

ABEPPS
Associação Brasileira para o Estudo da Psicologia Psicanalítica do Self

(texto vinculado ao Painel 2: Sobre a Natureza do Self: Multiplicidade, Conflito, Ics e ...)

PSICANÁLISE RELACIONAL

Robert M. Gordon, com Lewis Aron,
Stephen Mitchell e Jody Messler Davies

Publicado em LANGS, R. (Ed.) *Current Theories of Psychoanalysis*. New York: International Universities Press, 1998

A psicanálise relacional é uma escola inconfundível da psicanálise contemporânea. Desenvolveu-se a partir da convergência de diversas correntes importantes da teoria psicanalítica, incluindo a escola britânica das relações objetais, a psicanálise interpessoal norte-americana, a psicologia do self e a pesquisa do desenvolvimento de bebês (Mitchell, 1988). O termo *relacional*, tão abrangente, inclui interações entre o indivíduo e o mundo social, relações interpessoais internas e externas, tanto quanto auto-regulação e regulação mútua, construindo dessa maneira a ponte entre os territórios interpessoal e intrapsíquico (Aron, 1996). A psicanálise relacional também realça as interações entre processos inerentes, físicos, motivacionais e psicológicos, enfatizando o contexto e o significado (Ghent, 1992).

O modelo relacional vê as operações da mente como sendo fundamentalmente diádicas e interativas em sua natureza. A experiência emerge num campo interativo entre pessoas. A situação analítica é compreendida, na psicanálise relacional, como sendo moldada pela participação contínua do analisando e do analista, bem como pela construção mútua do significado, da autenticidade e das novas experiências relacionais. Inevitavelmente os antigos padrões relacionais se repetem, porém espera-se que cada díade analista/paciente consiga descobrir modos singulares de avançar além dessa situação de estar engastado no passado, e que construam e negociem maneiras novas e criativas de estar um com o outro. A análise relacional sugere que o que analista e paciente buscam é menos a verdade objetiva do que o significado que mutuamente eles possam construir.

IMPORTANTES CONTRIBUIÇÕES À PSICANÁLISE RELACIONAL CONTEMPORÂNEA

Os pontos de vista contemporâneos da psicanálise relacional têm sido influenciados pelos trabalhos escritos de Aron, Benjamin, Bromberg, Davies, Frawley, Greenberg, Hoffman e Mitchell, cujas idéias serão descritas de maneira mais aprofundada no decorrer deste capítulo. Observa-se aí um tema que envolve as contribuições mútuas do analista tanto quanto as do paciente para todo fenômeno clínico.

Em 1983 Greenberg e Mitchell publicaram *Object relations in psychoanalytic theory*, um marco no delineamento da psicanálise relacional que teve impacto dramático em toda a teorização

subseqüente nesse campo. Relações objetais “referem-se a interações de indivíduos com outras pessoas externas e internas (reais e imaginadas), e ao relacionamento entre seus mundos internos e objetais” (Greenberg & Mitchell, 1983, p. 13-14). Os autores delinearão dois modelos da mente mutuamente excludentes: o modelo de pulsão/estrutura e o modelo relacional/estrutural. O modelo da pulsão, desenvolvido originalmente por Freud (1915), afirmava que as relações com outros significativos – as chamadas relações objetais – e as representações internas que os indivíduos têm dessas relações, são vicissitudes das próprias pulsões. Freud compreendia o papel dos objetos (isto é, dos outros) em larga medida em relação à descarga das pulsões: os objetos facilitam ou inibem a descarga. A teoria das pulsões deriva de uma filosofia que vê os seres humanos como sendo essencialmente individualistas. Os objetivos e os desejos humanos são considerados como sendo predominantemente pessoais em sua natureza.

O segundo método de compreensão das relações objetais sustenta que as relações com os outros, sendo opostas às pulsões internas, constituem a força motivacional fundamental do comportamento humano. Esse modelo relacional considera homens e mulheres como indivíduos sociais, com satisfações humanas realizáveis dentro do bordado de relacionamentos, passados e presentes.

Durante a década passada houve proliferação de livros e artigos sobre psicanálise relacional, refletindo igualmente a interpersonalização de muitos construtos teóricos e um desvio de uma perspectiva de uma-pessoa para outra de duas-pessoas acerca da situação psicanalítica (Ghent, 1989). Num livro ulterior, Mitchell (1988) cristalizou uma tendência relacional nítida, descrevendo a aplicação clínica do modelo relacional/conflito. Num trabalho mais recente (Mitchell, 1993) ele articulou os desejos, as necessidades e os temores mútuos do analista e do paciente à medida que entram num novo relacionamento. Outros autores enfatizaram a importância de experienciar os outros como tendo seu próprio mundo subjetivo interior e seus centros de iniciativa distintos, a importância de alcançar-se o reconhecimento mútuo como sendo um aspecto vital da saúde (Benjamin, 1988) e a importância dos aperfeiçoamentos do conceito de neutralidade analítica (Greenberg, 1991).

A psicanálise relacional também tem sido fortemente influenciada pelos trabalhos escritos de Hoffman acerca do modelo social/construtivista (1991, 1992a, 1993, 1994), que enfatizaram a inevitável e contínua participação do analista na criação da transferência. O modelo construtivista afirma que o observador representa papel crítico na moldagem, na construção e na organização daquilo que está sendo observado. Estendendo esta idéia, o modelo relacional reforça a ambigüidade da realidade: cada indivíduo tem seu ponto de vista plausível; todo conhecimento tem como base uma perspectiva; e há outras perspectivas e outros centros de subjetividade além dos nossos próprios (Aron, 1996, op. cit.).

Os trabalhos escritos de Bromberg (1991; 1993; 1994; 1996) refletiram um visível desvio a propósito da compreensão da mente humana e dos processos inconscientes. Ele considerava o self como sendo múltiplo e carente de coesão. A importância clínica de sua perspectiva acerca da

dissociação e do self foi mais desenvolvida por Davies & Frawley (1994) que consideram a dissociação como resultado da necessidade de integrar a angústia esmagadora, e da necessidade de integrar imagens contraditórias de outros significativos.

Mais recentemente Aron (1996, op. cit.) ofereceu minuciosa descrição das implicações de um modelo relacional, que inclui a consideração da transferência, da contratransferência, da resistência e da interpretação num contexto intersubjetivo. A intersubjetividade se refere à capacidade de reconhecer os outros como tendo um centro de iniciativa separado e sentimentos distintos, e com quem os estados de sentimentos podem ser compartilhados. Ele via analista e paciente como construindo mutuamente seu relacionamento e mutuamente regulando sua interação, bem como as experiências que cada qual tem dessa interação.

Essas contribuições ao campo contemporâneo da psicanálise relacional enfatizam coerentemente que o analista precisa estar sensivelmente ciente de que seu próprio caráter e sua subjetividade é que moldam os valores e as convicções teóricas, e que formam a base para as intervenções clínicas, e precisa aceitar essa responsabilidade (Id., ibid.).

PERSPECTIVA HISTÓRICA

Do mesmo modo como é verdade para todos os desenvolvimentos importantes na história das idéias, os modelos psicanalíticos surgem num contexto intelectual, cultural e social e são moldados no contexto da tensão dialética entre clínicos de orientações diferentes (Berman, 1996). O ponto de vista relacional emergiu das tensões dialéticas entre vários grupos de indivíduos inovadores, que incluíam o relacionamento Freud-Ferenczi; os trabalhos escritos interpessoais de Sullivan, Thompson, Fromm e Fromm-Reichmann (que se desenvolveram em resposta à psicanálise clássica e ao Pragmatismo norte-americano); as idéias de relações objetais de Fairbairn e Winnicott da escola britânica (que se desenvolveram em resposta às teorias kleinianas); e a psicologia do self de Kohut (que foi uma reação às limitações da psicologia do ego norte-americana).

