

## Trabalhando com a Intersubjetividade: a *self-disclosure*

Gildo Katz\*

**Resumo:** O autor sustenta que o ponto de vista intersubjetivo introduz modificações radicais na prática clínica na medida em que o eixo se desloca de uma psicanálise de uma pessoa só para o de duas pessoas em um campo analítico dinâmico. Sugere que este deslocamento possa aprofundar o entendimento dos conflitos que estão experimentando. Considera que a autenticidade é um valor a reivindicar e é um dos aspectos centrais da capacidade terapêutica do psicanalista. Cita, através de uma ilustração clínica, como exemplo, a *self-disclosure*. No caso clínico, salienta como podem ser observados os sentimentos de aniquilação do *self* do paciente, relacionados a conflitos de sua infância primitiva que puderam vir à tona após a conduta do analista. Chama a atenção para certos mitos encontrados na comunidade psicanalítica, os quais costumam levar o analista a acreditar que sua prática clínica diária pode facilmente gerar a vergonhosa sensação de que trabalha de forma pouco profunda, de que tenha sido mal analisado, etc. Pensa que com o terapeuta em formação acontece o mesmo que com a criança pequena: atribuem-se-lhe defeitos para preservar os laços com a “família psicanalítica”, a qual é imprescindível para sua formação profissional e para a sua inserção no mundo do trabalho. Afirma que, desde a perspectiva da intersubjetividade, não existe uma só ‘resposta correta’ a respeito da questão da *self-disclosure* ou a respeito de outras questões que se costumam denominar de técnica. As decisões específicas sobre a *self-disclosure* e sobre outras questões da conduta analítica devem ser tomadas a partir da valorização do quanto essa conduta poderá facilitar que a dupla aprenda com a experiência e possa evoluir emocionalmente. Para finalizar, acredita que uma observação mais atenta pode visualizar uma sobreposição ubíqua, em todas as teorias psicanalíticas, entre o modelo intersubjetivo e o modelo clássico, à medida que cada um deles procura capturar diferentes aspectos do funcionamento mental em uma tensão

\* Membro titular e didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre (SBPdePA).

dialética, em que a fronteira entre o dado da verdade consensual e o construto subjetivo oscila continuamente, em função de um entrosamento flutuante do analisando e do analista. Dentro dessa perspectiva, questiona-se se é possível valorizar alguma mudança analítica em um paciente sem que a ela corresponda alguma mudança no analista.

**Palavras-chave:** Psicanálise. Paradigma. Intersubjetividade. Self.

## Introdução

Como analistas, estamos cientes de que, por diversas razões, constantemente revelamos aspectos pessoais durante um tratamento. Isso acontece mesmo quando evitamos fazer qualquer referência explícita a eles. Essas revelações são denominadas de *self-disclosure*, ou em uma tradução literal, auto-revelações.

Embora exista uma premissa entre os analistas de que essas auto-revelações sejam inevitáveis em algum momento da análise, aqueles que são considerados clássicos, isto é, aqueles que acreditam em uma “terapia de uma pessoa só”, enfatizam a necessidade de eliminá-las, reduzindo ao mínimo a participação do analista no processo terapêutico. Para tanto, seguindo os preceitos básicos de Freud, organizam regras para reduzir os efeitos “indesejáveis” da *self-disclosure*. Essas regras originam mitos que atravessam e permanecem em nossa forma de trabalhar, porque estão fortemente arraigadas nos corações e nas mentes de gerações de analistas. Funcionam como dogmas que não deveriam ser questionados.

Recentemente, tem aumentado a relevância de um novo paradigma, o intersubjetivo, cuja característica fundamental é valorizar a participação do terapeuta no processo analítico. Aqueles que defendem essa ideia colocam a ênfase no conceito de terapia de duas pessoas. No processo analítico, ocorreria um interjogo de duas subjetividades em uma dialética constante. Esse interjogo, em psicanálise, é denominado de intersubjetividade (DUNN, 1995; FERRO, 1995). Penso que essa perspectiva abre novas possibilidades para o tratamento psicanalítico porque, convém não esquecer, nesse processo, o terapeuta também sofre mudanças no campo criado por essa relação dialética. Ele nunca deveria sair “ileso” de uma situação tera-

pêutica, pois isso seria o mesmo que imaginar alguém mergulhando em um rio e emergindo seco à superfície.

### A Psicanálise no Novo Milênio

A psicanálise é fundamentalmente uma prática de transformações. Por essa razão, a técnica psicanalítica só é técnica quando possui o sentido originário da palavra *techné*, encontrada em **Homero**, que significa *trazer à existência, fazer ser o que não é*. Os estoicos diziam tratar-se de um *hexis hodospoiétike*, ou seja, o hábito de fazer os caminhos acessíveis ao homem, como dizia **Platão**, através da *poiésis*, da capacidade de interpretar em linguagem criativa.

São numerosas as críticas dirigidas ao fato de Freud ter tido a intenção de incluir a psicanálise na tradição das ciências exatas. No entanto, chama a atenção que tenha sido menos criticado o mal-entendido de Freud e de seus seguidores de considerar a prática psicanalítica técnica.

Esses dois fatores têm um ponto em comum: a pretensão de que as variáveis que fazem parte do processo psicanalítico possam ser controladas. Não obstante, penso que pareça mais adequado que **a técnica se possa aplicar à produção de coisas**, enquanto o que se relaciona **à mente e ao espírito poderia ser encaixado, como assinalei, no conceito de *techné* encontrado em Homero, de “sabedoria prática”, como foi denominado por Aristóteles**.

Freud (1900) frequentemente se referia à interpretação dos sonhos como uma técnica. Mais adiante, impulsionado pelo desejo de proteger a jovem “ciência” dos possíveis escândalos, elaborou as recomendações técnicas em relação ao anonimato, à abstinência, à neutralidade e ao uso do divã. Essas recomendações foram sendo elaboradas por freudianos e kleinianos, e se converteram em “regras” que formam o “superego psicanalítico” atual.

O analista costuma, logo no início, após os primeiros contatos, comunicar que “a análise será no divã, que verá o paciente quatro ou mais vezes por semana, que este deverá dizer tudo o que lhe ocorre enquanto o analista

manter-se-á neutro e anônimo”. Segundo a tradição, se forem analisadas as defesas e a transferência, então o terapeuta estará fazendo psicanálise. Mas estará realmente fazendo psicanálise?

A partir dos anos 70, alguns autores, como Schaffer (1976, 1978), Schwaber (1995), Spence (1976, 1982, 1988) e mais recentemente Gill (1994) e Dunn (1995), entre outros considerados intersubjetivistas, começam a questionar em profundidade a validade e a universalidade de algumas das regras “técnicas”.

