

# AMOR E ÓDIO DO ANALISTA

Ana Lila Lejarraga  
Membro efetivo do CPRJ.  
Professora associada da Universidade Federal  
do Rio de Janeiro (UFRJ).  
Mestre em Teoria Psicanalítica (UFRJ)  
e Doutora em Saúde Coletiva (UERJ).  
Autora dos livros: "Paixão e ternura, um estudo sobre a noção  
do amor na obra freudiana" (2002),  
"O amor em Winnicott" (2012)  
e "Sexualidade infantil e intimidade" (2015),  
entre outros.

**Para citar este artículo / Para citar este artigo / To reference this article**

Lejarraga A.L. (2020) AMOR E ÓDIO DO ANALISTA  
Intercambio Psicoanalítico 11 (2), DOI: doi.org/10.60139/InterPsic/14.2.1/  
Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC By 4.0)

# AMOR E ÓDIO DO ANALISTA

Reflexões sobre os sentimentos contratransferenciais

Ana Lila Lejarraga<sup>1</sup>

---

1 Membro efetivo do CPRJ.

Professora associada da  
Universidade Federal do Rio de  
Janeiro (UFRJ).

Mestre em Teoria Psicanalítica (UFRJ)  
e Doutora em Saúde Coletiva (UERJ).

Autora dos livros: “Paixão e ternura,  
um estudo sobre a noção do amor  
na obra freudiana” (2002), “O amor  
em Winnicott” (2012) e “Sexualidade  
infantil e intimidade” (2015), entre  
outros.

## Resumo

**A proposta deste trabalho é refletir sobre os sentimentos contratransferenciais, focando especialmente o sentimento amoroso do analista. Parte-se da concepção da situação analítica como campo intersubjetivo, enfatizando a dimensão afetiva que permeia esse vínculo. Levanta-se a hipótese do amor do analista como uma modalidade específica de amor. Assim, entende-se que esse amor consiste principalmente na disponibilidade afetiva do analista para cuidar, para estabelecer um relacionamento emocional, deixando-se afetar e se envolvendo intensamente com o sofrimento do paciente. Entretanto, embora o analista se envolva emocionalmente em função das necessidades dos pacientes, conserva a capacidade de se afastar desses sentimentos, de ter controle sobre eles, sendo um amor que não suscita no sujeito que ama – o analista – apego pelo objeto de amor nem desejo de ser amado.**

**Palavras-chave: Winnicott, ódio, amor, sentimentos contratransferenciais, amor analítico**

A situação analítica envolve paciente e analista numa trama complexa de afetos e emoções, recordações conscientes e inconscientes, memórias corporais, sentimentos amorosos e hostis, etc. Transferência e contratransferência são os termos psicanalíticos utilizados para se referir aos variados sentimentos que surgem nesse contexto; ao intenso vínculo afetivo que se desenvolve no par analítico.

A noção de contratransferência tem larga abrangência semântica, referindo-se tanto, num sentido estrito, às respostas emocionais do analista em reação à transferência do paciente, quanto, num sentido mais abrangente e inclusivo, à totalidade dos sentimentos do analista que emergem na situação analítica.

Essa questão aponta para o tema da neutralidade analítica, que com frequência é interpretada como um ideal de objetividade por parte do analista. Nesse sentido, o analista deveria funcionar como uma tela neutra, desprovido o quanto possível de qualquer traço subjetivo, para possibilitar que a situação analítica seja estruturada pela individualidade do paciente. Entretanto, hoje temos conhecimento sobre como o observador influencia o fenômeno estudado, até nas ciências exatas, caindo por terra o ideal da total objetividade do analista – resquício ultrapassado da ciência positiva.

