímulos do paciente, estaremos mais dispostos a incluir as identificações concordantes no conceito de contratransferência (p. 127).*

Então, para Racker, o conceito de contratransferência deve ser considerado a partir do “todo” da resposta do analista ao paciente, com essas duas vertentes descritas. A primeira, coloca o foco sobre o analista como sujeito e o paciente como objeto de saber. Isso, por assim dizer, “anula a relação de objeto” (p. 127). Seria, de maneira antecipada, uma posição que apontaria para o conceito de mutualidade, tal como Aron (1996) vai descrevê-lo mais de quarenta anos depois. A segunda vertente traz a relação de objeto “clássica” com uma transferência focada sobre o analista como objeto. Naturalmente, essa noção de objeto, em Racker, é pensada a partir das conceitualizações kleinianas sobre os objetos internos.

Cada situação do processo analítico implica uma dialética entre a transferência e a contratransferência. Do lado do analista que escuta, Racker destaca a importância de um ego observador, que deve evitar mergulhar num círculo vicioso que a contratransferência complementar produziria. Este ego observador tem por função de

---

<sup>17</sup> Racker considera que “a disposição à empatia, isto é, às identificações concordantes origina-se principalmente na contratransferência positiva sublimada” (p. 127).

avaliar as reações contratransferenciais que não param de acontecer, momento por momento, no processo analítico.

Daí, Racker propõe uma fenomenologia da contratransferência a partir da experiência das vivências do analista durante o seu trabalho. Define assim as ocorrências contratransferenciais e as posições contratransferenciais (1953, p. 133). Uma posição contratransferencial é caracterizada pelo fato do analista estar mergulhado dentro de um afeto em relação ao paciente, por exemplo, a raiva, ou o medo. No caso das ocorrências, trata-se desses pequenos momentos do cotidiano que acontecem no decorrer da sessão analítica ou do seu enquadre. Por exemplo, o analista recebe um recado de uma paciente, avisando que não vai poder vir à sessão do dia porque aconteceu um problema na família dela. O analista está fantasiando que a paciente não quer mais continuar a análise, que é uma maneira de dizer que vai parar. Na sessão seguinte, a paciente, ao chegar, diz que pensou em interromper o tratamento. Eis o que Racker chamaria de “enlace dos dois inconscientes” (1953, p. 133), e esse tipo de fenômeno só pode acontecer porque existe essas identificações concordantes atuando nestes momentos. Racker considera que as ocorrências contratransferenciais podem e devem ser utilizadas como recursos técnicos; elas são importantes para o processo e a compreensão do paciente.

O que permite diferenciar essas vertentes das ocorrências e das posições contratransferenciais é o grau de investimento do ego nesses momentos do tratamento. A questão é da intensidade emocional e remete, nesta linha, à capacidade de regulação do analista, seja ao nível implícito inconsciente (Beebe e Lachmann, 2002, 2014; Hill, 2015) ou nas mentalizações (Allen et al., 2008; Fonag et al., 2002) dos eventos e acontecimentos da sessão.

Racker foi, sem dúvida, um pioneiro e o primeiro a trazer uma reflexão profunda sobre o processo da contratransferência, dedicando quase a vida toda a elaborar e reelaborar as concepções que desenvolveu a partir dos seus primeiros escritos na década de quarenta. Ele inaugurou um pensamento com ideias e hipóteses que anteciparam muitos desenvolvimentos atuais como as noções de mutualidade / assimetria (Aron, 1996), estados do self (Bromberg, 1993, 1994, 1998, 2006), empatia (Kohut, 1971), comunicações entre inconscientes (Schoore, 1994), etc.

Winnicott apresentou *O ódio na contratransferência* na B.P.S., no dia 5 de fevereiro de 1947, mas o artigo foi publicado apenas em 1949. Winnicott trabalha em cima do fato de que, quando lida com pacientes psicóticos, o analista deve ser capaz de

“distinguir com clareza o seu próprio ódio” (1947, p. 341), e deve estudar a natureza do peso emocional que está carregando.

Propõe classificar a contratransferência em três categorias que são as seguintes:

- A primeira é constituída pelos sentimentos, as identificações e as reações automáticas do analista no processo analítico. Essa dimensão reclama um aprofundamento da análise do analista.
- A segunda categoria contém “as identificações e tendências que fazem parte das experiências e do desenvolvimento pessoais do analista” (p. 342). O analista pode se apoiar sobre esse eixo para seu trabalho cotidiano e constituir uma contribuição positiva para desenvolver o que será o seu estilo próprio, que o faz ser ele mesmo, diferente de um outro profissional.
- A terceira dimensão seria o que Winnicott chama de “verdadeira e objetiva” contratransferência; os sentimentos de amor ou ódio que o analista está vivendo em relação à “personalidade e ao comportamento reais” do paciente.

Winnicott acrescenta que quem quer trabalhar com psicóticos e/ou antissociais, deve estar pronto para enfrentar a contratransferência e ser “capaz de isolar e estudar suas reações objetivas” (p. 342) em que encontrará o amor e o ódio. E isso poderá tornar-se o momento mais importante da análise com tais pacientes.

Podemos aqui já destacar que o discurso de Winnicott é situado no contexto do tratamento de pacientes psicóticos e/ou antissociais, ou seja, categorias nosográficas recusadas por Freud em relação a analisabilidade dos pacientes. As considerações presentes neste artigo de 1947 têm como foco o trabalho com tais pacientes.

O ponto essencial de Winnicott é que o analista seja capaz de manter a objetividade com o que o paciente está trazendo para a análise. E traz a dimensão materna da posição do analista:

*Acho que, na análise de psicóticos e nos estádios finais da análise, mesmo de uma pessoa normal, o analista deve se pôr em uma posição comparável à da mãe de um bebê recém-nascido. Quando está profundamente regredido, o paciente não consegue se identificar com o analista ou avaliar seu ponto de vista, da mesma forma que o feto ou o bebê recém-nascido não consegue compreender a mãe (1947, p. 351-52).*

É essa ideia de Winnicott de sobreviver aos ataques do outro, do paciente psicótico ou antissocial, que tem relação em como a mãe sobrevive aos momentos de agressividade

ou às fantasias de onipotência do seu bebê. Para Winnicott, a dimensão da regressão é extremamente importante. Neste processo, o analista vai ter que se prestar ao papel da mãe para poder chegar aos momentos de deprivações (ou nos piores dos casos, de privações) e poder reparar o que foi, na relação difícil com o meio ambiente, impedido de continuar um desenvolvimento em andamento. Nestes momentos, o analista, ocupando esta função materna, vai poder permitir um novo começo, do qual o desamparo da situação originária será reintegrado em uma perspectiva de desenvolvimento melhor.

Paula Heimann nasceu na Alemanha, em Dantzig, em 1899, e se formou em medicina em 1925. Depois estudou psiquiatria e seguiu o ensino do Instituto de Berlim, entre 1928 e 1932, onde iniciou sua formação psicanalítica. Fez análise com Theodor Reik. Com a ascensão do nazismo, fugiu para Inglaterra e chegou em Londres em 1933. Entra na B.P.S. e se aproxima de Melanie Klein, com quem ela volta a fazer análise. A partir de 1944, é didata da B.P.S. e fica bastante ativa no desenvolvimento das teses kleinianas.

No décimo sexto congresso da I.P.A. em Zurique, em 1949, ela faz uma comunicação sobre a contratransferência que vai figurar na origem da cisão entre ela e Melanie Klein. A posição mais aberta de Heimann sobre o assunto vai encontrar uma oposição nítida de Klein, e as duas vão se afastar, com Heimann saindo do grupo kleiniano e integrando o “Terceiro Grupo” (dito também “Grupo dos Independentes”), depois da publicação do seu artigo em 1950.

Ela inicia seu texto (Heimann, 1950) com a constatação de que os jovens candidatos, em supervisão com ela, consideram a contratransferência como apenas um problema que deve ser eliminado. Pensam que a supervisão é um lugar para dirimir a contratransferência. Isso corresponderia assim ao ideal do analista como “não envolvido<sup>18</sup>”, fiel aos conselhos de Freud sobre a posição do analista (Freud, 1912b, 1913, 1914).

Lembra, também, que Ferenczi considerou que o analista vivencia uma grande quantidade de sentimentos e emoções em relação ao paciente, e que, às vezes, os comunica. Ela cita Alice Balint, que, por sua vez, concorda com essa ideia e pensa que isso torna o analista mais humano. Heimann continua:

*Minha tese é a de que a resposta emocional do analista ao seu paciente, dentro da situação analítica, representa uma das*

---

<sup>18</sup> *detached.*



*ferramentas mais importantes do seu trabalho. A contratransferência do analista é uma ferramenta de pesquisa para o inconsciente do paciente<sup>19</sup>*” (Heimann, 1950, p. 74).

Para Heimann, a relação psicanalítica é uma relação entre duas pessoas e essa dimensão não foi suficientemente privilegiada. Ou seja, a situação analítica não corresponde a uma relação onde um, o paciente, manifesta a presença de sentimentos e emoções, e o outro, o analista, a ausência deles. Um analista que trabalharia sem tomar conta dos seus próprios sentimentos terminaria formulando, para o paciente, interpretações intelectuais, desprovidas de vivência apoiada na experiência do momento analítico. E acrescenta que “viu muito isso no trabalho dos iniciantes, que, por medo, ignoram ou mostram-se inflexíveis para com seus sentimentos” (p. 74).

Neste contexto, o objetivo da análise didática

*não é transformá-lo (o candidato) em um cérebro mecânico, apto a produzir interpretações com base em procedimentos puramente intelectuais, mas capacitá-lo a sustentar os sentimentos que se mobilizaram nele em lugar de descarrega-los como faz o paciente, para subordiná-los<sup>20</sup> à tarefa analítica na qual o analista funciona como reflexão especular do paciente* (Heimann, 1950, p. 74).

Assim, a posição do analista precisa ser ampliada para os movimentos emocionais e as fantasias inconscientes. Ou seja, a atenção flutuante deve funcionar também ao nível emocional, e não apenas no mundo das ideias. Nesta posição, o inconsciente do analista “entende” o inconsciente do paciente e essa relação profunda manifesta-se na superfície pelos sentimentos e pelas emoções que se formam na mente do analista. Isso é a contratransferência. É a maneira mais direta pela qual o paciente pode alcançar o analista e, logo, constitui uma criação do próprio paciente; é uma “parte da personalidade do paciente” (p. 77).

De certa maneira, com mais de cinquenta anos de antecipação, Heimann descobre aqui a diferença entre as dimensões implícitas e explícitas da situação analítica (BCPSG, 2010). Traz a ideia – ainda não formulada – do Conhecimento Relacional Implícito<sup>21</sup> (Lyon-Ruth, 1999) nas trocas inconscientes entre analista e paciente como eixo norteador do processo analítico e origem de qualquer possibilidade de mudança. “Sua percepção

---

<sup>19</sup> Essa posição é compartilhada, de maneira similar, por Roger Money-Kyrle (1956).

<sup>20</sup> Grifo no original.

<sup>21</sup> *Implicit Relational Knowing*.

inconsciente (do analista) é mais aguda e adiantada sobre sua concepção consciente da situação” (p. 75). Parece que Heimann, ao dizer isso, leu a literatura de neurociências contemporâneas! (Schore, 1994; Cozolino, 2014; Hill, 2015).

A análise didática é crucial para que o analista não impute ao paciente “seus conflitos infantis e angústias (paranoides e depressivas)” (p. 77). O fato do analista usar suas respostas emocionais para se nortear no processo analítico vai protegê-lo de entrar em encenações e explorações da própria situação analítica para seu benefício. Veremos como essa posição de Heimann é ilusória quando se trata de questões ligadas a traumas e dissociações (Davies, 1994).

Um outro ponto importante é que o analista atravessa este processo de maneira privada e não vai revelar, nem comunicar nenhum sentimento ou emoção para o paciente. Ou seja, Heimann não concorda com a auto-revelação e considera, como veremos mais em detalhes com a posição de Annie Reich (1949, 1959), que tal atitude constitui uma confissão que põe um fardo em cima do próprio paciente. Lacan (1958) também confirmará e apontará essa posição da confissão. Heimann continua dizendo que a auto-revelação leva para um afastamento da análise (p. 78).

*As emoções surgidas no analista serão de valor para seu paciente se utilizadas como uma fonte de insight para perceber os conflitos e defesas inconscientes do paciente; e quando estes forem interpretados e elaborados, as mudanças decorrentes no ego do paciente incluem o fortalecimento do seu senso de realidade, de modo que ele veja o analista como um ser humano, não como um deus ou um demônio, e que a relação analítica prossiga sem que o analista recorra a meios extra-analíticos (p. 78).*

O debate sobre a auto-revelação está aberto e muitos analistas vão procurar analisar e pensar essa questão que vai dividir a comunidade analítica durante muitos anos, inclusive atualmente. Veremos como a auto-revelação vai ser articulada por uma das suas primeiras defensoras, Margaret Little.

Margaret Little se forma em medicina em 1927. Depois ingressa como assistente na *Tavistock Clinic*, onde ficará até 1939. Fez três análises, primeiro com um analista junguiano desconhecido, chamado “Dr. X”, depois uma análise didática com Ella Sharpe, até a morte desta em 1947, para continuar com Marion Milner e, enfim, Winnicott, até 1957. Little vai se juntar ao grupo dos independentes na B.P.S. É sobretudo com seu trabalho sobre a contratransferência que vai se tornar conhecida na comunidade psicanalítica.

Ela vai ser pioneira ao considerar a contratransferência na vertente da sua auto-revelação, o que vai acender a chama da discórdia nos debates sobre o assunto.

Serão propostas várias definições para a contratransferência (Little, 1951) destacando-se a dificuldade de reunir todas essas definições, ainda que, pelo menos, se possa diferenciar dois pontos: de um lado, a contratransferência é perigosa e pode colocar o processo analítico em xeque, e, do outro, como consequência desse perigo, todo analista deve se submeter a uma análise didática completa.

A partir dessa constatação, Little vai desenvolver sua própria maneira de considerar essa questão, ao propor o símbolo “R” como sendo “a resposta total do analista às necessidades do seu paciente<sup>22</sup>, quaisquer que sejam essas necessidades, e qualquer que seja a resposta” (Little, 1957, p. 90). Assim definido, “R” inclui o consciente e o inconsciente, esse último tanto na sua dimensão do recalcado quanto daquilo que nunca foi consciente.

O que é esta resposta “total”? A palavra remete a tudo que o analista pode fazer, pensar, sentir, dizer, devanear, a partir do primeiro momento da análise até seu desfecho. Então, para Little, já estamos além da pura concepção do processo analítico como aquele que avança apenas na dimensão interpretativa, e a dicotomia entre comportamento e interpretação é suspensa. Ela argumenta que a própria interpretação, embora seja um ato de linguagem, já é um comportamento do analista com sua forma, seu tom, seu momento adequado ou não, etc., esses pequenos fatos – como, por exemplo, dar um aperto de mão ao analisando, permanecer silencioso, reagir ou não, são comportamentos que o analista não pode evitar. Isso são consequências de milhares de coisas que atravessam o analista, sejam conscientes ou não, elaboradas ou não, e fazem parte da própria situação analítica, deste momento com o paciente. Nessa ordem, um extremo pode simbolizar uma posição ocupada quase exclusivamente pela fala, e, do outro lado, uma posição diferenciada em que os comportamentos serão muito mais necessários. “As limitações não podem ser absolutas, ou padronizadas” (Little, 1957, p. 91).

Do lado das necessidades, Little acrescenta que essa palavra foi escolhida de maneira deliberada e que

*em todo caso, a necessidade final é, naturalmente, a aquisição de um discernimento e uma apreciação e apreensão crescentes da realidade. Mas na busca desse objetivo, muitos daqueles*

---

<sup>22</sup> Veremos adiante a resposta dos lacanianos a esta proposta.

*pacientes seriamente doentes têm outras necessidades que devem ser atendidas; se não forem atendidas, a análise se torna impossível* (Little, 1957, p. 91).

E cita como necessidades imperiosas, a hospitalização, contatos com o médico de família, medicamentos, encontros e colaboração com outros profissionais, contatos com familiares, amigos, colegas.

Essa posição tem implicações do lado do analista: a responsabilidade, o compromisso, a questão do sentimento, e os limites.

Para Little, a responsabilidade do analista não se limite ao paciente, mas inclui ele mesmo também, a psicanálise e a comunidade psicanalítica. O analista deve se responsabilizar sobre “suas decisões, seus sonhos, suas associações” (1957, p. 91) mesmo que sejam inconscientes. Essa questão da responsabilidade vai depender da classe do paciente. Little define três classes:

- Os casos de psicose necessitam que a responsabilidade seja compartilhada com outros profissionais e pessoas como médicos, hospitais e família.
- Nos casos de neurose, a responsabilidade pode ser deixada ao paciente (mesmo se a responsabilidade final do tratamento dependa do analista).
- Os casos borderline dificultam muito qualquer tipo de colaboração e de delegação da responsabilidade. Neste caso, a responsabilidade do analista é maior e de grande importância.

Essa responsabilidade implica um compromisso importante, da parte do analista, que vai, num primeiro tempo, realizar uma avaliação do paciente. Essa avaliação vai ser cada vez mais aprofundada. Para conseguir essa posição, o analista precisa se comprometer e isso será possível apenas “na medida que o analista seja capaz de ser ele próprio uma pessoa... tenha capacidade de fazer identificações e de permanecer não envolvido” (1957, p. 93). O compromisso pode também levar o analista a ter que dar testemunho em algum processo jurídico.

Lembrando da atenção flutuante de Freud, Little insiste sobre o fato de que essa atenção tem uma dimensão consciente e inconsciente e que, em função dos pacientes, a situação analítica pode reclamar várias formas de intervenção, embora o foco primeiro seja colocado sobre a interpretação, na sua dimensão verbal. Isso pode levar o analista a dar um objeto (Sechehaye, 1950) que vai se tornar, num segundo tempo, suporte de uma interpretação. O importante é ver que “o que é dado não é dado pela necessidade do

analista em dar, mas pela situação em que pessoa-com-algo-para-dar encontra pessoa-com-necessidade” (1957, p. 94).

Sobre os sentimentos, eles são automaticamente envolvidos pelo fato do compromisso.

*O analista deve estar disposto a sentir, a respeito do seu paciente, com seu paciente, e às vezes até mesmo por seu paciente, no sentido de suprir sentimentos que o paciente seja incapaz de encontrar em si mesmo e na ausência dos quais nenhuma mudança real possa ocorrer... O sentimento real do analista pelo paciente e seu desejo de ajudar... precisam ser expressos clara e explicitamente quando são apropriados e realmente sentidos e podem, portanto, surgir espontaneamente e sinceramente (Little, 1957, p. 95).*

Aqui estamos saindo claramente da posição freudiana, tal como comunicada na carta a Binswanger citada anteriormente, segundo a qual nada do inconsciente do analista deve ser comunicado ao paciente (Freud/Binswanger, 1995).

Little responde à crítica, apontando o fato de que este tipo de manejo proporciona uma “satisfação exagerada, ou é um fardo para o paciente” (1957, p. 95), e que por existir como possibilidade, não é por isso que deve ocorrer. Ou seja, vai depender da posição do analista. O analista pode chegar a expressar reações ou sentimentos, mas estes não são substitutos da interpretação. Pelo contrário, podem abrir o caminho para uma interpretação possível.

Então, a responsabilidade, o compromisso, a expressão de reações e sentimentos têm seus limites e eles dependem de cada caso que pode reclamar uma posição diferenciada do analista. Esses eixos trazem a ideia de “uma manifestação ou afirmação do ser do analista como uma pessoa” (1957, p. 97). Neste contexto a posição clássica do espelho ainda pode ser útil para “isolar a transferência nos pacientes neuróticos” (p. 97), mas, todavia, pode ser objeto de defesa da parte do analista, como lembrará também Renik (1993), mais de quarenta anos depois.

Citamos aqui essa vinheta clínica: Little estava fazendo uma reforma na decoração da casa dela. Todos os pacientes daquele dia chegaram a fazer comentários sobre tal ou tal detalhe da nova arrumação da casa, tanto que, quando chegou a última paciente do dia que, também começou a dar suas opiniões sobre a nova decoração, Little

não se conteve e disse que não dava a mínima para o que a paciente pensaria a este respeito (1957, p. 102). Essa reação, junto ao fato de que Little tinha falado à paciente dos seus sentimentos sobre a morte de uma amiga dela, pouco tempo antes, levaram a paciente a dizer que, desde o começo da análise, foi a primeira vez que Little se tornara uma pessoa de verdade e que, assim, era bem diferente da mãe dela. Little comenta que este acontecimento favoreceu a continuação da análise dessa paciente.