Na verdade, esse questionamento não é tão recente. De acordo com Modell (1988, 1998), Ferenczi, já na década de vinte, foi o primeiro a tentar aplicar o enfoque segundo o qual quando não funciona o que se está fazendo, antes de culpar o paciente, é melhor revisar nosso procedimento e tentar uma mudança de vértice ou algo novo. E essa posição colide, a meu ver, como os propósitos das regras de qualquer técnica, ou seja, a de induzir a submissão ao pré-estabelecido.

Acredito que um dos motivos que impulsionou Freud a estabelecer as suas famosas “Recomendações aos médicos que praticam psicanálise” (1912a, b, 1914) foi o de poder estabelecer um código ético para proteger o sempre vulnerável paciente. Mas, ao mesmo tempo, não era menos importante a necessidade de proteger a profissão ante aqueles personagens com falta de juízo crítico e limites pessoais. Ambas as razões impulsionaram a criação de um marco em volta da psicanálise. No entanto, devemos procurar escolher o marco adequado para cada pintura particular, em lugar de comprar primeiro o marco e logo tentar criar algo ou alguém adequado ao mesmo.

As concepções que limitam a psicanálise são as responsáveis pelas contínuas discussões a respeito da analisabilidade e a respeito da idoneidade de certos “rigores” psicanalíticos. Recentemente, a questão do tratamento daqueles que antes eram considerados não-analisáveis nos colocou diante de sérias perguntas sobre a teoria psicanalítica e nos conduziu a um amplo questionamento da clássica técnica restritiva a certas patologias. Voltarei a esse assunto logo a seguir.

Gostaria de recorrer às fundamentações que encontrei no pensamento de Aristóteles que complementam as idéias já mencionadas sobre *techné* (Homero), *hexis hodospoiétike* e *poiésis* (Platão). Na “Ética para Nicomeno”, Aristóteles distingue *phronesis* (que se pode traduzir como ‘sabedoria prática’ ou ‘conhecimentos éticos’) de *episteme* e *tecné*. A técnica é mais apropriada para trabalhar coisas sem mente ou espírito, podendo se controlar mais variáveis e aplicar a experimentação. A prática encaixa melhor com o trabalho com seres humanos. Aristóteles considerava que a ética e a política deveriam ser consideradas práticas nas quais não eram necessárias regras técnicas, mas a capacidade de deliberar sabiamente. Não é por acaso que costumamos falar da prática da medicina e da prática do direito.

Desde a perspectiva da linguagem Aristotélica, é preciso questionar os recursos de que dispõe cada dupla particular – analista e paciente – antes de formular qualquer indicação terapêutica. **Devemos adquirir primeiro a pintura e depois encomendarmos a moldura adequada.**

Também é necessário levar em conta como a própria história, a personalidade e as teorias do terapeuta influenciam na compreensão de cada caso. Essa atenção ao particular, e não ao universal, é o que Aristóteles defende como a essência de *phronesis*, em que não há lugar para regras, ou seja, ele capta a essência do conceito de *techné* de Homero. Dentro dessa perspectiva, é possível reconhecer que cada terapeuta tem sua própria maneira de começar seu trabalho com um paciente, mas acredito que ele poderia, caso a situação exigisse, modificar suas concepções, sem abandonar os princípios básicos da psicanálise, a partir do primeiro momento em que conhecemos o paciente.

Penso que seja essa a única, quando muito uma das poucas, oportunidade em que o terapeuta tem de formar um vínculo capaz de estabelecer, por meio do encontro de duas subjetividades, uma possibilidade criativa pela qual essas duas subjetividades possam, misturadas e individualizadas em uma dialética permanente, avançar para aquisições mentais (OGDEN, 1994a, b). O produto desse vínculo, ou o “terceiro analítico”, como Ogden

denomina, é o novo objeto da psicanálise e também pode ser estendido às suas aplicações, como a psicoterapia de orientação analítica.

Existem muitas razões para que o vínculo não aconteça. Se o terapeuta compra a moldura antes da pintura ou se mostra incapaz de lidar com a contranferência ou, por último, se não percebe a importância de que é difícil pensar a terapia apenas como algo de uma pessoa só, o tratamento pode levar a um impasse ou a um fracasso terapêutico.

A *self-disclosure* (auto-revelação, automostrar-se) pode ilustrar a divergência entre os clássicos (ou positivistas) e os intersubjetivistas, porque colide frontalmente com as regras da neutralidade e da abstinência, os pilares da técnica clássica. Penso, como assinali anteriormente, que, de alguma forma, ela é inevitável em algum momento do tratamento. Mas se ela é inevitável, o que fazer com ela? Ou, ainda, não será muitas vezes até indispensável para a continuação do processo analítico?

Para desfazer qualquer mal-entendido a respeito de que eu possa estar me opondo aos pilares em que se apóia a psicanálise, como o inconsciente, a transferência, a resistência e o complexo de Édipo, gostaria de deixar registrado que o analista só poderia pensar a utilização da *self-disclosure* se ele partisse da seguinte base: a psicanálise é uma ciência empírica que requer controles confiáveis em todas as variáveis que intervêm. O desafio seria o de como, ao nos utilizarmos da *self-disclosure*, manter algumas das recomendações (mais que regras) com que fomos “educados psicanaliticamente”.

### **Os Mitos da Psicanálise**

Durante a história da psicanálise, professores e supervisores se empenharam em proteger o processo psicanalítico do paciente de contaminações externas, insistindo para que o psicanalista se mantivesse anônimo, como no caso dos trabalhadores de uma fábrica de chips de computadores que se cobrem com uniformes e gorros brancos. Foi uma tentativa de proteger o “ouro puro” da análise daquelas impurezas que provinham da personalidade do analista. O golpe mais forte nesse ideal foi desferido por

Renick (1993, 1998), ao formular o “princípio da irreducibilidade do analista”, isto é, de que a neutralidade do analista era uma utopia, ainda que ela devesse ser buscada.

Vou citar os sete grandes mitos:

**1. O mito da neutralidade.** Em seu artigo “Sobre o amor de transferência”, Freud (1915), postulou que “o tratamento deveria ser conduzido em abstinência”. Isso provém do pressuposto de que a psicanálise se ocupa essencialmente de situações que se originam da repressão dos derivados pulsionais, o que conduz à suposição de que qualquer gratificação vai interferir no objetivo de desmascarar os desejos reprimidos, investigar sua origem e facilitar assim sua sublimação. Visto dessa maneira, a abstinência não é uma posição neutra do analista, mas é uma tomada de posição em favor dessa tese sobre a natureza humana. Por outro lado, desde o ponto de vista do paciente, freqüentemente a atitude de abstinência é vivida como geradora de conflitos tempestuosos [vários autores, como Gill (1994)], por exemplo, consideram que certas atitudes de abstinência rígida por parte do analista atuam como artefatos que geram reações negativas no paciente, que não podem ser atribuídas univocamente a este; a aplicação indiscriminada do princípio de abstinência não só não é neutra, mas, com freqüência, é iatrogênica.