Sabemos que o analista não pode ser uma tabula rasa, desprovido de sua subjetividade, sua história de vida e suas experiências, e que tanto nas suas intervenções quanto no seu silêncio, expressa para o paciente algo de sua pessoa. Assim, a situação analítica só pode ser pensada

como um campo intersubjetivo<sup>1</sup>, com papéis diferenciados, mas que não podem ser confundidos com subjetividade – do lado do paciente – e objetividade – do lado do analista. Nesse sentido, Winnicott declara, numa expressão de aparente simplicidade, que, ao praticar psicanálise, tem o propósito de se “manter vivo, bem, desperto” e de “ser ele mesmo” (1965a/1990, p. 152), aludindo à necessidade de o analista ser autêntico e criativo, deixando fluir seu verdadeiro self. Winnicott se refere, desse modo, à necessidade de o analista ser uma pessoa “viva” e autêntica – revelando, assim, sua subjetividade – para possibilitar comunicação verdadeira e afetiva com os pacientes, especialmente com aqueles que regridem à dependência, que têm necessidade de resgatar o que é próprio e pessoal, de se sentir, eles mesmos, vivos e reais.

Na situação analítica concebida como campo intersubjetivo, transferência e contratransferência são duas facetas do mesmo fenômeno e, da mesma forma que a transferência do paciente provoca emoções no analista, os sentimentos do analista também contribuem para moldar a experiência do paciente e a totalidade da relação. O vínculo analítico é, assim, permeado por emoções e sentimentos que têm o poder de afetar a ambos os integrantes da díade.

Em suma, a contratransferência, seja no sentido estrito como resposta emocional à transferência do paciente ou no sentido ampliado, como a totalidade dos sentimentos do analista, inclui necessariamente as características pessoais do analista: suas experiências de vida, desejos e medos, suas fantasias, sua análise pessoal. Em relação a esta questão, Bonaminio propõe distinguir a contratransferência – até no seu sentido mais abrangente – das áreas privadas da pessoa do analista, afirmando que a contratransferência não constitui a totalidade do self do analista. Assim, a contratransferência corresponde ao self do analista que está profundamente envolvido na tarefa terapêutica, a ferramenta de trabalho basicamente inconsciente, mas que “não é o self inteiro” (Bonaminio, 2011, p. 178), embora permaneça certa ambiguidade entre suas áreas privadas – que não tem relação com o trabalho analítico – e sua contratransferência.

---

1A noção de “campo” analítico foi proposta inicialmente, na década de 1960, por M. e W. Baranger, para se referir à dupla analista-analisando como uma unidade relacional na qual seus membros não podem ser compreendidos separadamente. Assim, transferência e contratransferência não podem ser pensados isoladamente, constituindo uma unidade indissolúvel (cf. Baranger, 1969).

Além do mais, falar de campo intersubjetivo não significa equivalência das posições de analista e paciente, já que o processo analítico tem como objetivo o tratamento terapêutico do paciente e a exclusiva emergência de sua individualidade. Nesse sentido, sem deixar de reconhecer o envolvimento emocional da dupla, Winnicott nos lembra a especificidade da tarefa profissional do analista:

Quanto a mim, preferiria ser antes lembrado por sustentar que entre o paciente e o analista está a atitude profissional do analista, sua técnica, o trabalho que executa com sua mente. Afirmando agora isto sem receio porque não sou um intelectual e na verdade, pessoalmente, executo meu trabalho muito mais a partir de meu ego corporal, por assim dizer. Mas me imagino, em meu trabalho analítico, trabalhando à vontade, mas com esforço mental consciente. Ideias e sentimentos me vêm à mente, mas estes são bem examinados e filtrados antes de fazer uma interpretação. Isto não quer dizer que sentimentos não estejam envolvidos (Winnicott, 1960/1990, p. 148. *Itálico no original*).

Por outro lado, enquanto o tema da transferência é quase sempre relacionado com a questão do amor, poucas vezes, curiosamente, relaciona-se teoricamente contratransferência com amor. E, talvez devido à difusão do famoso texto winnicottiano “O ódio na contratransferência” (1949/2000), pareceria haver menos resistência em aceitar o ódio contratransferencial que o amor analítico.

Winnicott chama nossa atenção, nesse trabalho, para a tensão e o ódio que deve tolerar o analista que se dispõe a tratar de pacientes psicóticos ou antissociais. Nas análises de pacientes neuróticos resulta fácil para o analista administrar seus sentimentos hostis, que ficariam reprimidos ou latentes. No tratamento de psicóticos e borderline, entretanto, o analista vai ser afetado por brutais e ferozes sentimentos ambivalentes dos pacientes, que provocam medo e ódio contratransferenciais.