Essas considerações têm implicações técnicas importantes para o manejo do tratamento com pacientes que não conseguem receber interpretações de transferência por causa de um sentido de realidade diminuído. “A interpretação de transferência exige o emprego de pensamento dedutivo, simbolização e a aceitação de substitutos” (1957, p. 109). Encontramos também aqui a intuição de Little que, de maneira antecipada, prefigura a descoberta da mentalização (Fonagy et al., 2002; Allen et al., 2008) e da regulação das emoções. Little considera que o trabalho do analista consiste em tentar introduzir estes pacientes à dimensão da realidade. O dispositivo psicanalítico precisa ser flexibilizado em função das necessidades dos pacientes, seja em relação à interpretação, seja a ações ou sentimentos.

“A maior dificuldade reside num estado geral de imprevisibilidade” (1957, p. 110). Mais uma ideia brilhante de Little que, mesmo sem contar com o contexto necessário para poder pensar o fenômeno, acaba por antecipar aqui o caráter não linear do processo psicanalítico.

Depois deste pequeno percurso pelos autores que trouxeram novidades sobre a questão da contratransferência, podemos nos distanciar e avaliar o impacto que causaram sobre a evolução do pensamento psicanalítico e assim considerarmos como se posicionam os analistas kleinianos hoje. Temos várias fontes para esta avaliação, mas uma das observadoras mais proeminentes do movimento kleiniano permanece sendo a antropóloga, psicóloga e psicanalista Elizabeth Spillius.

Ela observa que as ideias e as posições dos analistas kleinianos contemporâneos difere do pensamento de Melanie Klein sobre vários pontos (Spillius, 2012, p. 50):

- A contratransferência é considerada como resposta às identificações projetivas do paciente. Ela pode ser fonte útil para o processo psicanalítico.

- A ideia de Bion (1959) de distinguir entre uma identificação projetiva normal e patológica está bem aceita.
- Os analistas kleinianos atuais não costumam diferenciar mais a projeção da identificação projetiva.
- Eles definem vários tipos de identificações projetivas.
- Existe uma tendência a criticar a avaliação da identificação projetiva como “má” e a identificação introjetiva como “boa”. Essa posição está voltada para elaborações novas sobre as fantasias e os pensamentos.

Vamos ver, com Annie Reich, um exemplo de crítica sobre essas posições novas sobre a contratransferência. Annie Reich, médica e psicanalista, nasceu em Viena e imigrou para os Estados Unidos em 1938 para fugir do nazismo.

Reich, que vai entrar para a Sociedade Psicanalítica de Nova York, representa muito bem a posição conservadora sobre nosso assunto. Sem concentrar o seu trabalho a relações de objetos e mais ligada à *Ego Psychology*, Reich vai utilizar argumentos, nos seus textos, que vão constituir a crítica clássica sobre qualquer utilização da contratransferência no tratamento. Veremos mais adiante como Lacan seguirá, a partir das próprias teorizações, o mesmo caminho.

Reich inicia seu artigo fazendo considerações sobre a neutralidade do analista. Alguns autores, segundo ela, acham que a neutralidade deveria ser totalmente abandonada, já que a neutralidade completa não existe. Deixar a neutralidade seria uma falta grave em relação à natureza do tratamento psicanalítico, e particularmente um erro de compreensão da transferência. A ênfase na contratransferência, se apoiaria também sobre uma suposta “honestidade” maior, que seria do interesse do paciente. Que o analista admita algum fato, esquecimento ou ato falho, é uma coisa, mas sobrecarregar o paciente com as aporias do próprio analista pode se revelar nocivo ao tratamento.

Reich aponta um outro equívoco: a ideia de que, se um analista errar numa interpretação qualquer, seria automaticamente um problema de contratransferência. O trabalho do supervisor seria, assim, uma caça para os elementos contratransferenciais do candidato, ou do aluno, por exemplo, no contexto da formação psicanalítica. Nenhum analista tem um conhecimento inato a priori da psicopatologia, da posição correta, e a

formação consiste exatamente num período de aprendizagem quando os candidatos estudam e aprendem os rudimentos da técnica e da teoria psicanalíticas.

Não podemos negar que nossa posição analítica diz respeito a nossas escolhas teóricas e clínicas. Também, escutamos nossos pacientes com o nosso inconsciente. Agora, a empatia analítica cresceu como conceito referencial para numerosos analistas e Reich vai criticar esse viés.

Ela aborda a questão da identificação e descreve a compreensão analítica da transferência da seguinte maneira:

*(a) O analista se torna objeto dos impulsos libidinais e/ou agressivos do paciente (ou da defesa contra eles). (b) De uma maneira especial, transitória, o analista se identifica com o paciente e desta forma participa dos sentimentos dele. (c) Ele pode então reconhecer estes sentimentos e as moções pulsionais subjacentes como pertencendo ao paciente; isto é, ele novamente se desprende dele. Desta forma, o analista adquiriu um saber sobre a natureza do paciente através da percepção de alguma coisa que aconteceu no seu próprio self (Reich, 1959, p. 71).*

É no nível quantitativo que Reich coloca sua crítica. O investimento, da parte do analista, deve ser “homeopático”, com uma quantidade mínima de energia, depois de ter passado “por um processo neutralizador de amplo espectro” (p. 71). Este processo é perigoso e o analista pode se perder no impacto pulsional e dar uma resposta direta ao paciente. Neste caso, não conseguiu voltar para a sua posição de reserva (Figueiredo, 2009) e se envolveu demais. Do outro lado, o analista pode ficar grudado na identificação com o seu paciente por causa de algum material infantil da sua própria história, que não foi resolvido e analisado. Encontrando uma situação satisfatória das suas próprias fantasias, o analista entra em um conluio inconsciente com o paciente, configurando assim uma possível análise infinita.

Depois dessas ideias de base sobre a própria posição, Reich critica os textos dos colegas da escola inglesa de relações de objetos. Começando com Heimann (1950), ela vai aplicar o seu modelo de identificação / separação aos casos e exemplos fornecidos pela autora de Londres. Heimann não conseguiu voltar para a posição de separação e confundiu sua própria resposta emocional com um acting-out do paciente na transferência. Quando esses autores consideram que as manifestações contratransferenciais correspondem, do lado do analista, às pulsões e defesas presentes



do lado do paciente, eles confundem a identificação transitória descrita no ponto (b)<sup>23</sup>, que necessariamente implica a separação subsequente, “com a identificação e a projeção nas suas formas mais diretas” (p. 73). E Reich vem afirmar que *a contratransferência enquanto tal não é útil, mas a presteza em reconhecer sua existência e a habilidade em superá-la o é* (p. 72).

Um ponto importante dessa crítica é que essa identificação mútua, implica uma troca entre paciente e analista, de tal maneira que as emoções que são sentidas pelo analista em relação ao paciente correspondam ao que o paciente viveu anteriormente. Assim,

*a experiência emocional do analista e suas respostas ao paciente são idênticas aos modelos originais, tal interação entre a transferência e a contratransferência substitui a recordação<sup>24</sup> do passado e até mesmo a sua reconstrução* (p. 73).

Então, para Reich, essa abordagem subverte a essência mesma do processo psicanalítico em relação à recordação e/ou à reconstrução do passado. Neste caso, o analista favoreceria a repetição em vez da *Durcharbeitung*<sup>25</sup> e da rememoração inerentes ao processo analítico (Freud, 1914).

Na crítica a Little (1951, 1957), Reich coloca mais foco sobre o fator quantitativo. A força emocional carregada na contratransferência é exagerada e leva a analista para fora do seu lugar. Isso pode vir dos próprios conflitos não resolvidos do lado da analista. Ela aponta o problema da posição de Little (1957) de favorecer uma identificação com o analista, como tendo este uma personalidade mais saudável. Essa ideia, da identificação ao analista, constitui um material que, também, deve ser analisado, para retornar à posição de “desprender-se” defendida por ela. Da mesma maneira, ela não concorda com a proposta de que o trabalho com a contratransferência seria necessário com pacientes chamados “difíceis”. Junta-se a Lacan, mesmo sem ter lido, provavelmente, *a direção do tratamento e os princípios do seu poder*, quando afirma que, nesses casos, o analista está trabalhando com o “acting-out da sua própria experiência emocional” (p. 75), ou seja, *as palavras não são suficientes, gratificações reais (isto é, transferência) tem que ser dadas ao paciente: a cura se alcança através do amor* (p. 75).

---

<sup>23</sup> Ver citação de Reich, 1959, p. 71.

<sup>24</sup> Grifo no texto original.

<sup>25</sup> Perlaboração.

Se é verdade que alguns pacientes podem viver com o terapeuta um relacionamento verdadeiro, pela primeira vez, Reich lembra que isso não é psicanálise. Assim, Winnicott, sempre muito prudente, afirma: “se o paciente não necessita análise, então faço alguma outra coisa” (Winnicott, 1962, p. 152). Para concluir, Reich critica a ênfase na contratransferência porque vai na direção de abandono do papel fundamental da interpretação e, logo, da análise do ego. Além disso, ela contrapõe a volta para gratificações transferenciais oferecidas ao paciente, como se a técnica psicanalítica tivesse retrocedido à sua pré-história com a noção de ab-reação. Aqui encontramos Ferenczi, que pode agora ser inserido neste percurso para mostrar como inaugurou, a partir da sua clínica, várias tentativas de pensar os efeitos terapêuticos da psicanálise. Depois, veremos como Lacan subverte essas questões de maneira radical e leva o conceito de contratransferência ao esquecimento na psicanálise francesa.

### **Ferenczi, a elasticidade e a análise mútua**

Já falamos do fato de que a obra de Ferenczi só se tornou disponível pouco a pouco, para ser enfim publicada sob forma de obras completas a partir do fim dos anos sessenta. Ferenczi foi sempre apresentado como o *enfant terrible* da psicanálise. Não hesitava em inovar ou transformar algum elemento do enquadre para atender as necessidades dos seus pacientes. Recolhia os casos mais difíceis da época e essas novidades eram soluções que ele encontrava para favorecer o tratamento analítico.

Não vamos aqui retomar toda a história de Ferenczi com a técnica psicanalítica, mas enfatizar alguns pontos que podem ser úteis para nosso debate sobre a contratransferência e a auto-revelação. Comentaremos aqui os artigos sobre a introjeção (Ferenczi, 1909), a fonação (Ferenczi, 1915), a técnica (1919a), a elasticidade (Ferenczi, 1928) para terminar com o famoso *Diário clínico* (Ferenczi, 1932b).

A palavra “contratransferência” aparece pela primeira vez, na história da psicanálise, numa carta de Ferenczi a Freud (Freud/Ferenczi, 1992), datada do 7 de fevereiro de 1908. Comenta ele, a praticar a análise, que chega a considerar como justificados os determinantes de uma neurose e que isto pode estar ligado ao fato de escutar o paciente com uma benevolência meiga. O perigo é que isso poderia levar a tomar o lado da fantasia do paciente quando é exatamente essa que deve ser analisada. Logo, é preciso cuidar dessa contratransferência.

Ferenczi (1909) inventou o conceito de introjeção em um artigo famoso no qual desenvolve a questão da transferência. Retomando elementos trazidos por Freud quando fala da transferência, Ferenczi nota que “o paciente se apropria dos sintomas e do caráter de uma pessoa, com a qual *se identifica*<sup>26</sup> inconscientemente” (Ferenczi, 1909, p. 78). Comparando os casos de neuroses com os de psicoses, Ferenczi comenta que, lá onde o paranoico tira seu interesse do resto do mundo, para projetar para fora suas emoções penosas, o neurótico faz o contrário e coloca dentro de si mesmo uma parte deste mundo externo; e é isso que vai se chamar de introjeção. Ele termina lembrando que os neuróticos sempre desenvolvem transferências e que o tratamento aponta para uma análise dessas transferências, lá onde outras abordagens vão cultivar e reforçar a transferência. “A análise desmascara o mais rapidamente possível essas relações fictícias, reconduzindo-as à sua verdadeira fonte, o que acarreta a sua dissolução” (p. 90).

Num pequeno artigo sobre *Anomalias psicogênicas da fonação*, Ferenczi (1915) traz a ideia de “diálogo dos inconscientes” a partir de um caso envolvendo uma mãe com seu filho. Esse diálogo, “nem um pouco excepcional”, acontece “quando os inconscientes de duas pessoas se compreendem perfeitamente, sem que a consciência de nenhuma delas tenha disso a menor suspeita” (Ferenczi, 1915, p. 178). Este trecho muito interessante antecipa as descobertas sobre o inconsciente implícito, em mais de setenta anos! (Schoore, 1994; BCPSG, 2010). Só podemos pensar que a afinação fora do comum de Ferenczi, nos atendimentos, permitiu a formulação de tal hipótese tão cedo na psicanálise. Ainda mais interessante é o fato de que o exemplo escolhido coloca uma díade mãe/filho em destaque; signo precursor, de uma certa maneira, dos estudos que vão ser desenvolvidos a partir da década de setenta, na sequência da teoria do apego (Bowlby, 1969) e dos seus desenvolvimentos ulteriores (Stern, 1985; Beebe e Lachmann, 2002; Tronick, 2007).

No texto sobre *A técnica psicanalítica*, Ferenczi (1919a) traz reflexões sobre a sua maneira de considerar o manejo analítico. Em um primeiro tempo, lembra as posições técnicas clássicas com a defesa dos princípios de neutralidade, reserva e anonimato, e as modula com uma metáfora diferente daquelas de Freud (o cirurgião e o espelho):

*A situação do médico no tratamento psicanalítico lembra, sob muitos aspectos, o do obstetra, que também deve, tanto quanto possível, comportar-se passivamente, limitar-se ao papel de espectador de um processo natural, mas que, nos momentos críticos, terá o fórceps ao alcance da mão para terminar um*

---

<sup>26</sup> Grifo no original.

*nascimento que não progrida espontaneamente* (Ferenczi, 1919a, p. 362).

O médico não deve intervir na vida do paciente, mas existem duas situações em que essa regra não entra em vigor: em caso de interesses vitais que o médico entenda como necessários para preservar a vida do paciente, e quando considera que “pode e deve” praticar a “técnica ativa”, “induzindo o paciente a superar sua incapacidade quase fóbica de tomar uma decisão qualquer” (Ferenczi, 1919a, p. 363). Sabemos que Ferenczi vai iniciar essa técnica ativa quando o processo analítico está parado, forçando o paciente a se deslocar de uma posição de conforto, ao proibir ou impor ações, as quais não faria sem este empurrão do médico (Ferenczi, 1919b, 1919c, 1921).

A quarta e última parte deste artigo sobre a técnica é intitulada “*Domínio da contratransferência*”. Nessa parte, depois de lembrar os argumentos do artigo sobre a transferência, Ferenczi (1909) escreve que “a psicanálise descobriu que os doentes nervosos são como crianças e querem ser tratados como tais” (Ferenczi, 1919a, p. 365). A tarefa do médico é dupla:

*deve, por um lado, observar o paciente, examinar suas falas, construir seu inconsciente<sup>27</sup> a partir de suas proposições e de seu comportamento; por outro lado, deve controlar constantemente sua própria atitude a respeito do paciente e, se necessário, retificá-la, ou seja, dominar a contratransferência<sup>28</sup> (Freud)<sup>29</sup>* (Ferenczi, 1919a, p. 365).

A precondição, naturalmente, é a análise do psicanalista. Mas, mesmo sendo analisado, o psicanalista nunca poderá apagar as particularidades do seu caráter e as modulações contínuas que está atravessando enquanto pratica a terapia analítica. A contratransferência sempre estará ali.

Um ponto interessante é essa noção de construir o inconsciente do paciente, outra ideia realmente premonitória. Ferenczi não explica mais adiante exatamente o que ele quer dizer com essa construção, mas fica difícil não considerar um tipo de abordagem em que o trabalho do próprio processo analítico produziria, por essa construção, os “conteúdos” que, então, não preexistiriam guardados em algum recanto escondido da

---

<sup>27</sup> Nosso destaque.

<sup>28</sup> Grifo no original.

<sup>29</sup> (Freud) no original.

memória. É no processo que o foco está colocado, uma visão muito atual da análise, que aparece neste extrato do texto sobre a técnica.

O fim do artigo retorna às questões do domínio sobre a contratransferência, mas traz uma novidade interessante quando Ferenczi destaca que o médico, que tem uma longa experiência, pode cair numa armadilha oposta: tornar-se muito duro e rejeitar o paciente. Seria uma segunda fase onde poder-se-ia falar de resistência à contratransferência. Então o psicanalista encontra-se numa posição de “entre dois”: por um lado, entregar-se ao inconsciente e a atenção flutuante, e, por outro lado, controlar sua contratransferência. Essa “oscilação permanente” exige do psicanalista uma posição que não existe em nenhuma outra área da terapêutica: “uma liberdade e uma mobilidade dos investimentos psíquicos, isentos de toda inibição” (Ferenczi, 1919a, p. 367).

A posição de Ferenczi oscila também entre as lembranças reiteradas na técnica clássica e as necessidades impostas pela clínica que o levam a inovar no dispositivo e no enquadre tradicionais.

Essa posição vai continuar sendo desenvolvido nos anos seguintes, e vamos ver como ela se concretiza no artigo importante de 1928, *Elasticidade da técnica psicanalítica*. A oscilação é bem presente entre uma posição que poderia ser descrita como empática, por um lado, e uma atitude de avaliação, de uma certa distância, por outro. Coburn (2014) acrescenta que o movimento primeiro, empático, seria acompanhado por uma atitude implícita de comunicação. Aliás, nada poderia ser comunicado sem essa atitude de “sentir com”<sup>30</sup>.

Na verdade, Ferenczi introduz a noção de tato psicológico que ele define como

*saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões; em que forma a comunicação deve ser, em cada caso, apresentada; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e aguardar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente, etc. ...Mas, o que é o tato? A resposta a esta pergunta não nos é difícil. O tato, é a faculdade de “sentir com”” (Ferenczi, 1928, p. 27).*

Este “sentir com” seria essa faculdade permitindo tomar decisões sobre questões do cotidiano da clínica e do manejo da sessão. Ferenczi antecipa a noção de inconsciente

---

<sup>30</sup> “sentir com” traduz o alemão *Einfühlung* e avaliação traduz *Abschätzung*.

procedural e implícito da psicanálise contemporânea com essa questão do tato que ele define de maneira vaga, mas coerente com o saber do seu tempo. Isso corresponde também às teorizações recentes, apoiadas nas neurociências, sobre a questão da intuição clínica (Marks-Tarlow, 2012). Mas, todavia, isso constitui, segundo Ferenczi, uma vertente apenas da “compreensão analítica”. Antes de comunicar qualquer coisa ao paciente o médico preciso “retirar sua libido do paciente e avaliar a situação com frieza: em nenhum momento deverá deixar-se guiar só pelos seus sentimentos” (Ferenczi, 1928, p. 28).

Voltando à noção da oscilação, ele propõe esse vaivém entre “sentir com” e avaliação ou atividade de julgamento. Naturalmente esse segundo momento traz a questão difícil da espontaneidade e do pensamento, num contexto em que o movimento da sessão, às vezes, deixa pouco tempo para “pensar”. Precisaríamos elaborar

*Uma eventual metapsicologia dos processos psíquicos do analista durante a análise. Seus investimentos oscilam entre identificação (amor objetal analítico), por um lado, e autocontrole ou atividade intelectual, por outro* (Ferenczi, 1928, p. 34-35).

Ferenczi traz, nesse texto extremamente rico, outras ideias que terão grande futuro mais de cinquenta anos depois:

- a ideia de que a análise é um processo. Ou seja, já é uma maneira empírica de considerar o lado não linear do tratamento psicanalítico. Não podemos trabalhar com planos pré-programados sobre a evolução do tratamento, exatamente porque é um processo.
- a implicação lógica deste primeiro ponto é que cada movimento de elucidação, ou mudança que acontece dentro deste processo, exige “a revisão de todo o material precedente” (p. 34). Aí vêm as noções de reorganizações dos sistemas dinâmicos e de transformações das relações entre todos os elementos deste mesmo sistema cada vez que ocorre uma mudança em um dos seus elementos. Ferenczi é realmente visionário nessas observações, escritas quarenta anos antes da publicação da teoria dos sistemas de Bertalanffy (1968).
- as “experiências vividas durante o próprio tratamento analítico” (p. 34) constituem o fator importante de revisão, e, logo, de mudança.
- as interpretações são consideradas como propostas, elas não constituem a verdade definitiva e nossa confiança nas teorias deve ser condicional. Ferenczi quase alcança aqui as noções de construcionismo social que serão desenvolvidas na psicanálise (Hoffman,

1998) ou, também a posição de, por exemplo, Bollas (1989) sobre a interpretação. Aliás, essa posição corresponde à ideia do reconhecimento pelo analista dos próprios erros cometidos (p. 32).