**2. O mito do analista como espelho.** Neste caso, o analista, como espelho, não se deixa ver e só reflete o próprio paciente. Na realidade, o analista sempre se mostra por intermédio de suas atitudes e interpretações. E outro ponto fundamental: o que o analista mostra terá um efeito determinante no desenvolvimento da transferência.

**3. O mito da interpretação sem sugestão.** É o que parece sugerir a frase de Freud que valoriza a necessidade de distinguir o “ouro puro da psicanálise” do “cobre da sugestão”. Cada vez que o analista intervém, pode ser compreendida como sugerindo a direção em que o paciente deve seguir (GILL, 1994). Por isso que é central na análise investigar se o paciente entende que a intervenção do analista possibilita um acesso ao seu

conflito interno, ou se ele precisa aceitar o ponto de vista do analista para manter o vínculo terapêutico.

**4. O mito da transferência não contaminada.** Este mito provém do conceito clássico de transferência, segundo o qual o paciente desloca as pulsões que na sua origem estavam dirigidas a uma representação inconsciente de um objeto reprimido, à representação mental do analista. A partir dessa definição específica, poder-se-ia concluir que não podemos e não devemos interferir nesse processo para assim poder descobrir a origem das pulsões deslocadas. Numa mudança de vértice importante, alguns autores consideram que a transferência deve ser entendida, também, como a maneira que tem o paciente, a partir de seus conflitos internos, de entender as atitudes e as interpretações do analista. Desde esse ponto de vista, para os que seguem o paradigma intersubjetivo, é precisamente a atividade do analista que condiciona que o paciente interprete a atividade do analista de acordo com os seus conflitos. Dessa maneira, é o analista que modela a transferência do paciente. Penso que isso em parte tem um sentido, porque, caso apenas fosse considerado o conceito clássico, pensaríamos que qualquer analista poderia atender qualquer paciente.

**5. O mito do analista objetivo.** Este mito baseia-se no fato de que o analista pode fazer observações que não estão contaminadas por seus próprios conflitos inconscientes. Os autores não consideram que o analista deva abster-se de utilizar a teoria que subscreve como guia para organizar os dados clínicos; deve ter em conta, entretanto, o quanto esses princípios teóricos podem influir na maneira de captar o mundo subjetivo de seu paciente e, por conseguinte, co-determinar o desenvolvimento do processo analítico. Um exemplo do mito da objetividade é o do analista que declara se um paciente é ou não analisável, partindo de uma valorização “objetiva” da estrutura da personalidade e da psicopatologia do paciente. O ponto de vista intersubjetivo valoriza se o sistema paciente-analista é viável, isto é, se um determinado paciente se encaixa ou não com determinado analista.

**6. O mito da mente isolada.** Este mito se relaciona com a conceituação freudiana do aparelho psíquico que processa pulsões

endógenas. Esse mito se analisa como uma defesa para negar a extrema vulnerabilidade humana ante as relações objetais, ao se estabelecer o conceito de mente isolada de um contexto. Leva em conta o fato de que Freud, em sua auto-análise, atribuiu seus sofrimentos à sua maldade onipotente interna (pulsões incestuosas e destrutivas), como uma maneira de preservar sua relação com a mãe, com Fliess, etc. Isso estaria de acordo com a negligência de Freud (1900), ao não considerar, em sua auto-análise do mito de Édipo, os impulsos filicidas de Laio como a autêntica origem da tragédia.

**7. O mito da interpretação correta.** É a idéia de que existem interpretações certas e erradas e de que só as certas seriam capazes de curar o paciente. Bion (1987) critica esse mito, salientando a necessidade de estimular nos analistas a capacidade de criticar as teorias e desenvolver mais a idéia de inconsciente.

Todos esses mitos poderiam ser reunidos em um único: o mito da neutralidade – que foi muito bem descrito por Renik (1993, 2000). Ele crê que os psicanalistas deveriam descartar a técnica da neutralidade analítica (a técnica clássica delineada para limitar tanto quanto possível o impacto da subjetividade do analista sobre o paciente e sobre o processo de tratamento). Também pensa que essa postura técnica engendra idealizações por parte do paciente em relação ao analista, e que os analistas muito convenientemente utilizam uma *persona* neutra para sustentar um falso senso de autoridade. ***Renik argumenta que a neutralidade falsamente implica uma ausência de auto-revelação e de sugestão por parte do analista.*** Ele salienta que qualquer atividade mental, seja verbalmente expressa ou sustentada na imaginação do analista, deve produzir um gesto correspondente que afete o paciente. Qualquer coisa que o analista fizer, incluindo permanecer manifestamente silencioso e/ou neutro, modelará o material clínico e será vivenciado pelo paciente como uma diretriz. Na opinião de Renik (1993), a neutralidade analítica é uma ilusão que deveria ser substituída por uma atitude clínica mais realista. Como evitaríamos a *self-disclosure*?

Vamos examinar esta questão em um exemplo clínico simples. Um

paciente colorado (torcedor do Sport Club Internacional, de Porto Alegre) acabou descobrindo, com acerto, através de pequenos e repetidos detalhes, o clube de futebol do analista. Este pode ficar, num primeiro momento, incomodado, e sua atitude dependerá de como entende a psicanálise. O analista clássico acaba aceitando a inevitável participação subjetiva no processo analítico, mas considera que a *self-disclosure* é “indesejável” no trabalho analítico. Um analista com perfil diferente acredita que o paciente está sempre tentando adivinhar o nosso complexo de Édipo, e que devemos sempre fugir para não sermos descobertos, procurando incessantemente novos vértices de abordagem do paciente (BION, 1973).

Nesse caso, é preciso reconhecer que dentro de cada situação psicanalítica particular do campo intersubjetivo, dois mundos subjetivos estão continuamente se auto-revelando e tentando, ao mesmo tempo, se esconder. A questão é poder valorizar que convicções psicológicas fundamentais (princípios da organização emocional) guiam o conteúdo e a maneira como temos de nos mostrar e nos esconder, tanto voluntária como involuntariamente, com cada paciente em particular. Obviamente, quanto mais bem analisado for o analista, melhor preparado ele estará para valorizar essa questão.

