

# LA IMPORTANCIA DE LA SUPERVISIÓN Y LA CLÍNICA ACTUAL UNA EXPERIENCIA DE SUPERVISIÓN GRUPAL AMPLIADA PARA EL ANÁLISIS COMPRENSIÓN Y CONTENCIÓN DE LA TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA NEGATIVA

A IMPORTÂNCIA DA SUPERVISÃO  
E DA CLÍNICA ATUAL  
UMA EXPERIÊNCIA DE SUPERVISÃO GRUPAL AMPLIADA  
PARA A ANÁLISE, COMPREENSÃO E CONTENÇÃO DA  
TRANSFERÊNCIA E DA CONTRATRANSFERÊNCIA NEGATIVA.

THE IMPORTANCE OF SUPERVISION AND CONTEMPORARY  
CLINICAL PRACTICE  
AN EXPANDED GROUP SUPERVISION EXPERIENCE FOR  
THE ANALYSIS, UNDERSTANDING, AND CONTAINMENT OF  
TRANSFERENCE AND NEGATIVE COUNTERTRANSFERENCE.

Elvira Soto de Dupuy  
ORCID 0009-0008-7715-9198  
Correo electrónico: elvirasoto.dupuy@gmail.com  
Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes

Fecha de Recepción: 30 – 04 – 2026  
Fecha de Aceptación: 12 -05 – 2026

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

Soto de Dupuy E. (2026) LA IMPORTANCIA DE LA SUPERVISIÓN Y LA CLÍNICA ACTUAL UNA EXPERIENCIA DE SUPERVISIÓN GRUPAL AMPLIADA PARA EL ANÁLISIS COMPRENSIÓN Y CONTENCIÓN DE LA TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA NEGATIVA Intercambio Psicoanalítico 17 (1), DOI: 10.60139/InterPsic/17.1.5 Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC By 4.0)

# A IMPORTÂNCIA DA SUPERVISÃO E DA CLÍNICA ATUAL

**Uma experiência de supervisão em grupo ampliada para a análise, compreensão e contenção da transferência e da contratransferência negativas**

Elvira Soto de Dupuy<sup>1</sup>

1 Licenciada em Psicologia Clínica pela PUCP. Candidata do Instituto da SPP, com formação em psicanálise de adultos, crianças e adolescentes. Membro fundador do Centro de Desenvolvimento e Assessoria Psicossocial (CEDAPP) e da Associação Peruana de Psicoterapia Psicanalítica de Crianças e Adolescentes (APPPNA). Membro do Comité Editorial da revista *Transições* e atual secretária científica. Prática privada com crianças, adolescentes e adultos desde 1978. Supervisora do trabalho com crianças e adolescentes no CEDAPP e ex-supervisora do Departamento de Crianças e Adolescentes D. Winnicott do CPPL. Autora de diversos artigos sobre clínica com crianças publicados na revista *Transições*. Coautora e coeditora do livro *A maternidade e as suas vicissitudes hoje* (2006) e de *A continuidade através do vínculo. Lugar simbólico e real que os avós ocupam para os seus netos* (2002). Lima. [elvirasoto.dupuy@gmail.com](mailto:elvirasoto.dupuy@gmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0008-7715-9198>

## I. Antecedentes

No presente trabalho, procuro refletir sobre a supervisão e sua importância no nosso trabalho clínico; especialmente quando trabalhamos com aqueles pacientes de difícil acesso que ultimamente chegam com mais frequência ao nosso consultório; mais ainda, quando devemos enfrentar o ódio transferencial de alguns deles, que aflora na interação entre transferência e contratransferência e que provoca em nós, terapeutas, intensos sentimentos contra transferenciais de impotência, medo, raiva e ódio.

Escrevi anteriormente na Revista *Transiciones* 12 (2007) sobre o ódio na transferência a partir do meu papel como terapeuta, analisando minha relação com Dania, uma menina de 5 anos que apresentava uma forte angústia de separação. Naquela época, transcrever essas sessões tão difíceis foi uma primeira maneira de expressar e começar a metabolizar esses sentimentos tão intensos. É o que Grimberg (1991) entende como uma forma de autossupervisão. Depois, supervisá-las, foi fundamental para conter esses sentimentos que surgiam em mim e na menina durante suas sessões, tomar consciência das diferentes funções do ódio na transferência (Gabbard, 1991) e, assim, conseguir reforçar a aliança terapêutica e a confiança no vínculo; também, me permitiu analisar a intervenção que realizei através do jogo, transformando meu sentimento de impotência em um jogo criativo que, agora, com os novos desenvolvimentos da teoria psicanalítica, poderia entender como uma interpretação metafórica, no sentido proposto por Hilda Catz (2026). (Conceito muito interessante que ela foi desenvolvendo ao longo da sua obra, ao trabalhar desde a análise relacional). É uma intervenção terapêutica que privilegia o que está acontecendo no vínculo terapeuta-paciente, que procura ampliar o sentido, no lugar de fechá-lo, tratando de introduzir o simbólico através de imagens, metáforas, etc.

Foi assim que Dania, graças à curiosidade que consegui despertar nela, se aproximou de mim para ver juntas o que acontecia com os piolhos brancos. Essa foi uma representação que lhe permitiu sair desse distanciamento físico e afetivo e da sua atitude agressiva e de controle em relação a mim. Assim, juntas, conseguimos ir transformando sua raiva e seu ódio, para o qual foi muito importante mostrar a ela que eu, como terapeuta, tinha sobrevivido à intensidade dos seus ataques e do seu ódio e, dessa maneira, restaurar o espaço analítico ao comprovar que eu seguia disponível para ela. (Winnicott, 1947/1960). Finalmente, escrever e dar um nome a essa experiência tão mobilizadora foi o que me permitiu continuar a elaborá-la e a integrá-la à luz dos seus aportes teóricos e dos de Gabbard (1991) (Soto de Dupuy, E., 2007).