O *Diário clínico* só foi publicado numa primeira tradução para o francês em 1985. A sua tradução e publicação em inglês em 1988<sup>31</sup> teve o efeito de uma bomba na comunidade analítica.

Nele, Ferenczi apresenta casos clínicos e, particularmente, o caso de uma paciente chamado R.N.<sup>32</sup> com quem praticou a análise mútua. Vamos ver o que ele escreve sobre este caso.

O caso dessa paciente é muito pesado e conta com histórias de torturas e abusos infantis extremos em que a questão da sobrevivência foi uma realidade cruelmente presente. Como sempre, Ferenczi vai se dispor a adaptar o enquadre, pela elasticidade, em função do que ele considera como sendo as necessidades do paciente. O que aconteceu aqui é que a paciente “apresentou como exigência que o paciente também tivesse o direito de analisar seu analista” (Ferenczi, 1932, p. 35). Ferenczi considera que esta exigência deve ser satisfeita, na medida em que: “admitíamos, em teoria, as possibilidades do seu próprio inconsciente e eram contados, inclusive, fragmentos do seu próprio passado” (p. 35). Acrescenta que isso evoluiu para uma análise mútua, que, também, foi proveitosa para o analista. Mas, também permitiu a expressão de ideias e sentimentos desagradáveis sobre a paciente, que, de outra maneira, não teriam sido ouvidas por ela mesma. Seria um tipo de “educação” da paciente; se ela pudesse suportar tudo isso, ajudaria a paciente “a desapegar da análise e do analista”, e facilitaria a “transformação em lembrança das tendências para a repetição que não querem mudar” (p. 35).

Essa alternativa foi aceita por Ferenczi depois de ter se esgotado todos os recursos técnicos na sua possessão, e constituiu então uma sorte de percurso e de travessia das possibilidades até então inimagináveis para o manejo do tratamento psicanalítico. A posição tradicional de distância e de anonimato não funcionou, apesar de alguns pequenos avanços. Em um segundo tempo, foi aplicada a técnica ativa, mas a severidade teve um efeito muito nocivo sobre o tratamento. Tentou-se, depois, a passividade e o relaxamento, mas isso provocou consequências extremas de provocações, com sentimento de chegada

---

<sup>31</sup> No Brasil, só foi publicado em 1990 em português.

<sup>32</sup> A paciente R.N. corresponde a Elisabeth Severn, que ia se tornar psicanalista.

a uma posição absurda. Ele terminou reconhecendo “o que existe de artificial nos comportamentos do analista” (p. 42). Começou a admitir emoções e sentimentos verdadeiros, mesmo negativos em relação à paciente: “a irritação, o desprazer, a fadiga, *mandar tudo para o diabo*, e, finalmente, também as fantasias libidinais e lúdicas” (p. 42). Isso teve um resultado positivo e a paciente se acalmou, ficou mais “natural, agradável e sincera”.

Foi quando a paciente exigiu uma “análise metodicamente dirigida” que a análise mútua foi instaurada. Ela criticava o analista por ser passivo demais, por não fazer nada. E isso era manifestado com muito desamparo como se a paciente separasse “dele uma espécie de fragmento de inteligência que me prescrevia o que eu devia fazer (ou deveria ter feito) no momento em questão e como” (p. 122). Ferenczi, primeiro, se recusou a entrar neste processo, pensando que a paciente ia “abusar da situação” ao analisar o analista em vez dela mesma. Mas, ficou surpreso de constatar que não se procedeu dessa maneira: *A atitude adotada pelo analista tornou possível, por parte do analisando, de dizer doravante tudo sem precauções nem diplomacia, tudo o que até agora era retido (por respeito à sua sensibilidade* (Ferenczi, 1932, p. 42).

Nesse movimento, Ferenczi relata que experienciou a “perda de todas as esperanças de uma contratransferência real, além do profissional” e que “tudo se dá como se o fato doloroso de ter que suportar a perda da contratransferência tivesse dotado a paciente de uma couraça para suportar o desprazer” (p. 42). A partir desse ponto, uma paz se instala e “a libido, liberta de todos os conflitos, terá, sem outro esforço intelectual ou de explicação, um efeito *curativo*” (p. 43). Os dois inconscientes entram num processo de colaboração mútua. Aqui encontramos a mutualidade que Aron comentará muitos anos depois (Aron, 1991, 1996). Ferenczi até considera a vertente pela qual o paciente dá “alguma coisa de apaziguante” ao analista, ideia que Searles (1975) vai retomar no seu trabalho com os pacientes psicóticos. Ferenczi volta com a hipótese do diálogo dos inconscientes (Ferenczi, 1915), que ocorre quando duas pessoas se encontram. “Queria dizer que, quando duas pessoas conversam, trata-se efetivamente de um diálogo não só do consciente, mas também dos dois inconscientes” (Ferenczi, 1932b, p. 122).

Ferenczi se interessou pelo trauma durante sua vida toda e trouxe novidades sobre elaborações possíveis dos eventos traumáticos (Ferenczi, 1932a, 1933). À essa altura, volta à questão e descreve como a psiquê fica fragmentada pelos efeitos dos traumas. Ferenczi não fala de self ou de dissociação, mas já articula essas questões, no *Diário*



*clínico*, como devendo ser pensadas do lado de cisões e não de recalcamientos, como, por exemplo, quando elabora quase uma fenomenologia do ego clivado (Ferenczi, 1932b, p. 50-51).

Ferenczi lembra depois algumas observações que Freud compartilhou com ele sobre os pacientes: “os pacientes são uma corja.” Ou, também “Os pacientes só servem para a nossa subsistência, eles são material para estudo. De qualquer modo, não podemos ajudá-los” (Ferenczi, 1932b, p. 130). Ferenczi chama essas posições de Freud de niilismo terapêutico. Elaborava depois sobre as razões que poderiam ter levado Freud a ter esses pensamentos sobre os pacientes e a terapia analítica. Lança a hipótese de que isso começou quando Freud abandonou a sua teoria do trauma, em 1897 (Freud, 1985) quando se deu conta que as histéricas mentiam. Foi uma decepção e Freud ficou desencantado pela clínica. Antes deste momento, estava muito entusiasmado sobre o futuro da terapia analítica e se dedicava muito às suas pacientes. Mas, alguma coisa se quebrou em 1897. Ferenczi diz que depois disso

*Freud deixa de gostar dos doentes. Retornou ao amor do seu Superego ordenado, culto (uma outra prova disso é sua antipatia e seus termos injuriosos contra os psicóticos, os perversos e, em geral, contra tudo o que é “anormal demais”, assim como contra a mitologia hindu). Desde esse choque, essa decepção, trata-se muito menos do trauma, a constituição começa a desempenhar o papel principal. Segue-se, evidentemente, uma parte de fatalismo. Após a onda psicológica, Freud, portanto, aterrissou de novo, primeiro no materialismo do investigador das ciências da natureza; não subjetiva, ele vê quase unicamente a superestrutura do físico e, no próprio físico, vê algo de muito mais real; em segundo lugar, ele permanece ainda intelectualmente ligado à análise, mas não emocionalmente. Enfim, em terceiro lugar, o seu método terapêutico, tal como sua teoria, estão cada vez mais impregnados de interesse pela ordem, pelo caráter, pela substituição de um mau Superego por um outro melhor; ele se tornou pedagógico (Ferenczi, 1932b, p. 131).*

Essa citação longa de Ferenczi é importante porque aponta vários pontos que serão objetos de muitos desenvolvimentos no futuro da psicanálise. Primeiro, o fato de que Ferenczi constata o pouco de interesse de Freud pelos pacientes<sup>33</sup>, e mais pela pesquisa científica, confirma, junto com a mudança de direção clínico-terapêutica de 1897

---

<sup>33</sup> Valeria a pena de fazer uma pesquisa minuciosa, na correspondência e nas obras completas de Freud, para identificar e fazer um levantamento dos vários momentos em que fala dos pacientes em termos similares.

(Krutzen, 2018), a posição mais distante do analista na sessão, do que a nova teoria das pulsões vai trazer. Ferenczi continua afirmando que este novo método fica cada vez mais impessoal e o compara a “flutuar como uma divindade pairando acima do pobre paciente, rebaixado ao nível de criança” (p. 131).

Em segundo lugar, essa mudança configura uma reviravolta para uma posição mais intelectualizada do analista, mais afastado da natureza emocional do processo. E isso traz consequências para a teoria e a prática psicanalíticas.

Em terceiro lugar, conclui que é este comportamento que produz artificialmente a transferência. Ou seja, a transferência não é “uma manifestação espontânea de emoções” no paciente, mas uma produção artificial criada pelo dispositivo analítico, da maneira que foi instaurado pela técnica analítica.

Aí Ferenczi dá um passo a mais, e termina propondo o abandono de toda técnica para o analista se mostrar sem disfarce, exatamente como é esperado que o paciente esteja (p. 132). Neste ponto, vem introduzir a análise mútua.

Mais uma vez, ele justifica essa abordagem também pela gravidade de algumas situações de traumas, como foi o caso da paciente R.N. No caso de traumas graves, a abreação nunca fica suficiente e é a própria “situação que deve se tornar diferente do que é propriamente traumático, para que seja possível uma outra saída favorável” (p. 165). O trauma é um processo de dissolução, de morte, e os traumatizados são considerados por Ferenczi como mortos-vivos. A clivagem é o mecanismo que funciona nesses casos (p. 172). Aqui, de novo, Ferenczi antecipa e inspira as abordagens contemporâneas sobre as questões do trauma e da dissociação (Schore, 1994; Aron, 1996; Bromberg, 2006).

Um outro ponto muito interessante neste *Diário clínico* é o processo das sessões, como Ferenczi o descreve. Mais uma vez, são trazidas experiências de uma grande modernidade quando se fala desses momentos, no fim de uma sessão, quando ocorre uma reconciliação entre paciente e analista (qualquer que seja um e o outro) (p. 199). Evoca-se uma quase ternura que nos lembra dos estudos sobre a desafinação e o reparo acontecendo nas díades infantes / cuidadores (Stern, 1985, 1995; Beebe e Lachmann, 1996, 2002, 2014; Tronick, 2007).

Falando das expectativas de R.N., neste processo, Ferenczi diz o seguinte:

*Espera da minha análise a compreensão dos fatores históricos e pessoais (inteiramente independentes dela) que determinam o meu comportamento com relação aos pacientes – e assim o desprendimento definitivo. O que a subsistirá, espera ela, é o*

*reconhecimento mútuo “deveras meritório” dessa performance recíproca de ter concluído com sucesso semelhante caso* (Ferenczi, 1932b, p. 262).

Assim fala Ferenczi em 1932, visionário da psicanálise, na sua vertente terapêutica, que vai esperar mais de cinquenta anos para poder ser estudado e criticado, mas que firmará uma etapa inevitável do desenvolvimento atual da psicanálise, na sua dimensão relacional. Ferenczi foi, de uma certa maneira, o avô da psicanálise atual.

Vamos agora ver a posição de Lacan e da sua escola sobre essas questões. Podemos assim concluir esta parte sobre os achados do psicanalista de Budapeste, com uma citação que parece sair diretamente de um escrito de Lacan ou de um dos seus alunos: “O que, em mim, falta aos meus pacientes, é esse pequeno *algo*<sup>34</sup>” (Ferenczi, 1932b, p. 123). O que seria uma melhor maneira de apontar o objeto *a* lacaniano?

### **Lacan e o desejo do analista**

Para resumir as coisas ao iniciar essa parte, digamos que, para Lacan, a contratransferência é sem objeto. É apenas o resultado dos efeitos imaginários sobre o desejo do analista. Logo, a contratransferência é desnecessária.

Lacan vai participar, com uma certa distância, dos debates dos anos cinquenta sobre a contratransferência, no meio das confusões ligadas à primeira cisão da psicanálise na França.

No seu seminário sobre o *Homem dos lobos* (Lacan, 1952-53), já, na primeira lição, afirma que a contratransferência é o conjunto dos preconceitos do analista. No ano seguinte, Lacan (1953-54) lembra que essa noção de contratransferência está destacada como “reconhecimento do fato que, na análise se é dois, não apenas dois, fenomenologicamente, é uma estrutura” (Lacan, 1953-54, p. 10-11). Essa citação<sup>35</sup> apresenta um grande interesse porque, nela, Lacan está quase falando de um sistema produzido na situação analítica. Este “não apenas dois”, que, naturalmente vai remeter ao Simbólico que está sendo conceitualizado, traz esse terceiro que vamos encontrar renovado nos pensamentos de autores contemporâneos como Ogden (1994a, 1994b) ou Benjamin (2004). Na lição do 20 de janeiro, Lacan volta ao assunto, lembrando sua

---

<sup>34</sup> *Das gewisse “etwas”*.

<sup>35</sup> Da versão publicada pela Association Freudienne Internationale, diferente da versão publicada pelas edições Le Seuil.

afirmação do ano anterior e destacando que a suma dos preconceitos do psicanalista é o ego do analista. Trazendo o debate do lado do ego, Lacan está se dirigindo para uma concepção mais imaginária – no seu vocabulário – ou especular da contratransferência. Todo o movimento dos seminários dessa época tem como foco a crítica da *Ego Psychology*, num primeiro tempo, e das teorias da relação de objeto, depois. Colocar a contratransferência do lado do ego, significa rejeitá-la fora do dispositivo “operacional” do tratamento analítico, que sempre terá como foco, para Lacan, a dimensão simbólica. Veremos depois como o próprio estatuto da interpretação vai ser alcançado por esta posição radical.

Então, depois do primeiro seminário, publicado, já sabemos que o destino da contratransferência está marcado pelo opróbio lacaniano: faz parte do imaginário! A pequena abertura possível, rapidamente evocada na abertura do seminário, com a noção de estrutura, fechou-se definitivamente.

Três anos depois, Lacan comenta dois casos de Freud (a jovem homossexual, e o pequeno Hans) e traz de volta a questão da contratransferência como um deslize do analista no imaginário. Quando Freud diz à paciente que ela está tentando lhe enganar, ele faz “entrar no real este desejo da moça que é apenas um desejo, que não é uma intenção de enganar, ele lhe dá corpo (Lacan, 1956-57, p. 108-09). O que Lacan critica é que Freud acredita que ela quer enganá-lo, então ele está “dentro” e isso configura a entrada no imaginário. Ou seja, “Freud faz o conflito disparar, lhe dá corpo, quando, exatamente, ...é disso que se trata, revelar este discurso mentiroso que está ali no inconsciente” (p. 109). É o fato de Freud acreditar que faz a diferença. Ele não consegue dar um passo atrás para reconsiderar esta situação, ele está submerso nos seus próprios preconceitos. E essa situação não será analisado ou elaborada por ele. Sabemos como este caso não terá um desfecho feliz para essa jovem paciente.

Em 1958, Lacan escreve um artigo muito importante, *A direção do tratamento e os princípios do seu poder*, que será incluído nos *Escritos*, em 1966. Lacan lembra que, se o analista dirige a cura, ele não deve dirigir o paciente (p. 592). O tratamento funciona com a regra fundamental da associação livre, que será proferida pelo analista e, logo, precisaria de palavras. Já neste primeiro momento, a própria ideia que o analista se faz do tratamento será transmitida pelas palavras ditas. E é precisamente o que Lacan quer destacar ao longo deste artigo: a necessidade da fala e da linguagem. Critica assim a posição que consideraria a eficácia do tratamento no “ser” do psicanalista. Ao discordar,

Lacan destaca a importância do que o analista diz no tratamento. A transferência produz um desdobramento do analista e isso é o segredo da análise; nada a ver com o fato de expressar sentimentos, sob o título da contratransferência. Traz aqui uma metáfora importante, bem na linha de Freud com as do espelho e do cirurgião.

*...mas não nos enganemos com a metáfora do espelho, por mais que ela convenha à superfície uma que o analista apresenta ao paciente. Cara fechada e boca cosida não têm aqui a mesma finalidade que no bridge. Com isso, antes, o analista convoca a ajuda do que nesse jogo é chamado de morto, mas para fazer surgir o quarto jogador que do analisando será parceiro, e cuja mão, através de seus lances, o analista se esforçará por fazê-lo adivinhar (Lacan, 1958, p. 595).*

E não há nenhum lugar, neste contexto, para os sentimentos do analista, a não ser, exatamente, o do morto (p. 595). Antecipando a noção de não linearidade, Lacan continua com a ideia de que o analista não tem controle sobre sua ação, ela lhe escapa, “juntamente com a ideia que possa fazer dela” (p. 596).

A partir daí, vem naturalmente a questão da interpretação e do seu lugar. Por causa do desdobramento do analista, qualquer interpretação só pode vir dessa pessoa que a transferência lhe imputa ser. Então, “é como proveniente do Outro da transferência que a fala do analista continua a ser ouvida” (p. 597). Lacan aqui propõe uma definição da interpretação que permanecerá até o grande remanejamento dos anos setenta e a publicação de *L'étourdit*<sup>36</sup> (Lacan, 1973).

*A interpretação, para decifrar a diacronia das repetições inconscientes, deve introduzir na sincronia dos significantes que dela se compõem algo que, de repente, possibilite a tradução, – precisamente aquilo que a função do Outro permite no receptáculo do código, sendo a propósito dele que aparece o elemento faltante (Lacan, 1958, p. 599).*

Toda a questão reside então sobre a abordagem dessa sincronia, além das repetições diacrônicas dos padrões de organização considerados. Veremos que essa vertente será abordada pelas figuras, pontos-nós do equívoco, no texto de 1973. Aqui, em 1958, trata-se ainda de tradução. Mas essa tradução deve ser considerada em função da teoria do significante, uma “doutrina” que é “disciplina” e “única via para conceber que, ao se inscrever aí, a interpretação possa produzir algo novo” (p. 600). Para poder dizer isso, Lacan se apoia sobre a sua tese de que o inconsciente é estruturado como uma

---

<sup>36</sup> Traduzido como *O aturdido*.

linguagem e que encontramos ali leis que são aquelas das línguas naturais (p. 600). Aqui Lacan retoma as referências implícitas ao seu trabalho do segundo ano de seminário (Lacan, 1954-55) quando desenvolve o modelo cibernético da “cadeia L” tal como será apresentado em detalhes no *Parêntese dos parênteses*<sup>37</sup>, como sequência do *Seminário sobre a Carta Roubada* (Lacan, 1956a). Esta parte do texto abrindo os *Escritos* constitui um dos momentos mais criativos do “primeiro”<sup>38</sup> Lacan com uma utilização fecunda, para a psicanálise, das descobertas de uma ciência nova, aparecendo nessa época, pouco depois da segunda guerra mundial, a cibernética.

Nessa altura, Lacan produz um desses deslocamentos tão particulares da sua abordagem da psicanálise: “não há outra resistência à análise senão a do próprio analista” (Lacan, 1958, p. 601). Quando o analista entra na relação dual, ou seja, quando coloca seu ego no sistema, a situação desanda. E ela não desanda por causa de uma suposta contratransferência, mas pelas próprias consequências dessa relação dual. O eixo imaginário é promovido como eixo de eficácia do tratamento e essa posição errada produz os inevitáveis efeitos imaginários que vão ser chamados, em um segundo tempo, de contratransferência (p. 601-02). É o Simbólico que constitui o eixo necessário da ação do psicanalista e nenhum outro. E Lacan conclui:

*Digo que é numa direção do tratamento que se ordena, como acabo de demonstrar, segundo um processo que vai da retificação das relações do sujeito com o real, ao desenvolvimento da transferência, e depois, à interpretação, que se situa o horizonte em que a Freud se revelaram as descobertas fundamentais que até hoje experimentamos, no tocante à dinâmica e à estrutura da neurose obsessiva*<sup>39</sup> (Lacan, 1958, p. 604).

Continua o seu texto criticando a posição de Ferenczi, sobre a introjeção (Ferenczi, 1909), Strachey sobre a identificação com o Supereu do analista (Strachey, 1934) e Balint com o transe narcísico terminal (Balint, 1939). Incluindo também Melanie Klein no conjunto das suas críticas – ela também apontaria para uma identificação –,

---

<sup>37</sup> Parte acrescentada em 1966 ao texto original de 1956, sobre a Carta Roubada.

<sup>38</sup> Consideramos como “primeiro” Lacan, o período que vai até junho de 1959, caracterizada por uma topologia gráfica e modelos cibernéticos. O “segundo” Lacan, começa no seminário sobre a identificação e vai até junho de 1971, caracterizando uma mudança de topologia para as superfícies e uma análise lógica aprofundada. O “terceiro” Lacan, também chamado atualmente, o de último Lacan (ou “último” Lacan) começa com o seminário *...ou pior* e vai até a sua morte em 1981; seu foco será uma retomada do conjunto do seu percurso lógico-topológico com a introdução da nodulação como topologia radicalmente nova.