O sentimento de identidade profissional psicanalítica está muito ligado ao mantermo-nos fiéis ao legado ancestral das “regras psicanalíticas pela longa história de excomunhões pelo crime do terapeuta não ser analítico”. A família psicanalítica requer de seus membros a supressão da espontaneidade e da auto-expressão. Considera que a *self-disclosure* manifesta do analista constitui um sério erro do psicanalista, que afeta o sentimento de segurança do paciente e do analista. Mas será que o erro não estaria no fato de que negar essa possibilidade é que levaria a uma insegurança da dupla? A questão poderia ser formulada de outra forma: em vez de banida, é preciso valorizar como a auto-revelação do analista repercutirá na segurança de cada participante e do processo analítico.

Com alguns pacientes, o responder diretamente às perguntas pode criar um clima de insegurança e confusão. Certos pacientes que sofreram trau-

mas invasivos em sua infância costumam perguntar diretamente alguma coisa sobre a pessoa do analista. Eles estão testando o analista e esperam inconscientemente que o analista, por sua vez, pergunte: você realmente quer saber isso? Dessa forma, a análise pode prosseguir porque ficou provada a habilidade do analista para proteger o paciente de sofrer novos traumas. O conteúdo da pergunta pouco interessa. Alguns pacientes agradecem implícita ou explicitamente esse tipo de resposta. Trata-se habitualmente de pacientes para os quais a intrusão e a violação dos limites reduziu traumáticamente sua capacidade de sentir, que podem seguir pensando com a própria mente se eles conhecem a outra pessoa.

Mas para outros pacientes, ou em alguns momentos, essa atitude seria desastrosa e, dessa maneira, a *self-disclosure* seria inevitável ou até mesmo indispensável. Penso que isso ocorre quando, por uma quebra na comunicação verbal, é necessário utilizarmos o que Stern (1998, 2004) denomina “conhecimento implícito relacional”, para mais adiante podermos retomar a comunicação verbal.

### **Trabalhando com a Intersubjetividade**

Ogden (1992a, b, 1994a) desloca completamente a contranferência como uma situação total para um paradigma intersubjetivo. Em seu esquema, a visão ampliada da contranferência torna-se o interjogo dialético entre as realidades subjetivas individuais do analista e do paciente e a realidade intersubjetiva que é criada pela interação deles. Tomando emprestado o “objeto analítico” de Green (1975), Ogden nomeia essa realidade intersubjetiva de “terceiro analítico”. Afirma que as respostas do analista no *setting* clínico nunca são inteiramente acontecimentos individuais, nem são sempre completamente sociais. Ao contrário, o significado das reações do analista é sempre o de realidades criadas de uma maneira nova, em função da interação original, nunca-a-ser-repetida, do par analítico. Tais sentidos não vêm à luz através de um levantamento da repressão, pois isso indicaria um acontecimento psíquico pré-formado na mente do paciente.

A intersubjetividade, mais que uma teoria, deve ser entendida como

sensibilidade ou atitude. A atitude de “investigação empático-introspectiva” conduz a uma interação terapêutica que iluminará, e eventualmente transformará, os sentidos e os padrões que organizam a experiência do paciente.

Ogden (1994 a, b, 1998) desencoraja um processo clínico que tente uma busca que pertença somente ao paciente. Ele sustenta que analista e paciente devem esforçar-se por compreender a experiência de suas realidades subjetivas individuais em interação com as realidades intersubjetivas que criam juntos. *Acredita que essa interação e a tensão decorrente dela é que impele “para frente” o processo psicanalítico.* Tentar decifrar o que vem do paciente e o que vem do analista desde o início levaria invariavelmente a um infortúnio. A aceitação, por parte do terapeuta de que os afetos que surgem e que repercutem em sua pessoa de forma desordenada, confusa, perturbadora, sem levar em conta os papéis determinados pela situação analítica, é o que possibilita a criação de um campo dinâmico (Baranger, 1993, Ferro, 1995) capaz de proporcionar mudanças na dupla e nas subjetividades de cada um dos integrantes.

Contra certos mal-entendidos existentes, o enfoque intersubjetivo se centra no intrapsíquico da mesma forma que a psicanálise clássica. O que acontece é que o intrapsíquico é considerado altamente dependente do contexto. Além disso, a teoria intersubjetiva não considera que qualquer conteúdo psicológico seja, em princípio, um conteúdo universal.

Desde a perspectiva intersubjetiva, os conteúdos de várias doutrinas metapsicológicas [o Édipo de Freud (1914b)], as posições esquizoparanóide e depressiva de Klein (1969), as necessidades especulares, idealizadoras e gemelares de Kohut (1982) podem deixar de ser verdades absolutas, idéias universais, e serem reconhecidas como poderosas metáforas e imagens que ocupam um papel principal em algumas pessoas sob particulares circunstâncias intersubjetivas.

Na relação psicanalítica se considera crucial a participação de ambos os elementos da dupla. A compreensão dos princípios organizadores da

experiência, tanto no analista como no paciente, resulta central para a superação das rupturas e dos impasses.

Quando o processo se complica, não pensamos que o paciente está resistindo, mas nos questionamos como paciente e analista construíram esse ponto morto. Questionamos não só a história do paciente e suas convicções emocionais que organizam sua experiência, mas, também, as nossas, assim como os nossos compromissos teóricos que, no conjunto, poderiam estar nos atrapalhando no que Wittgenstein (1993) denominou ‘cegueira ante uma faceta’ (*aspect-blindness*). Essa cegueira é o resultado de uma incapacidade para modificar perspectivas, expandir horizontes e alcançar um descentramento [no sentido de Piaget (1977), isto é, que não implica que possamos prescindir de nossas subjetividades]. Portanto, a primeira consideração contextual importante – o aqui e agora – inclui a interação dos mundos subjetivos e das atividades organizadoras do paciente e do analista, incluindo as teorias do analista e os mundos culturais de ambos participantes.

Na medida em que, na psicanálise, a experiência subjetiva do analista passou a ser mais valorizada, os afetos foram ocupando o centro de nossa atenção. Tal como confirmam os estudos evolutivos, o afeto é o principal organizador da vida relacional. Tudo isso irá conduzindo a uma mudança de paradigma na psicanálise contemporânea: o central, na análise clássica, eram as pulsões e suas defesas; atualmente, a compreensão da alma humana, a compreensão e reconhecimento dos afetos passa a ter o papel primordial. Para que a criança possa ir integrando seus afetos, ou seja, para que possa ir construindo sua realidade afetiva, é necessário que esses sentimentos possam ser reconhecidos por seus adultos significativos. Se não se produz essa validação, a criança precisa cindir suas reações afetivas, suprimi-las ou desestimá-las. Por meio das distintas experiências relacionais, a criança irá construir inconscientemente um dos princípios organizadores de sua experiência. Esses princípios inconscientes são os responsáveis pelos padrões de relacionamento que irão se repetir ao longo da vida. Os entendimentos de como os diferentes contextos intersubjetivos foram construindo

essas convicções emocionais inconscientes que organizam a vida relacional ocupam um lugar central no trabalho psicanalítico.