A contribuição de Ferenczi para a teoria e a técnica

A obra inovadora de Ferenczi (1932;1933) interessava-se em larga medida pelo cerne da situação analítica: o relacionamento entre paciente e analista. Suas descobertas acerca do trauma, da transferência e da contratransferência se deram exatamente naquelas áreas que agora estão recebendo muita atenção entre teóricos e clínicos da psicanálise atual. Uma das contribuições mais importantes de Ferenczi foi a afirmação da inevitabilidade da repetição que o analista faz do trauma original do paciente, estando o analista agora no papel daquele que maltrata. Esta observação clínica antecipou a descoberta, cerca de 40 ou 50 anos depois, da probabilidade de que o analista atualize as expectativas transferenciais do paciente, uma vez que o paciente o empurra para esse lugar como participante nessa sua nova experiência de um trauma do início da vida, e depois disso o paciente percebe e reage a essa dinâmica.

Juntamente com a elucidação que fez do papel do trauma, foi por meio de sua compreensão e de seu manejo técnico da transferência que Ferenczi fez sua contribuição mais radical. A transferência foi vista como as expectativas inconscientes que o paciente tem em relação ao analista, enquanto a contratransferência foi vista como sendo as respostas emocionais do analista ao paciente. Desde muito cedo Ferenczi chamou atenção para o analista como pessoa real. O paciente se apercebe de matizes sutis do comportamento do analista, e reage a eles. Assim, a transferência do paciente não surge exclusivamente a partir de dentro dele: ela é influenciada pelos comportamentos e pelas intervenções do analista, e é criada em resposta a tudo isso. Em suma, a transferência é induzida conjuntamente pelo analista e pelo paciente.

Essa linha de pensamento foi a primeira conceituação da transferência como sendo criada conjuntamente entre paciente e analista. Ferenczi também insistiu na influência que os traços de caráter do analista têm na indução da transferência e da contratransferência. Ele foi o primeiro psicanalista a observar as maneiras pelas quais o paciente se torna o “intérprete” da experiência contratransferencial do analista (Hoffman, 1983; Aron, 1996, op. cit.). Ferenczi estimulava os pacientes a expressarem suas percepções a propósito das reações e dos conflitos transferenciais dele.

Foi, então, Ferenczi quem fez o primeiro e mais importante desvio que levou a teoria psicanalítica avançar a partir do modelo freudiano de desenvolvimento, de psicopatologia e tratamento de paciente, que era um modelo de uma-pessoa, para um modelo de duas-pessoas ou relacional. A transferência surge no contexto da contratransferência; a resistência emerge em resposta aos fracassos da empatia do analista; os sonhos e as atuações [*acting out*] são tentativas de comunicação. Para Ferenczi o intrapsíquico não era substituído pelo interpessoal; era essencialmente um conceito interpessoal (Aron & Harris, 1993).

O impacto da psicanálise relacional

A psicanálise relacional foi desenvolvida por Harry Stack Sullivan, Clara Thompson, Erich Fromm e Frieda Fromm-Reichmann em resposta à psicanálise clássica e a sua tradição intrapsíquica. No desenvolvimento e no aperfeiçoamento da teoria de instintos duais e do modelo estrutural, Freud (1923) afirmou que as pulsões surgem espontaneamente, forçam em busca de gratificação, tornam-se conflituosas, e subjazem a estruturas complexas do aparelho psíquico. Os primeiros interpersonalistas sentiram que essa tradição intrapsíquica não se dedicava suficientemente àquilo que achavam mais importante na psicopatologia: as interações reais com os outros significativos, passados e presentes.

O modelo interpessoal de Sullivan (1953) não foi talhado à volta de especulações a propósito daquilo que estivesse tendo lugar no psiquismo do paciente, mas antes a propósito de uma investigação minuciosa dos acontecimentos históricos e daquilo que estivesse ocorrendo presentemente nos relacionamentos do paciente com outras pessoas importantes, incluído o analista. Através dos trabalhos de Levenson (1972; 1983) e Wolstein (1983; 1988) a psicanálise enfatizou cada vez mais os aspectos aqui-e-agora da interação transferencial e contratransferencial.

Mas houve problemas com a abordagem interpessoal, tanto clínica quanto conceitualmente. Sullivan punha muita ênfase na linguagem – empregando palavras para fazer perguntas e empregando palavras para clarificar e compreender. Esta abordagem é útil com muitos pacientes, mas às vezes as palavras podem ser usadas defensivamente e podem afastar as experiências para mais longe. Ademais, trabalhar com a experiência presente – aqui-e-agora – dos pacientes, tipicamente leva a uma apreciação de seu apego adictivo a outros significativos do início da vida, bem como às suas identificações com estes. A psicanálise interpessoal não dispunha de nenhuma maneira satisfatória de descrever e explicar essas importantes identificações de self e objeto. O que é que serve de intermediário entre o passado e o presente? O paciente traz suas dinâmicas interpessoais para dentro do relacionamento analítico, e estas moldam esse relacionamento no aqui-e-agora. Mas como é que esses padrões ficam armazenados *dentro* do paciente? Que forma tomam? Como o paciente pode experienciá-los e ter acesso a eles? (Stern, 1995).

Os teóricos britânicos das relações objetais

Os teóricos de relações objetais da escola britânica ofereceram uma maneira de corrigir essas peças que faltavam, e um estimulante complemento para a tradição interpessoal norte-americana. Diferentemente de Freud, Fairbairn (1952) afirmou que tudo o que há de ser encontrado *dentro* da mente do paciente, realmente ocorreu entre a criança e os outros importantes. A teoria de Fairbairn não somente é compatível com a psicanálise interpessoal, ela estendeu as implicações da obra de Sullivan para dentro de áreas que este evitara.

Segundo Fairbairn (Ibid.), a motivação fundamental forçada aos seres humanos é a necessidade de buscar ligações com outros. Cada indivíduo molda seus relacionamentos conforme os padrões de relacionabilidade que traz internalizados desde os seus mais antigos relacionamentos importantes. Os modos de ligar-se com esses primeiros objetos tornam-se os modos preferenciais e esperados de relacionar-se com novas pessoas. Os novos objetos amorosos são escolhidos por sua similaridade aos objetos satisfatórios ou insatisfatórios do passado, e as interações com os novos parceiros desencadeiam os antigos comportamentos esperados. As novas experiências são processadas e interpretadas conforme as antigas expectativas. Na compreensão que Fairbairn ofereceu da interação analítica, o paciente experiencia o analista na transferência como um objeto antigo, potencialmente insatisfatório e, não obstante, espera obter daí um relacionamento novo e enriquecedor. Segundo Fairbairn, os pacientes não podem abandonar as ligações adictivas aos antigos objetos, a menos que acreditem e confiem que é possível desenvolver novos modos de relacionar-se, que de fato eles podem ser ouvidos e vistos. Ele definiu o progresso analítico como sendo o resultado de uma capacidade modificada de relacionar-se com os outros (Mitchell & Black, 1995).