<sup>39</sup> Lacan conclui assim depois de um comentário ampliado sobre o Homem dos Ratos.

Lacan produz um outro deslocamento radical da maneira seguinte: “Cabe formular uma ética que integre as conquistas freudianas sobre o desejo: para colocar seu vértice à questão do desejo do analista” (Lacan, 1958, p. 621). A expressão vai ficar: o desejo do analista!

Não se trata de compreender, mas de pensar, e essa possibilidade existe a deixar e preservar o indizível (temos aqui mais um ponto em que Lacan se dirige para as noções de complexidade e não linearidade). O desejo do analista não deve ser confundido com a demanda de amor, nem ser substituído pelas necessidades supostas do paciente. Se o analista se deixa levar para querer o bem do sujeito, é a sombra do seu Supereu feroz que vai aparecer, reforçando assim a alienação do sujeito, pela suposta identificação. Que se trata de introjeção ou de identificação, a via da análise não está por aí. O desejo<sup>40</sup> vai ser tomado ao pé da letra e só vai poder ser apanhado na interpretação, como o livro sobre o sonho (Freud, 1900) o mostra de maneira iterativa. Nessa lógica, “não se fica curado porque rememora. Rememora-se porque se fica curado” (Lacan, 1958, p. 630). Este lugar do desejo deve ser preservado na direção do tratamento e “requer que seja orientado em relação aos efeitos da demanda, os únicos atualmente concebidos como princípio do poder da análise” (Lacan, 1958, 640). Uma regra fundamental será a de não satisfazer nenhuma demanda do paciente, cada demanda sendo uma demanda de amor. Essa suposta satisfação colocaria a transferência do lado da sugestão. A demanda de amor não é demanda de nenhuma necessidade. O deslocamento aqui é produzido entre transferência e sugestão, e a diferença deve ser feita entre “a identificação com o significante onipotente da demanda... e a identificação com o objeto da demanda de amor” (Lacan, 1958, p. 641). Essa segunda identificação abre o espaço para sair da sugestão e a possibilidade de desfazer as identificações. O analista então vai ser pensando como ocupando – semblante – este lugar, chamado objeto *a* na álgebra lacaniana, este objeto causa do desejo que permitirá a produção das identificações, como o futuro discurso do analista (Lacan, 1969-70) o escreverá.

No ano de seminário 1960-61, Lacan vai escolher o tema da transferência, na difícil transição entre o momento chave da ética (Lacan, 1959-60), quando a dimensão do gozo vai começar a ser elaborada, e o ano seguinte (Lacan, 1961-62) em que produzirá

---

<sup>40</sup> Aqui Lacan se refere ao *Wunsch* freudiana.

um grande movimento conceitual com a inauguração de dez anos de trabalho sobre a lógica e a topologia das superfícies.

No seminário sobre a transferência, a contratransferência é abordada, mas é realmente dois anos depois, no seminário sobre a angústia (Lacan, 1962-63) que o assunto será tratado mais em detalhes. Vamos voltar sobre este momento que corresponde também ao fim de um período dos seminários proferidos no hospital Sainte Anne em Paris.

Lacan lembra que o movimento dele consiste no avanço na topologia que ele está desenvolvendo, uma topologia que torna possível a transferência (Lacan, 1960-61, p. 189). Essa topologia foi construída em no ano 1957-58 com a elaboração progressiva do chamado “grafo do desejo” (Lacan, 1957-58). O texto dos *Escritos* de 1958, que acabamos de comentar não faz uma referência explícita ao objeto topológico, mas coloca em ato seus eixos fundamentais. Por um lado, a divisão entre código e mensagem, e por outro lado a separação entre enunciado e enunciação. Além disso, traz uma proposta clara para diferenciar o desejo da necessidade e da demanda, que são elementos muito comentados no texto sobre a direção do tratamento. Enfim, é dessa topologia que Lacan está falando, mesmo se, com a chegada da noção de gozo, esta mesma topologia vá se revelar insuficiente e requerer um deslocamento para as noções de furo e corte, que apenas uma concepção apoiada na materialidade de um tecido, de um pano, pode apresentar<sup>41</sup>.

Lacan lembra que a contratransferência não tem objeto em si, ela é apenas a consequência da existência da transferência, e nada mais (Lacan, 1960-61, p. 205). Constata que numerosos autores falam deste assunto, mas permanece reticente sobre este tipo de abordagem. Ele critica o fato de que a palavra contratransferência recobre um monte de experiências variadas que dizem respeito a tudo que o analista pode vivenciar. Essa falta de clareza do conceito, aliás já apontada por Little (1951), dificulta sua elaboração. Claro que, enquanto seres humanos, podemos ser afetados pelo paciente, mas, para Lacan, não é essa a questão. Ele retorna sobre o deslocamento já elaborado no texto de 1958: o analista não trabalha com seu ser. É o desejo do analista que constitui o ponto de referência necessário para poder pensar a sua posição na transferência e no dispositivo analítico. Esse é o lugar do analista.

---

<sup>41</sup> Apresentar aqui toma seu rigor de se diferenciar de representar, como a topologia nodal não cessará de enfatizar.



No seminário sobre a angústia (Lacan, 1962-63), Lacan, que vai sair de férias em fevereiro, encarrega Granoff e Perrier de apresentar três artigos sobre a questão do lugar do analista: um de Barbara Low (1935), um de Thomas Szasz (1955) e o famoso artigo de Margaret Little sobre a resposta total do analista (1957). A ideia é de criticar posições extremas sobre a questão da contratransferência. Low (1935) desenvolve ideias sobre o fato de assimilar a prática do tratamento analítico à arte. De um ponto oposto, Szasz (1955) insiste sobre o fato de que é o saber do analista que é fundamental, que legitima a sua posição. Na lição do 27 de fevereiro de 1963 (Lacan, 1962-63), Granoff passa a palavra a Piera Aulagnier (1963) para um longo comentário do texto de Little (1957). O foco principal da sua crítica é a noção de desejo do analista. Lacan sempre conceituou o desejo em relação à falta e Aulagnier aponta que é exatamente o lugar de onde Little se afasta do que seria uma posição analítica como guardião da falta.

*O desejo do analista, o desejo de Margaret Little, ou seja esta espécie de sujeito que tem algo a mais, algo com que ela pode nutrir – não é por acaso que uso o que pertence ao vocabulário oral – ela pode tapar um vazio, um tipo de lacuna real, que ela vê como tal, ao nível do sujeito que vem para a análise (Aulagnier, 1963, p. 191).*

Isso é um primeiro ponto. O segundo é ligado ao momento que Little começa a se preocupar com o luto “impossível” da paciente, ou seja, nos termos de Aulagnier, a analista tornou a encarnar o lugar da angústia, com a paciente representando o objeto dessa angústia. A situação piora até o momento que chega a um ponto de bifurcação, onde o sistema vai se reorganizar. É quando Little reconhece para a paciente seus próprios limites, sua própria falta, chegando a dizer que se as coisas continuarem desse jeito, ela vai ter que interromper o tratamento (Aulagnier, 1963, p. 193). Neste momento, o sujeito vai presentear-lá com sua fantasia fundamental. Aulagnier vê neste momento exatamente a função do corte como pensado por Lacan.

Quando Lacan retoma a fala, constata que a dificuldade desses autores com a contratransferência, na verdade, remete a essa questão do desejo do analista (Lacan, 1962-63, p. 199). Nenhum deles pode evitar colocar as coisas do lado do desejo, mas de que desejo se trata aqui? A contratransferência é uma maneira de desviar o foco sobre o verdadeiro problema. Considerando que a sua significação seria que “todo que, ao recebê-

lo na análise como significante, o analista recalca” (p. 200), isso configuraria um desvio da questão central do desejo do analista.

Isso nos leva a precisar essa noção do desejo do analista que vem deslocar o debate sobre a contratransferência dos não lacanianos. O que é este desejo do analista sobre o qual Lacan insiste tanto ao longo do seu ensino?

Existem vários lugares onde este desejo do analista fica elaborado, mas um dos mais interessantes encontra-se na lição do 19 de maio de 1965 (Lacan, 1964-65). Vamos ver como Lacan aborda esse ponto nessa altura.

Ele compara a análise a um jogo com dois jogadores, em aparência (Lacan, 1964-65, p. 360). Naturalmente suas relações funcionam na base do mal-entendido, por causa da noção de sujeito, por um lado, e de saber, pelo outro. Temos o analista que pensa que não sabe nada, e Lacan afirma que isso basta para assegurar sua posição, e o outro jogador que, sem dúvida sabe, mas não sabe que ele sabe (p. 360). Mas, acrescenta Lacan, existe um terceiro jogador. O nome dele é a diferença sexual. Na frente dessa realidade, o sujeito que sabe, o paciente, já se constitui desde muito tempo, a elaborar uma fantasia para cuidar deste impossível da realidade sexual. E, nessa fantasia – defensiva – encontra-se o objeto, essa causa, que vai configurar posições de oposição; neste jogo, entre analista e analisando. O terceiro jogador da realidade sexual não pode perder, é imbatível, não tem solução e

*se o analista pode merecer este nome, só pode ser isso, de chegar, de extrair, dessa defensiva, uma forma cada vez mais pura. E isso é o desejo do analista na operação. Trazer o paciente para sua fantasia fundamental, não é ensinar nada nele, é aprender dele como fazer (Lacan, 1964-65, p. 361-62).*

O analista se faz assim o desejo do paciente (p. 362). Este desejo do analista deve ser mantido aberto à dimensão da surpresa, do inesperado. “O inesperado não é o risco. Prepare-se no inesperado” (p. 363). Se apoiando sobre a fita de Moebius da sua nova topologia das superfícies, Lacan conclui que o inesperado é o que “se revela como sendo já esperado, mas apenas quando está chegando” (p. 363). Este fim da sessão de seminário do 19 de maio de 1965, ilustra perfeitamente que está para vir na psicanálise contemporânea com a imprevisibilidade dos pontos de mutações dos sistemas dinâmicos não lineares tais como descritos por exemplo nos trabalhos de Levenson (1972, 1983, 1991), Ghent (1995, 2001), Galatzer-Levy (2004), o Boston Change Process Study Group (BCPSG, 2010) e Marks-Tarlow (2012, 2019).

Lacan não trará mais novidades sobre a contratransferência depois dessas sessões intensivas do seminário de 1962-63 e do deslocamento definitivo da questão para o desejo do analista. O ponto de interesse vai mudar para uma necessidade de definir melhor a natureza da interpretação e, em 1973, Lacan vai escrever o seu texto mais importante desse período do “último Lacan”, *O aturdo*. De uma certa maneira, este texto tem, para este momento final do ensino de Lacan, uma função similar ao texto de 1958 sobre a direção do tratamento. Lacan aqui coloca os equívocos no centro da sua interrogação sobre a interpretação, com três “pontos nodais” que são os seguintes: a “homofonia – da qual depende a ortografia”, a gramática e a “lógica, sem a qual a interpretação seria imbecil” (Lacan, 1973, p. 48-49). Entretanto, Lacan introduziu uma nova topologia (Lacan, 1971-72) com o nó borromiano. Essa topologia, que vai acompanhar o seminário até seu fim em 1981, vai permitir uma integração dos dois momentos anteriores da topologia dos grafos e das superfícies pelas próprias propriedades dos objetos nodais. De fato, esses podem ser cortados (superfícies) e podem servir de suporte para uma escrita e uma circulação (grafos). Os elos de barbante figuram toros e podem ser manipulados como tais. Essa nova topologia vai trazer uma nova clínica, dita clínica do real. Alguns seguidores de Lacan vão inovar nessa direção, com propostas sobre a questão da interpretação.

Agora, apesar das propostas nítidas de Lacan sobre a rejeição da contratransferência (nem se fala de auto-revelação!) e a instauração do desejo do analista como motor do tratamento, as práticas dos analistas lacanianos contemporâneos começaram a mudar no decorrer dos anos dois mil, com uma saída progressiva do silêncio de morte que a posição do quarto jogador do jogo de bridge deixava claro (Lacan, 1958, p. 595). Os analisandos testemunham o fato de que seus analistas lacanianos “de repente” começaram a sair das suas posições mudas, dando exemplos, conselhos, indicando filmes ou leituras, e até, para alguns, momentos de ludismo. Como foi possível essa mudança?

Nosso foco aqui não é fazer um levantamento das diversas posições dos grupos lacanianos sobre nosso assunto, mas de apontar como este fenômeno, geral nas práticas dos analistas lacanianos, encontra respaldo em algumas teorizações. Escolhemos o movimento milleriano como exemplo de evolução do pensamento laciano sobre a interpretação (já que a contratransferência está definitivamente descartada).

Num texto de 1996, *L'interprétation à l'envers*<sup>42</sup>, Miller provoca os membros da Escola, dizendo que “a era da interpretação está atrás de nós” (Miller, 1996). Acrescenta que Lacan já sabia disso, mas não disse! Este texto traz algumas ideias diretrizes sobre a noção de interpretação e produz um deslocamento importante. Temos uma equivalência entre a interpretação e o inconsciente, ou seja, é um engodo querer colocar a interpretação do lado do analista. As “interpretações” e suas teorizações remetem ao narcisismo do analista quando, na verdade, é o próprio inconsciente que interpreta. A interpretação “tradicional” vem depois, num segundo momento, depois desse primeiro momento da interpretação do inconsciente (Miller, 1996).

*Fazer ressoar, fazer alusão, subentender, fazer silêncio, fazer o oráculo, citar, fazer enigma, semi-dizer, revelar – mas quem faz isso? Quem faz isso melhor do que você? Quem lida com essa retórica desde o nascimento, enquanto vocês se esforçam a aprender os rudimentos? Quem? – a não ser o próprio inconsciente* (Miller, 1996).

Então o analista fica calado porque o inconsciente interpreta. Mas o paradoxo reside no fato de que “o inconsciente também quer ser interpretado”. Neste ponto, Miller introduz a cifragem e o gozo, o que vai permitir uma abertura ao que vai além do sentido. Como lembrará Stevens (2009), comentando o artigo de Miller, “a pontuação pertence ao sistema da significação, sempre é semântica” (Stevens, 2009, p. 139). O esforço vai ser de sair deste sistema da significação ao quebrar o vínculo entre S1 e S2. A sessão não pode mais se fechar sobre algum sentido, e o corte vai exatamente ser produzido neste lugar entre os dois significantes, tais como o próprio discurso do analista o apresenta na sua escrita (Lacan, 1970). Onde fica claro que a declinação dos S1 nunca alcançará o S2 no lugar da verdade.

Assim, continua Miller, não se trata mais de interpretar sonhos ou sintomas, mas de trabalhar com a fantasia. É preciso sair dessas atividades de decifragem para entrar na própria construção da fantasia. Essa noção de construção neste lugar do texto de Miller é muito interessante e remete, de uma certa maneira, às abordagens atuais sobre a co-construção, dentro do processo analítico. “A fantasia não se interpreta, se constrói” (Miller, 1996). Isso vai ser trabalhar com o “sinthoma”, com a necessidade de pensar o sintoma a partir da fantasia, enquanto sinthoma. “Uma prática que aponta, no sujeito, o sinthoma, não interpreta como o inconsciente” (Miller, 1996). Isso seria permanecer ao

---

<sup>42</sup> A interpretação pelo avesso / ao avesso.

nível do principio de prazer. Para sair daí, temos que *interpretar no sentido contrário do inconsciente. Lá, a palavra interpretação só vale como o duplê<sup>43</sup> de um outro que não pode ser o silêncio<sup>44</sup>* (Miller, 1996).

Nesse movimento, é preciso também sair do modelo da neurose e de se orientar a partir da psicose, para “pensar a neurose a partir da psicose”.

Então, nem o silêncio, nem a interpretação, que Miller remete ao delírio, já que o delírio é interpretação. No final o que fazer? Miller propõe uma via nova. Manter separados S1 e S2. “Reconduzir o sujeito aos significantes propriamente elementares sobre os quais, na sua neurose, delirou” (Miller, 1996). Entendemos como este movimento crucial vai colocar o foco sobre as questões de psicoses que serão cada vez mais destacadas na Escola milleriana, juntas com uma recusa da interpretação tradicional, porque apontando para o sentido. A referência agora, é a obra de Joyce, *Finnegans Wake*, e não mais *A interpretação dos sonhos* de Freud: *O avesso da interpretação consiste em ver o significante como fenômeno elementar do sujeito, e como anterior a sua articulação na formação do inconsciente que lhe dá sentido de delírio* (Miller, 1996).

Essa posição encontra, para além dos anos, um ponto de ressonância com a teoria bioniana (Bion, 1962) dos elementos beta e alpha. Miller vai concluir, abrindo a idade da pós-interpretação, que não é mais pontuação, mas corte, além de qualquer significação, o que vai chamar de via da perplexidade, além da elaboração. Volta, neste movimento a falar da “construção” da sessão analítica, mas sem desenvolver mais essa noção.

Para resumir, temos então vários deslocamentos importantes que este texto traz:

- a era da interpretação passou
- é o inconsciente que interpreta
- o modelo é a psicose<sup>45</sup>
- o silêncio também não é a alternativa
- a sessão aponta para a perplexidade

Esses deslocamentos trazem novidades radicais e podemos, nessa altura, entender a saída do silêncio que vários analistas lacanianos praticam hoje em dia. Nossa conjectura é que as intervenções devem ser vistas do lado da suplência que o último Lacan

---

<sup>43</sup> Para traduzir o francês *tenant-lieu*.

<sup>44</sup> Grifo nosso.

<sup>45</sup> O que será desenvolvido muito depois (Miller, 1999) e vai desencadear em uma multiplicação dos “diagnósticos” de psicoses na nebulosa lacaniana.

desenvolve, com modelo na psicose, e não mais na neurose. Saímos de uma visão do tratamento que destaca o morto do jogo de bridge. Mas, não encontramos, nesses textos, nenhum elemento indicando posições a favor, ou justificando, qualquer auto-revelação. Todavia, essas auto-revelações acontecem diariamente na clínica lacaniana. Deixaremos então essa questão em aberto. Octavio Souza (2007), apoiando-se sobre uma proposta de Miller, propõe uma hipótese interessante sobre a questão:

*Ou seja, na medida em que as coisas podem se amarrar, se desamarrar e depois se amarrar de novo, se a amarração não for muito confortável para o sujeito, ao invés do convite de por ela se responsabilizar, pode-se apenas pensar em propor a busca de uma mudança na posição defensiva face ao real. Para isso, é claro, o psicanalista deverá, em análise, "colocar um pouco do seu" (mettre un peu du sien). Ou seja, na medida em que os nós são feitos de gozo significante, ele deverá participar do diálogo analítico com sua imaginação, investindo libidinalmente o discurso do sujeito, sem se restringir ao silêncio do desejo do analista de escutar a pura diferença da instalação da escolha do sujeito no ato do seu nascimento. Cf. MILLER, Jacques-Alain. Seminário de 02 de dezembro de 1998. Mimeo (in: Souza, 2007).*

Essa última colocação abre mais espaço para explicar mudanças do campo lacaniano sobre o lugar do analista em relação a suas intervenções.

Vamos agora abordar as ideias dos analistas que praticam essa auto-revelação e analisar os argumentos apresentados para justificar essa posição totalmente proibida pela técnica clássica do tratamento psicanalítico. Nosso percurso, até agora, destacou apenas Margaret Little (1951, 1957) como defensora dessa posição, com a hipótese da resposta total do analista às necessidades do paciente. A partir dos anos noventa, a questão vai ser retomada e muitas novas articulações vão ser propostas para poder pensar o encontro analítico com suas consequências, terapêuticas ou não.

### **Um parêntese: *O paciente como terapeuta do seu analista***

Vamos aqui realizar uma pequena digressão sobre Harold Searles, que publicou um artigo provocador em 1972/1975<sup>46</sup>, *O paciente como terapeuta do seu analista*.

---

<sup>46</sup> Uma versão condensada foi apresentada em 1972, enquanto a versão longa só foi publicada em 1975, In: GIOVACCHINI, P. (Org.) *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Theory, Vol II: Countertransference*. New York: Aronson.

A ideia de Searles é que todos nós temos uma tendência inata a ser psicoterapeutas e que isso acontece, naturalmente, no processo analítico também. Colocando o foco sobre a transferência, Searles considera que “a doença do paciente expressa sua tentativa inconsciente de curar o médico” (Searles, 1975, p. 381). O que é uma saída radical da posição clássica, na época, de considerar o psicanalista como saudável, enquanto o paciente ocuparia o lugar do doente. Quanto mais o paciente seria perturbado, mais seria necessário, para o êxito do seu próprio tratamento, que ele se tornasse o terapeuta do analista.