Quando supervisei as colegas que tão generosamente me forneceram o material clínico que vou apresentar, associei imediatamente com Dania pela situação de turbulência emocional dos seus pacientes e pela força do ódio na transferência. A reação de apoio dos outros membros do grupo de supervisão, além de me comover, me fez pensar no que denominei supervisão grupal ampliada (Soto de Dupuy, E., 2025) e, posteriormente, escrever sobre ela para analisá-la através de aportes teóricos e clínicos sobre a supervisão.

Pessoalmente, aprecio muito a supervisão individual, mas, pela minha experiência, a supervisão grupal e a de pares

“Torna-se um espaço privilegiado que nos dá a possibilidade de observarmos em grupo, de mostrar nossas dificuldades e barreiras em um ambiente de respeito, tolerância, reconhecimento e escuta atenta. Nos permite tomar consciência daqueles aspectos inconscientes que dificultam o desenvolvimento do processo terapêutico e é também um espaço de contenção para quem apresenta o caso.” (Grupo de supervisão de pares da APPPNA, 2012, pp. 81-89)

Vale destacar a maior distância emocional que os membros do grupo de supervisão mantêm em relação ao material clínico apresentado por um dos terapeutas e o valor das diferentes perspectivas e contribuições de cada um deles ao “destacar, dentro da sessão, que o terapeuta não tinha captado, precisamente, por estar imerso no diálogo e no encontro terapêutico” (Grupo de supervisão de pares da APPPNA, 2012), oferecendo-lhe uma nova oportunidade para voltar a observar, analisar e repensar o material a partir de uma perspectiva mais ampla. Isso facilitará sua integração e transformação numa interpretação ou observação que oferecerá a seu paciente quando considerar que é o momento adequado para intervir novamente e devolver-lhe, agora, esses conteúdos assimilados.

É uma ferramenta que tem um valor adicional que facilita a aprendizagem permanente, uma vez que a discussão do material clínico de um paciente nos permite analisar a relação terapeuta-paciente e os aspectos teóricos e técnicos subjacentes; ou seja, compreender os processos inconscientes do nosso paciente e os que se apresentam no enquadramento e no vínculo terapêutico, as identificações projetivas e a transferência e contratransferência (Grupo de supervisão de pares da APPPNA, 2012); o que é fundamental para ajudar nossos pacientes com o sofrimento mental e as experiências vividas que nos trazem, as que, em muitos pacientes, ainda estão no nível do conhecido, mas não pensado (Bollas, Ch., 1987); ou, dos elementos beta (Bion, 1962) devido às falhas precoces que sofreram e que impediram que o paciente possa conter, dar um sentido e simbolizar.

Isso também nos permite “revelar o impacto das ansiedades inconscientes que o terapeuta não conseguiu detectar, em si mesmo e no seu paciente, assim como analisar a transferência e a contra identificação projetiva.” (Ungar & Busch, 2003) e aprofundar na análise e compreensão da aliança terapêutica, essencial para a construção do vínculo emocional com ele e para favorecer o processo terapêutico. (Falvy, M., 2011, Serrano de Dreifuss, 2012).

Pezo, M.A. (2020), que tem uma vasta experiência de trabalho com grupos, enfatiza que a supervisão grupal não deve ser vista como uma supervisão individual em grupo, mas sim deve levar em consideração os processos específicos mobilizados pela ferramenta psicanalítica no encontro com os outros colegas. Assim, um membro do grupo, ao escutar o relato de um colega sobre seu paciente, associa e conecta com o que este mobilizou no seu mundo intrapsíquico. A mesma autora faz referência a Kaes (1962), que fala de dispositivo grupal e não de enquadramento, e oferece elementos valiosos para seguir pensando:

“O dispositivo grupal coloca o supervisor numa posição de alguém capaz de assegurar os processos associativos grupais em relação ao que acontece com o(s) paciente(s), com os colegas e a instituição, os processos de transferência-contratransferência e as modalidades de intervenção requeridas de acordo com o funcionamento do paciente. E, como em qualquer encontro grupal, o analista-supervisor pode se reconhecer e se desnarcisar; com esta palavra, enfatizamos que o suposto conhecimento do analista se dilui no momento em que reconhece as contribuições dos colegas e é capaz de valorizar e trabalhar os aspectos percebidos pelos outros. Já não é o detentor da experiência e do conhecimento, tão comum no “supervisor”; o trabalho de grupo desnarcisa o analista, o coordenador, uma vez que no encontro com o(s) outro(s), o seu conhecimento é apenas mais um. Talvez se dê prioridade a uma intervisão, a um olhar mútuo, a uma construção rica e nutritiva de copensamento, cosentimento, coreflexão.” (Pezo, 2020, trabalho inédito)

## **II. A experiência da supervisão grupal ampliada**

### **II.1. O enquadramento**

Agora vou me referir a um grupo de supervisão que compartilha as características e o enquadramento próprios da supervisão em grupo. É composto por 4 colegas mais jovens, mas muito bem formadas, com mais de uma década de experiência em consultório privado, somada a uma prática clínica prévia em instituições. É um grupo particular porque, quando me procuraram como supervisora, já se conheciam entre si e haviam compartilhado espaços de formação ou trabalhado juntas; pelo que entre elas se percebe uma relação de confiança, respeito, reconhecimento, compromisso, generosidade e desejo de pensar e aprender. O que facilita a troca de experiências e conhecimentos. Em geral, a supervisão se desenrola num clima de cordialidade e benevolência (Chasseguet-Smirgel, 2007; Parres, 2007) e com uma vontade de se apoiarem mutuamente, especialmente quando surge alguma dificuldade.