Desde o início da vida, por intermédio de repetidas experiências de má sintonia com o objeto primário, a criança ou não percebe que ela existe ou adquire a convicção inconsciente de que diferentes desejos evolutivos insatisfeitos e seus conseqüentes estados emocionais são manifestações de um odioso defeito, que é inerente a uma maldade interna. Estabelece, então, ou uma ausência de identidade (subjetividade), ou uma identidade defensiva que encarna uma imagem de um *self* que está depurado daqueles estados afetivos ofensivos que foram percebidos como intoleráveis para as pessoas que não entraram em sintonia com ela. A possibilidade de construir esse ideal purificado de afetos indesejáveis se converte em um requisito central para manter a harmonia dos laços com os cuidadores, e manter a auto-estima. De outro modo, a emergência de afetos proibidos é vivida como um fracasso de encarnar esse ideal requerido, ficando a descoberto sua maldade interna.

Uma das necessidades básicas da criança é a de sentir-se eficaz, de maneira que se o seu entorno não a reconhece como eficaz, isso poderá gerar profundas vivências de inexistência, porque a criança necessita sentir-se reconhecida em suas vivências de intencionalidade, de maneira que a frustração a essa necessidade gera a experiência de ser tratado mais como objeto do que como sujeito. Não ser reconhecido como pessoa é, por vezes, também o mais poderoso gerador de patologias mais graves, como as do desvalimento, tais como abulias, toxicomanias, transtornos alimentares, insônias, doenças psicossomáticas (MALDAVSKY, 1992, 1994, 1998).

Esse não é um conceito novo. Em 1895, no Projeto, Freud chama a atenção para a importância do seguinte acontecimento clínico: suponhamos que o objeto que supre a percepção assemelhe-se ao sujeito – um ser humano semelhante. Se for assim, o interesse teórico (compreendido nisso) explica-se também pelo fato de que um objeto como esse foi simultaneamente o primeiro objeto de satisfação (do sujeito) e seu primeiro objeto hostil, bem como seu único poder de amparo. “*Por essa razão, é na rela-*

*ção com um ser humano semelhante que um ser humano aprende a existir e a conhecer” (FREUD, 1895, p. 383).*

Para Bollas (1987), seguindo Winnicott (1975), isso se deve à necessidade da criança de recriar a experiência original com o objeto materno transformacional, motivação maior de toda sua vida. Segundo ele, a representação interna que a criança tem da mãe em termos de um processo (como oposto à imagem de um objeto com qualidades concretas), no qual a subjetividade da mãe deu forma ao ambiente interno e externo da criança, é crucial na formação da sua mente e para o modo como ela registra psicologicamente a realidade interna e externa. Os intersubjetivistas consideram que a curiosidade original da criança pela subjetividade da mãe e o seu desejo de conectar-se com esta repetem-se na curiosidade do paciente pela subjetividade do analista.

Segundo (DUNN, 1995, p. 209-210):

[...]a idéia de Renik de que a neutralidade analítica cria uma transferência idealizadora ofuscante em relação ao analista e promove uma dinâmica de autoridade injustificada, ilustra as diferenças entre a orientação intersubjetivista e a clássica. Da perspectiva intersubjetiva, a interação analista-paciente forma a qualidade essencial da transferência. Em contraste, a concepção clássica sustenta que, no lugar de criar a essência da transferência, a atividade do analista modela a forma manifesta da transferência e fornece um contexto por intermédio do qual as tendências idealizantes do paciente e sua relação com a autoridade, já situadas na mente do paciente, vêm à luz. O mau funcionamento do analista pode tornar impossível esclarecer e interpretar de forma efetiva para o paciente a natureza de sua vida mental a esse respeito, mas é a psicologia do paciente que dirige o tratamento, e não as ações do analista” (p. 209-210).

O problema é que, dentro dessa perspectiva, se um analista seguir determinada regra, a transferência de certo paciente seria sempre a mesma. Na prática, isso não se verifica, porque a personalidade do analista modela as manifestações transferenciais do paciente.

### Caso Clínico

Gostaria de ilustrar com um caso clínico o que procurei desenvolver sobre a utilidade e a adequação da *self-disclosure*.

Um paciente costumava iniciar a sessão com uma pergunta “paternal” ao analista de como tinha sido o seu fim de semana. O analista respondia, rapidamente, “muito bem, obrigado”, e procurava ajudar o paciente a associar em torno da sua pergunta. Para o paciente, costumava ser difícil iniciar seu relato. O analista chegou a uma primeira conclusão: esse padrão de conduta correspondia à tendência do paciente de funcionar como o pai de sua família; na sua história, ele costumava ser o *pai* de seus numerosos irmãos mais moços, uma vez que o pai era muito desvalorizado, especialmente pela mãe, por ter sido no passado um alcoolista e fracassara em seus empreendimentos. Mas essa hipótese não se confirmou, uma vez que o paciente, com o tempo, foi modificando essa tendência, seguindo, no entanto, com a necessidade de perguntar ao analista como ele passara o fim de semana. O analista não considerou oportuno perguntar diretamente ao paciente sobre tal maneira de começar a sessão, pois imaginou que inundaria o paciente com um sentimento de vergonha e humilhação tal como a mãe o fizera na infância, quando fazia perguntas de maneira inoportuna sobre suas intimidades na frente dos amigos. Preferiu ficar em silêncio, pois julgava que o preço a pagar seria elevado, uma vez que o paciente estava evoluindo satisfatoriamente na análise.

Perto de sua formatura, o paciente passou a fazer inúmeros *actings-out* que punham em risco a si e à sua família. O analista interpretou suas fantasias de suplantar o pai, de triunfar sobre ele, mas era ridicularizado pelo paciente, que o tratava como o pai fracassado, porque percebia o analista angustiado e paralisado frente a ele.