Uma ideia muito interessante de Searles é que todo este processo acontece inconscientemente. Nenhum dos dois, paciente ou analista, se dá conta que este processo está acontecendo. Estamos aqui nessa dimensão implícita que, embora não citada por Searles, já está em ato ao nível dos fenômenos que ele está descrevendo aqui.

Como isso acontece? Quais são as “técnicas” psicoterapêuticas utilizadas pelos pacientes para tratar os analistas?

Tem várias. Uma consiste em tipos de catarses produzidas dentro do tratamento, com dimensões que podem ser verbais ou não verbais. Uma outra técnica consiste em introjetar inconscientemente elementos doentes do analista e projetar nele áreas de força do eu. Assim, o paciente

*tentaria pegar dentro dele a doença do analista para tratar este “analista doente” ali, dentro do paciente, de maneira tal que um analista mais saudável possa eventualmente nascer a partir do paciente<sup>47</sup> (Searles, 1975, p. 427).*

Esse processo é implícito e o analista não reconhece, de maneira explícita, que a ajuda tem como origem o paciente. Searles continua com a afirmação que a sua experiência clínica de muitos anos lhe permitiu entender que essa dimensão implícita é inerente ao próprio processo analítico e que reconhecê-lo faz parte da necessidade de considerar o encontro analítico como “um processo terapêutico em andamento entre nós<sup>48</sup>, de uma maneira mútua e bidirecional” (p. 428).

Todavia, ele chama atenção sobre alguns pontos que podem dificultar ou impedir este processo, sobretudo em relação à auto-revelação do tipo de ajuda providenciada pelo paciente. As questões da angústia e da culpa dentro do tratamento devem ser resolvidas

---

<sup>47</sup> *Out of the patient.*

<sup>48</sup> Paciente e analista.

primeiro. Quando esses afetos estão presentes, de maneira maciça, tal auto-revelação vai aumentar o peso da culpa ou da angústia no tratamento, e, logo, deve ser descartada (p. 428). Por outro lado, se a relação transferencial evolui para uma co-criação num modo mais colaborativa, a auto-revelação poderá ser útil e possível.

Este pequeno parêntese serve de passagem para as partes que seguem sobre as posições atuais sobre a questão da contratransferência e, ainda mais, da sua vertente de auto-revelação. Esses assuntos continuam, naturalmente, como fontes de debates e discussões nas associações de psicanálise. Os grupos lacanianos permanecem nas posições teóricas de rejeição desses conceitos, pelas razões já mencionadas, apesar de praticarem no cotidiano dos consultórios variações sobre essas abordagens. Nos outros grupos, em função das referências e escolas consideradas, os analistas podem ocupar um espectro muito amplo de posições mais ou menos articuladas.

### **Os anos noventa**

Nos anos oitenta, apareceu um novo movimento, dentro da psicanálise, que se desenvolveu, principalmente nos Estados Unidos, o chamado movimento relacional. A partir da obra seminal de Greenberg e Mitchell (1983) *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, uma corrente de pensamento cresceu que vai, pouco a pouco, se desenvolver entre vários eixos de maneira extremamente flexível. O ano foi 1988, quando três publicações tiveram um impacto muito grande sobre a comunidade psicanalítica americana: o livro de Stephen Mitchell (1988), *Relational concepts in Psychoanalysis*, a tradução em inglês do *Diário clínico* de Ferenczi (1932b), publicado na França em 1985, e, um pouco depois, o artigo de Emmanuel Ghent (1989), *The Dialectics of One-Person and Two-Persons psychologies*.

Os eixos paralelos de crescimento deste movimento representando uma mudança de paradigma na psicanálise, são os seguintes:

- Passagem de uma psicanálise focada exclusivamente sobre a vida interna do paciente para uma visão do paciente e do analista como fazendo parte de conjuntos maiores e abertos.
- A consideração, para a psicanálise, dos resultados dos numerosos estudos feitos, desde o começo dos anos setenta, sobre a relação entre o cuidador e o infante. Aliás, essa posição é extensiva a outras áreas das ciências da mente, humanas ou afins. A psicanálise não



pode mais permanecer ilhada, com explicações válidas sem nenhuma interdisciplinaridade. Esses estudos também testemunham a aparição de um novo tipo de psicanalista: o analista pesquisador, que sai do seu consultório e produz pesquisas nessa área e outras afins.

- A necessidade de tomar conta dos resultados oferecidos pelas pesquisas em neurociências, particularmente à luz das descobertas feitas durante a chamada “década do cérebro”, entre 1995 e 2005, e além.
- Os estudos de gênero e suas consequências sobre as teorias do desenvolvimento sexual do ser humano.

Esses eixos vão ser desenvolvidos de maneira diferenciada, segundo os autores, com alguns privilegiando um ou outro eixo. Um quinto eixo vai ser constituído pelas referências cada vez mais numerosas à ciência contemporânea, para construir uma nova metapsicologia tomando conta dessas mudanças. Da mesma maneira que Freud se apoiou sobre a ciência da sua época para pensar o aparelho psíquico, ou Lacan sobre a cibernética, a linguística e a etnologia, junto com a topologia para pensar o sujeito, o desejo e o objeto *a* junto com o “sinthoma” depois, os analistas atuais trabalham sobre elementos da ciência atual para repensar a teoria analítica. Aqui entram as teorias dos sistemas dinâmicos não lineares, os fractais, a complexidade, as estruturas dissipativas, todas teorias que já têm campos de aplicações na biologia, sociologia, meteorologia, ecologia, economia, etc.

Essa mudança de paradigma, na psicanálise (Krutzen, 2018), vai levar os analistas a abordarem, de novo, a questão da contratransferência, a partir dessa visão renovada. Além do debate clássico sobre a contratransferência, que estudamos até agora, um deslocamento vai ser produzido pelo aparecimento de um conceito novo e cada vez mais comentado, a famosa auto-revelação. O debate sobre a auto-revelação vai ocupar a cena e trazer muitas divergências entre os analistas das várias escolas.

O chamado movimento relacional não é uma escola, no sentido de não existir um texto de referência indiscutível, de necessário referencial como os *Escritos* de Lacan (1966), *Aprender com a experiência* de Bion (1962) ou *The Analysis of the Self* de Kohut (1971). Os conceitos são muito fluidos e as trocas acontecem com facilidade, provavelmente por causa da interdisciplinaridade e das possibilidades de referências múltiplas com outras áreas de saber. Neste contexto, os “mestres” do passado não têm mais razão de existir e o foco ficou deslocado para o trabalho e as produções. Lembramos

aqui da famosa frase de Max Planck (1936): “uma ciência que hesite em esquecer seus fundadores está perdida.” Vamos seguir o fio desses autores que renovaram o pensamento sobre a contratransferência e introduziram a noção de auto-revelação dentro da prática e da teoria psicanalítica.

Hoffman (1983) já tinha introduzido algumas novidades com seu artigo *O paciente como intérprete da experiência do analista*. O título provocador, chamou a atenção, na linha do artigo já comentado de Searles (1975). Hoffman introduzia o construcionismo na psicanálise, mas não entrava em considerações detalhadas sobre a contratransferência; veremos como ele voltará sobre o assunto quando o movimento relacional já estiver muito mais estruturado (Hofman, 1998).

Um dos primeiros a estudar cuidadosamente o assunto da auto-revelação foi Lewis Aron (1991, 1996, 2018). Em 1991, com o artigo *The Patient's Experience of the Analyst's Subjectivity*<sup>49</sup>, Aron publicou um dos primeiros grandes textos sobre o assunto. Neste artigo, Aron desloca a questão do tratamento em função da consideração da subjetividade do analista. As teorias psicanalíticas sempre construíram hipóteses sobre o desenvolvimento da criança pequena (Freud, 1905). Por causa do modelo intrapsíquico, as teorias destacaram sempre o lado interno da criança, a partir, seja do desenvolvimento libidinal, seja da relação com o meio ambiente. Neste contexto, a mãe (ou cuidador) sempre teve um papel fundamental. Só que a mãe sempre foi considerada como ocupante do lado do objeto, na teoria clássica dos estágios da libido, ou nas teorias das relações de objeto dos pós-freudianos ingleses. A mãe nunca foi considerada como sendo também um sujeito e é essa novidade que Aron está trazendo, já se apoiando sobre os estudos feitos sobre a relação entre os cuidadores e os infantes, que vão ter um desenvolvimento tão grande na psicanálise contemporânea (Traverthen, 1977; Stern, 1985; Beebe e Lachmann, 1996; Tronick, 2007). Esse deslocamento da posição da mãe para uma visão das relações entre cuidador e infante dentro de um conjunto de regulações mútuas e auto-regulações, permite inferir uma nova posição possível da díade analista/analizando, como, também, as pesquisas nas neurociências vão confirmar (Schore, 1994; Cozolino, 2014; Hill, 2015).

---

<sup>49</sup> *A experiência pelo paciente da subjetividade do analista* (Aron, 1991).

Então, quais são as consequências sobre este processo dessa mudança de posição que consiste em considerar a mãe como sendo também<sup>50</sup> um sujeito. Ou seja, a questão vai se colocar na situação analítica como sendo a da subjetividade do analista<sup>51</sup>. Da mesma maneira que, na história das teorias psicanalíticas, a mãe sempre foi colocada neste lugar de objeto, o analista também ocupou este lugar no tratamento. Isso até chegar a considerar que apenas os pacientes teriam uma realidade psíquica! Uma maneira atual de apresentar este dilema encontra-se na asserção muito comum que consiste em dizer que ali trata-se do inconsciente do paciente, e não do inconsciente do analista. Vamos ver como essa asserção, muito ouvida por exemplo nas supervisões, precisa ser desmontada porque veicula ambiguidades sobre várias questões em presença no processo analítico. Aron dá um passo a mais quando critica a noção de contratransferência como sendo – pelo termo mesmo – uma maneira reativa de falar, ou seja, a subjetividade do analista seria uma resposta (“contra”) àquilo que é do paciente e não teria existência “própria”. A proposta de Aron é a seguinte:

*A abordagem relacional que estou defendendo vê a relação paciente-analista como continuamente estabelecida e reestabelecida através de uma influência mútua em andamento na qual ambos o paciente e o analista sistematicamente se afetam e são afetados por cada um... Essa abordagem reclama uma “psicologia de duas pessoas” ou a conceitualização do processo analítico como sistema de regulações... A influência mútua não implica uma influência igual, e a relação analítica pode ser mútua sem ser simétrica (Aron, 1991, p. 33).*

Aron colocou aqui alguns pontos-chave da sua visão do processo analítico: uma psicologia de duas pessoas, uma visão de sistemas em regulações, uma mutualidade sem simetria. Todos esses pontos serão amplamente detalhados no seu livro de 1996, *A Meeting of the Minds*<sup>52</sup>.

---

<sup>50</sup> Isso, naturalmente não significa o abandono de qualquer consideração possível da mãe com a questão objetual. O ponto aqui vai ser a circulação entre as diversas posições possíveis, que vão também se configurar como condições necessárias para a emergência progressiva do self da criança (Stern, 1985; Schore, 1994; Fonagy et al, 2002).

<sup>51</sup> Essa posição já lembra as colocações de Christopher Bollas (1989) quando defende a ideia que o analista se estabelece como sujeito no campo analítico bipolar. O analista pode, assim, segundo Bollas, compartilhar algumas associações ou processos internos com o paciente. Dá como exemplo o fato de explicar como uma tal interpretação chegou na mente dele.

<sup>52</sup> *A Meeting of the Minds*.

Um ponto central, que vem dos estudos mãe-bebê por um lado, e das neurociências, por outro lado, é a impossibilidade demonstrada de ocupar um lugar de neutralidade, seguindo as metáforas do espelho ou do cirurgião. Quando dois seres humanos se encontram, seus inconscientes procedurais e implícitos já estão tecendo uma miríade de regulações, mensagens e respostas em que nenhum deles tem a menor ideia do que está acontecendo. Ou seja, no momento de um primeiro encontro analítico, milhares de pequenos eventos implícitos são trocados desde o primeiro olhar, a entrada no consultório, a maneira de sentar, etc. Essa dimensão não é controlável e antecipa qualquer pensamento que possamos ter sobre nós, ou sobre o outro em nossa presença. Isso não significa um mergulho no afetivo ou no emocional baseado sobre qualquer posição surgida com “já que não podemos controlar isso, vamos abrir as portas para todo tipo de afeto, emoção, sentimento ou pensamento”, o que seria totalmente selvagem e acabaria com qualquer possibilidade de desenvolver um processo analítico com este paciente. É exatamente o que Aron destaca com essa noção de mutualidade que não é simetria. Aliás, vai elaborar uma crítica nuançada da posição de Ferenczi com sua paciente do *Diário clínico* (Ferenczi, 1932), mostrando como foi precisamente neste ponto que Ferenczi se perdeu. Este confundiu a mutualidade com a simetria, quando deveria ter preservado a dimensão da assimetria (Aron, 1996).

Então o inconsciente implícito está presente de maneira permanente, durante a sessão analítica e este ponto já configura que o inconsciente do analista não pode ser descartado como não operacional, só, por exemplo, porque ele fica calado. Já sabemos que o analista calado não transmite menos, ao nível implícito, que o analista “falante”. Enfim, como vai continuar a ser elaborado,

*todas as intervenções analíticas refletem aspectos da subjetividade do analista. Não existem intervenções terapêuticas entregues a partir de uma posição de neutralidade de objetividade transcendente; muito mais, todas as intervenções refletem a pessoa do analista como um sujeito separado* (Aron, 1996, p. 93).

Neste sentido, a auto-revelação não vai ser uma opção, “é uma inevitabilidade” (Aron, 1991, p. 40). Os pacientes leem, de maneira intuitiva, adequada e correta, nossas comunicações escondidas dentro de nossas interpretações. Nenhuma interpretação pode ser apresentada de maneira “pura” (Jacobs, 1986). Ou seja, qualquer interpretação já é

uma auto-revelação inevitável e o anonimato analítico é um mito. O controle do inconsciente implícito não é possível, da mesma maneira que o analista “perfeitamente analisado” constitui outro mito, como se poderia ser totalmente consciente do seu inconsciente.

Aron introduz a noção de processo analítico como coparticipação, ou seja, uma construção mútua do processo através da elucidação da própria relação em andamento entre os protagonistas dessa história. Nesta construção, o paciente e o analista são sujeitos e objetos para cada um, se autorregulando e produzindo regulações mútuas continuamente. A auto-revelação encontra-se então integrada em um conjunto onde o seu papel vai poder começar a ser elaborado. Aron continua:

*Na minha visão as auto-revelações são muitas vezes úteis, mais particularmente aquelas ligadas de perto ao processo analítico do que aquelas em relação a vida privada do analista fora da análise. As revelações pessoais são, de qualquer jeito, inevitáveis e elas são simplesmente enormemente complicadas e requerem uma análise de como elas são vividas pelo paciente (Aron, 1991, p. 42).*

Aron vai acrescentar que essas considerações têm implicações sobre a técnica analítica. O nível das auto-revelações possíveis vai variar em função dos contextos em presença. Pode-se pensar agora a técnica como totalmente dependente de cada situação clínica encontrada. Passa por mudanças radicais de um paciente para um outro, com um paciente deitado no divã e submetendo-se a associação livre, por um lado, e um outro sentado na poltrona, precisando de uma escuta e posição muito mais ativa nessa co-construção em andamento, por outro. Da mesma maneira, o que foi importante e útil para um paciente, durante um tempo – longo ou não – da sua análise pode revelar-se não necessário em um outro momento e configurar uma mudança de abordagem, de técnica, que o sistema requer para sua auto-organização. Mantendo o mesmo tipo de exemplo, um paciente pode, de repente, deitar no divã depois de um tempo já importante de análise, onde não considerava este recurso como necessário ou interessante, por vários tipos de razões, inclusive defensivas. Ou seja, um ponto de bifurcação foi alcançado e o sistema se reorganizou depois dessa travessia. Essas observações são importantes, na medida que explicam de uma maneira nova, algumas mudanças repentinas de comportamento de pacientes, que não correspondem necessariamente a um chamado *acting-out*, mas são o

resultado da passagem por um ponto de bifurcação, com consecutiva reorganização do sistema.

Em 1996, Aron volta sobre o assunto e traz um comentário sobre o trabalho de Bollas (1989) e Ogden (1994a, 1994b), observando que nenhum desses autores considera “o impacto do analista enquanto pessoa sobre o desdobramento da transferência do paciente” (Aron, 1996, p. 86). Eles param antes deste ponto, provavelmente por causa das suas referências à escola inglesa de relações de objeto, enquanto Aron sai do movimento interpessoal americano.

No movimento relacional, a posição de Aron enfatiza que não existe um método que poderia dizer de maneira clara o que pertence ao paciente e o que pertence ao analista. “A interação é mútua e contínua, nunca é possível dizer quem iniciou uma sequência particular de interação” (Aron, 1996, p. 216).

Aron volta ao assunto com um comentário crítico do artigo de Greenberg (1995) que questionou a auto-revelação da seguinte maneira: Isso é psicanálise? O debate foi muito grande durante os anos noventa. Podemos responder, depois da nossa exposição aqui das posições clássicas e lacanianas sobre o assunto: “Não, a auto-revelação não é psicanalítica.” Aron vai retomar a questão, dizendo “quando é útil para um analista de praticar uma auto-revelação de maneira deliberada?” (Aron, 1996, p. 223). De maneira deliberada, porque já vimos que, na dimensão inconsciente, a questão nem existe de saber se temos uma escolha de revelar aspectos do nosso self no processo analítico ou em qualquer tipo de relação humana suficientemente próxima, verbal ou não verbalmente. Podemos acrescentar: existem alguns assuntos que são tabus, totalmente excluídos de qualquer tipo de revelação deliberada, desejos sexuais ou desejos de morte em relação a um paciente, por exemplo? “Como proteger o paciente de intrusões pelas auto-revelações do analista? Aron propõe um eixo para se nortear nessas questões difíceis. O que permanece importante, nas intervenções do analista, não é tanto de saber se foi uma auto-revelação, uma expressão de uma contratransferência, uma interpretação de transferência, ou do material infantil que o paciente trouxe, mas a avaliação das consequências da interação que acabou de acontecer. Isso favoreceu o processo analítico, abriu algumas hipóteses novas, ou, pelo contrário, fechou a indagação analítica, tapou alguma possibilidade que começava a apresentar-se? Um outro elemento importante é a avaliação de como a intervenção vem colocar-se dentro do sistema com a própria história deste

sistema, sem esquecer os subsistemas implicados automaticamente. Ou seja, qual foi o nível de sistema tocado pela intervenção?

Quais seriam as razões, para Aron, para o analista evitar a auto-revelação? Estamos aqui considerando as razões específicas dessa abordagem e não as críticas clássicas que sempre foram trazidas contra qualquer utilização da contratransferência, e conseqüentemente da auto-revelação<sup>53</sup>. Como o espaço analítico é co-criado entre o paciente e o analista, qualquer intervenção do analista que aponte na direção de um fechamento deste espaço deveria ser evitada, inclusive auto-revelações que teriam este tipo de conseqüências. Aron conclui:

*Eu considero que a liberdade dos analistas de se utilizar completamente, com a opção para uma auto-revelação aumentada ou a escolha de não revelar, providencia as melhores condições para o engajamento tanto ao nível da compreensão cognitiva e interpretativa, quanto afetiva e interpessoal... Nossa teoria não deveria levar para um sentimento de obrigação a praticar a auto-revelação de maneira compulsiva, como o fez Ferenczi, com a ideia errada que isso é a única forma de participação “honesto” e “autêntico” (Aron, 1996, p. 232).*

Isso implica que “a técnica psicanalítica não pode ser prescrita de maneira independente da personalidade do analista” (p. 235). Aliás, para Aron, “a auto-revelação não é uma técnica. É simplesmente uma das numerosas maneiras de estar com um paciente” (Aron, 1996, p. 238). A questão não é tanto de criticar a posição clássica<sup>54</sup>, e assim substituir a auto-revelação lá onde tinha anonimato, neutralidade e abstinência antes. A questão é muito mais de avaliar como o processo analítico pode crescer, sem descartar, por razões ideológicas, o que pode revelar-se muito interessante em alguns casos. Aron lembra de não repetir o erro de Ferenczi que saiu do anonimato para colocar-se no outro extremo de uma auto-revelação quase permanente da sua intimidade. Um outro perigo da auto-revelação é o fato que ela pode foracluir indagações subjacentes porque foi considerada ao pé da letra como a verdade autoritária do analista (Hoffman, 1983), ou tornada real porque dita pelo analista (Leary, 1997). Neste caso ela vai tornar-

---

<sup>53</sup> Entre outras possibilidades, se pode considerar: complica o tratamento, bota um peso no paciente, a atenção não está mais no paciente, são os desejos do analista, gratificante demais, *acting-out*, obscurece a transferência, restringe as fantasias do paciente, destrói o espaço transicional, concretiza o que deve permanecer simbólico (Aron, 1996, p. 230).