Foram elas próprias que propuseram o enquadramento da supervisão e criaram, desde o início, um grupo de bate papo para fazer as coordenações necessárias. Originalmente, nos reunimos presencialmente e com uma frequência quinzenal; mas, devido à pandemia, passou a ser semanal e por Zoom, sempre durante uma hora e quinze minutos. Começamos e terminamos pontualmente, salvo algum problema técnico ou de outro tipo.

Elas se organizaram de maneira que cada uma delas apresente um caso, todas as semanas. Ocasionalmente, se tem alguma dificuldade ou urgência, fazem uma alteração. O pagamento dos honorários é feito no final de cada mês, por turnos, e presumo que depois se acertam entre si. Cada uma escolhe o caso que deseja supervisionar; geralmente, é um paciente que, naquele momento, esteja lhe causando alguma dúvida ou dificuldade. Ocasionalmente, se perguntam sobre qual paciente supervisionar e, geralmente, escolhem aquele que considera mais urgente. Embora eu presumo que cada uma registre o material de cada paciente, elas o apresentam de maneira informal e vívida (Da Rosa Silva, M., Hallberg, A., Steibel, D., von Megden, P. e Pereira, K., 2012), dando muita ênfase na atitude do seu paciente e nos sentimentos transferenciais e contratransferenciais.

Se for um paciente novo, mencionam os dados relevantes sobre o paciente (filiação e história) e sobre a sua família e ambiente próximo, bem como o motivo da consulta, quem o encaminhou e por quem é acompanhado, caso seja uma criança ou adolescente. Se o paciente se encontra num processo de diagnóstico, podem compartilhar alguns dos testes psicológicos que aplicaram; isso nos ajuda a analisar o material para chegar a uma presunção diagnóstica e prognóstica. Se for um caso que já tenha sido apresentado em outras ocasiões, farão um resumo para nos lembrar de quem se trata e apresentarão alguma situação difícil que tenha surgido, seja com o paciente, os seus pais, o cônjuge, a escola ou o trabalho, na relação terapeuta-paciente ou com a aliança terapêutica.

É importante ressaltar que tanto a apresentação do material como as perguntas, esclarecimentos e intervenções dos diferentes membros do grupo ocorrem de forma bastante livre e espontânea, mas respeitando a palavra de quem está falando, e procurando esclarecer o material, propor hipóteses, relacioná-lo a alguma contribuição teórica ou com a lembrança de algum paciente que tenham atendido anteriormente.

Outro elemento que fez a diferença é que o chat de grupo, que inicialmente servia para alguma coordenação pontual, foi se transformando em algo completamente diferente, onde, ocasionalmente, compartilhavam alguma dúvida, inquietação ou um breve comentário sobre alguma situação complicada com um paciente que as havia afetado; ou para contar como lhes tinha corrido, por exemplo, uma reunião delicada com os pais ou professores de algum paciente que tivéssemos supervisionado naquela semana. Também escreviam, às vezes, para transmitir o alívio ou a satisfação depois da situação terapêutica ter recuperado o rumo e, assim que nos era possível, respondíamos, cada uma ao seu ritmo. Assim, foi-se dando, de forma espontânea, uma ampliação das funções para as quais o chat tinha sido criado.

Poderíamos dizer, então, que esta experiência foi possível graças à tarefa comum e às características apontadas, que conformam a identidade grupal (da Rosa Silva, M. et al., 2012), o que a torna única, tal como são únicos cada um dos nossos pacientes; identidade que foi se afirmando com o vínculo de confiança e os anos de trabalho conjunto neste grupo de supervisão, do qual tenho a sorte de ser supervisora faz 7 anos. Devo dizer que a forma como eu gosto de supervisionar e a liberdade que sinto foram aprendidas com alguns dos meus supervisores e com os membros do grupo de supervisão entre pares da APPPNA; tem também a ver com o fato de que, neste grupo, o meu compromisso é apenas com as colegas que supervisiono e, através delas, com os seus pacientes. Isto porque foi formado a pedido delas, de forma independente; ou seja, sem terem que provar seu trabalho a ninguém, a não ser para elas mesmas e para os seus pacientes, sem ter que prestar contas a uma instituição, nem procurar uma boa qualificação. Ou seja, onde a tarefa principal é continuar pensando, aprendendo e criando, fazendo alusão ao espaço transicional de Winnicott (1972), onde a preocupação e a tarefa principal são aprender a pensar (Grimberg, 1991) para compreender e ajudar o seu paciente da melhor maneira possível.

Embora saibamos que a supervisão tem que ocorrer dentro de um enquadramento, fui observando que, neste grupo em particular — quando a situação era realmente difícil — esse enquadramento se ampliava de forma espontânea ao dar um uso adicional ao chat, transformando-o em uma nova ferramenta para conter as ansiedades e medos intensos que tinham sido inoculados na terapeuta por meio da identificação projetiva massiva e do apoio emocional. Tal como vou narrar através das vinhetas, esta nova função do chat foi muito valiosa, quando duas das terapeutas, cada uma no seu momento, com a sua respetiva paciente e no seu próprio consultório, enfrentaram uma situação crítica resultante da turbulência emocional que invadiu a mente das suas pacientes; levando-as a “representar” a sua frustração, raiva e intolerância diante da incapacidade de ouvir, atacando as suas terapeutas e transgredindo os limites próprios do setting. Foi este desbordamento que produziu nestas últimas uma reação contratransferencial negativa e, tal como Gabbard (1991) descreve mais adiante, elas se sentiram impotentes, ameaçadas, aterrorizadas e com a sua capacidade de pensar e conter totalmente paralisada. Jacob Parade, N. (2007) analisa o desdobramento da transferência e da contratransferência no campo dinâmico da sessão e no vínculo terapêutico, como “instrumentos nobres de trabalho, especialmente nos casos de transferências peculiares de pacientes autistas, psicóticos ou borderline”; ou seja, pacientes cujo eu é extremamente frágil e está em busca de um continente. Refere-se também a mecanismos primitivos como a cisão e, em especial, à identificação projetiva que “ao mesmo tempo em que comunica, evidencia uma forma de se livrar de experiências de dor insuportáveis e de projetá-las na analista.” (Jacob Parade, 2007).