Winnicott era pediatra antes de tornar-se psicanalista, e a compreensão dos tipos de maternagem que facilitam ou impedem o desenvolvimento saudável era um componente importante de suas teorias (Id., *ibid.*). No cerne da obra de Winnicott havia uma preocupação com a qualidade da

experiência subjetiva. A importância do significado pessoal e a da imagem de si mesmo como centro distinto e criativo da experiência própria do indivíduo, eram temas nucleares. Winnicott (1969) via o paciente como poderosamente autocurativo, e como moldando e criando o relacionamento analítico para proporcionar as experiências ambientais que lhe faltaram na infância. A experiência do self na relação com o outro é o que há de mais restaurador, no final de contas. Winnicott considerava o paciente como um participante ativo na análise, aquele que recebe o que o analista tem para oferecer, e o remodela conforme suas próprias necessidades. Ele desviou radicalmente a visão do analista como ativo e como tendo o controle (como o intérprete), passando a uma outra visão em que o paciente cria ativamente e modela aquilo que o analista lhe proporciona a fim de que ele descubra um sentido de self mais autêntico. Winnicott estimulava os analistas a que tolerassem a incerteza e oferecessem responsividade emocional espontânea e autêntica em resposta às necessidades de dependência e cuidados que o paciente apresenta (Mitchell & Black, 1995, op. cit.; Aron, 1996, op. cit.).

Na Argentina, Racker (1968) integrou as idéias de Freud, Klein e Fairbairn num modelo de contratransferência. Racker via a contratransferência do analista como instrumento significativo e terapêuticamente inestimável que lhe proporciona acesso a aspectos inconscientes do mundo interior do paciente, inexplicáveis de outra maneira. Ele considerava a transferência e a contratransferência como entidades inseparáveis – o fato de se associarem e se entremesclarem dois diferentes sistemas internalizados de representações de self e de objeto. Numa reviravolta notavelmente contemporânea, Racker chegou até a incluir na transferência do paciente aspectos reais da personalidade do analista, percebidos com exatidão, e que podem ou não estar conscientemente disponíveis para o analista. Racker (ibid.) descrevia o analista como lutando com conflitos interiores semelhantes aos do paciente, e criticava o “mito” da situação analítica de que “análise é o encontro de uma pessoa doente com uma outra saudável” (Ibid., p. 132). Ele enfatizou que o analista estava continuamente engastado no processo analítico e que participava ativamente dele.

Dois analistas neo-kleinianos, Bion (1962) e Ogden (1979) fizeram importantes contribuições à psicanálise relacional ao interpersonalizarem o conceito kleiniano (1946) de identificação projetiva. Empregando uma psicologia de uma-pessoa, Klein via a identificação projetiva como uma fantasia na mente do bebê ou do paciente que era inconscientemente colocada dentro da mãe ou do analista. A identificação projetiva difere da projeção pura em que não apenas expõe aspectos do self, mas também induz o objeto da projeção a experienciar aquilo que é projetado. Bion (1962, op. cit.) acreditava que as projeções do paciente são processadas por meio das angústias, dos conflitos e da dinâmica do próprio analista. Ogden (1979, op. cit.) transformou ainda mais o conceito num construto interacional ao descrever a identificação projetiva como um processo em que um grupo de fantasias e de representações de self que as acompanham são depositadas dentro do analista para serem devolvidas numa versão modificada e menos perigosa.

Contribuições intersubjetivas

Stolorow e Brandchaft (1994) descreveram o interjogo das realidades subjetivas do paciente e do analista dentro do encontro analítico. Ogden (1994) enfatizou a natureza dialética da intersubjetividade. Ele insistiu em que embora as díades mãe-bebê existam em unidade, mãe e bebê são entidades nitidamente separadas com suas próprias subjetividades física e psíquica. Os momentos de sincronia que ocorrem entre a mãe e o bebê, ou entre analista e paciente, constituem aquilo que Ogden referia como intersubjetividade, ao passo que suas realidades separadas representam suas subjetividades. Benjamin (1988, op. cit.) afirmou que um dos objetivos críticos da psicanálise relacional é que paciente e analista reconheçam mutuamente suas subjetividades distintas e seus centros de iniciativa separados.

PILARES CONCEITUAIS DA SITUAÇÃO ANALÍTICA REVISITADOS

O desvio conceitual de uma abordagem de uma-pessoa para uma abordagem de campo, ou diádica, às operações mentais, tem imensas implicações para a compreensão da situação analítica. Muitos aspectos do processo psicanalítico têm sido reconceituados dentro da teoria do modelo relacional.

O modelo psicanalítico clássico baseia-se na premissa de que a psicanálise oferece ao paciente um tipo muito singular de experiência por meio do estabelecimento de uma situação analítica cuidadosamente controlada. O divã, a frequência dos encontros quatro ou cinco vezes por semana, a regra fundamental da livre associação, o analista que fica em silêncio à maior parte do tempo e permanece encoberto pelo anonimato – esses fatores estruturais e técnicos possibilitam ao paciente passar por uma experiência que ativa as mais antigas recordações e paixões da infância. Conquanto sejam experienciados como dirigidos ao analista, na realidade esses intensos sentimentos são sentimentos e desejos edipianos do início da infância, sepultados há muito tempo (Freud, 1912; 1913; 1933).

O elemento central dessa visão é a premissa de que as experiências do paciente na análise derivam a partir *de dentro* do paciente, são experiências que se expandem no espaço analítico cuidadosamente planejado que a técnica clássica proporciona. Esta premissa é que torna o modelo clássico tão essencialmente uma perspectiva de uma-pessoa. O encontro analítico é como uma máquina do tempo, na qual o paciente, por meio dos deslocamentos temporais da transferência, retorna ao seu passado. O analista como pessoa não é particularmente importante. Ele exerce seu papel funcional de operador da máquina do tempo. Uma vez que seja competente, o analista vai proporcionar uma função genérica que dá ao paciente a capacidade de experienciar, examinar e compreender mais plenamente seu passado.

Transferência e contratransferência

No modelo clássico a transferência e a contratransferência são vistas como deslocamentos temporais. Na primeira o paciente experimenta alguma coisa do passado, deslocada para a pessoa do analista. Freud (1912, op. cit.; 1913, op. cit.) via os sentimentos transferenciais do paciente em direção ao analista como representando a emergência de sentimentos recalçados, dirigidos a figuras significativas da infância, deslocados para a pessoa do analista. Ele considerava a contratransferência como um obstáculo ou impedimento ao tratamento que o analista tinha que superar por meio da auto-análise ou de mais psicanálise. Autores mais recentes que seguem o modelo clássico, tais como Jacobs (1986; 1991; 1995) e Renik (1993a; 1993b) enfatizaram o valor terapêutico da contratransferência.

No modelo relacional, transferência e contratransferência definem a experiência interativa, global, do analisando e do analista, respectivamente. Presume-se que cada qual responda à participação *real* do outro, moldada pela dinâmica interior e pelo passado pessoal de ambos. Assim, nem a transferência nem a contratransferência precisam ser distorções. A transferência do paciente é uma expressão de seu esforço no sentido de alcançar o analista, de proteger-se e de regular suas interações com o analista. Inversamente, a contratransferência do analista é uma expressão de seus esforços no sentido da autoproteção, alcançando e regulando suas interações com o paciente.

Na psicanálise relacional transferência e contratransferência são consideradas como criações mútuas de paciente e analista. As reações transferenciais são reveladas na contratransferência do analista, e inevitavelmente a moldam. Hoffman (1983, op. cit.) acreditava que a transferência funciona como um “contador Geiger” com as experiências do passado, sensibilizando os pacientes no sentido de seletivamente prestarem atenção ou notarem significados que poderiam não ter importância para outras pessoas (ver também Mitchell, 1988, op. cit; 1993, op. cit; Fiscalini, 1995a; 1995b; Gabbard, 1995; Aron, 1996, op. cit).