<sup>54</sup> Renik (1993), por exemplo, critica a posição tradicional, considerando que é uma defesa do analista contra as produções do analisando. Ver também Greenberg (1986).

se nefasta para o desenvolvimento do tratamento, e cultivar a personalidade narcísica do analista.

Aron continua especificando as variedades de auto-revelações. A palavra, de fato, recobre muitas coisas espalhadas num espectro amplo de possibilidades. Reproduzimos aqui algumas dessas variações. A auto-revelação pode referir-se a (Aron, 1996, 239-240):

- Os pensamentos do analista
- Uma resposta afetiva do analista
- Pensamentos e afetos sobre as interações paciente/analista
- Pensamentos do analista que aconteceram fora do momento da sessão
- Sobre por que o analista pensa ou tem tal sentimento
- Respostas a perguntas

Distinções precisam ser feitas sobre outros aspectos da auto-revelação. Primeiro, essas observações não mudam a inevitabilidade das auto-revelações implícitas que ocorrem o tempo todo, dentro e fora do enquadre analítico. Em segundo lugar, existe uma diferença entre compartilhar algo que já foi pensado pelo analista e algo que acontece espontaneamente antes do analista ter pensado sobre o assunto. Em terceiro lugar, precisamos distinguir entre uma partilha voluntária da parte do analista e uma partilha que acontece depois do paciente ter trazido um assunto à tona. Em quarto lugar, podemos também pensar em distinções em relação aos conteúdos da auto-revelação. “Por exemplo, poderíamos escolher fazer distinções entre auto-revelações de conteúdos agressivos e revelações de conteúdos sexuais<sup>55</sup>, ou ainda, revelações sobre outros afetos” (Aron, 1996, p. 241).

Um outro ponto importante, que remete a natureza do próprio inconsciente, é a maneira com qual a auto-revelação é feita. Já falamos da necessidade de ela ser focada nas possibilidades de abertura da situação em andamento. Aqui queremos destacar o modo de revelar, com todos os elementos de prosódia, timbre, tom (autoritário, brincalhão, sério, dramático, etc.), atitudes corporais, olhares, movimentos, enfim, a dimensão implícita inevitável, dentro do contexto da sessão analítica.

*Nossa atitude diante nossos próprios pensamentos, sentimentos, associações e interpretações é provavelmente mais importante do*

---

<sup>55</sup> O artigo de Jody Davies (1994), *Love in the Afternoon: A Relational consideration of Desire and Dread in the Countertransference*, no qual ela revelou a um paciente que tinha fantasias sexuais com ele, causou grande confusão sobre a questão dos conteúdos das auto-revelações.



*que o conteúdo. Seja o que for que o analista revela, é a atitude do analista diante da revelação que determina se a intervenção vai levar o paciente a se sentir cada vez mais seguro ou em perigo* (Aron, 1996, p. 242).

Vamos ver como essa questão vai ser modulada por outros analistas do movimento relacional. A posição de Aron era específica. Por exemplo, ele focava sobre a experiência que o paciente podia ter da subjetividade do analista. Essa vertente caracterizava a abordagem que Aron tinha na sua prática, enquanto outros analistas iam abordar essa questão diferentemente.

Assim Karen Maroda, que vai lançar um livro importante em 1991 também, *The Power of Countertransference*<sup>56</sup>, provavelmente o trabalho mais detalhado e argumentado da época sobre a questão da contratransferência e da auto-revelação. A posição de Maroda é a seguinte: a auto-revelação é necessária, mas não pode ser integrada dentro do tratamento de qualquer modo.

Ela sugere algumas etapas que devem ser respeitadas no processo analítico no que diz respeito a auto-revelação. Num primeiro tempo, o analista compartilha algumas experiências afetivas imediatas com o paciente, mas sem revelar as suas origens na sua vida. Essa segunda fase poderá acontecer num segundo tempo, já mais adiantada do processo analítico. Então, essa primeira fase poderia ser considerada como a revelação da sua contratransferência, e, em segundo lugar, a análise do impacto dessa revelação na matriz de transferência-contratransferência. E, no final, o que corresponde também a fase final da análise, a análise deliberada pelo analista da contratransferência na sua dimensão genética e caracterológica.

A posição de Maroda consiste em perguntar ao paciente sobre a própria possibilidade da auto-revelação. Por exemplo, se o paciente faz uma pergunta direta à analista do tipo: “você é cristã?”, a analista não iria responder antes de perguntar se o fato de responder a essa pergunta vai ajudar o processo ou não. O que o paciente pensa sobre isso? Ela acrescenta que, caso o paciente queira uma resposta, ela iria depois perguntar sobre as razões de trazer esta pergunta agora, nessa sessão, nessa altura do tratamento. Isso seria uma maneira de abordar a auto-revelação a partir de perguntas que os pacientes colocam.

---

<sup>56</sup> *O poder da contratransferência*. Ver também: Maroda (1999 e 2010).

Agora, existe uma outra figura da auto-revelação que pode ter como origem o próprio analista. Imaginamos um analista que, até agora, não praticou nenhuma auto-revelação e que se encontra, com um certo paciente, em um impasse ou situação difícil. Pensando em entrar numa auto-revelação para abordar o problema, ele deveria preparar o paciente para o que está prestes a acontecer. Maroda sugere que ele informe ao paciente que esteve pensando sobre a situação deles, que está perturbado com o que está acontecendo, que parece que tem um problema entre eles, etc. Consequentemente, resolveu que vai responder a algo que o paciente parece estar perguntando. O que é que o paciente está pensando disso? Nessa altura, o paciente pode, de repente, estar assustado. Neste caso, é o próprio medo que deveria ser analisado primeiro, antes de qualquer tipo de auto-revelação subsequente. Ou o paciente pode, pelo contrário, dizer que, enfim, o analista decidiu falar de tal assunto, que pensava que isto nunca ia acontecer, etc. (Maroda, 1991, p. 128). O ponto importante, na posição de Maroda, é a vertente de conversar sobre qualquer ocorrência possível da contratransferência com o paciente, e de evitar qualquer auto-revelação sem a aprovação do paciente.

Um pré-requisito da atitude de Maroda é a abertura às trocas com o paciente. Quando temos uma situação dentro do processo analítico em que o paciente traz algum questionamento, na técnica clássica, seria respondido, seja pelo silêncio, seja por uma indagação – kleiniano – sobre as fantasias (“por que você está me perguntando isso agora? O que lhe fez questionar isso?”), Maroda mantém a situação aberta sobre o que pode acontecer a partir daí. A posição clássica constitui uma aprendizagem à recusa deste tipo de ocorrências. Quando eu pergunto alguma coisa a meu analista e que este não responde nada ou, sistematicamente, me devolve a questão e me questiona sobre minhas razões de tê-la colocado, a probabilidade que eu faça outras perguntas vai diminuindo para, depois de um tempo, desaparecer. Essa posição está em conformidade com a hipótese de que o intrapsíquico constitui o espaço da análise e que o analista deve permanecer numa posição de favorecimento à produção das fantasias, associações, representantes pulsionais, ou outras formações do inconsciente.

Todavia, Maroda, a partir dessa posição geral, vai apresentar e descrever muitas situações clínicas em relação às reações contratransferenciais específicas. A questão central da auto-revelação é “de *demonstrar racionalmente* afeto, não de intelectualizar” (Maroda, 1991, p. 130). Revelar afeto demais vai gerar angústia no paciente e demonstrar uma falha de regulação das emoções no analista. Por outro lado, uma revelação sem

emoção verdadeira pode gerar frustração, raiva e até depressão no paciente. Maroda detalha assim várias situações com o tratamento de afetos específicos, como raiva, ódio, excitação sexual<sup>57</sup>, amor, sentimento de abandono, rejeição, desesperança, depressão, medo, angústia, inveja<sup>58</sup>. Acrescenta também uma parte sobre os contatos físicos e os valores éticos e morais do analista. Nosso propósito não é o de fazer uma exposição detalhada do trabalho – enorme – de Maroda, mas de especificar uma abordagem que utiliza a auto-revelação, de uma maneira diferente de Aron.

Estamos aqui em um espaço entre a regulação dos afetos (Schoore, 1994; Hill, 2015) e a mentalização (Fonagy et al, 2002), mais exatamente utilizando uma atitude mentalizante para alcançar este algo a mais (BCPSG, 2010) sem o qual nenhuma mudança no processo analítico é possível. Mais uma vez, essa abordagem é a de Maroda e, no movimento relacional, cada um vai desenvolver sua posição em relação à auto-revelação, a partir da sua clínica, das suas trocas com colegas e da sua própria maneira – única – de avaliar e entrar no processo analítico com cada novo paciente e, também, com momentos diferentes das análises de cada um. As posições diferenciadas não excluem mais as trocas, na medida em que o deslocamento do próprio pensamento sobre a teoria (metapsicologia) e a teoria da prática permitem um espaço, uma rede de circulação. Isso se tornou possível com a saída do isolamento no qual se encontrava a psicanálise até o fim dos anos setenta.

Paul Wachtel (1993, 2008) é também um dos analistas que tentou pensar de maneira mais sistematizada a auto-revelação no tratamento psicanalítico. Em *Therapeutic Communication* (1993), ele dedica um capítulo sobre este assunto.

Na sua introdução, Wachtel afirma que o uso judicioso da auto-revelação pode trazer uma “contribuição importante ao processo terapêutico” (Wachtel, 1993, p. 207). Wachtel lembra as posições de Freud (1912b) e propõe definir as diversas variedades de auto-revelação, antecipando um pouco Aron (1996), mas de uma maneira mais sistemática.

Um primeiro ponto é a crítica da distinção habitualmente trazida entre a auto-revelação de elementos interiores às sessões e a auto-revelação de outras características

---

<sup>57</sup> Contrariamente a Davies, Maroda lembra que a revelação de desejos sexuais da parte do analista não ajuda o processo analítico, e aumenta muito o nível de angústia. A posição de Maroda é a de conversar sobre o impasse com o paciente para desbloquear a situação (Maroda, 1991, p. 135-138).

<sup>58</sup> Lembremos aqui do caso emocionante de Barbara Pizer (1998) que teve que se deparar com a questão do seu adoecimento por câncer, da sua própria morte potencial e das suas ausências por causa de quimioterapias. Como pensar a auto-revelação num caso desses? Como falar da sua própria morte anunciada para os pacientes?

do terapeuta, da sua vida externa ao contexto das sessões. Para alguns, compartilhar elementos da sua vida fora do tratamento seria inapropriado e deveria ser evitado, enquanto o que está acontecendo entre o analista e o paciente poderia ser revelado. Wachtel chama atenção para o fato de que a auto-revelação “interna” pode apoiar-se sobre o argumento de que sua exclusão pode deixar o paciente na situação de ser retraumatizado pelo próprio silêncio ou pela falta de resposta do analista. Por outro lado, a auto-revelação “externa” depende da escuta do analista. Podemos construir a hipótese de que o elemento “externo” foi evocado no analista pelos próprios acontecimentos da sessão. Ou seja, o despertar deste elemento vem da matriz relacional em andamento no sistema considerado. Ou seja, seria uma auto-revelação interna indireta.

Uma segunda crítica contra a auto-revelação é a de que “ela interfere com a ambiguidade e o anonimato necessários para indagar os aspectos menos conscientes da personalidade do paciente” (Wachtel, 1993, p. 213). Isso teria um efeito inibidor no paciente para compartilhar sua vida íntima e suas fantasias. Naturalmente, essa posição se apoia sobre a ideia de que o que seria observado e ouvido do paciente seria um tipo de produção espontânea que o dispositivo e a regra fundamental da associação livre produziriam, sem nenhuma participação consciente ou não da parte do analista. Ou seja, não existiria contexto na noção de transferência! Já trouxemos a mudança de paradigma que coloca o foco sobre as regulações do sistema de maneira mútua em constante reorganização com os micro-acontecimentos do processo analítico a cada momento. Da mesma maneira, a perplexidade proposta por Miller (1996) se revelaria ser a perplexidade do analista! A transferência não é mais considerada como uma distorção, mas o resultado dessa co-construção da díade em que cada um traz sua parte para a constituição do sistema, desde o primeiro momento<sup>59</sup>.

Uma outra objeção seria que a auto-revelação interferiria uma idealização do analista, que deve ser uma parte importante do processo analítico (Kohut, 1971). Wachtel responde que, primeiro, o tratamento psicanalítico não deve se transformar “num confessional ou numa orgia masoquista” (Wachtel, 1993, p. 216) que doses de realidade deveriam temperar. O segundo ponto é que não podemos esconder o que somos da maneira que algumas de nossas teorias poderiam requerer. Lembra o paciente de Greenson que disse a seu analista que sabia que era democrata. Explicou que toda vez

---

<sup>59</sup> Lembrando aqui o trabalho de Ogden (1994a, 1994b) sobre o terceiro analítico.

que falava bem de um Republicano, o analista mantinha o silêncio, e depois colocava ele para associar, na indagação de algum material infantil. Quando se tratava de um Democrata, o analista não fazia nada disso. Greenson ficou totalmente surpreso, pois nunca tinha se dando conta deste padrão (Wachtel, 1993, p. 218).

Uma última objeção analisada por Wachtel é a questão da vulnerabilidade do analista. Uma parte da segurança do analista seria ligada ao fato de que, exatamente, ele não teria que revelar nada dele mesmo. A qualquer momento, o analista seria livre de reter informações sobre ele mesmo. Wachtel acrescenta que deveria, de fato, ter este direito e o explicar de maneira explícita ao paciente. E essa proteção, no final, defende o interesse do paciente. Agora, “uma coisa é de estar livre de se revelar, mas é outra coisa de ser compelido a não fazê-lo” (Wachtel, 1993, p. 220).

A posição de Wachtel pode ser exposta da seguinte maneira: primeiro, quando acontecer uma auto-revelação, as suas repercussões devem ser indagadas com o paciente. Em segundo lugar, a auto-revelação deve ser abordada com flexibilidade e sensibilidade em função de cada paciente (p. 223). Assim, por exemplo, quando se trata de responder ou não a perguntas do paciente, a posição de Wachtel é a de prestar atenção a função dessa pergunta neste momento da sessão, ou do tratamento, sem que isso implique uma resposta ou não resposta necessária. O contexto, a situação, o momento do tratamento são critérios diferenciais que podem nortear as intervenções do analista. Seguindo assim as propostas de Maroda (1991), Wachtel continua e diz que uma resposta a uma pergunta do paciente não impede a indagação sobre ela na sequência. Essa posição permite um movimento flexível enquanto uma posição mais rígida do “analista que não pode, nem deve responder” vai na direção de entrar num combate implícito (ou as vezes explícito) que não trará evolução positiva no tratamento.

### **A auto-revelação hoje**

O resultado dos debates dos anos noventa trouxe a auto-revelação como uma inevitabilidade do próprio inconsciente, por um lado, e deixou a parte mais consciente como uma possibilidade que ainda precisaria de elaborações melhores do ponto de visto teórico.

Já no fim da década de noventa, Hoffman (1998) tentou uma abordagem da questão do ponto de vista construcionista. Ele definiu quatro tipos de intervenções possíveis do analista em função das questões seguintes:

*(1) O conteúdo da participação (por exemplo, é hostil ou afetuoso, sério ou brincalhão, dominador ou submisso); (2) a extensão da participação entre imediata e não antecipada por um lado, e mais planejada e deliberada, por outro lado, mesmo se começou de uma maneira mais espontânea; (3) a extensão da participação sentida pelo analista como resposta a uma pressão da parte do paciente, comparada a uma tendência que o analista sente como vindo dele mesmo ou dela mesma; (4) a extensão onde a participação, tomada em isolamento, dá ao analista o sentimento que alguma coisa está se repetindo, do passado do paciente ou como podendo ser uma parte de uma experiência relativamente nova para o paciente (Hoffman, 1998, p. 183).*

Uma vez que definiu essas posições, Hoffman vai comentar essas vertentes. Dentro deste contexto, a auto-revelação vai ser integrada de maneira diferenciada em função de cada situação no padrão relacional em andamento. A posição de Hoffman é a de uma busca por equilíbrio entre os momentos necessários em que o analista coloca suas respostas e desejos na consideração dos interesses à longo prazo do paciente, e o fato de que o analista não pode ser abstinente ou ausente demais, o que configuraria uma atitude que dificulta a necessidade, para o paciente, de ter um analista que sobrevive a seu próprio impacto (Winnicott, 1971; Searles, 1975). Ou seja, o momento em que o analista se autoriza a emergir como sujeito desejante (Benjamin, 1988) vai depender de uma avaliação da situação global.

Essa avaliação integra a dimensão implícita presente a cada momento do processo. Aliás, os principais avanços que os anos dois mil trouxeram para nossa questão podem ser repartidos em duas categorias. Primeiro, os resultados da década do cérebro com as descobertas nas neurociências, que confirmaram as hipóteses sobre o implícito e o procedural, a percepção e a memória como construções, a nova teoria do apego, etc. Esses avanços continuam e novas descobertas aparecem quase cotidianamente nessa área. A outra categoria de descobertas diz respeito à psicologia do desenvolvimento e particularmente aos chamados estudos mãe/bebê, onde a importância do primeiro ano como período de construção de representações não simbólicas foi demonstrada. Também, o tipo de aprendizagem mudou para uma primazia do emocional como condição de

possibilidade do desenvolvimento do cognitivo. Esses estudos, já intuitivamente pensados por alguns precursores<sup>60</sup> mudam radicalmente nossa visão da criança, e logo do desenvolvimento. Implicam assim a necessidade de uma revisão da metapsicologia freudiana (ou da topologia lacaniana) para pensar a psicanálise hoje (Krutzen, 2018). Esses estudos foram iniciados e as questões relativas à técnica e a auto-revelação estão inclusas nelas.

A posição de Bromberg (1994, 2006) constitui um passo a mais na direção de uma teorização da auto-revelação e da sua utilidade ou não. A reflexão de Bromberg está ancorada sobre a crítica da noção de técnica. Assim, a auto-revelação não é uma técnica, ela faz parte de uma abordagem não linear do tratamento. Se a decisão de entrar na auto-revelação corresponde a qualquer razão, consciente ou inconsciente, que se apoia sobre o desejo de ser visto ou conhecido, da parte do analista, ela se torna uma técnica e pode ser repetida, sendo, por definição linear, como qualquer outra intervenção com o mesmo foco. Ou seja, para Bromberg, quando os eventos emergentes da relação analítica são extraídos do seu contexto para se tornar uma técnica, a própria especificidade deste tratamento fica perdida porque pode ser generalizada como técnica (“relacional” por exemplo).

Nessa oportunidade, Bromberg (1994) retoma a experiência originária de Ferenczi (1932a) para uma leitura crítica do caso R.N. O que seria o problema dessa “análise mútua”. Segundo Bromberg “o fracasso da *análise mútua* aconteceu, não porque o que Ferenczi fez estava errado, mas porque falhou em estar certo” (Bromberg, 1994, p. 262). Isso significa que a tentativa de gratificar sistematicamente a paciente falhou, não porque gratificar está errado, mas por causa da própria sistematização. A gratificação, neste contexto, tornou-se uma técnica, da mesma maneira que a frustração dada a qualquer demanda constituiu uma técnica na era anterior da técnica psicanalítica. Lá onde Ferenczi percebeu uma dimensão original na análise de R.N., ele foi capaz de emprestar-se para dar uma oportunidade de análise para essa paciente extremamente perturbada, e conseguiu uma abertura para a co-criação dessa “análise mútua”. O problema é que, no caminho, ele transformou essa co-criação, resultado do trabalho de ambos, numa técnica

---

<sup>60</sup> Robert Stoller, por exemplo, no seu livro sobre perversão, antecipou, desde 1975, a necessidade das pesquisas mãe/bebê e constrói uma teoria do procedural antes das próprias descobertas existirem.

que chamou de “análise mútua”. Entrou assim no domínio do linear e perdeu as criações que a situação emergente produzia até lá.

*Toda tentativa de transformar uma descoberta terapêutica que emerge do contexto relacional numa técnica que pode ser “aplicada” a outros pacientes é uma ilustração daquilo que eu acredito ser a falha mais onipresente de todas as escolas de pensamento como métodos de terapia, e o ponto cego compartilhado de cada um dos seus criadores (inclusos Freud, Ferenczi, Sullivan e Kohut) (Bromberg, 1994, p. 262).*

A generalização de Ferenczi foi um erro, consequência do fato de que o tratamento de R.N. funcionou. Generalizou e transformou o que era emergente no tratamento de R.N. – e apenas R.N. – em uma técnica que seria boa para todos. Provavelmente, Ferenczi não viu a mensagem real de Elisabeth Severn (R.N.) que deveria ser algo como “Eu preciso que você seja você”. Entrou na análise mútua que se tornou depois um meio de controlar os acontecimentos desse tratamento muito difícil. E o controle acabou com o delicado processo de deixar as descobertas emergirem no andamento da relação terapêutica.