Quando trouxeram as suas duas pacientes para a supervisão, nos relataram de forma muito vívida e dramática — no sentido literal do termo — o conteúdo da sessão, a atitude das suas pacientes e os acontecimentos que ocorreram, conseguindo transmitir aos demais membros do grupo os sentimentos tão intensos que experimentaram nas suas respectivas relações terapêuticas para, dessa forma, poderem ajudá-las a contê-los, compreendê-los e metabolizá-los.

Penso que foi graças ao que mencionei acima que elas me permitiram compartilhar as vinhetas extraídas dessas duas experiências clínicas tão difíceis: quando as apresentaram, foi grande a preocupação e a comoção que geraram em todas nós e, assim como elas, sentimos muita raiva em relação às pacientes; mas, ao mesmo tempo, um sentimento de compaixão— com paixão — e de compromisso em ajudá-las.

Mas o que realmente me fez pensar na ampliação do enquadramento foi a reação imediata das terapeutas envolvidas nesse vínculo, que tinha se tornado tóxico e quase letal devido aos conteúdos tanáticos que estavam em jogo: elas escreveram no chat de grupo pedindo ajuda e contenção e a resposta dos outros membros do grupo também foi imediata, solidária, empática, de apoio e compreensão. Penso que foi uma resposta espontânea diante do impacto que sentiram pela urgência, intensidade e gravidade que tinham nos transmitido, oferecendo-lhes apoio e compreensão com uma atitude calorosa, empática e estando à sua disposição. As duas terapeutas precisavam recuperar sua capacidade alfa, de rêverie, que lhes permitisse reconhecer, compreender, conter e metabolizar todos esses elementos beta que lhes tinham sido inoculados através da identificação projetiva (Bion, 1962). Ou seja, recuperar a sua capacidade de pensar, saindo da situação de paralisia, terror e impotência que nos transmitiram no chat.

Para mim, foi muito revelador e comovente porque senti que elas recorreram ao apoio do grupo assim como faria um bebê aterrorizado à procura da mãe para ser contido por ela, respondendo ela a partir da sua rêverie e contenção, ajudando-o a recuperar, a se acalmar, colocando palavras e afeto que dessem sentido ao que aconteceu, compreendendo e discernindo para depois voltar a sentir-se seguro; além, é claro, do apoio emocional ou holding proposto por Winnicott (1979). Penso que é essa a função da supervisão de grupo ampliada sobre a qual escrevi no trabalho que apresentei no Congresso da FLAPPSIP (Soto de Dupuy, 2025) e que agora, neste artigo, ampliei para continuar refletindo sobre o assunto.

Quando supervisionamos o material clínico de um colega, é comum associá-lo a algum dos nossos pacientes e, neste caso, a minha associação com Dania e os sentimentos que se manifestaram na minha relação com ela não foi por acaso. Mas, ao contrário de Dania, cujo ódio e agressão se expressaram com distanciamento físico e afetivo e com uma atitude controladora e expressões verbais que “gritavam o seu ódio” contra mim; as pacientes que veremos a seguir, além de se encontrarem em outro momento do seu desenvolvimento evolutivo e psicológico, passaram à ação ao atacar o setting e agredir fisicamente as terapeutas, colocando em risco a sua integridade e o vínculo terapêutico.

Por isso, requerem ser pensadas e compreendidas de outra forma, buscando o apoio da teoria e da técnica para iluminar e esclarecer as características próprias das pacientes adolescentes, com tendência à atuação e a se colocar em situações limítrofes (Botbol, 2011), e para fazer as modificações e ajustes necessários na abordagem clínica.

Me parece interessante observar que, ao escrever este trabalho, utilizei várias vezes o gerúndio, refletindo que a nossa tarefa como terapeutas, analistas ou supervisores é sempre um processo. E considero fundamental que esteja pela vitalidade, pelo compromisso e pela paixão que nos inspira. Sabemos que há momentos muito difíceis e desafiantes, mas também outros que nos enchem de satisfação e de gratidão compartilhada.

## **II.2. Material Clínico (cedido e relatado por duas colegas)**

### **Vinheta 1**

“Vania, uma pré-adolescente de 11 anos, foi encaminhada para a consulta porque se frustrava frequentemente na escola e ultrapassava os limites. Isso se agravou após a pandemia, porque durante esta, seu pai faleceu no estrangeiro de um infarto cardíaco. Foi necessário medicá-la devido aos seus acessos de raiva na escola, que se viu obrigada a expulsá-la, pelo que Vania teve de mudar para outra escola.

As suas sessões se tornaram cada vez mais difíceis; embora houvesse momentos de maior reflexão, conversa e elaboração no jogo, predominavam os desafios, a agressividade, a desvalorização e a crítica constante a mim, enquanto terapeuta e profissional. Foram muitas as ocasiões em que me questionei — em privado e no grupo de supervisão — sobre como continuar com uma paciente assim, que me esgotava, com quem me sentia encurralada, que me desvalorizava, que me gerava um ódio que não reconhecia como meu, mas ao qual também não conseguia dar forma; como poderia continuar a ver alguém que não queria ver? Me questionei sobre a minha capacidade de compreendê-la, de estar fazendo um bom trabalho. Fui percebendo que Vania ocupava cada uma das minhas oportunidades de supervisão, ocupava toda a minha mente e tomava completamente a minha capacidade de pensar.