As interações transferenciais/contratransferenciais constituem o foco principal do processo psicanalítico. A psicopatologia do paciente é vista em termos de ligações adesivas a antigos relacionamentos e a antigos padrões. Esses relacionamentos patológicos, incluídos os relacionamentos objetivos internos, manifestam-se na interação com o analista. O analista é, inevitável e proveitosamente, puxado para dentro dos padrões repetitivos da experiência e da ação do paciente. Invariavelmente o analista vai se comportar conforme o projeto do paciente, e finalmente vai se tornar participante da transferência deste. Levenson (1972, op. cit.; 1983, op. cit.) afirmava que o terapeuta deve cair nessas ciladas, deve deixar-se imergir e participar plenamente do sistema, e depois trabalhar sua maneira de sair daí, fazendo com que cada vez mais o paciente se aperceba desses padrões de interação.

Resistência

No pensamento psicanalítico tradicional, a resistência ao processo analítico deriva da batalha *interna* entre os impulsos e as defesas do paciente (Greenson, 1967). No modelo relacional a

resistência reflete a luta do paciente entre padrões relacionais antigos e novos, entre ligações adesivas a objetos insatisfatórios (reanimados nas integrações transferenciais/contratransferenciais com o analista) e a possibilidade de novas formas de relacionabilidade que paciente e analista lutam para descobrir. Uma vez que necessariamente o analista é profunda e conflituosamente responsivo às angústias transferenciais do paciente, sempre há no analista e no paciente uma *contra-resistência* complementar a encontrar novas maneiras de se envolverem mutuamente.

Conflito

As abordagens relacionais vêm a mente como inerentemente conflitada na natureza. O modelo relacional-conflito enfatiza que os problemas do viver são uma função da lealdade do paciente aos outros amados internalizados do passado, bem como de dificuldades em separar-se daquilo que é habitual e do que é próprio das ligações de família. Coerente com as observações clínicas de Fairbairn (1952, op. cit.), quanto mais essas figuras internalizadas do passado tenham privado o paciente, e quanto mais iníquos e prejudiciais tenham sido, tanto mais forte será a situação de aprisionamento ao passado. Por exemplo, muito freqüentemente o viver num ambiente de família de privação emocional leva a um maior temor de examinar e buscar novas experiências. Os pacientes são vistos como esforçando-se para conseguir experiências novas e enriquecedoras, e ao mesmo tempo repetindo padrões internalizados já conhecidos (Mitchell, 1988, op. cit.; Hirsch, 1994). Mitchell (1997) afirmou que os conflitos humanos fundamentais repousam sobre a “necessidade de dispor de uma base que pareça totalmente conhecida e previsível, uma ancoragem confiável, um arcabouço, ... e, por outro lado, um anseio de romper os padrões estabelecidos, passando por cima dos limites, indo ao encontro de algo que não seja previsível” (p. 28).

Encenação [*enactment*]

O termo *encenação* descrito por Jacobs (1986; 1991), visava a delinear os modos pelos quais analista e paciente verbal e não-verbalmente agem um sobre o outro. Jacobs via a encenação como uma forma de comunicação inconsciente contínua, de influência interpessoal e de persuasão, entre analista e paciente. As encenações são iniciadas pelos dois participantes. Renik (1993a, op. cit.; 1993b, op. cit.) afirmou que as encenações contratransferenciais sempre precedem a apercepção contratransferencial. Assim, os analistas vão encenar suas contratransferências antes que se apercebam dos significados específicos dessas ações.

Modelo da mente: visões acerca do trauma e da dissociação

O modelo relacional da mente vê o psiquismo como organizado no desenvolvimento. Baseia-se no pressuposto fundamental de que as unidades básicas da estrutura psíquica são compostas de experiências interativas do início da vida, à medida que vêm a formar um gabarito e um filtro perceptivo através dos quais toda a experiência ulterior é vista e é significativamente codificada e

organizada. Assim, a mente é organizada à volta de representações de encenações diádicas mutuamente interativas, tanto satisfatórias quanto frustrantes. Dentro desses relacionamentos de influência mútua, o bebê aprende a regular por si mesmo intensos estados afetivos ao aprender a controlar e ajustar o comportamento dos outros significativos (Beebe, 1985; Beebe & Lachmann, 1991). Stern (1985) demonstrou como essas experiências diádicas vêm a ser mentalmente representadas e depois organizadas em categorias definidas de maneira mais ampla, exigindo uma determinada quantidade de generalização que atravessa acontecimentos distintos. Embora intimamente relacionadas à experiência vivida real, essas representações internas não são reconstruções verídicas na memória, mas sim modificadas por meio da generalização e da categorização. Essas lembranças codificadas vão ser moldadas e coloridas tanto por poderosas correntes afetivas cruzadas quanto pelos intensos sistemas mutuamente interativos de fantasia relacionada a objetos, que a situação interpessoal inspira.

Trauma

É freqüente que os analistas descubram que os esquemas interpessoais inconciliáveis são mantidos separadamente em subsistemas de impressões organizadas self/outro, subsistemas que coexistem em padrões psicodinâmicos de relativa clareza, intrincadamente organizados (Davies, 1996a). Um dos exemplos mais claros de tais subsistemas inconciliáveis de self e representação objetal é apreendido na organização mental de acontecimentos secundários a abuso parental grave. Davies e Frawley (1994) descrevem como a criança que sofreu maus-tratos é obrigada a integrar esquemas representacionais inacreditavelmente diferentes. Um sistema envolve organizar exemplos de self infantil mau, tóxico, vítima de abuso, com um genitor que maltrata, infantil ou sádico, fora-de-controle. Isso inclui intensas emoções de fúria, terror, vergonha e culpa organizados em torno de fantasias de destruição mútua, penetração, traição, sedução onipotente, superexcitação, etc. O outro sistema incorpora exemplos de self com outro em que a educação, o cuidado, a proteção, a afeição calorosa predominam, juntamente com momentos de relativa segurança, de sensações corporais de quietude e tranquilização. Essas representações de self e outro são dramaticamente incompatíveis, tal como o são as intensas vinculações afetivas e as fantasias organizadoras que as unem. Não é que um sistema se torne consciente e o outro sistema seja inconsciente. Os dois subsistemas se alternam na consciência à medida que cada um deles é evocado por uma carga evocativa particular de um presente interpessoal (Davies, 1996a, op. cit.).

Dissociação

Segundo Bromberg (1994, op. cit.) e Davies (1996b), o trauma cria afeto e pensamentos que a vítima não consegue integrar. Bromberg afirmou que o mecanismo da dissociação é a defesa contra a angústia esmagadora que resultaria na fragmentação. Proporciona uma saída para situações em que emoções e percepções dramaticamente incompatíveis precisam ser cognitivamente processadas no

mesmo relacionamento. A experiência traumática que causa a percepção e a emoção incompatíveis é afastada do sistema de processamento cognitivo e permanece num estado não-formulado e não-simbolizado (Van der Kolk, 1987). Bromberg (1994, op. cit.), Davies e Frawley (1994, op. cit.) e Stern (1996) enfatizaram que os estados do self dissociativos não podem ser diretamente postos em palavras, e só podem ser conhecidos por meio do impacto que exercem sobre a interação analista/paciente.