É fundamental que o analista seja capaz de controlar e suportar esses sentimentos, evitando negá-los, para poder utilizá-los em momentos apropriados. Da mesma forma, as mães de bebês recém-nascidos também se irritam e sentem ódio, devendo suportar esses sentimentos sem poder expressá-los contra o bebê.

Winnicott entende que o ódio é uma conquista do processo de amadurecimento, que pressupõe o desenvolvimento da agressividade e o reconhecimento do mundo externo ao eu, não existindo, nos primórdios, sentimentos de ódio no bebê. Contudo, se a atitude materna for “sentimental” e sua irritação e seu ódio forem negados, a criança terá dificuldades, ao amadurecer, de “tolerar toda a extensão de seu ódio”, já que “ela [a criança] precisa de ódio para poder odiar” (Winnicott, 1949/2000, p. 287). Da mesma forma, o paciente psicótico, em que existem amor e ódio simultâneos, só poderá tolerar seu ódio pelo analista se este for capaz de odiá-lo.

Winnicott nos esclarece que esse amor e ódio coincidentes nos psicóticos nada têm a ver com a destrutividade do impulso amoroso primitivo, sendo expressão do fracasso ambiental nos primeiros estágios do amadurecimento. E como o analista ocupa, no tratamento dos pacientes graves, a mesma posição que a mãe de um bebê, deve ser capaz de aceitar conscientemente o ódio contratransferencial, originado pelos brutais sentimentos desses pacientes traumatizados.

As formulações winnicottianas sobre o ódio materno parecem ser incompatíveis com sua concepção da “devoção materna” ou “preocupação materna primária”. Como conciliar a formulação winnicottiana de que a mãe “odeia o bebê desde o início” (1949/2000, p. 285), tendo motivos de sobra para isto, com a noção da devoção materna? Como pode a mãe que ama e, ao mesmo tempo, odeia seu bebê, adaptar-se sensivelmente às urgentes necessidades deste, sem falhar em demasia?

Segundo Winnicott, se for capaz de reconhecer e perceber o ódio pelo seu filho, a mãe pode armazená-lo, ou seja, mantê-lo reservado, para ser utilizado nas situações apropriadas. Quando a mãe entra em contato com sua irritação e seu ódio, pode ter um domínio e um controle sobre esses sentimentos. Essa capacidade de controlar o ódio leva-nos a refletir sobre a questão da ambivalência materna. A mãe comum é uma pessoa adulta que atingiu a ambivalência, ou seja, que é capaz de ter sentimentos contraditórios – amor e ódio – em relação ao mesmo objeto. Entretanto, esses sentimentos, a nosso ver, não estariam num pé de igualdade, apresentando importantes diferenças. Michael Balint, no texto “A respeito do amor e do ódio” (1951/1972), contemporâneo do artigo winnicottiano, questiona a perspectiva kleiniana que atribui um status igual ao amor e ao ódio. Considerando que o indivíduo saudável deve ser capaz tanto de amar quanto de odiar, o autor entende que, na saúde psíquica, o amor tende a ser um sentimento bastante firme e estável, enquanto o ódio, ao contrário, é apenas potencial ou incidental. Para Balint, o amor e a saúde seriam bons companheiros, enquanto o ódio e a saúde apenas se toleram por pouco tempo (cf. 1951/1972, p. 150). Desta perspectiva, pensamos que a ambivalência materna não significa que o amor e o ódio sejam sentimentos paralelos, com valor equivalente. Assim, a mãe devotada comum, que ama seu bebê, também desenvolve sentimentos de ódio por ele, mas esses sentimentos não teriam o mesmo status que o amor, sendo ocasionais e passageiros. Concordando com a interpretação de Balint, entendemos que nas pessoas saudáveis há um predomínio do amor sobre o ódio, o que permite à mãe comum continuar oferecendo seu holding e não se vingar do bebê quando sente irritação ou ódio por ele. Pensamos, por outro lado, que a ambivalência de sentimentos, tradicionalmente concebida em termos de amor e ódio, inclui uma gama complexa de emoções e sentimentos que dificilmente poderiam ser reduzidos ao clássico par amor-ódio.