Depois de um desses *actings-out* em que o paciente voltara a perguntar sobre o fim de semana, o analista teve “um branco” porque não conseguia lembrar-se de nada. Era como se tivesse tido um *break-down* típico de quem ingerira uma dose excessiva de álcool. Ingerira álcool? Teria feito algo mais grave? Não sabia nem imaginava o que havia ocorrido. Então, no

afã de lembrar-se do fim de semana, o analista, de forma espontânea, revelou detalhes do que fizera nesse período. Foi um momento tenso, porque ele sentia que tinha realmente fracassado, porque traíra o método analítico, ao efetuar uma *self-disclosure* explícita. Iria o paciente triunfar definitivamente sobre ele? Estaria identificado com o pai alcoolista ou, então, identificado com o paciente angustiado pelas invasões da mãe? Temia pela segurança do tratamento.

Mas, ao contar alguns fatos do fim de semana, percebeu que o paciente começou a se tranquilizar. O que teria ocorrido?

O analista relatou que durante o fim de semana ficara em casa, fizera um trabalho, lera, praticara esportes e fora ao cinema. O paciente perguntou qual era o filme e se ele havia gostado. Depois de uma resposta mais longa, o paciente começou a trabalhar os seus conflitos na sessão, como se nada tivesse acontecido.

O que se evidenciou, no transcorrer da sessão, foi algo que ainda não tinha ocorrido até aquele momento ao analista: o paciente necessitava assegurar-se de que o cuidador (os pais de sua infância e seu analista) não estava a ponto de explodir e de se embriagar, como costumava ocorrer com o pai quando ele era contrariado pelo paciente – e a contrariedade justamente estava vinculada ao fato de o paciente fazer uma pergunta e o pai recusar-se a respondê-la. Por outro lado, ele tinha a firme convicção de que mostrar seus sentimentos poderia gerar uma resposta que o ridicularizaria, como costumava acontecer com a mãe, com a conseqüente reação de vergonha debilitadora, de raiva e medo – e, por vezes, a experiência de um sentimento de não-existência. Por isso, ele precisava saber qual era a predisposição do analista. Quando ele não se irritou, não explodiu, não se embriagou, não o ridicularizou e respondeu à pergunta, pôde naturalmente continuar a sessão. Nenhum integrante da dupla representava qualquer figura do passado do paciente.

O que ocorrera era o surgimento contínuo, incontrolado e incontrolável da imaginação produtora no trânsito dos sentimentos, pensamentos, idéias e ações. Eram duas pessoas trabalhando para liberar esse

trânsito, ao qual era submetido por um eu que geralmente é só construção rígida e essencialmente social. Tal proposta de trabalho coloca o analista na sessão como um processo em trânsito, em que o ser psicanalista se transforma em um estou-sendo. Isso não havia sido percebido pelo terapeuta até que a ruptura da comunicação verbal expressa pelos *actings-out* do paciente o levou a “perder a memória” e o “forçou”, por assim dizer, espontaneamente, a contar o seu fim de semana. Isso possibilitou um “momento de encontro” capaz de gerar mudança no paciente e no analista, pois a situação lhe proporcionou conhecimento sobre aspectos seus perdidos no passado. Um psicanalista, portanto, que se redescobriu psicanalista em um espectro de possibilidades. Quando eu me refiro ao fato de que são duas pessoas que estão apenas trabalhando, eu posso criar a hipótese de um trabalho que está além da transferência e da contra-transferência: um processo em trânsito. De certa maneira, é a isso que se refere Stern com os conceitos de “conhecimento implícito relacional” e “momentos de encontro”, uma vez que ele acredita que só existe vida e existência quando estamos tendo consciência do que está ocorrendo em um dado momento. É algo que não se refere ao passado nem ao futuro. (STERN, 2006)

Existe, portanto, neste momento, uma quebra do relacionamento verbal (perda da ordem simbólica) e, inicialmente, uma incapacidade de perceber a necessidade do paciente (incapacidade do “conhecimento relacional implícito”). Mas a ruptura no relacionamento é sempre ***uma possibilidade de mudança*** que, dependendo da capacidade do terapeuta de perceber as modificações nas expectativas do paciente – o “conhecimento relacional implícito” –, poderá criar o “momento de encontro”, ***fator de mudança***. Essa mudança é a base que lhe permitirá encontrar, dentro de sua mente, a singularidade do momento e comunicá-la ao paciente de forma explícita e espontânea, trazendo-lhe explicações de causa e efeito repletas de certezas absolutas. Buscar descrever o presente, no aqui e no agora entre nós, e propor um pensar em conjunto sobre o desconhecido que, no caso, levaria o analista a responder à pergunta do paciente, não me pareceu algo contrário aos princípios básicos da psicanálise.

## Comentários Finais

O ponto de vista intersubjetivo introduz modificações radicais na prática clínica.

As práticas psicoterapêutica e psicanalítica centram-se na configuração de um contexto intersubjetivo paciente-analista que seja vivido como seguro para ambos, para que possam aprofundar o entendimento dos conflitos que estão experimentando. Os esforços que o psicanalista clássico fazia para “não contaminar” as associações do paciente por meio de uma técnica baseada nos sete grandes mitos, ou seja, uma ‘técnica’ fria e distante que o ajudava a isolar os derivados das pulsões e suas defesas, são substituídos, na prática clínica intersubjetiva, pela busca de um clima seguro, de um vínculo, que permita o desenvolvimento dos afetos.

O maior valor do ponto de vista intersubjetivo é que ajuda a posicionar-nos de uma forma pessoal, genuína e autêntica ante a prática psicanalítica. Considero que a autenticidade é um valor a reivindicar, um dos aspectos centrais da capacidade terapêutica do psicanalista. Um exemplo disso é a *self-disclosure*, pela qual, conforme o exemplo clínico, podem ser observados os sentimentos de aniquilação do *self* do paciente, relacionados a conflitos de sua infância que puderam vir à tona após a conduta do analista.

Certos mitos podem funcionar como a “máquina de influência de Tausk”, que impede que possamos desenvolver nossa própria iniciativa e liberdade de pensamento. Isso pode fazer com que funcionemos como réplicas de objetos psicóticos do paciente, reforçando suas convicções de que deveria seguir os caminhos delirantes desses objetos.

Da mesma maneira, esses mitos podem nos levar a acreditar que nossa prática clínica diária facilmente gera em nossa mente a vergonhosa sensação de que trabalhamos de forma pouco profunda, de que nos analisamos mal, etc. Penso que com o terapeuta em formação acontece o mesmo que com a criança pequena: atribuem-se-lhe defeitos para preservar os laços com a “família psicanalítica”, a qual é imprescindível para sua formação profissional e para a sua inserção no mundo do trabalho.