A TÉCNICA DO MODELO RELACIONAL

Há um problema básico na tentativa de estabelecer princípios técnicos dentro de uma perspectiva relacional. Se é suposto que cada díade analítica seja singular, se o significado das ações do analista não é determinado por aquilo que o analista pensa que é, mas sim por aquilo que analista e paciente juntos decidem que seja, e se o analista não consegue saber como ser o analista do paciente no início do processo, e só descobre isso na luta que emerge por meio dos padrões transferenciais/contratransferenciais – se se supõe tudo isso, como pode haver algum princípio técnico recomendado? Com base em que alguém poderia decidir que alguma intervenção específica é mais terapêutica do que qualquer outra? Alguma coisa vai funcionar?

De um ponto de vista relacional, o analista deveria tomar decisões clínicas baseado na auto-reflexão. As pessoas interagem mutuamente de muitas maneiras diferentes; diversas formas de interação diferem em termos dos tipos de constrangimentos que impõem à expressividade do outro. Com cada paciente o analista deveria descobrir um modo de participar que impusesse a esse paciente o mínimo de constrangimentos, permitindo-lhe a máxima liberdade para examinar sua própria experiência, passada e presente. Para alguns pacientes, um relativo silêncio por parte do analista concede-lhes a máxima liberdade. Para outros, o silêncio do analista é experienciado como malévolo e impeditivo. Para alguns o divã proporciona possibilidades de emancipação; para outros, é mortal. O significado da participação do analista é criado entre os dois participantes, e o analista deve tentar fazer a coisa certa – facilitar para o paciente o máximo possível de auto-expressão e autocompreensão.

AÇÃO TERAPÊUTICA

A ação terapêutica dentro do modelo relacional depende do estabelecimento de um ambiente seguro no qual paciente e analista trazem a contribuição de percepções singulares que têm de sua experiência compartilhada. À medida que os padrões relacionais do início da vida do paciente vão sendo re-encenados dentro do espaço analítico, os laços adesivos, patológicos, que o prendem a antigos objetos vão ser realçados e mantidos em rigoroso contraste com os relacionamentos novos e – espera-se – mais adaptativos e flexíveis que paciente e analista lutam para negociar no presente.

Imaginem as conseqüências de viver numa casa que tivesse uma única janela. Para todos os efeitos, a visão que se pode ter dessa única janela vai definir a realidade daquela pessoa. Só mesmo experienciando a vista que se pudesse ter de uma nova janela, construída, talvez, no outro lado da casa,

é que aquele indivíduo gradativamente vai internalizar um grau de perspectiva e de relatividade, um sentido de que a visão e a significação envolvem escolha e atitude ativa. Por meio do processo de contrastar, integrar e apreciar os matizes de perspectivas e subjetividades alternativas, diferentes das nossas próprias, é que paciente e analista vão desenvolver representações de si mesmo e do outro mais ricamente texturadas e complexas. O paciente e o analista vão construir em conjunto uma visão compartilhada do mundo que existe além das paredes do self, a partir de duas perspectivas diferentes.

Manter uma tensão ótima [*optimal*] entre o passado recriado e o novo relacionamento analítico, negociado interpessoalmente, passa a ser uma das funções críticas do analista. De fato, esta é a reformulação que Greenberg (1991, op. cit.) fez da neutralidade analítica. Em seu comportamento, tanto quanto em sua atitude, o analista se esforça para criar uma atmosfera de neutralidade. Essencialmente, a neutralidade de um analista visa a comunicar uma postura de apoio sem expressar predileção por determinado aspecto da personalidade do paciente. Greenberg defendia a necessidade dessa tensão ótima conforme se reflete na experiência que o paciente tem do analista como sendo uma presença tanto segura quanto ameaçadora.

Num modelo terapêutico que enfatiza a re-encenação [*reenactment*] dos padrões interpessoais de inadaptação, a própria presença do analista com sua capacidade de proporcionar funções seguras de sustentação, tranquilização e contenção, pode realçar os limites entre as experiências relacionais novas e antigas. A participação ativa e a observação clínica são igualmente instrumentos analíticos fundamentais. O analista observa e participa do mundo relacional do paciente, e o conhece “pelo avesso” (Bromberg, 1991, op. cit.). O analista deve entrar plenamente no mundo relacional do paciente de modo a envolver-se livremente nas re-encenações transferenciais e contratransferenciais, e então deve afastar-se o bastante para observar, conter, processar e interpretar com o paciente aquilo que terá ocorrido entre eles. A capacidade que o analista tenha para sustentar o ritmo de participação ativa e observação, tanto quanto sua capacidade de envolver-se e afastar-se da corrente subterrânea apaixonada da pressão contratransferencial, continuam sendo indispensáveis para o sucesso analítico.

VINHETA CLÍNICA

A vinheta clínica que se segue é uma versão modificada do caso apresentado por Mitchell e Black (1995, op. cit.). Harvey, um artista de considerável habilidade, porém que só alcançou realizações limitadas, procurou tratamento por uma variedade de problemas que envolviam inibições em sua capacidade de comprometer-se com o trabalho e com relacionamentos pessoais íntimos. Seu primeiro analista que, ao que parece, seguia a orientação da psicologia do ego, tinha-o atendido durante 5 anos, e depois se aposentou. Harvey precisou de um ano inteiro para fazer o luto dessa perda de seu terapeuta, e então se decidiu a procurar tratamento novamente. Uma vez que queria estar em análise várias vezes por semana, o que seria difícil para ele com um analista particular, Harvey inscreveu-se na clínica de um instituto de formação psicanalítica, onde seria atendido por um candidato em formação.

O candidato que começou a atendê-lo supôs que ele fosse um paciente ideal. Harvey estava profundamente comprometido com a psicanálise, e tinha idéias claras a propósito daquilo que esta lhe oferecera e poderia continuar a proporcionar-lhe no futuro. A primeira análise lhe dera *insights* quanto ao complexo relacionamento que ele tinha com sua mãe, uma mulher criativa, brilhante, que tinha uma história antiga de depressão. Em seguida ao nascimento do irmão logo acima de Harvey, ela ficara paralisada com a depressão, permanecendo internada em hospital durante vários anos em que ficava essencialmente imóvel e não falava. Ela então decidiu ter outro filho, e ficou novamente animada com isso, voltando finalmente para casa. Dar à luz Harvey e cuidar dele, era o foco central de sua existência. Quando criança Harvey não tinha conhecimento do segredo de família a propósito da história psiquiátrica e da longa hospitalização de sua mãe. Não obstante, ele sentia nela uma fragilidade extrema. Tornou-se um filho muito leal e dedicado, entregando-se aos cuidados angustiados e superprotetores dela.

O relacionamento de Harvey com seu primeiro analista fora compreendido por ambos como envolvendo uma transferência paterna: muitas vezes ele se sentiu abandonado e negligenciado por seu analista na mesma maneira como tinha experienciado abandono e negligência com seu próprio pai, e algumas vezes se deleitava com fantasias de ser o paciente predileto do analista, posição de que nunca desfrutara junto a seu próprio pai. O relacionamento de Harvey com seu segundo analista também pareceu organizar-se em torno de um sentido do analista como figura paterna idealizada pela qual ansiara tanto e que experienciava ora como abandonando-o, ora como concedendo-lhe preciosa atenção.

Mais ou menos no 3º ano do tratamento, a segunda análise de Harvey sofreu uma reviravolta repentina e dramática, trazendo para o primeiro plano questões que tinham a ver diretamente com muitas das principais controvérsias a propósito da técnica analítica e da ação terapêutica. O analista começou a dar-se conta de que o sentimento de grande competência e sabedoria que de um modo geral ele experienciava quando estava trabalhando com Harvey, tinha muito a ver com a maneira como este funcionava nas sessões. À medida que ficou mais interessado nas sutilezas da interação deles, o analista começou a se aperceber de que havia um ritmo coerente e tranquilizador na maneira como Harvey apresentava o material. Ele relatava um sonho e fornecia associações interessantes; depois, fazia uma pausa, dando ao analista a “deixa” de que era sua vez de responder. O que quer que o analista dissesse, era recebido com entusiasmo, e ele procurava trabalhar em cima disso. Compreensivelmente, o analista se sentia muito mais talentoso e competente com Harvey do que com seus outros pacientes.