Retornando à questão do ódio na contratransferência, interessa-nos especialmente, para fins deste trabalho, ressaltar o envolvimento emocional da díade analítica e a intensidade de sentimentos que podem ser despertados no analista. Nesse sentido, afirma Winnicott:

Em nosso trabalho terapêutico, de novo e mais uma vez, envolvemo-nos com um paciente; passamos por uma fase na qual ficamos vulneráveis (como fica a mãe – incluindo o ódio) pelo fato de estarmos envolvidos; identificamo-nos com a criança que temporariamente depende de nós, e isto a um grau alarmante (1963/1990, p. 196).

Contudo, da mesma forma que não haveria um predomínio do ódio no sentimento materno – de mães saudáveis – pensamos que o ódio também não seria, a não ser ocasionalmente, um sentimento dominante na contratransferência.

Vejamos. Winnicott afirma que a tarefa do analista e sua concepção da situação analítica derivam diretamente das relações iniciais mãe-bebê, já que, na sua visão, o setting reproduz os cuidados ambientais dos estágios iniciais. Segundo ele, Freud intuía isto, talvez inconscientemente, recriando no seu consultório condições de conforto, aconchego e previsibilidade, similares aos cuidados ambientais iniciais. Trabalhando principalmente com neuróticos, parecia óbvio para Freud que a análise se desenvolvesse com base nas associações dos pacientes e nas interpretações do analista, considerando o setting como o pano de fundo do processo. Entretanto, com psicóticos e borderline, que foram traumatizados muito cedo, o setting analítico, que duplica a ambiência inicial, deixa de funcionar como pano de fundo e passa a ser o eixo do trabalho terapêutico.

A tarefa analítica com esses pacientes graves afasta-se do trabalho interpretativo tradicional do desvelamento do recalcado, consistindo, antes de tudo, em fornecer um setting que proporcione confiança, que ofereça, como uma mãe suficientemente boa, um ambiente de holding para o paciente/bebê. Da mesma forma que o holding materno, o holding analítico depende particularmente da sensibilidade do analista em se adaptar às necessidades do paciente, porque é capaz de se identificar com ele. O analista confiável é aquele que tem capacidade de oferecer um ambiente de holding; que é capaz de sobreviver aos ataques do paciente, sem retaliar; que não invade o paciente e que se adapta a suas necessidades, por mais regredidas que sejam. Winnicott define essa tarefa analítica como “manejo do setting”, que, baseada na identificação empática do analista, consiste em oferecer cuidados confiáveis propiciando uma experiência de comunicação silenciosa e significativa com o paciente.

A confiabilidade do analista, que remete à confiabilidade do ambiente primário, é base indispensável para o trabalho terapêutico com esses pacientes regressivos. O manejo do setting visa ao restabelecimento da confiança no ambiente, porque só com uma sólida base de confiabilidade o paciente pode enfrentar os riscos de regredir à situação de fracasso ambiental, tornando-se indefeso, vulnerável e dependente do analista.

Com esses pacientes traumatizados só um novo vínculo, confiável, pode permitir que se revivam, sejam experienciadas e se integrem no self, pela “primeira vez” os sentimentos de morte psíquica; as agonias impensáveis. Essas vivências terroríficas de desintegração, de aniquilamento, de cair para sempre, que foram vivenciadas mas não experienciadas, precisam ser vividas e experienciadas para poder ser integradas e deixar de assombrar.

Na recuperação desses pacientes, é necessário que a relação analista-analisando funcione como um encontro reparador, estabelecendo uma diferença com o desencontro do passado patogênico, para poder regredir ao ponto de origem do sofrimento, revivendo, embora parcialmente, essas agonias de não ser.

A regressão à dependência forma parte do processo de cura, propiciando o progresso em direção à independência; um “novo início” (Winnicott, 1955/2000, p. 384), em que o indivíduo pode reencontrar o sentimento de si mesmo, que se mantinha oculto e congelado, retomando seu verdadeiro crescimento. Ao recuperar o verdadeiro self, o indivíduo pode sentir-se real e autêntico, estabelecendo um ponto de partida para retomar o processo de amadurecimento, enriquecendo-se, daí por diante, com as experiências da vida.