Um dia, Vania ficou muito irritada numa sessão, começou a atirar e quebrar todo o material de pintura com os quais às vezes trabalhávamos e, como os meus limites verbais não funcionaram, na minha ânsia de estabelecer limites e contê-la, ou — talvez — numa questão mais onipotente, tentei impedi-la, me colocando entre ela e o material e a convidei a refletir. Não me lembro exatamente como, mas de repente Vania estava em cima de mim, exercendo muita pressão. Quando percebi a sua força e como era difícil me mover, me assustei. O seu olhar é algo que ainda não consigo descrever com palavras. A intensidade da sua raiva, a violência da situação... Eu já não conseguia cuidar dela, nem contê-la. Consegui tirá-la de cima de mim, consegui abrir a porta e, com firmeza, disse-lhe que íamos interromper a sessão porque assim não podíamos trabalhar. A entreguei à mãe dela. “Já não é minha responsabilidade”, pensei. Voltei para o meu consultório, fechei a porta e desabei. Estava aterrorizada, paralisada, tremendo, com o corpo

todo dolorido. Depois de alguns instantes, recorri ao chat da supervisão: “Meninas, estão aí?”, escrevi. Em menos de meia hora, tinha falado com cada uma das minhas colegas-amigas. Aos poucos, o medo e a angústia foram diminuindo e pude começar a pensar que aquele devia ser o fim da relação terapêutica com a Vania, mas como fazê-lo? Sentia muita culpa por deixá-la, porque seria uma nova perda para ela”.

### **Vinheta 2**

“L., uma adolescente de 15 anos, tinha chegado há um mês ao meu consultório devido a episódios de desregulação no controle das suas emoções e impulsos, tanto em casa como no colégio, motivo pela qual tinha deixado de frequentá-lo. Expressava sentimentos de tristeza e uma sensação de negligência e falta de cuidado por parte dos pais. Estava sendo medicada há algum tempo. Até essa sessão, não tinha demonstrado comportamentos agressivos, embora tivesse atitudes hostis e resistência para fazer os testes psicológicos durante a avaliação. Naquele dia, L. chegou ao consultório acompanhada pela tia. Desde que entrou, parecia irritada e sem vontade de falar. Quando lhe perguntei como estava, ela disse que não queria falar sobre isso; de repente se levantou, saiu gritando do consultório, bateu a porta e foi direto para o elevador, local onde a detive, dizendo-lhe que não podia ir sozinha para a rua, nem sair assim tão alterada, e a convidei a entrar novamente para que se acalmasse e para tentar compreender esta reação abrupta. A sensação de se sentir presa desencadeou nela um comportamento ainda mais violento. Os gritos e chutes na direção do elevador e na minha direção aumentaram, refletindo ódio e muita força nela. Numa tentativa da tia de lidar com a situação, ela me passou a mãe ao telefone e L. aproveitou que me distraí por um instante para me encurralar contra a parede e me chutar. No meio dos gritos dela e da tia, consegui me soltar e pedi que se retirassem. A situação me deixou absolutamente desarmada, magoada e tremendo. Me senti profundamente vulnerável e quase incapaz de articular palavras; chorando, me comuniquei com meu grupo de supervisão. Imediatamente, elas me responderam, me acolheram, me ajudando a compreender e a processar o que tinha acontecido, assim como a pensar em como continuar a lidar com o caso.

A violência desencadeada por L. me fez duvidar do meu desempenho; me perguntei se estava preparada para estes casos, se tinha feito o que era certo num caso tão difícil. Me senti frustrada, com muita raiva e dor pelo que aconteceu, mas também com muito medo e dúvidas em voltar a recebê-la e ser capaz de cuidar dela, de mim e do espaço. O grupo de supervisão me apoiou, me ajudou a repensar e a analisar a situação e os meus sentimentos e me ajudou a me recuperar. Somente depois disso, de falar com os pais de L., com o psiquiatra e de reestruturar o espaço terapêutico, é que consegui tentar retomar o contacto com L., me sentindo novamente mais forte, mais lúcida e mais serena para estabelecer limites diante de um comportamento agressivo e violento.”

### **II.3. Discussão das vinhetas a partir de algumas contribuições teóricas sobre o ódio transferencial e contratransferencial**

Em uma breve análise das vinhetas, podemos observar que ambos os casos, muito diferentes entre si, têm em comum a violência e os sentimentos agressivos de Vania e L., que elas não conseguiam conter e que, pior ainda, se agravaram com as tentativas das terapeutas de intervir com a palavra e impor limites que as contivessem.

Do ponto de vista teórico, poderíamos pensar que a transgressão dos limites próprios do quadro terapêutico implicou um passo para a ação; e, considero que o mais grave foi, nos dois casos, a agressão física às suas terapeutas; como se fosse a única maneira que encontraram de revelar aspectos muito primitivos e dolorosos que Vania e L. não conseguiam tolerar; poderia ter sido também uma repetição de algum conflito a nível do seu mundo interior ou das suas relações, ainda não resolvido, que provocou nelas intensos sentimentos de ódio e raiva que foram depositados nas suas terapeutas através da identificação projetiva. Diante do grave desbordamento dos seus impulsos, o ataque a elas e ao setting e a impossibilidade de serem ouvidas, as terapeutas tiveram de estabelecer um limite, inclusive físico, entre elas e a paciente e dar por terminada a sessão, como forma de cuidar da sua paciente e de se protegerem da fúria incontrolável e do ataque massivo que se tinha desencadeado, numa tentativa de preservar o vínculo. Era necessário evitar que os mecanismos de projeção e de identificação projetiva continuassem operando. Foram situações-limite que produziram, a nível de contratransferência, intensos sentimentos de ódio, medo, impotência, raiva e desvalorização nas terapeutas, levando-as a sentir-se paralisadas na sua capacidade de pensar.