Um dia, Harvey começou a falar de maneira angustiada, extremamente aflito. Era claro que alguma coisa dramática tinha acontecido, para mudar sua disposição de ânimo – ele parecia bastante assustado. O analista notou a mudança e perguntou o que tinha acontecido. Embora inicialmente negasse que qualquer coisa tivesse ocorrido, finalmente Harvey afirmou que de fato algo tinha acontecido, mas que não ia falar disso. Muitas semanas se passaram, até que eles dois tivessem

examinado suficientemente os temores de Harvey, de modo que pudessem discutir com segurança suas angústias mais profundas. Finalmente o analista foi capaz de trazer à tona uma explicação.

Num dos seus rápidos comentários, o analista tinha empregado uma palavra que Harvey nunca usara anteriormente. Harvey tinha medo de que o analista tivesse inventado essa palavra (um neologismo “esquizofrênico”), que ela realmente não existia. Isso o deixou absolutamente aterrorizado, porque em particular Harvey havia bastante tempo nutria preocupações quanto à estabilidade emocional do analista. Sentindo-se muito responsável por proteger o analista, Harvey estava convencido de que este ficaria aterrorizado de que sua instabilidade pudesse ser visível ao seu paciente.

Harvey acreditava que o analista sofria de graves dificuldades emocionais, e que compensava isso ajudando outras pessoas. Ao mesmo tempo, Harvey estava certo de que era o paciente predileto de seu analista, aquele que o ajudava a sentir-se mais competente, mais profissional, menos louco. Isso, por sua vez, permitia que Harvey se sentisse especial. Ele era o único que conhecia o segredo do analista, e o próprio fato de que guardasse tal segredo era, em parte, como Harvey demonstrava seu amor e seu apoio ao analista. Acreditava que o que era mais importante de tudo para o analista, era a certeza de que seus problemas estavam ocultos e ele era percebido como competente e profissional.

Quando finalmente expressou essas percepções e convicções acerca dos mais profundos e sombrios segredos do analista, Harvey teve medo de que isso viesse a destruir o sentimento de segurança dele que partiria para a retaliação por meio do distanciamento emocional e do abandono físico.

À medida que os dois elaboravam essa crise terapêutica, Harvey continuou dizendo ao analista que toda essa história não devia ter nada a ver com ele, mas sim que era uma transferência baseada nas suas experiências vividas com sua mãe louca. Essa mãe era uma espécie de impostora como mãe, que usava seu papel de mãe-que-ajuda para manter-se organizada e coesiva. Através de sua profunda devoção a ela, e do terror que sentia do abandono, Harvey tinha contribuído para mantê-la íntegra ao ser seu filho leal. Todas essas idéias e esses sentimentos experienciados em relação ao analista deviam ser transferências da experiência que ele tinha de sua mãe.

O cerne da ação terapêutica teve lugar por meio da análise da matriz transferencial/contratransferencial. Transferência e contratransferência foram vistas como criações mútuas, mais do que como iniciadas exclusivamente pelo paciente ou pelo analista. Harvey foi estimulado a expressar suas percepções da fragilidade e da loucura do analista, bem como sua compreensão dos conflitos centrais deste. Como Harvey, muitos pacientes crescem convencidos do perigo de expressar percepções negativas, o que resulta em sentimentos de mistificação e passividade. Neste caso, o analista e o paciente examinaram o impacto do jeito protetor de Harvey para com o analista. E foram adiante examinando os benefícios que esse comportamento trazia para Harvey, bem como o custo psicológico que isso tinha para ele.

Na supervisão o analista elaborou sua contribuição particular para esse impasse no tratamento. Ele se concentrou nos benefícios narcísicos que auferia ao ver-se idealizado, e que lhe permitiam inibir as reações negativas e a agressão do paciente. Para Harvey era um bocado difícil imaginar a si mesmo como sendo importante para o analista, a não ser como sendo aquele que protege e resgata. Se não precisasse de Harvey para tais finalidades, que importância este poderia ter para seu analista? Durante o prolongado período de investigação, algumas vezes o analista chegou a sentir-se bastante emocionado com a dedicação de Harvey, e manifestou isso para ele. Achou comovente que Harvey quisesse ajudá-lo até o ponto de sacrificar seu próprio futuro, contanto que isso permitisse que o analista se sentisse competente e saudável. De fato, Harvey se ressentia profundamente desse papel de protetor, mas acreditava que não tinha alternativa. Mais tarde na análise, Harvey sugeriu que havia algo de fortalecedor e libertador nisso de saber do impacto emocional e da importância que ele tinha para o analista. Isso lhe permitiu elevar o nível de confiança, esperança e segurança quanto a renegociar o relacionamento entre ele e seu analista de modo a permitir menos fusão e mais autonomia e espontaneidade.

De acordo com o ponto de vista relacional, foi crucial que o analista de Harvey endossasse as observações deste, a propósito de suas ansiedades e de sua depressão, como fundadas na realidade. Se tivessem sido rotuladas de distorções transferenciais, o sentido de realidade do paciente teria sido solapado. Este poderia, uma vez mais, ter abandonado seu próprio ponto de vista e complacentemente ter-se submetido à visão supostamente superior do analista. O modelo relacional também supõe que Harvey tinha desenvolvido sensibilidades particulares que lhe permitiam perceber nos outros, inclusive no analista, qualidades que esses outros poderiam não ver. Se o analista insistisse, ou mesmo concordasse com Harvey quanto a que a experiência que este tinha dele como louco era uma distorção, deslocada da experiência que tinha tido de sua mãe, ironicamente esse teria sido um modo de comportar-se muito como aquela mãe. Isso comunicaria uma atitude fechada em relação às percepções e preocupações de Harvey. A relutância do analista quanto a explorar essas reações pode ter confirmado as desconfianças de Harvey de que o analista de fato era frágil e precisava de cuidadosa proteção. Finalmente o paciente ficou sabendo que o analista não estava livre da loucura, mas qualquer que fosse a loucura que o analista experienciava, era diferente da da mãe de Harvey e não exigia o sacrifício – ao mesmo tempo amoroso e odioso – da experiência de autenticidade do próprio Harvey, para poder manter a conexão.

A análise relacional acredita que o fator mais crucial para o processo terapêutico é dar ao paciente a capacidade de ter uma nova experiência radicada num novo relacionamento. É inevitável que os antigos padrões relacionais se repitam. Espera-se, não obstante, que o paciente e o analista possam arranjar novos modos mais flexíveis de avançar além dessas repetições, de modo a liberar seu relacionamento, e a construir e negociar novas maneiras de estar um com o outro (Pizer, 1992; 1996). Greenberg (1991, op. cit.) afirmou que o analista precisa conseguir um equilíbrio dialético entre ser extremamente semelhante aos objetos originais e ser radicalmente diferente deles. Hoffman (1992b)

indicou que aquilo que parece ser parte de alguma coisa antiga (repetição) pode realmente revelar-se ser parte de uma nova experiência e aquilo que parece ser uma nova experiência pode resultar que seja uma repetição de um velho padrão. Mesmo quando o analista está re-encenando com o paciente um aspecto de um antigo padrão relacional, a repetição, com toda a probabilidade, não é réplica exata da antiga experiência; muito provavelmente é apenas análoga àquela, em vez disso. Por outro lado, quando o analista é um objeto novo, proporcionando ao analisando uma “experiência emocional corretiva”, não é provável que o analista seja literalmente o oposto do objeto antigo; mais do que isso, é provável que o analista esteja proporcionando uma variação saudável da antiga experiência.