O manejo do setting, como vimos, orientado pela identificação empática do analista com seu paciente, constitui comunicação silenciosa, onde a verbalização perde todo valor. Trata-se de uma comunicação emocional, não verbal, na qual se transmitem inconscientemente sensações e afetos, plenos de sentido. A comunicação silenciosa da mutualidade, fundamental nos estados regressivos, é uma comunicação de inconsciente para inconsciente, que opera por processo primário, sem lançar mão dos signos linguísticos ou das operações mentais. É importante ressaltar que a comunicação verbal não anula a silenciosa – não a substitui – permanecendo esta última como base de contato emocional para as outras formas de comunicação. Assim, as interpretações analíticas, ou outras intervenções verbais, para serem eficazes, devem se basear na comunicação silenciosa, que transmite confiabilidade. Mas no manejo do setting, essa forma de comunicação profunda e emocional passa ao primeiro plano, exigindo do analista a implicação máxima de sua pessoa. Afirma Winnicott: “O tratamento e o manejo desse caso colocaram em xeque tudo o que tenho enquanto ser humano, psicanalista e pediatra. Fui obrigado a crescer enquanto pessoa no decorrer do tratamento, de um modo doloroso que eu teria tido prazer em evitar” (1955/2000, p. 377).

Nesse contexto, interrogamo-nos quais seriam os sentimentos do analista que lhe permitem realizar o manejo do setting, promover a confiabilidade e estabelecer uma comunicação íntima com seu paciente. Tratar-se-ia de alguma forma de sentimento amoroso? Pensemos nos pacientes que regredem à dependência. Tornam-se bebês que dependem do analista e, como nos diz Winnicott, mais do que desejos, eles têm necessidades. Da mesma forma que os bebês, os pacientes regredidos têm necessidades de contato íntimo e afetivo, de serem olhados e reconhecidos pela mãe/analista. Sabemos que a tarefa materna do holding, de promover a comunicação íntima da mutualidade, de funcionar como um espelho que reconhece seu bebê, só poderá ser desempenhada por uma mãe que ame seu bebê. A comunicação da mutualidade, fundamental para que o bebê possa desenvolver a identificação primária e comece a ter existência psíquica, é uma comunicação essencialmente afetiva. Embora fosse avesso ao sentimentalismo, que pressuporia a negação do ódio e da ambivalência próprios do sentimento materno, Winnicott utiliza o termo “amor”, em várias passagens, como condição dos cuidados maternos suficientemente bons. Nas suas palavras: “Sabemos que, em se tratando de crianças pequenas, é só o amor por aquela criança que torna a pessoa confiável o suficiente” (1965b/2005, p. 33). Em outro texto, ele afirma: “É algo [cuidados iniciais do lactente] que só se torna possível através do amor. Dizemos, por vezes, que a criança precisa de amor, mas queremos significar com isso que só alguém que ame a criança pode fazer a necessária adaptação à necessidade...” (Winnicott, 1954/1982, p. 208. *Itálico no original*). No mesmo sentido, Winnicott considera que “se poderia usar a palavra ‘amor’ aqui [em referência a esses cuidados maternos], correndo o risco de soar sentimental” (1965c/1990, p. 69).

Se pensarmos agora nos sentimentos do analista, especialmente no manejo do setting com pacientes regredidos que têm necessidades de comunicação verdadeira, compreensão e empatia, interrogamo-nos se caberia utilizar a palavra “amor” em referência aos sentimentos contra-transferenciais, variados e ambivalentes.

Os termos “confiabilidade”, “capacidade empática” e “cuidar” parecem indispensáveis na atitude do analista com pacientes regredidos. Trata-se de termos que apontam para troca afetiva e, de forma mais abrangente, para o que se entende geralmente por amor, apesar de soar piegas e sentimental, o que Winnicott tanto repudiava.