Portanto, desde a perspectiva da intersubjetividade, não existe uma só ‘resposta correta’ a respeito da questão da *self-disclosure* ou a respeito de outras questões que se costumam denominar de técnica. Temos duas pessoas juntas, um paciente e um analista, tentando encontrar uma compreensão que lhes permita uma reorganização da experiência emocional, ou talvez, de uma segunda oportunidade. As decisões específicas sobre a *self-disclosure* e sobre outras questões da conduta analítica devem ser tomadas a partir da avaliação de se esta conduta poderá facilitar que a dupla aprenda com a experiência e possa evoluir emocionalmente.

Para finalizar, acredito que uma observação mais atenta pode visualizar uma sobreposição ubíqua, em todas as teorias psicanalíticas, entre o modelo intersubjetivo e o modelo clássico, à medida que cada um deles procura capturar diferentes aspectos do funcionamento mental em uma tensão dialética, em que a fronteira entre o dado da verdade consensual e o construto subjetivo oscila continuamente em função de um entrosamento flutuante do analisando e do analista. Apesar das inúmeras divergências, todas estas questões têm aprofundado e estimulado o analista a valorizar os aspectos de seu mundo interno e de como sua subjetividade se relaciona com a situação analítica e o processo de tratamento. A intersubjetividade, mais do que uma teoria, deve ser entendida como uma sensibilidade ou uma atitude (KATZ, 1995, 1999, 2000). A atitude de investigação conduz a uma interação terapêutica que iluminará (e eventualmente transformará) os sentidos e padrões que organizam a experiência do paciente. Dentro dessa perspectiva, é possível levantar ainda a seguinte questão: seria possível valorizar alguma mudança analítica em um paciente sem que a ela corresponda alguma mudança no analista? [...] **“nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas”**, já salientara Freud em 1910.

## Working With Intersubjectivity: a self-disclosure

**Abstract:** The author maintains that the intersubjective perspective introduces radical changes into the clinical practice as the axis moves from the psychoanalysis of a single person to that of two people in a dynamic analytical field. He suggests that this displacement may deepen the understanding of conflicts that are being experienced. He considers that authenticity is a value to be claimed and is one of the central aspects of the psychoanalyst's therapeutic ability. He mentions, via a clinical illustration, self-disclosure as an example. In clinical terms, he stresses how feelings of annihilation of the patient's self can be observed, these being related to conflicts from his primitive childhood that have managed to surface following the analyst's intervention. He draws the attention to certain myths encountered in the psychoanalytical community, which lead the analyst to believe that his daily clinical practice may easily generate the embarrassing feeling that his work is shallow, that the analysis was not well performed, etc. He believes that the same that occurs in an infant occurs in the therapist in training: the latter attributes shortcomings to himself in order to preserve ties with the "psychoanalytical family", which is necessary for professional formation and for his insertion into the world of labor. He asserts, from an intersubjectivity perspective, that there is not only one "correct answer" with respect to the self-disclosure issue or to other issues that usually are designated as technical ones. Specific decisions about self-disclosure and other issues of analytical conduct must be made starting with an assessment of how much such conduct may make it possible for the duo to learn from the experience and manage to evolve emotionally. Finally, he believes that more careful observation may envisage a ubiquitous overlapping, in all psychoanalytical theories, between the intersubjective model and the classical one, as each of them seeks to capture different aspects of mental functioning in a dialectical tension, in which the border between the consensual truth data and the subjective construct oscillates continuously as a result from the floating intertwinement between the individual under analysis and the analyst. Under this perspective, he calls into question whether it is possible to value any analytical change in a patient without this corresponding to a change in the analyst.

**Keywords:** Psychoanalysis. Paradigm. Intersubjectivity. Self.

## Trabajando con la Intersubjetividad: la "self-disclosure"

**Resumen:** El autor afirma que el punto de vista intersubjetivo introduce modificaciones radicales en la práctica clínica a medida que el eje se traslada de un psicoanálisis de una única persona al de dos personas en un campo analítico dinámico. Sugiere que este traslado pueda profundizar el entendimiento de los conflictos que están experimentando. Considera que la autenticidad es un valor que se debe reivindicar y es uno de los aspectos centrales de la capacidad terapéutica del psicoanalista. Cita, a través de una ilustración clínica, como ejemplo, la "Self-disclosure". En el caso clínico, destaca cómo se pueden observar los sentimientos de aniquilación del *Self* del paciente, referentes a conflictos de su infancia primitiva que surgieron después de la conducta del analista. Pone atención a ciertos mitos encontrados en la comunidad psicoanalítica, los que suelen llevar al analista a creer que su práctica clínica diaria puede fácilmente generar la vergonzosa sensación de

que trabaja de forma poco profunda, de que haya sido mal analizado, etc. Piensa que con el terapeuta en formación sucede lo mismo que con el niño pequeño: se atribuyen defectos para preservar los lazos con la “familia psicoanalítica”, la que es imprescindible para su formación profesional y para su inserción en el mundo del trabajo. Afirma que, desde la perspectiva de la intersubjetividad, no existe una única ‘respuesta correcta’ sobre la cuestión de la ‘*self-disclosure*’ o sobre otras cuestiones que se suelen denominar técnica. Las decisiones específicas sobre la ‘*self-disclosure*’ y sobre otras cuestiones de la conducta analítica se deben tomar a partir de la valorización de cuánto esta conducta podrá facilitar para que la pareja aprenda con la experiencia y pueda evolucionar emocionalmente. Para finalizar, cree que una observación más atenta puede visualizar una sobreposición ubicua, en todas las teorías psicoanalíticas, entre el modelo intersubjetivo y el modelo clásico, a medida que cada uno de ellos intenta capturar diferentes aspectos del funcionamiento mental en una tensión dialéctica, en la que la frontera entre el dato de la verdad consensual y el constructo subjetivo oscila continuamente, en función de un entendimiento fluctuante del analizando y del analista. Dentro de esta perspectiva, cuestiona si es posible valorizar algún cambio analítico en un paciente, sin que a este cambio le corresponda algún cambio en el analista.