CONTROVÉRSIAS ATUAIS NA PSICANÁLISE RELACIONAL

As principais controvérsias na técnica psicanalítica relacional incluem o emprego terapêutico da auto-revelação, enquanto as principais perspectivas de novidade no nível conceitual estão dentro da compreensão de self e de gênero.

A auto-revelação

A questão do grau e da natureza da auto-revelação deliberada e intencional do analista é uma das mais controversas na psicanálise relacional contemporânea. A auto-revelação pode se dividir em acontecimentos inevitáveis e não-intencionais, e atos mais intencionais e deliberados. A auto-exposição intencional inclui o compartilhamento das reações contratransferenciais e a revelação de pensamentos e sentimentos a propósito de alguma interação entre analista e paciente (Aron, 1996, op. cit.). Os argumentos contra a auto-exposição deliberada incluem: isso complica desnecessariamente o tratamento; desvia a atenção da experiência subjetiva do paciente; obscurece a natureza da transferência do paciente; e pode fornecer uma grande quantidade de informações acerca do analista, o que pode impedir o aperfeiçoamento das fantasias que o paciente tenha sobre ele. Em contraste com isso, Goskin (1987) sugeriu que a revelação cuidadosa das reações contratransferenciais pode ter o efeito terapêutico positivo de estabelecer a honestidade e a autenticidade do terapeuta; de confirmar o sentimento que o paciente tenha de que o analista é similar a ele próprio e que tem conflitos e transferências; de esclarecer a natureza do impacto interpessoal que o paciente tenha sobre o analista e sobre os outros em geral; e de romper impasses profundamente arraigados no tratamento. O compartilhamento seletivo de reações contratransferenciais facilita as interações afetivas interpessoais mais intensas (Aron, 1996, op. cit.). Ehrenberg (1995) sugeriu que a auto-revelação cuidadosamente considerada estimula o paciente a colaborar profundamente na exploração mútua do encontro analítico imediato, aqui-e-agora. Jacobs (1995, op. cit) afirmou que às vezes a auto-revelação permite ao paciente experienciar como mais autêntica e pessoal a comunicação do analista, resultando num impacto mais intenso sobre ele.

Não há normas de orientação técnica quanto a saber quais auto-revelações sejam corretas, independentemente da relação analista/paciente particular, ou do estágio do tratamento, ou do caráter

do analista e do paciente. É necessário examinar minuciosamente o significado que a auto-revelação possa ter para o paciente e para o analista (Aron, 1996, op. cit.). Cooper (1996) defendia um maior foco clínico no exame daquilo que tenha lugar depois que se faça uma auto-revelação.

Visões do self: singularidade versus multiplicidade

São perceptíveis as diferenças nas descrições do self dadas pelos psicanalistas relacionais. O self é uma entidade integrada, internamente coerente, ou é uma configuração de estados de consciência fluidos, descontínuos, não-lineares? (Bromberg, 1994, op. cit.; Davies, 1996b, op. cit.).

Aqueles que propõem uma visão múltipla do self acreditam que a saúde psíquica ocorre quando o indivíduo é capaz de experienciar seu próprio sentido de multiplicidade e integridade, levando em consideração um sentido de coerência interna e continuidade, ao mesmo tempo permanecendo receptivo a novas experiências, contradições e ambigüidades (Aron, 1996, op. cit.; Mitchell, 1993, op. cit.). Uma perspectiva múltipla acerca do self enfatiza que os indivíduos apresentam selves distintos e singulares em diferentes contextos sociais. Em contraste, os psicólogos do self promovem uma visão do self como um foco singular do esforço do indivíduo em busca de um sentido integrado de self. Lachmann (1996) articulou que as vantagens alegadas da visão do self como múltiplo são totalmente coerentes com um modelo de processo de um self singular. Ele considera que as principais funções do self são iniciar, organizar e integrar experiências.

Gênero

Um dos tópicos mais controvertidos e discutidos na psicanálise relacional é saber se o gênero, definido como a experiência que a pessoa tem de ser homem ou mulher, é uma realização do desenvolvimento fixa e unitária ou se é, mais do que isso, um conceito fluido sujeito a modificações à medida que o tempo passa. Sweetnam (1996) argumentou que a natureza complexa e dialética do gênero é uma experiência que às vezes parece coerente e fixa, outras vezes é mais receptiva a fluxo e modificação. Ela incorporou as formulações dialéticas das posições psicológicas descritas por Klein (1940; 1946) e Ogden (1986; 1994) para conceituar o gênero como tendo qualidade ou fixa ou fluida, dependendo da posição psicológica que esteja contextualizando a experiência. Cada posição fornece um contexto específico com angústias particulares, qualidade peculiar de relacionamento interpessoal, capacidade simbólica e flexibilidade imaginativa que têm impacto significativo sobre a maneira como masculinidade e feminilidade são experienciadas.

CONCLUSÃO

A história e o desenvolvimento da psicanálise relacional realça que “a tradição psicanalítica ... é mais bem servida por uma estrutura que equilibre continuidades e discontinuidades, preservação e mudança, gratidão com abertura para avançar” (Mitchell, 1993, op. cit., p. 8).