Bromberg apoia sua posição a partir das suas reflexões sobre os múltiplos estados do self e de uma visão não linear das estruturas mentais (Bromberg, 1996). Integra assim, um pensamento sobre a mudança a partir da noção de dissociação e de encenações durante o processo analítico (Bromberg, 1996, 1998, 2006; Krutzen, 2018). Neste sentido, a auto-revelação faz parte “de um processo que leva para a co-construção de uma realidade intersubjetiva que incorpora a experiência de cada parceiro” (Bromberg, 2006, p. 20). Bromberg utiliza os resultados das pesquisas em neurociências como, por exemplo, os neurônios espelhos, o inconsciente implícito, as diferenças inter-hemisféricas, a regulação dos afetos e a mentalização.

Nas questões relativas ao trauma, a dissociação é o mecanismo central. Vai separar alguns estados do self que vão permanecer ilhados e cuja manifestação só vai poder acontecer através das encenações. Essas encenações são o produto de um isolamento não verbal que, portanto, não pode se manifestar por qualquer formação clássica do inconsciente. Elas vão acontecer como resultado da interação entre o paciente e o analista dentro do sistema analítico e cada um terá sua parte neste momento, também co-criado. Isso, naturalmente, dificulta a identificação desses eventos que, se não conseguem ser vislumbrados pelo analista, podem desenvolver conluios inconscientes e tornar o



tratamento infinito. A vergonha constitui assim um dos afetos mais poderosos nesses acontecimentos. O analista pode não se dar conta que a sua própria pessoa, pelo fato mesmo do dispositivo analítico, pode ser agente de retraumatização do paciente. Essas situações não serão resolvidas pelas interpretações unilaterais do analista, pelo silêncio ou por interpretações de transferências. Apenas uma auto-revelação que acontece no bom momento, poderá desmontar a situação paradoxal, porque alcançará a dimensão implícita e procedural que foi atingida pelo próprio trauma. O reconhecimento do afeto da vergonha tem um papel central neste processo. Não existe nenhuma escapatória para este fenômeno. De uma certa maneira, a necessidade de sobreviver, para o analista, tão prezada por Winnicott (1971), encontra aqui uma das suas fontes mais importantes. Segundo Bromberg (2006), temos todos, de maneira variada, nossos traumas, e a inevitabilidade deste mecanismo se demonstra cotidianamente na clínica analítica. O mais despercebido é o trauma do desenvolvimento (também chamado relacional) que acontece com pequenos eventos começando na infância e se repetindo durante anos, para continuar durante a adolescência. Por exemplo, é a chamada invisibilidade que um membro da família vai assumir depois do nascimento de um irmãozinho especial, que precisa de muitos cuidados. A família toda organiza-se ao redor dos cuidados da criança com necessidades especiais e o mais velho fica “esquecido”, ficando claro que “já temos trabalho suficiente assim para você vir encher o saco” e, pouco a pouco, o mais velho começa a desaparecer, a estar invisível. Essa situação instala-se para permanecer e, na adolescência, continua sem parar, configurando assim o trauma do desenvolvimento ou relacional. Esses traumas, muitas vezes, passam despercebidos e o sofrimento é tal que apenas a dissociação pode dar conta de tamanho problema. Quando chega na análise, a vergonha é tão grande e a falta de palavras tão “gritante”, que apenas as encenações podem testemunhar dessa história. A auto-revelação será necessária na medida em que o analista poderá ocupar um lugar onde a expressão das vivências se torna possível, o que nunca existiu antes na vida do paciente.

Isso será possível pelo tratamento dessas partes dissociadas que não são simbolizadas:

*Para que aquilo que foi dissociado se torne simbolizado na consciência<sup>61</sup>, um vínculo deve ser feito entre a representação*

---

<sup>61</sup> *Conscious awareness.*

*mental do evento e a representação mental do self como agente ou experimentador (Kihlstrom apud Bromberg, 2006, p. 183).*

Fica claro aqui que o único rastro de memória que o sujeito tem está no nível implícito ou procedural e, logo, não pode ser alcançado como memória declarativa. Apenas a encenação oferece uma via de contato para que este vínculo seja construído, com base na regulação dos afetos (Schore, 1994; Marks-Tarlow, 2019), neste nível procedural. As representações, no caso, não são simbólicas e reclamam o encontro que apenas o sistema terapêutico permite pensar. A auto-revelação demonstra-se inevitável, não por causa de qualquer necessidade de compartilhar alguns assuntos, mas pela dimensão emocional que ela implica, para poder ser efetiva (Maroda, 2010). LeDoux (1996) mostra a convergência das pesquisas cognitivas e as neurociências com uma abordagem relacional e interpessoal que “funciona na interface da dissociação, do conflito, e das comunicações de estados do self” (Bromberg, 2006, p. 183). As pesquisas orientam-se sobre as questões das diferenças inter-hemisféricas (Schore, 1994; Hill, 2015), e para o fato de ter “diferentes modos de processamento da informação no cérebro: “o tronco cerebral e o sistema límbico para a codificação não verbal das emoções, e o neocortex para a simbolização representacional e verbal” (Bromberg, 2006, p. 184).

Bromberg volta a falar sobre o assunto no seu livro lançado em 2006, *Awakening the Dreamer*<sup>62</sup>. Mais uma vez ele responde a críticas sobre a auto-revelação, que se apoiam sobre a legitimidade técnica e/ou a formação dos analistas. Lembrando da mudança de paradigma, diz

*Estou me referindo especialmente a um crescente reconhecimento que a teoria psicanalítica da ação terapêutica deve ser repensada nos termos da mente como não linear, de sistema se auto-organizando, e que este re-pensamento está levando para uma reconceitualização da auto-revelação do analista, como não apenas permitida, mas necessária. Eu acredito que não é mais útil de moldar o tópico da auto-revelação do analista no contexto da técnica, e que, de fato, é tempo de revisar as premissas básicas do que os analistas chamam técnica (Bromberg, 2006, p. 130).*

Quando consideramos a noção de técnica como conjunto de regras a ser aplicadas, algumas saídas deste conjunto podem ser criticadas como interferências com o processo

---

<sup>62</sup> *Acordando o sonhador.*

analítico ou como desnecessárias para o mesmo. O deslocamento está exatamente na concepção da mente como não linear e construída. Os múltiplos estados do self oscilam entre estabilidade e instabilidade na aproximação de pontos de bifurcação onde um evento pequeno pode precipitar o sistema para um novo estado de auto-organização, ou seja, uma mudança. O sistema é composto pelo analista, o paciente e os vários subsistemas que regem a vida de cada um. Neste contexto, o analista como pessoa real não pode ser descartado e a transferência não pode ser mais considerada como apenas uma distorção da relação pela saturação de elementos históricos revividos. A auto-revelação não é sequer evitável, o sentido é co-construído e o “papel do analista não é de evitar a participação pessoal no processo, mas de continuamente monitorar e usar os efeitos residuais e imediatos da sua participação pessoal como parte inerente da sua atitude” (Bromberg, 2006, p. 131). Assim o material inconsciente é co-construído em vez de ser revelado. Neste contexto, a auto-revelação será intrusiva, apenas na medida em que o analista teria uma atitude de querer mudar o paciente (p. 132).

No caso das encenações, o trauma que foi dissociado encontra uma maneira de se fazer ouvir, por acontecimentos integrando o paciente e o analista. Neste contexto, a auto-revelação torna-se importante porque a revelação, daquilo que é encenado, pelo analista, pode aliviar a não-simbolização dos elementos dissociados<sup>63</sup>. Isso pode permitir uma simbolização progressiva dos estados do self ilhados, pela mentalização que as regulações mútuas dentro do sistema permitem. Ou seja,

*Os sentimentos do analista sobre seu paciente não são sua propriedade pessoal porque fazem parte de um contexto não simbolizado dentro do qual o analista e o paciente detêm peças que são vinculadas subsimbolicamente, mas ainda não pela linguagem* (Bromberg, 2006, p. 137).

O acesso à mentalização (Fonagy et al., 1998, 2002; Allen et al, 2008) permanece, através das regulações possibilitadas, um alvo que o analista pode ter, de colocar palavras sobre as encenações acontecendo durante o tratamento. Mas o foco está no processo, os conteúdos seguem depois (Lyons-Ruth, 1999; BCPSG, 2010).

Quase vinte anos depois do seu primeiro livro sobre contratransferência, em 1991, Karen Maroda traz novas ideias sobre a auto-revelação no seu livro sobre a técnica

---

<sup>63</sup> Ver também Ginot (2009).

(Maroda, 2010). Novos dados ligados as neurociências estão agora disponíveis, o que permite algumas elaborações novas sobre a questão. Um primeiro ponto, é a crítica da ideia de que a auto-revelação não pode ser controlada. “Comportamentos de todo tipo, inclusive a auto-revelação, que parecem espontâneos e não controlados, são de fato controlados por um sistema internalizado de conhecimento, experiência e reações emocionais” (Maroda, 2010, p. 113). O controle inconsciente está se tornando uma realidade, como os automatismos de aprendizagens<sup>64</sup>. Essa característica dos sistemas de desenvolvimento e do inconsciente permite a integração na memória implícita ou procedural de elementos aprendidos. Assim, um terapeuta experiente poderá recuperar sem esforço, quase “naturalmente”, o que foi codificado e integrado inconscientemente, o que poderá parecer “intuitivo”, mas, na verdade, corresponderá aos anos de formação, de aprendizagem e de experiência já vividos. Maroda considera assim a diferença nítida entre o iniciante e o terapeuta experimentado (p. 114). Essa experiência inconsciente é o resultado de pequenas vivências repetidas.

Neste texto atual, Maroda tenta uma teorização mais detalhada da questão da auto-revelação. Fica interessante, mais uma vez, de comparar a posição dela com a de Bromberg para ver como as posições diversas desses autores podem ter pontos de encontros através do sistema maior da psicanálise relacional, sem que isso implique em uma posição teórica ligada a um mestre centralizador, como no passado.

Maroda propõe três aspectos do desenvolvimento que constituem a ação terapêutica da auto-revelação. Esses eixos podem servir de referência em relação a questão que cada terapeuta pode saber se vai ou não revelar algum ponto.

O primeiro é o fato de completar o ciclo de comunicação afetiva. Este princípio apoia-se sobre a descoberta que “toda função alta<sup>65</sup> emerge como resultado de uma interação social” (Schoore, 1994, p. 358). Ou seja, nosso cérebro constitui-se a partir das interações com o cuidador. É o que Stern (1985) já enunciava com o princípio de que que é intrapsíquico foi primeiro interpessoal. É a noção de afinação afetiva, fundamental nas interações entre cuidador e infante, como dado essencial do apego. A outra consequência desse eixo é a consideração prática da necessidade da dimensão emotiva e afetiva de qualquer processo terapêutico (traduzida geralmente pela expressão pouco feliz de

---

<sup>64</sup> Como andar de bicicleta ou tocar piano.

<sup>65</sup> No cérebro.

“aliança terapêutica”). Então, isso dá lugar às emoções do terapeuta em relação as emoções expressas pelo paciente. Trata-se aqui da regulação das emoções ao nível inconsciente (implícito) e consciente (mentalização).

O segundo eixo é o fato de “providenciar um *feedback* comportamental que ajuda o cliente a se ver e se situar em relação aos outros” (Maroda, 2010, p. 118). Esse eixo apoia-se sobre o princípio de que nenhum ser humano pode se definir fora de um contexto social e cultural (Wachtel, 2008).

O terceiro eixo é o fato de “focar a auto-revelação sobre a desidealização e a separação do analista” (Maroda, 2010, p. 119). Por exemplo, a prática de Ferenczi de reconhecer seus erros faz parte desse princípio<sup>66</sup>. É a questão do terapeuta que se responsabiliza por seu comportamento.

Esses três eixos vão abrir espaço para definir três circunstâncias principais para o uso da auto-revelação:

1. “Quando o cliente pede diretamente uma resposta” (p. 120). Naturalmente, isso implica uma avaliação da natureza da pergunta. A necessidade de uma dimensão emocional fornece um elemento norteador.
2. “Quando o cliente é preso repetitivamente num roteiro emocional do passado que envolve a estimulação de sentimentos fortes no terapeuta” (p. 121). Questões de traumas e de dissociações entram nessa categoria, assim como as encenações.
3. “Utilizando a auto-revelação para quebrar impasses que não podem ser simplesmente resolvidas pelo foco sobre a experiência do cliente” (p. 121). Esse ponto entra naturalmente em interseção com o segundo ponto. Todavia, além do trauma, existem diferentes tipos de impasses, como as lutas de poder ou quebras da chamada aliança terapêutica.

Dentro deste contexto e a partir desses eixos e circunstâncias, Maroda termina, chamando atenção sobre dois pontos extremamente importantes nos casos em que a auto-revelação pode ser considerada: primeiro, a necessidade de que qualquer auto-revelação seja feita com emoções reais e verdadeiras, evitando todo tipo de intelectualização, e, em segundo lugar, que o terapeuta se sinta à vontade para revelar. No caso contrário, deve se abster. Se sentir culpa, vergonha, insegurança, é para evitar a auto-revelação e dedicar

---

<sup>66</sup> Ver também Jacobs (2001), p. 196-198.

mais tempo para entender o que está acontecendo, com uma eventual supervisão sendo necessária. Ou seja, a auto-revelação não é uma técnica que deveria ser aplicada – neste ponto, Maroda concorda com Bromberg – e o estilo pessoal de cada terapeuta ou analista fornece uma referência indispensável antes de qualquer movimento nessa direção.

## **Conclusão**

Chegamos ao fim de nosso percurso e não vamos encerrar nosso assunto de maneira definitiva, já que aparece cada vez mais que estamos no meio de um *work in progress* que nós traz novidades cotidianamente nas publicações, principalmente do movimento relacional, mas também na área das neurociências e suas passarelas numerosas com a psicanálise e as pesquisas sobre a relação entre cuidadores e infantes, que já trouxeram muitos elementos novos para um debate fecundo sobre a prática e a teoria da psicanálise hoje.

Gostaríamos de terminar com um comentário sobre uma nova visão da supervisão, à luz de que foi aqui desenvolvido ao longo deste artigo. Vamos considerar o espaço da supervisão como estruturado por uma co-criação inconsciente triádica, composta pelo paciente, o analista e o supervisor. Tradicionalmente, a supervisão, que era chamada também de controle, era uma relação baseada sobre o modelo professor/aluno, com foco exclusivo sobre os acontecimentos entre o analista e seu paciente (Brown, 2011). O supervisor estava então numa posição de saber, às vezes representante da poderosa instituição da qual o analista era um candidato em formação. De certa maneira, este modelo ainda existe hoje na formação dos candidatos dos institutos de formação oriundos do modelo inventado por Eitingon em Berlim em 1920 (Colonos, 1985). Neste modelo clássico, a relação entre o supervisor e o analista não entrava em consideração e se podia considerar que o foco da supervisão era técnico com avaliação da transferência-contratransferência e indicação de fazer mais análise se fosse necessário. Neste caso, também, o supervisor era utilizado pelo candidato como um modelo, desencadeando pensamentos na situação clínica como: “o que meu supervisor faria neste caso?”. Enfim, a atenção do supervisor e do analista era focalizada sobre o paciente, sem levar em consideração o próprio relacionamento entre eles.

Já Searles (1955) chamava atenção sobre aquilo que ele chamava de “processo reflexivo”, quando conflitos não verbalizados entre o paciente e o analista eram

reencenados entre o analista e seu supervisor. Também podemos encontrar casos em que o analista identificado ao seu paciente, age, com o supervisor, da mesma maneira como o paciente agiu com ele.

*A multidão de ressonâncias, identificações, e identificações projetivas que acontecem na relação de supervisão não são, por elas mesmas, reflexões de conflitos não resolvidos no analista ou no supervisor – embora isso não seja descartado como possibilidade – mas são, de maneira mais importante, partes dos dados clínicos que são investigados no processo de supervisão (Brown, 2011, p. 181).*

Uma orientação mais bioniana seria de considerar a supervisão como um continente para a transformação dos afetos da situação triádica. Corresponderia à um espaço para pensar, um lugar mútuo de pensamento e mentalização possível, numa “matriz intersubjetiva triádica” (Brown, 2011, p. 182). O campo de supervisão se constituiria como espaço de compartilhamento relacional triádico.

Neste contexto, a auto-revelação do supervisor, abriria este espaço para compartilhar as experiências respectivas do analista e do supervisor, sobre o paciente e a própria supervisão. Assim, as interações poderiam criar um campo (Baranger e Baranger, 1961-62) de subjetividade terceira (Ogden, 1994a, 1994b) que poderia ser repensado pela teoria dos sistemas, no segundo tempo, a partir das circulações no sistema analista/supervisor/paciente e nos subsistemas implicados automaticamente pelo processo. O foco mudou e não se trata mais de limitar a fala sobre o paciente numa relação professor/aluno entre o supervisor e o analista. Uma rede aparece onde múltiplos ângulos podem ser abordados para circular neste espaço co-criado<sup>67</sup>. No caso, poderíamos falar do *quarto supervisionante*, cuja co-criação seria permanente entre os inconscientes do analista, do paciente e do supervisor. (Brown, 2011, p. 193).

Para concluir este percurso, indo da contratransferência até a auto-revelação, propomos algumas questões para gerar pensamentos e reflexões sobre este tema central da prática e da teoria psicanalíticas contemporâneas. Marks-Tarlow (2012) questiona assim:

---

<sup>67</sup> Uma metáfora mais tradicional seria de pensar no espaço de supervisão transicional.

“Qual sua atitude sobre a auto-revelação, do modo geral? Você acha que os terapeutas deveriam revelar o conteúdo de suas psiques e vidas para os pacientes? Você tem uma posição geral sobre o assunto ou você subscreve mais para uma determinação ao caso a caso? Se sua auto-revelação depende do caso a caso, como você discerne quando é para revelar ou não?”

“Se você acredita que é OK de ser “encontrado” pelos pacientes, o que é que você revela? Alguns estados interiores específicos da dinâmica da relação? O que você diz sobre sua própria história de apego e de desenvolvimento que geram esses estados e dinâmicas? Você já revelou circunstâncias e eventos da sua própria vida? Se foi o caso, o que isso deu?” (Marks-Tarlow, 2012, p. 114-15).

19 de setembro de 2019.

### Referências bibliográficas

- ALLEN, J., FONAGY, P., BATEMAN, A. (2008), *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Press.
- ARON, L. (1991), The Patient's Experience of the Analyst's Subjectivity. In: *Psychoanalytic Dialogue*, 1:1, 1991.
- ARON, L. (1996), *A Meeting of the Minds*. Hillsdale: The Analytic Press.
- ARON, L. (2018), Core Competency Four: Relational Dynamic – The There and Then and the Here and Now. In: BARNES, R.E., *Core Competencies of Relational Psychoanalysis*. New York: Routledge, 2018.
- AULAGNIER, P. (1963), Comentário sobre o texto de Margaret Little: “R” – A reposta total do analista às necessidades do seu paciente. In: LACAN, J. (séminaire 1962-63), *L'angoisse*. Documento interno da Association Freudienne Internationale, 2000.
- BALINT, M. (1939), Changing Therapeutical Aims and Techniques in Psycho-analysis. In: BALINT, M., *Primary Love and Psycho-Analytic Technique*. London: Maresfield Library, 1985.
- BALINT, M. (1952), *Primary Love and Psycho-Analytic Technique*. London: Maresfield.
- BARANGER, M., BARANGER, W. (1961-62), *A situação analítica como um campo dinâmico*. In: *Livro Anual de Psicanálise XXIV – 2010: Controvérsias a respeito de enactment e outros trabalhos*. São Paulo: Escuta (2010).
- BEEBE, B., LACHMANN, F. (1996), Representation and Internalization in Infancy: Three Principles of Saliency. In: ARON, L., HARRIS, A. (Orgs), *Relational Psychoanalysis, Volume 2: Innovation and Expansion*. New York: Routledge, 2005.



BEEBE, B., LACHMANN, F. (2002), *Infant Research and Adult Treatment*. Hillsdale: The Analytic Press.

BEEBE, B., LACHMANN, F. (2014), *The Origins of Attachment*. Hove: Routledge.

BENJAMIN, J. (1988), *The Bonds of Love*. New York: Pantheon.

BENJAMIN, J. (2004), Beyond Doer and Done to: An Intersubjective View of Thirdness. In: ARON, L., HARRIS, A. (Orgs), *Relational Psychoanalysis, Volume 4: Expansion of Theory*. New York: Routledge, 2012.