O apoio, o acolhimento, a empatia e a compreensão que o grupo proporcionou através da supervisão ampliada permitiram que as terapeutas fossem se recuperando dos ataques e reencontrassem a sua capacidade de pensar e a sua função de reverie; depois, pouco a pouco, foram reconhecendo, elaborando e contendo seus sentimentos contratransferenciais. Para poder expressá-los em palavras, compreendê-los e metabolizá-los e, só então, encontrar o momento para devolvê-los à paciente, ou seja, quando esta estiver pronta para ouvi-los, pensar e processá-los e, na melhor das hipóteses, continuar avançando no seu processo de desenvolvimento mental.

Com a elaboração da experiência e o processo de metabolização através do vínculo, da empatia e das interpretações da terapeuta, seria possível, no melhor dos casos, recuperar o vínculo, restabelecer o espaço transicional e transformar essa experiência emocional corretiva que ajude tanto pacientes quanto terapeutas.

Apresentarei a seguir várias contribuições de autores citados por Gabbard (1991) que nos permitirão reconhecer, pensar e compreender os sentimentos de contratransferência que as terapeutas sentiram.

Gabbard (1991) faz alusão à erosão real da competência técnica do analista e do trabalho analítico que pode ser causada pelo desejo consciente ou inconsciente do paciente de transformar o seu analista em um objeto mau, expresso através de aspectos transferenciais primitivos, o ódio, por exemplo, aos quais o analista tem de chegar; acompanhando o paciente até ao limiar do desespero, o que levará o analista a sentir-se questionado e desvalorizado. Bird (1972) afirma que esse é talvez “o único tipo de transferência no qual os impulsos mais profundamente destrutivos do paciente podem ser analisáveis”.

É precisamente nesses momentos, como vimos no material clínico, que as terapeutas se questionaram se poderiam ou deveriam (do ponto de vista ético) continuar atendendo os seus pacientes, duvidando da sua capacidade e eficiência. Foi muito importante para elas compartilhar com os outros membros do grupo essas dúvidas e reflexões. Se perguntavam se, após recuperarem as suas funções como terapeutas, seria possível retomar o vínculo e reforçar a aliança terapêutica, caso as condições estivessem reunidas ou, se seria melhor encerrar o processo, após explicitar e devolver às adolescentes e aos seus pais o que tinha ocorrido, os conteúdos mentais que lhes tinham sido depositados e o possível caminho a seguir para que as duas adolescentes pudessem continuar a sua tarefa de desenvolvimento.

Fleming (1961) enfatiza que o analista precisa conseguir uma cisão entre os aspetos observadores e os aspetos experienciais do seu eu de analista (Kris, 1956), sobretudo quando estes aspetos são ameaçados pelo poderoso processo de identificação projetiva (Gabbard, 1991). Também é muito importante a afirmação que Galdston (1987) faz a este respeito:

“o paciente não consegue superar isso sozinho, porque o ódio o une a um objeto do passado com a força de um rancor antigo que requer a transferência para poder diminuir a sua pressão. O analista logo será colocado no papel daquele que causou danos ao paciente e a única esperança que este último tem de superar a sua amargura e ressentimento é resolvendo tais sentimentos no âmbito da transferência”. (Gabbard, G., 1991, pp. 81-95).

Strachey (1993) afirma que “a única forma de quebrar o círculo vicioso é que a imagem projetada no analista através da transferência não se confunda totalmente com a real, para o que são necessários o setting analítico e a interpretação”. São estes que facilitarão a contenção e a possibilidade de devolver ao paciente esses conteúdos primitivos e transformá-los gradualmente através do vínculo paciente-analista. Acrescentaria que isso só será possível quando essa interpretação puder ser formulada e oferecida pelo analista e, ao mesmo tempo, pelo menos ser ouvida pelo paciente no interior do campo dinâmico desdobrado. Mas, nas vinhetas apresentadas, ocorreu exatamente o oposto, uma vez que Vania e L., com a sua atuação, atacaram e romperam o setting e agrediram o analista, paralisando a sua capacidade analítica, impedindo-o de pensar e interpretar, pela força da identificação projetiva massiva. Como vimos, diante desse ataque massivo (porque foi físico e verbal), restou às terapeutas apenas finalizar a sessão.

É preciso ressaltar, no entanto, que graças a um processo profundo e doloroso de análise dos seus sentimentos de contratransferência e da compreensão do que se tinha desenrolado e atuado na relação com os seus pacientes, as terapeutas conseguiram sobreviver a estes ao compreenderem, conterem e metabolizarem esses sentimentos e se recuperarem da fragilidade, do terror e da impotência que os seus pacientes lhes tinham incutido.

“Embora a situação varie de paciente para paciente, alguns deles, nos momentos mais regressivos da sua análise, utilizarão identificações projetivas patológicas para evacuar suas fantasias e afetos dolorosos e persecutórios na mente do analista, provocando nele reações de contra identificação projetiva”. (Grimberg, 1956, 1963, 1990) São nesses momentos que colocamos especialmente à prova nossa tolerância e capacidade de receber e conter fantasias e emoções”. (Grimberg, 1997, pp. 11-22)

Nesses momentos de turbulência desencadeada no campo analítico (Winnicott, 1947, 1969), propõe que o terapeuta tente ajudar os seus pacientes e façam uso delas como terapeutas, e a serem percebidos novamente como uma “figura verdadeiramente externa, fora do seu controle onipotente”, transmitindo-lhes que conseguiram sobreviver aos seus ataques e que não foram abandonadas pelo analista e que ele não está respondendo com atitudes retaliatórias, apesar do ódio e da desvalorização que lhes foram projetados; E, somente após um processo de metabolização, o analista poderá usar a interpretação para devolver ao paciente o que realmente lhe pertence, sendo isto o que curará o analista do conflito contratransferencial (Pichon Riviere, citado por Etchegoyen, 1993), permitindo-lhe recuperar-se dos sentimentos de ódio transferidos através da intensa e massiva projeção identificatória.