O problema é que o termo “amor” tem inúmeros sentidos, múltiplas interpretações e variados referentes: o amor sexual, o enamoramento, a paixão romântica, a amizade, o amor materno, etc. A teoria sobre o amadurecimento emocional aborda o desenvolvimento do sentimento amoroso, mostrando que o amor apresenta várias facetas e deriva de mais de uma raiz.

A concepção de Winnicott sobre o amor, na minha interpretação (Lejarraga, 2012), pode ser pensada como uma montagem de elementos heterogêneos, como uma rede de diversos fios que se entrelaçam e integram em diversos graus. Os elementos que compõem o amor seriam o desejo erótico (que inclui o impulso instintivo sexual mais a fantasia), o concernimento, a intimidade e a afeição. Num sentido próximo a Balint, Winnicott aborda o amor como resultado da confluência de elementos heterogêneos. Muitas combinações seriam possíveis. Da mesma forma que o impulso erótico pode não ser acompanhado pela afeição e o concernimento, também o sentimento de afeição<sup>2</sup> poderia não confluir com o desejo erótico, como acontece, por exemplo, na amizade ou no amor materno. A ideia do amor como montagem de diversos elementos que se combinam e entrelaçam das mais variadas formas, permite pensar sobre o amor sexual, quando a experiência sexual se integra com os mais variados significados da palavra “amor” e, também, sobre a vida afetiva em geral, que é chamada de amor num sentido amplo (cf. Lejarraga, 2012).

Retornando à questão dos sentimentos do analista, levantamos algumas interrogações. Por um lado, perguntamo-nos novamente se seria indispensável, para a tarefa analítica ser bem-sucedida, que o analista nutrisse alguma forma de sentimento amoroso pelo paciente. Interrogamo-nos se esse sentimento, que parece necessário no holding e na comunicação com pacientes regressivos, da mesma forma que era necessário o amor da mãe para o cuidado do bebê, seria também condição imprescindível de qualquer tratamento psicanalítico.

Por outro lado, com base na proposta de conceber o amor como montagem de diversos elementos, interrogamo-nos se caberia falar de um amor analítico<sup>3</sup>, com características próprias diferentes das outras modalidades amorosas e, em caso afirmativo, perguntamos qual seria sua especificidade.

Vemos que Winnicott faz referência explícita ao amor do analista, embora em raras ocasiões. Afirma ele: “Para o psicótico seria mais correto dizer que essas coisas [o divã, o calor e o conforto] são a expressão física do amor do analista” (1949/2000, p. 283). E, no texto “A cura”, em relação ao trabalho terapêutico definido como curar/cuidar, afirma: “Estamos falando de amor, mas se o amor tem que ser fornecido por profissionais, num contexto profissional, então deve-se explicar o significado da palavra. Neste século, são os psicanalistas que fazem essa explicação” (Winnicott, 1986/1993, p. 109).

---

2 Para Winnicott, o termo “afeição” é equivalente à “ternura”, mas ele prefere utilizar o primeiro termo por ter uma conotação mais neutra.

3 Desde a perspectiva da intersubjetividade, Daniel Shaw propõe a categoria de “amor analítico” como agente terapêutico fundamental no processo de cura (cf. Shaw, 2014).

Assim, entendemos que a atitude analítica de cuidar e a de ser confiável e se importar com o paciente constituem elementos do vínculo amoroso. Na concepção do amor como montagem de diversos elementos, diríamos que correspondem, antes de tudo, ao concernimento. A atitude analítica de cuidado e preocupação com o paciente – o concernimento – constitui aspecto integrante fundamental do amor do analista. Por outro lado, na situação de regressão à dependência, o analista, com sua identificação empática, deve possibilitar uma comunicação verdadeira e significativa com seu paciente: a experiência da mutualidade. Sustentar essa comunicação íntima, no âmbito do processo primário, onde os signos verbais perdem valor, remete a outro elemento do fenômeno amoroso: a intimidade. E, finalmente, entendemos que o vínculo emocional da dupla analítica exige do analista uma atitude afetuosa, de respeito e reconhecimento. Seria muito difícil separar a comunicação significativa da intimidade do sentimento afetuoso do analista, que permite ao paciente se sentir seguro e confiante. Assim, diríamos que o amor do analista inclui os elementos de concernimento, intimidade e afeição, mas não o ingrediente do impulso erótico.