BERTALANFFY, L. VON (1968), *General System Theory*. New York: George Braziller.

BION, W.R. (1957), The differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. In: BOTT SPILLIUS, E. (Org.), *Melanie Klein Today: Developments in theory and practice. Volume 1: Mainly Theory*. London: Routledge, 1988.

BION, W.R. (1959), Attacks on Linking. In: SPILLIUS, E., O'SHAUGHNESSY E., *Projective Identification: The Fate of a Concept*. Hove: Routledge, 2012.

BION, W.R. (1962), *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

BION, W.R. (1963), *Elementos de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

BION, W.R. (1965), *Transformações*. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

BION, W.R. (1970), *Atenção e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

BOLLAS, C. (1989), *Les forces de la destinée*. Paris: Calmann Lévy, 1996.

BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (BCPSG), (2010), *Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm*. New York: Norton.

BOWLBY, J. (1969), *Attachment and Loss – Volume 1: Attachment*. London: Pimlico, 1997.

BROMBERG, P. (1993), Shadow and Substance: A Relational Perspective on Clinical Process. In: BROMBERG, P., *Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process, Trauma and Dissociation*. New York: The Psychology Press, 1998.

BROMBERG, P. (1994), “Speak! That I May See You”: Some Reflections on Dissociation, Reality, and Psychoanalytic Listening. In: BROMBERG, P., *Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process, Trauma and Dissociation*. New York: The Psychology Press, 1998.

BROMBERG, P. (1996), Standing in the Spaces: The Multiplicity of Self and the Psychoanalytic Relationship. In: BROMBERG, P., *Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process, Trauma and Dissociation*. New York: The Psychology Press, 1998.

BROMBERG, P. (1998), *Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process, Trauma and Dissociation*. New York: The Psychology Press.

BROMBERG, P. (2006), *Awakening the Dreamer*. New York: Routledge.

BROWN, L.J. (2011), *Intersubjective Processes and the Unconscious*. Hove: Routledge.

CHECCHIA, M. (2017), Prefácio: Otto Gross, um psicanalista anarquista (biografia resumida). In: GROSS, O., *Por uma psicanálise revolucionária*. São Paulo: Annablume, 2017.

COBURN, W. (2014), *Psychoanalytic Complexity*. New York: Routledge.

COLONOMOS, F. (1985), Présentation. In: INSTITUT DE PSYCHANALYSE DE BERLIN (1930) *On forme des psychanalystes: Rapport original sur les dix ans de l'Institut Psychanalytique de Berlin*.

COZOLINO, L. (2014), *The Neuroscience of Human Relationships*. New York: Norton.

DAVIES, J. (1994), Love in the Afternoon: A Relational consideration of Desire and Dread in the Countertransference. In: *Psychoanalytic Dialogues*, 4: 153-170.

FAIRBAIRN, R. (1952), *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Routledge, 1981.

FERENCZI, S. (1909), Transferência e introjeção. In: *O.C. Psicanálise I*. São Paulo: Martin Fontes, 1991

FERENCZI, S. (1915), Anomalias psicogênicas da fonação. In: *O.C. Psicanálise II*. São Paulo: Martin Fontes, 1992.

FERENCZI, S. (1919a), A técnica psicanalítica. In: *O.C. Psicanálise II*. São Paulo: Martin Fontes, 1992.

FERENCZI, S. (1919b), Dificuldades técnicas de uma análise de histeria. In: *O.C. Psicanálise III*. São Paulo: Martin Fontes, 1992.

FERENCZI, S. (1919c), A influência exercida sobre o paciente em análise. In: *O.C. Psicanálise III*. São Paulo: Martin Fontes, 1992.

FERENCZI, S. (1921), Prolongamentos da “técnica ativa” em psicanálise. In: *O.C. Psicanálise III*. São Paulo: Martin Fontes, 1992.

FERENCZI, S. (1928), Elasticidade da técnica psicanalítica. In: *O.C. Psicanálise IV*. São Paulo: Martin Fontes, 1992.

FERENCZI, S. (1932a), A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: *O.C. Psicanálise IV*. São Paulo: Martin Fontes, 1992.

FERENCZI, S. (1932b), *Diário clínico*. São Paulo: Martin Fontes, 1990.

FERENCZI, S. (1933), Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: *O.C. Psicanálise IV*. São Paulo: Martin Fontes, 1992.

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

FONAGY, P., TARGET, M. (1998), Mentalization and the Changing Aims of Child Psychoanalysis. In: ARON, L., HARRIS, A. (Orgs), *Relational Psychoanalysis, Volume 2: Innovation and Expansion*. New York: Routledge, 2005.

FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E., TARGET, M. (2002), *Affect Regulation, mentalization, and the Development of the Self*. New York: The Other Press.

FREUD, S. (1900), Die Traumdeutung. In: *G.W. Band II/III*, Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 1987. A interpretação dos sonhos, *O.C. Vol. 4*, São Paulo: Ed. Schwarcz, 2019.

FREUD, S. (1905), Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: *G.W. Band V, p.27-146*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 1991. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *O.C. Vol. 6*, São Paulo: Ed. Schwarcz, 2016.

FREUD, S. (1910), Die zükunftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. In: *G.W. Band VIII*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 1990. As perspectivas futuras da terapia psicanalítica. In: *O.C. Vol. 9*, São Paulo: Ed. Schwarcz, 2013.

FREUD, S. (1911), Die Handhabung der Traumdeutung in der Psychanalyse. In: *G.W. Band VIII*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 1990. O uso da interpretação dos sonhos na psicanálise. In: *O.C. Vol. 10*, São Paulo: Ed. Schwarcz, 2010.

FREUD, S. (1912a), Zur Dynamik der Übertragung. In: *G.W. Band VIII*. Frankfurt am Main: Fischer verlag, 1990. A dinâmica da transferência. In: *O.C. Vol. 10*, São Paulo: Ed. Schwarcz, 2010.

FREUD, S. (1912b), Raschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In: *G.W. Band VIII*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 1990. Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In: *O.C. Vol. 10*, São Paulo: Ed. Schwarcz, 2010.

FREUD, S. (1913), Zur Einleitung der Behandlung. In: *G.W. Band VIII*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 1990. O início do tratamento. In: *O.C. Vol. 10*. São Paulo: Ed. Schwarcz, 2010.

FREUD, S. (1914), Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. *G.W. Band X*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 1991. Recordar, repetir e elaborar. In: *O.C. Vol. 10*, São Paulo: Ed. Schwarcz, 2010.

FREUD, S. (1985), *Briefe an Wilhelm Fliess 1887-1904*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 1986.

FREUD, S., JUNG, C.G. (1975), *Correspondance 1906-1914*. Paris: Ed. Gallimard, 1992.

FREUD, S., FERENCZI, S. (1992), *Correspondance 1908-1914*. Paris: Calmann-Levy.

FREUD, S., BINSWANGER, L. (1995), *Sigmund Freud – Ludwig Binswanger: correspondance 1908-1938*. Paris: Calmann-Lévy.

GALATZER-LEVY, R. (2004), Chaotic Possibilities: Toward a new model of development. In: *International Journal of Psychoanalysis*, 2004; 85:419-442.

GHENT, E. (1995), Interaction in the Psychoanalytic Situation. In: DEMOS, V., HARRIS, A. (orgs), *The Collected Papers of Emmanuel Ghent*. New York: Routledge, 2018.

GHENT, E. (2001), Wish, need, drive: Motive in the light of dynamic systems theory and Edelman's selectionist theory. In: DEMOS, V., HARRIS, A. (orgs), *The Collected Papers of Emmanuel Ghent*. New York: Routledge, 2018.

GINOT, E. (2009), The Empathic power of Enactments: The Link Between Neuropsychological Processes and an Expanded Definition of Empathy. In: *Psychoanalytic Psychology*, Vol. 26, 3: 290-309.

GREENBERG, J., MITCHELL, S. (1983), *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge: Harvard University Press.

GREENBERG, J. (1986), Theoretical Models and the Analyst's Neutrality. In: MITCHELL, S., ARON, L. (Orgs.), *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. New York: Routledge, 1999.

GREENBERG, J. (1995), Self-disclosure: Is it psychoanalysis? In: *Contemporary Psychoanalysis*, 31: 193-205.

GROSS, O. (2017) *Por uma psicanálise revolucionária*. São Paulo: Annablume.

GUNTRIP, H. (1968), *Schizoid Phenomena, Object Relations and the Self*. London: Karnac, 1992.

HARTMANN, H. (1964), *Essays on Ego Psychology*. London: Hogarth Press.

HEIMANN, P. (1950), On Counter-transference. In: Heimann, P. *About Children and Children-No-Longer, Collected Papers 1942-80*. Hove: Routledge, 1989. Sobre contratransferência. In: *A contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, Ano XXI, n°. 29, 2002.

HILL, D. (2015), *Affect Regulation Theory: A Clinical model*. New York: Norton.

HOFFMAN, I.Z. (1983), The Patient as Interpreter of the Analyst's Experience. In: MITCHELL, S., ARON, L. (Orgs.) *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. New York: Routledge, 1999.

HOFFMAN, I.Z. (1998), *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical-Constructivist View*. Hillsdale: The Analytic Press.

HOFFMAN, I.Z. (2009), Therapeutic Passion in the Countertransference. In: *Psychoanalytic Dialogues*, 19 :5, 617-637.

INSTITUT PSYCHANALYTIQUE DE BERLIN (1930) *On forme des psychanalystes: Rapport original sur les dix ans de l'Institut Psychanalytique de Berlin – 1920-1930*. Paris: Denoël, L'espace psychanalytique, 1985.

JACOBS, T. (1986), On Countertransference Enactments. In: *Journal of American Psychoanalytic Association*, 34(2): 289-307.

JACOBS, T. (2001), On Misreading and Misleading Patients: Some Reflections on Communications, Miscommunications, and Countertransference Enactments. In: ARON, L., HARRIS, A. (Orgs), *Relational Psychoanalysis, Volume 2: Innovation and Expansion*. New York: Routledge, 2005.

JAKOBSON, R. (1956), Deux aspects du langage et deux types d'aphasies. In: *Essais de linguistique générale, Vol. 1: Les fondations du langage*. Paris: Ed. De Minuit, 1963.

KING, P., STEINER, R. (1991), *The Freud-Klein Controversies, 1941-45*. Hove: Routledge.

KOHUT, H. (1971), *The Analysis of the Self*. Chicago: The University of Chicago Press.

KOHUT, H. (1977), *The Restoration of the Self*. Chicago: The University of Chicago Press.

KOHUT, H. (1984), *How Does Analysis Cure?* Chicago: The University of Chicago Press.

KRUTZEN, H. (2018), *Para uma nova definição do espaço clínico*. São Paulo: Annablume.

LACAN, J. (séminaire 1952-53), *L'homme aux loups*. Anotações inéditas.

LACAN, J. (séminaire 1953-54), *Les écrits techniques de Freud*. Documento interno da Association Freudienne Internationale, 1999.

LACAN, J. (séminaire 1954-55), *Le moi dans la théorie freudienne et dans la technique de la psychanalyse*. Documento interno da Association Freudienne Internationale, 2000.

LACAN, J. (1956a), Le séminaire sur "La lettre volée". In: *Ecrits*. Paris: Le Seuil, 1966.

LACAN, J. (1956b), Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. In: *Ecrits*. Paris: Seuil, 1966.

LACAN, J. (séminaire 1956-57), *La relation d'objet et les structures freudiennes*. Documento interno da Association Freudienne Internationale, 1994.

LACAN, J. (séminaire 1957-58), *Formations de l'inconscient*. Documento interno da Association Freudienne Internationale, 1998.

LACAN, J. (1958), La direction de la cure et les principes de son pouvoir. In : *Écrits*. Paris : Le Seuil, 1966

LACAN, J. (séminaire 1960-61), *Le transfert dans sa disparité subjective, sa prétendue situation, ses excursions techniques*. Documento interno da Association Freudienne Internationale, 2002.

LACAN, J. (séminaire 1962-63), *L'angoisse*. Documento interno da Association Freudienne Internationale, 2000.

LACAN, J. (séminaire 1964-65), *Problèmes cruciaux pour la psychanalyse*. Documento interno da Association Freudienne Internationale, 2000.

KRUTZEN, Henry: Da contratransferência à auto-revelação. **Biblioteca Virtual do Instituto VOX de Pesquisa em Psicanálise**. Outubro de 2019.

LACAN, J. (1966), *Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. (1967), *Proposition du 9 octobre 1967*. Paris: Ornicar – Analytica, 1978.

LACAN, J. (séminaire 1969-70), *L'envers de la psychanalyse*. Paris : Le Seuil, 1991.

LACAN, J. (1970), Radiophonie. In: *Autres Ecrits*. Paris: Seuil, 2001.

LACAN, J. (séminaire 1971-72), *...ou pire*. Documento interno da Association Freudienne Internationale, 2000.

LACAN, J. (1973), L'étourdit. In: *Scilicet, n°4*. Paris: Le Seuil, 1973.

LEARY, K. (1997), Race, Self-Disclosure, and "Forbidden Talk": Race, Ethnicity in Contemporary Psychoanalytic Practice. ARON, L., HARRIS, A. (Orgs) (2005), *Relational Psychoanalysis, Volume 2: Innovation and Expansion*. New York: Routledge.

LEDOUX, J.E. (1996), *The Emotional Brain*. New York: Touchstone

LEITNER, M. (2001), *Ein gut gehütetes Geheimnis*. Griessen: Psychosozial-Verlag.

LEVENSON, E. (1972), *The Fallacy of Understanding*. New York: Basic Books.

LEVENSON, E. (1983), *The Ambiguity of Change*. New York: Basic Books.

LEVENSON, E. (1991), *The Purloined Self*. Abingdon: Routledge.

LEVI-STRAUSS, C. (1947), *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris: Mouton & Co., 1981.

LICHTENBERG, J. (1989), *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale: The Analytic Press.

LITTLE, M. (1951), Contratransferência e a resposta do paciente a isso. In: *A contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, Ano XXI, n°. 29, 2002.

LITTLE, M. (1957). In: *A contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, Ano XXI, n°. 29, 2002.

LOW, B. (1935), The Psychological Compensations of the Analyst. In: *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 16, Janeiro de 1935.

LYONS-RUTH, K. (1999), The Two-Person Unconscious: Intersubjective Dialogue, Enactive Relational Representation, and the Emergence of New Forms of Relational Organization. In: ARON, L., HARRIS, A. (Orgs), *Relational Psychoanalysis, Volume 2: Innovation and Expansion*. New York: Routledge, 2005.

MARKS-TARLOW, T. (2012), *Clinical Intuition in Psychotherapy: The Neurobiology of Embodied Response*. New York: Norton.

MARKS-TARLOW, T. (2019), *Understanding Interpersonal Neurobiology: A Complete Relational Perspective*. Webinar in Los Angeles, 20 de abril de 2019.

MARODA, K. (1991), *The Power of Countertransference: Innovations in Analytic Technique*. Hillsdale: The Analytic Press.

MARODA, K. (1999), Show Some Emotion: Completing the Cycle of Affective Communication. ARON, L., HARRIS, A. (Orgs) (2005), *Relational Psychoanalysis, Volume 2: Innovation and Expansion*. New York: Routledge.

MARODA, K. (2010), *Psychodynamic Techniques: Working with Emotion in the Therapeutic Relationship*. New York: The Guilford Press.

MILLER, J.-A. (1996), L'interprétation à l'envers. In : *La Cause Freudienne*, N° 92, 1996.

MITCHELL, S. (1988), *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Cambridge: Harvard University Press.

MONEY-KYRLE, R.E. (1956), Contratransferência normal e alguns de seus desvios. In: *A contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, Ano XXI, n°. 29, 2002.

NUNBERG, H., FEDERN, E. (1967), *Les premiers psychanalystes: Minutes de la Société psychanalytique de Vienne, Vol. II : 1908-1910*. Paris : Gallimard, 1978.

OGDEN, T. (1994a), *Subjects of Psychoanalysis*. London: Karnac.

OGDEN, T. (1994b), The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Facts. In: MITCHELL, S., ARON, L. (Orgs.), *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. New York: Routledge, 1999.

PIZER, B., (1998), Breast Cancer in the Analyst – Body Lessons. In: ARON, L., SOMMER ANDERSON, F. (1998), *Relational Perspectives on the Body*. New York: Relational Perspectives Books.

PLANCK. M. (1936), *The Philosophy of Physics*. New York: Norton.

RACKER, H. (1948), A neurose de contratransferência. In: *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

RACKER, H. (1953), Os significados e usos da contratransferência. In: *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

REICH, A. (1949), Sobre contratransferencial. In: *A contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, Ano XXI, n°. 29, 2002.

REICH, A. (1959), Novos comentários sobre a contratransferência. In: *A contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, Ano XXI, n°. 29, 2002.

RENIK, O. (1993), Analytic Interaction: Conceptualizing Technique in Light of the Analyst's Irreducible Subjectivity. In: MITCHELL, S., ARON, L. (Orgs.), *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. New York: Routledge, 1999.

ROUDINESCO, E. (1993), *Jacques Lacan, Esquisse d'une vie, histoire d'un système de pensée*. Paris: Fayard.

SCHORE, A. (1994), *Affect Regulation and the Origin of the Self*. New York: Routledge.

SEARLES, H.F. (1955), The Informational Value of the Supervisor's Emotional Experiences. In: SEARLES, H.F., *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. London: Maresfield Library, 1986.

SEARLES, H.F. (1975), The Patient as Therapist of his analyst. In: GIOVACCHINI, P., (Org.) *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Theory, Vol II: Countertransference*. New York: Aronson, 1975.

SECHEHAYE, M. (1950), *Journal d'une schizophrène*. Paris : P.U.F.

SOUZA, O. (2007), Defesa e criatividade em Klein, Lacan e Winnicott. In: BEZERRA JUNIOR, Benilton; ORTEGA, Francisco (Orgs.). *Winnicott e seus interlocutores*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.

SPILLIUS, E. (2012), Developments by British Kleinians analysts. In: SPILLIUS, E., O'SHAUGHNESSY E., *Projective Identification: The Fate of a Concept*. Hove: Routledge, 2012.

STERN, D.N. (1985), *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.

STERN, D.N. (1995), *The Motherhood Constellation*. New York: Basic Books

STEVENS, A. (2009), L'interprétation lacanienne. In: *La cause Freudienne*, N°72, 2009.

STOLLER, R. (1975), *Perversão: a forma erótica do ódio*. São Paulo: Hedra, 2014.

STRACHEY, J., (1934), The Nature of the Therapeutic Action in Psychoanalysis. In: *The Intern. Journal of Psych.*, London, 50: 275.

SULLIVAN, H.S. (1953), *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. London: Norton, 1997.

SULLIVAN, H.S. (1964), *The Fusion of Psychiatry and Social Science*. New York: Norton, 1971.

SULLIVAN, H.S. (1965), *Personal Psychopathology*. New York : Norton, 1984.

SZASZ, T. (1955), On the Theory of Psychoanalytic Treatment. In; *Annual Meeting of the American Psychoanalytic Association*, 7 de março de 1955.

TOWER, L. (1955), Contratransferência. In: *A contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, Ano XXI, n°. 29.

TRONICK, E. (2007), *The Neurobehavioral and Social Emotional Development of Infants and Young Children*. New York: Norton.

UDLER CROMBERG, R. (Org.) (2014), *Sabina Spielrein: Uma pioneira da psicanálise, Obras Completas. Vol. 1*. São Paulo: Livros da Matriz.



KRUTZEN, Henry: Da contratransferência à auto-revelação. **Biblioteca Virtual do Instituto VOX de Pesquisa em Psicanálise**. Outubro de 2019.

WACHTEL, P. (1993), *Therapeutic Communication*. New York: The Guilford Press.

WACHTEL, P. (2008), *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

WINNICOTT, D. (1947), O ódio na contratransferência. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

WINNICOTT, D. (1951), Transitional Objects and Transitional Phenomena. In: *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. London: Karnac, 1984.

WINNICOTT, D. (1962), Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, D. (1971), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WITTENBERGER, G., TÖGEL, C. (Orgs) (1999), *Die Rundbriefe des "Geheimen Komitees", Band 1: 1913-1920*. Tübingen: Ed. Diskord.

WITTENBERGER, G., TÖGEL, C. (Orgs) (2001), *Die Rundbriefe des "Geheimen Komitees", Band 2: 1921*. Tübingen: Ed. Diskord.

WITTENBERGER, G., TÖGEL, C. (Orgs) (2003), *Die Rundbriefe des "Geheimen Komitees", Band 3: 1922*. Tübingen: Ed. Diskord.

WITTENBERGER, G., TÖGEL, C. (Orgs) (2006), *Die Rundbriefe des "Geheimen Komitees", Band 4: 1923-1927*. Tübingen: Ed. Diskord.