Voltando às vinhetas, a terapeuta de Vania precisou de vários dias para conseguir se recuperar de tudo o que lhe foi projetado e tomar uma distância saudável. E, depois de falar com a mãe de Vania e o seu psiquiatra, encontrar o momento e a forma adequados para devolver à sua paciente esses sentimentos dos quais ela tinha se defendido através da evacuação massiva e da sua atuação. Ajudaram neste processo o longo vínculo que existia entre as duas e a disposição da mãe para colaborar.

Infelizmente, no caso de L., nem ela nem os seus pais estavam dispostos a regressar e facilitar este processo de reintegração tão importante para eles, para a sua filha, bem como para a terapeuta; repetindo-se o círculo vicioso de desqualificação e abandono do processo terapêutico, que acabava de começar, colocando, mais uma vez, as graves dificuldades da adolescente e as deles, como pais, nas mãos de um terceiro.

Seguindo Gabbard (1991), que afirma que, ao trabalhar com pacientes com estas características, só na medida em que o analista consegue conter os sentimentos que surgem do paciente e de si mesmo — que podem estar carregados, como vimos, de hostilidade e ódio e ser muito intensos — é que poderá tomar consciência das múltiplas funções do ódio na transferência, o qual pode ocultar anseios de amor e aceitação do paciente (assim como a transferência erotizada pode ocultar uma enorme agressão para com o analista). Poderíamos pensar que, pelo menos no caso de Vania, foi o terror de ser rejeitada e abandonada e seu desejo de continuar sendo amada e aceita, que só puderam ser expressos através do ataque que desencadeou uma dinâmica muito intensa no campo analítico e na relação com a sua terapeuta.

Como vemos, a transferência, a contratransferência, a identificação e a contra-identificação projetivas são temas muito relevantes, mas escapam à possibilidade de serem revistos no presente trabalho.

#### **II.4. Algumas hipóteses formuladas a partir do material clínico**

Embora esta seja uma tarefa impossível, porque apenas temos o relato de um momento das sessões de Vania e de L., e porque, por razões de confidencialidade, a breve informação sobre as pacientes foi devidamente ocultada, podemos tentar apresentar algumas hipóteses ou presunções clínicas.

As situações críticas que se surgiram no processo de avaliação de L. e no processo terapêutico de Vania, tiveram que ver com o fato de que ambas, por diferentes motivos, quebraram o enquadramento terapêutico, transgrediram os limites e passaram à ação, possivelmente como a única forma que encontraram — naquele momento do seu desenvolvimento mental e das circunstâncias que estavam vivendo — para expressar seus sentimentos de raiva e frustração; tão intensos que ultrapassaram sua capacidade de controlar esses impulsos agressivos. Se poderia pensar também que comunicaram assim o seu desejo de interromper o processo terapêutico porque lhes era muito difícil e doloroso entrar em contato com esses aspectos do seu self, que eram certamente aqueles que a terapeuta lhes propunha e que elas não toleravam; também não conseguiam se acalmar porque estavam no meio de uma forte turbulência emocional.

Este tipo de comportamento surge frequentemente em pacientes que apresentam uma “patologia de déficit” (Killingmo, B., 1980, citado por Serrano, 2012), cujas carências precoces e/ou atuais se dramatizam na relação paciente-terapeuta, na transferência e na contratransferência. É importante também considerar a idade das pacientes, que poderia ser entendido como um fator predisponente, uma vez que ambas estavam vivendo e sofrendo seu processo de adolescência, o qual, como sabemos, produz uma mobilização emocional ligada a causas biológicas, psicológicas, educativas, sociais, entre outras. Em especial, devido às mudanças corporais, aos novos desafios que lhes são impostos pelo seu ambiente familiar, escolar e social, e pela dificuldade em lidar com estes e com o desbordamento dos seus impulsos sexuais e agressivos.

No que diz respeito a Vania, poderíamos levantar a hipótese de que ela também estava expressando sua dor, frustração e raiva diante de tantas perdas e separações através da sua atuação, ao não conseguir traduzi-las em palavras nem as expressar simbolicamente. Talvez estivesse testando se a ligação com a sua terapeuta e o próprio processo poderiam continuar e sobreviver a tudo isto.

No caso de L., poderíamos supor que existia um vazio mental que ela tentava esconder, inconscientemente, por trás de uma sensação e de uma atitude de onipotência e controle que, possivelmente, foram a causa dela ter ficado de fora de uma experiência escolar tão importante na sua idade. É possível pensar num ambiente familiar e escolar pouco acolhedor e na ausência ou deficiência de laços afetivos que a sustentassem e lhe impusessem limites, indispensáveis na adolescência. Assim, o seu comportamento poderia ser entendido como uma expressão da dor sentida pelas suas carências, resultado de falhas precoces. Talvez, nesse caso, tenha sido uma forma muito dramática de pedir ajuda e de procurar limites e contenção para os excessos produzidos pelas suas dificuldades em controlar os seus impulsos. Como diria Kanner (1971), os seus sintomas cumpriam a função de denúncia e de pedido de ajuda, como um SOS desesperado.