REFERÊNCIAS*

- *ARON, L. (1996) *A meeting of minds: mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- _____, & HARRIS, A. (Eds.) (1993) *The legacy of Sandor Ferenczi*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- BEEBE, B. (1985) "Mother-infant mutual influence and precursors of self and object representations". In: MASLING, J. (Ed.) *Empirical studies of psychoanalytic studies*, vol. 2. Hillsdale, N.J.: Analytic Press, p. 27-48.
- _____, & LACHMANN, F. (1991) "The organization of representation in fantasy: three principles". Exemplar datilografado.
- BENJAMIN, J. (1988) *The bonds of love*. New York: Pantheon.
- BERMAN, E. "Relational psychoanalysis: A historical background". Artigo apresentado na XXª Conferência da *Israel Association of Psychotherapy*. Zichron Yaacov, Israel, 2 de maio de 1996.
- BION, W. R. (1962) *Learning from experience*. New York: Basic Books.
- BROMBERG, P. (1991) "On knowing one's patient inside out". *Psychoanal. Dial.*, nº 1, p. 399-422.
- _____. (1993) "Shadow and substance". *Psychoanal. Dial.*, nº 10, p. 147-168.
- _____. (1994) "Speak! That I may see you": Some reflections on dissociation, reality and psychoanalytic listening". *Psychoanal. Dial.*, nº 4, p. 517-548.
- _____. (1996) "Standing in the spaces: the multiplicity of the self and the psychoanalytic relationship". *Contemp. Psychoanal.*, nº 32, p. 509-535.
- COOPER, S. (1996) "The thin blue line in the interpersonal-intrapsychic dialectic: Commentary on papers by Gerson and Spezano". *Psychoanal. Dial.*, nº 6, p. 189-218.
- DAVIES, J. M. (1996a) "Dissociation, repression and reality in the countertransference". *Psychoanal. Dial.*, nº 6, p. 189-218.
- _____. (1996b) "Linking the 'pre-analytical' with the postclassical". *Contemp. Psychoanal.*, nº 32, p. 553-576.
- *_____. & FRAWLEY, M. (1994) *Treating adult survivors of childhood sexual abuse*. New York: Basic Books.
- EHRENBERG, D. B. (1995) "Self disclosure: Therapeutic tool or indulgence?" *Contemp. Psychoanal.*, nº 31, p. 213-228.
- FAIRBAIRN, W. R. D. (1952) *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books.
- FERENCZI, S. (1932) *The clinical diary of Sandor Ferenczi*, (BALINT, M. & JACKSON, N. Z., eds.). Cambridge, MA: Harvard University Press, 1988.
- _____. (1933) "Confusion of tongues between adults and the child". In: *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis*. London: Karnack Books, 1980, p. 156-167.
- FISCALINI, J. (1995a) "The clinical analysis of transference". In: LIONELLS, M., FISCALINI, J., MANN, C. H. & STERN, D. B. Hillsdale, NJ: Analytic Press, p. 617-642.
- _____. (1995b) "Transference and countertransference as interpersonal phenomenon". In: LIONELLS, M., FISCALINI, J., MANN, C. H. & STERN, D. B. (eds.) *The handbook of interpersonal psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 603-616.
- FREUD, S. (1912) "The dynamics of transference". *Standard Edition*, vol. XII London: Hogarth Press, 1958, p. 99-108.
- _____. (1913) "On beginning the treatment (Further recommendations on the technique of psychoanalysis)". *Standard Edition*, vol. XII. London: Hogarth Press, 1958, p. 121-144.
- _____. (1915) "Instincts and their vicissitudes". *Standard Edition*, vol. XIV. London: Hogarth Press, 1958, p. 117-140.
- _____. (1923) "The Ego and the Id". *Standard Edition*, vol. XIX. London: Hogarth Press, 1961, p. 1-66.
- _____. (1933) "New introductory lectures on psycho-analysis". *Standard Edition*, vol. XXII. London: Hogarth Press, 1964.
- GABBARD, G. O. (1995) "Countertransference: The emerging ground". *Internat. J. Psycho-anal.*, nº 76, p. 475-485.
- GHENT, E. (1989) "Credo: the dialectics of one-person and two-person psychologies". *Contemp. Psychoanal.*, nº 25, p. 169-211.
- _____. (1992) "Foreword", in: SKOLNICK, N. J. & WARSHAW, S. C. (eds.). *Relational Perspectives in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, p. xiii-xxii.
- GORKIN, M. (1987) *The uses of countertransference*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- *GREENBERG, J. (1991) *Oedipus and beyond: A clinical theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- *_____. & MITCHELL, S. (1983) *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- GREENSON, R. R. (1967) *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- HIRSCH, I. (1994) "Countertransference love and theoretical model". *Psychoanal. Dial.*, nº 4, p. 171-192.
- HOFFMAN, I. Z. (1983) "The patient as interpreter of the analyst's experience". *Contemp. Psychoanal.*, nº 19, p. 389-422.
- _____. (1991) "Discussion: Toward a social-constructivistic view of the psychoanalytic situation". *Psychoanal. Dial.*, nº 1, p. 74.
- _____. (1992a) "Some practical implications of a social-constructivistic view of the analytic situation". *Psychoanal. Dial.*, nº 2, p. 287-304.
- _____. (1992b) "Expressive participations and psychoanalytic discipline". *Contemp. Psychoanal.*, nº 28, p. 1-15.
- _____. (1993) "The intimate authority of the psychoanalyst's presence". *Psychol. Psychoanal.*, Nº 13, p. 15-23.
- _____. (1994) "Dialectical thinking and the therapeutic action in the psychoanalytic process". *Psychoanal. Quart.*, nº 63, p. 187.
- JACOBS, T. J. (1986) "On countertransference enactments". *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, nº 34, p. 289-307.
- _____. (1991) *The use of the self*. New York: International Universities Press.
- _____. (1995) "Discussion of Jay Greenberg's paper". *Contemp. Psychoanal.*, nº 321, p. 237-245.
- KLEIN, M. (1940) "Mourning and its relation to manic-depressive states". *Internat. J. Psycho-Anal.*, nº 27, p. 125-153.
- _____. (1946) "Notes on some schizoid mechanisms". *Internat. J. Psycho-Anal.*, nº 27, p. 99-110.
- LACHMANN, F. M. (1996) "How many selves make a person?" *Contemp. Psychoanal.*, nº 32, p. 595-614.
- LEVENSON, E. (1972) *The fallacy of understanding*. New York: Basic Books.
- _____. (1983) *The ambiguity of change*. New York: Basic Books.
- *MITCHELL, S. (1988) *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

* Recomendamos a leitura das obras marcadas com um *.

- * _____ (1993) *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- _____ (1997) "Psychoanalysis and the degradation of romance". *Psychoanal. Dial.*, nº 7, p. 23-41.
- _____ & BLACK, M. J. (1995) *Freud and beyond*. New York: Basic Books.
- OGDEN, T. (1979) "On projective identification". *Internat. J. Psycho-Anal.*, nº 60, p. 357-373.
- _____ (1986) *The matrix of the mind*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- _____ (1994) *Subjects of analysis*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- PIZER, S. (1992) "The negotiation of paradox in the analytic patient". *Psychoanal. Dial.*, nº 2, p. 215-240.
- _____ (1996) "Negotiating potential space: Illusion, play, metaphor and the subjective". *Psychoanal. Dial.*, nº 6, p. 689-712.
- RACKER, H. (1968) *Transference and countertransference*. New York: International Universities Press.
- RENIK, O. (1993a) "Countertransference enactment and the analytic process". In: HOROWITZ, M., KERNBERG, O. & WEINSHEL, E. (Eds.) *Psychic structure and psychic change*. Madison, CT: International Universities Press, p. 137-160.
- _____ (1993b) "Analytic interaction: Conceptualizing technique in the light of the analyst's irreducible subjectivity". *Psychoanal. Quart.*, nº 62, p. 553-571.
- STERN, D. (1985) *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- STERN, D. B. (1995) "Cognition and language". In: LIONELLS, M., FISCALINI, J., MANN, C. H. & STERN, D. B. (Eds.) *The handbook of interpersonal psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- _____ (1996) "Dissociation and constructivism: Commentary on papers by Davies and Harris". *Psychoanal. Dial.*, nº 6, p. 252.
- STOLOROW, R. & BRANDCHAFT, B. (1994) *The intersubjective perspective*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- SULLIVAN, H. S. (1953) *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton.
- SWEETNAM, A. (1996) "The changing contexts of gender: Between fixed and fluid experience". *Psychoanal. Dial.*, nº 6, p. 437.
- VAN DER KOLK, B. A. (1987) *Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- WINNICOTT, D. W. (1969) "The use of an object". *Internat. J. Psycho-Anal.*, nº 50, p. 711-716.
- _____ (1971) *Playing and reality*. Middlesex, U.K.: Penguin.
- WOLSTEIN, B. (1983) "The pluralism of perspectives on countertransference". *Contemp. Psychoanal.*, nº 19, p. 506-521.
- _____ (1988) "Introduction". In: WOLSTEIN, B. (Ed) *Essential papers on countertransference*. New York: New York University Press, p. 1-15.

Texto traduzido para uso exclusivo de Membros da ABEPPS - Rio de Janeiro - Julho de 2007.

Estou enviando em anexo texto sobre PSICANÁLISE RELACIONAL, onde iremos encontrar referenciais teóricos e clínicos, que contribuirão para a compreensão do trabalho que estamos atualmente estudando, "Sobre a Natureza do Self : Multiplicidade , Conflito Inconsciente e Fantasia na Psicanálise Relacional".