Nesse sentido poderíamos comparar o amor analítico com a amizade. Mas uma característica marcante da amizade é a reciprocidade, o vínculo igualitário, ausente na situação analítica, que é necessariamente dissimétrica.

Comparemos então o amor do analista com o amor materno, já que o próprio Winnicott declara que o analista ocupa o lugar da mãe nos momentos regressivos, e porque ambos, diferentemente da amizade, são amores profundamente desiguais. Assim, o amor do analista poderia ser considerado como uma espécie de amor materno, mas sem o apego ou o enamoramento maternos. Poderia também ser pensado como a capacidade de cuidar, que é um dos sentidos atribuídos por Winnicott à palavra “amor”. Assim, no texto “O primeiro ano de vida”, Winnicott considera que o significado do termo “amor” vai se modificando de acordo com o processo de amadurecimento e, para uma criança mais amadurecida, “Amor significa cuidar da mãe (ou do objeto substituto) assim como a mãe cuidou do bebê – uma prévia da atitude adulta de responsabilidade” (Winnicott, 1958/1990, p. 19. *Itálico nosso*).

Para concluir, pensamos que seria válido falar de um tipo de amor, específico, próprio da profissão, que é o amor do analista. Esse amor, que se relaciona com a capacidade de cuidar, de se importar e ser responsável, de se comunicar de forma verdadeira e sensível, é também um amor que conhece seus limites, que valoriza a realidade objetiva, externa, que se controla, e que não suscita no sujeito que ama (o analista) apego pelo objeto do amor, nem o desejo de ser amado.

O analista se envolve emocionalmente em função das necessidades dos pacientes, mas conserva a capacidade de se afastar desses sentimentos, de ter controle sobre eles. Poderíamos dizer que o analista oferece seus cuidados e sentimentos para serem usados pelo paciente, como parte do setting, mas precisa manter sua atitude profissional, uma certa distância afetiva que lhe permita se separar. Nesse sentido afirma Winnicott: "O analista precisará permanecer orientado para a realidade externa ao mesmo tempo que identificado ou mesmo fundido com o paciente" (1960/1990, p. 149).

Embora não saibamos dizer propriamente em que consiste a especificidade do amor analítico, intuímos que seja principalmente disponibilização afetiva do analista para cuidar, para estabelecer um relacionamento emocional, deixando-se afetar e se envolvendo intensamente com o sofrimento do paciente. Desse modo, especialmente nos momentos regressivos, Winnicott entende que o analista se torna uma "pessoa profundamente envolvida com sentimentos e ainda assim, à distância, sabendo que não tem culpa da doença de seu cliente e sabendo os limites de suas possibilidades de alterar a situação de crise" (Winnicott, 1963/1990, p. 206).

#### Referências

- Abram, J. (2000). *A linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Balint, M. (1951/1972). "L'amour et la haine" In: *Amour primaire et technique psychanalytique*. Paris: Payot.
- Baranger, W. & M. (1969). *Problemas del campo psicoanalítico*. Buenos Aires: Kargieman.
- Bonaminio, V. (2011). *Nas margens de mundos infinitos...* Rio de Janeiro: Imago.
- Lejarraga A. L. (2012). *O amor em Winnicott*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Shaw, D. (2014). "On the therapeutic action of analytic love" In: *Traumatic narcissism*. New York: Taylor & Francis.
- Winnicott, D. W. (1949/2000). "O ódio na contratransferência" In: *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1954/1982). "Necessidades das crianças de menos de cinco anos" In: *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: LTC.
- Winnicott, D. W. (1955/2000). "Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico" In: *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1958/2005). "O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional" In: *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1960/1990). "Contratransferência" In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1963/1990). "Os doentes mentais na prática clínica" In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1965a/1990). "Os objetivos do tratamento psicanalítico" In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1965b/2005). "Crescimento e desenvolvimento na fase imatura" In: *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1965c/1990). "Provisão para a criança na saúde e na crise" In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1986/1993). "A cura" In: *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.