**Palabras-clave:** Psicoanálisis. Paradigma. Intersubjetividad. Self.

## Referências

- BARANGER, M.; BARANGER, W. La situación analítica como campo dinámico. In: \_\_\_\_\_. **Problemas del campo psicoanalítico**. Buenos Aires: Kargiemán Editores, 1993.
- BION, W. R. **Aprendendo de la experiencia**. Barcelona: Paidós, 1997.
- \_\_\_\_\_. Ataques ao elo de ligação. In: \_\_\_\_\_. **Estudos psicanalíticos revisados**. Rio de Janeiro: Imago, cap. VIII, p. 107-126, 1987.
- \_\_\_\_\_. **Atenção e interpretação**. Rio de Janeiro: Imago, 1973.
- \_\_\_\_\_. **Transformações**. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- \_\_\_\_\_. Uma teoria sobre o pensar. In: \_\_\_\_\_. **Estudos psicanalíticos revisados**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. cap. IX, p. 107-126.
- BOLLAS, C. **A sombra do objeto**. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Hysteria**. London: Routledge, 2000.
- CHUSTER, A. **A psicanálise: dos modelos científicos aos princípios ético-estéticos**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1999.
- \_\_\_\_\_. Bion cria de fato uma nova psicanálise? **Revista de Psicanálise da SPPA**, v.5, n.3, p. 311-337, 1998.
- DUNN, J. Intersubjectivity in psychoanalysis: a critical review. **The International Journal of Psychoanalysis**, Oxford, v. 76, p. 723-738, 1995.
- FERRO, A. **A Técnica da Psicanálise Infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- FREUD, S. (1895) Projeto para psicologia científica. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard**

**Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I.

\_\_\_\_\_. (1900) A interpretação dos sonhos. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. V.

\_\_\_\_\_. (1910) As perspectivas futuras da terapia psicanalítica. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XI.

\_\_\_\_\_. (1912a) A dinâmica da transferência. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

\_\_\_\_\_. (1912b) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

\_\_\_\_\_. (1913) Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

\_\_\_\_\_. (1914a) Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.

\_\_\_\_\_. (1914b) A Introdução ao narcisismo. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

\_\_\_\_\_. (1915a). Sobre o Amor de Transferência (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III) Sobre o Amor de Transferência. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

\_\_\_\_\_. (1915b) A pulsão e seus destinos. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.

\_\_\_\_\_. (1915c) O inconsciente. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.

GILL, M. **Psychoanalysis in transition.** Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press, 1994.

GREEN, A The analyst, symbolisation and absence in the analytic setting. **The International Journal of Psychoanalysis**, Oxford, v. 56, p. 1-22, 1975.

GREENBERG, J. R. **Oedipus and Beyond.** Cambridge: Harvard University Press. 1991.

- GREENBERG, J. R., MITCHELL, S. A. Object Relations in Psychoanalytic Theory. **Psychoanalytic Psychology**, Washington, DC, v. 2, p. 373-379, 1983.
- KATZ, G. A natureza do vínculo e a arte de clinicar. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 33-44, 1999.
- \_\_\_\_\_. A segunda pele do paciente: uma vicissitude da psicanálise. **Arquivos de Psiquiatria, Psicoterapia e Psicanálise**, Porto Alegre, v. 2, n.1, p. 23-28, 1995.
- \_\_\_\_\_. Como o terapeuta pode ajudar o seu paciente. In: REUNIÃO CIENTÍFICA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE DE PORTO ALEGRE, 2000, Porto Alegre. **Reunião...** Porto Alegre: SBP de PA, 2000. Trabalho apresentado.
- KLEIN, M. **Psicanálise da criança**. São Paulo: Mestre Jou, 1969.
- KOHOUT, H. Introspection, empathy and the semi-circle of mental health. **The International Journal of Psychoanalysis**, Oxford, v. 63, p. 395-408, 1982.
- MALDAVSKY, D. **Casos atípicos: cuerpos marcados por delirios y números**. Buenos Aires: Amorrortu, 1998.
- \_\_\_\_\_. **Linajes abúlicos**. Buenos Aires: Paidós, 1996.
- \_\_\_\_\_. **Pesadillas en vigilia: sobre neurosis tóxicas y traumáticas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1994.
- MODELL, A. H. **El psicoanálisis en un contexto nuevo**. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.
- \_\_\_\_\_. **The Private Self**. Cambridge: Harvard University Press, 1993.
- OGDEN, T. **Subjects of analysis**. London: Jason Aronson, 1994a.
- \_\_\_\_\_. The dialectically constituted/decentred subject of psychoanalysis. I. The Freudian subject. **The International Journal of Psychoanalysis**, Oxford, v. 73, p. 517-526, 1992a.
- \_\_\_\_\_. The dialectically constituted/decentred subject of psychoanalysis. II. The contributions of Klein and Winnicott. **The International Journal of Psychoanalysis**, Oxford, v. 73, p. 613-626, 1992b.
- \_\_\_\_\_. The analytical third: Working with subjective clinical facts. **The International Journal of Psychoanalysis**, Oxford, v. 75, p. 3-20, 1994b.
- PIAGET, J. Los estadios del desarrollo intelectual del niño y del adolescente. In: WALLON, H. **Los estadios en la psicología del niño**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1977.
- RENIK, O. A subjetividade e a objetividade do analista. **Livro Anual de Psicanálise**, São Paulo, v. 14, p. 99-109, 2000.
- \_\_\_\_\_. Analytical interaction: conceptualising technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. **The Psychoanalytic Quarterly**, New York, v. 62, p. 553-571, 1993.

SCHAFFER, R. **A new language for psychoanalysis**. New Haven: Yale University Press, 1976.

\_\_\_\_\_. **Language and insight**. New Haven: Yale University Press, 1978.

SCHWABER, E. Towards a definition of the term and concept the interaction. **The International Journal of Psychoanalysis**, Oxford, v. 76, p. 557-564, 1995.

Spence, D. P. Clinical Interpretation: Some Comments on the Nature of the Evidence. **Psychoanalysis and Contemporary Science**, v. 5 p. 367-388, 1976.

\_\_\_\_\_. **Narrative truth and historical truth: meanings and interpretations in psychoanalysis**. New York: Norton, 1982.

\_\_\_\_\_. Though and tender minded hermeneutics. In: Messer, S. B., et. al. (eds.). **Hermeneutics and Psychological Theory: Perspectives, Psychotherapy, and Psychopathology**. New Jersey: Rutgers University Press, 1988.

STERN, D. Non-Interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. The “something-more” than interpretation. **The International Journal of Psychoanalysis**, Oxford, v. 79, p. 903, 1998.

\_\_\_\_\_. **The present moment in psychotherapy and every day**. Nova York: Lenart Sane, 2004.

WINNICOTT, D.W. Preocupación maternal primária. In: \_\_\_\_\_. **Escritos de pediatria y psicoanálisis**. Barcelona: Laio, 1975.

WITTGENSTEIN, L. **Tractatus lógico-philosophicus**. São Paulo: EDUSP, 1993.

Artigo

Copyright © *Psicanálise* – Revista da SBPdePA

**Gildo Katz**

R. Mariante, 208/1208

90430-180 Porto Alegre – RS – Brasil

E-mail: gkatz@terra.com.br