Ao tentar aprofundar a análise de Vania, a pré-adolescente de 11 anos, poderíamos dizer que a situação que era uma ameaça se transformou em oportunidade, coincidindo com o que afirma Grimberg, L. (1997) sobre o aspecto positivo da transferência negativa: "Oferece ao paciente a oportunidade de reviver, no reenquadramento psicanalítico, um sentimento de autonomia e de poder". Assim como de "diferenciar a hostilidade destrutiva daquela que não o é". (Em Vázquez, S., 2007, *Transições* 12, 2007). Uma vez que a terapeuta e a paciente conseguiram retomar a ligação que já tinham estabelecido há bastante tempo, após uma reunião com a mãe, que se mostrava bastante preocupada com a filha e empenhada no processo (e com o psiquiatra). Foi proposto retomar as sessões por mais alguns meses, após um reenquadramento, especialmente no que diz respeito aos limites, e conversar e compreender o que tinha acontecido; Vania também pôde pedir desculpa e ser acompanhada, por mais algum tempo, enquanto se adaptava à nova escola. Depois disso, despediram-se de forma adequada e ela foi encaminhada. Evitando assim deixá-la no ar.

Com L., a adolescente de 15 anos, foi mais complicado, uma vez que ainda não tinha sido estabelecida uma ligação terapêutica porque ela se encontrava num processo de reavaliação (várias intervenções terapêuticas e psiquiátricas anteriores não tinham dado resultado) e, apesar dos esforços da terapeuta para retomar as sessões, pelo menos para conversar e compreender o que tinha acontecido e despedir-se, isso não foi possível. Ela me fez pensar que poderia ter se beneficiado de um processo psicoterapêutico grupal institucional como Botbol. M. (2011) denomina "a empatia metafórica", quando fala da possibilidade de passar "do ato para o significado" no trabalho com adolescentes muito atores, em "situações limítrofes". Ele o descreve como um espaço psíquico ampliado aos familiares ou às instituições para aceder à problemática inconsciente do paciente, que é quase inacessível a partir de outros enquadramentos terapêuticos.

É interessante mencionar que, como quase sempre acontece quando participamos numa supervisão de grupo, as experiências ou o material clínico que algum dos membros do grupo apresenta e discute se transformam numa transmissão de conhecimentos e numa aprendizagem para os outros, que enriquecem e ampliam as suas capacidades para o trabalho clínico com outros pacientes. Esta poderia ser uma função adicional do espaço de supervisão ampliada, da qual outra colega do grupo mencionado deu conta ao relatar que, depois de ter passado pelas duas experiências apresentadas nas vinhetas, quando lhe chegou uma nova paciente adolescente com traços de personalidade e histórias semelhantes às de Vania e L., conseguiu se antecipar e abordá-la de outra forma, com mais elementos para pensar, compreender e ajudar. Poderíamos falar, então, de uma aprendizagem através do vivenciado a partir da sua contratransferência no espaço ampliado da supervisão e — também a partir da empatia e simpatia pelas suas duas colegas — que se expressaram no reverie grupal e no apoio emocional que lhes ofereceram, ampliando assim a sua capacidade de compreensão e intervenção terapêutica.

Posso afirmar, sem medo de errar, que foi a minha participação no grupo de supervisão entre pares com os meus colegas da APPNA, que mantemos há muitos anos de forma quase ininterrupta, que me permitiu aplicar o aprendido e reproduzir no contexto do trabalho o clima emocional de respeito, confiança, cuidado, criatividade e liberdade, contribuindo para a identidade grupal que se formou neste grupo de supervisão ampliada. Gear (1990) menciona quatro qualidades adicionais importantes para criar um clima “generativo” que também fariam parte do contrato implícito: “racionalidade, entusiasmo, cordialidade e serenidade, que ajudarão também a conter e metabolizar o pessimismo, a exasperação e o desespero” próprios da dor e do desbordamento psíquico, como aquele que nos foi transmitido pelas vinhetas.

### **III. Considerações finais**

#### **III.1. No que diz respeito à supervisão clínica**

Considero importante destacar o valor de escrever e sistematizar a experiência com os nossos pacientes ou com os colegas que supervisionamos, para aprofundar e atualizar os nossos conhecimentos teóricos e técnicos em benefício da nossa tarefa clínica.

Embora reconheça o valor da supervisão individual, reafirmo o benefício adicional da supervisão de grupo, que amplia o conhecimento e nutre a experiência clínica e pessoal dos seus participantes. Por isso, me juntando ao que foi proposto por vários autores, considero que a supervisão de grupo pode ser uma modalidade valiosa a ser implementada nos institutos ou instituições de formação de terapeutas ou analistas.

Com base na minha experiência e nas contribuições acima mencionadas, penso que é aconselhável que, como parte da nossa ética profissional e do compromisso com os nossos pacientes, todos os terapeutas e analistas mantenhamos a supervisão clínica — seja individual ou em grupo — ao longo do nosso exercício profissional para trabalhar, entre muitas outras coisas, os nossos pontos cegos e os nossos conflitos de contratransferência.

Sugiro, como membro da APPPNA, que criemos um espaço para analisar as novas contribuições sobre a supervisão através de grupos de estudo e seminários.

Recomendo aos terapeutas que assim o desejem que formem e participem de um grupo de supervisão entre pares, pois proporciona um apoio emocional e é um espaço de reflexão, escuta e contenção que enriquece a todos, independentemente da idade ou experiência.

### **III.2. No que diz respeito à proposta de supervisão ampliada**

Me pergunto: se a identidade do grupo e as características dos seus membros fossem outras, seria possível um enquadramento ampliado? Valaria a pena tentar, se surgisse a oportunidade. E, ao mesmo tempo, considero que seria muito interessante aprofundar mais o seu estudo, a partir das contribuições de René Kaës, uma vez que o conceito de dispositivo por ele utilizado poderia nos permitir compreender melhor a dinâmica grupal que se produziu no âmbito desta proposta.

Considero que a minha experiência como parte do Grupo de Supervisão entre Pares da APPPNA, bem como as características, a personalidade dos membros e a identidade grupal, foram o que me permitiu pensar e propor a ideia da supervisão grupal ampliada, na qual participei facilitando o clima de trabalho em que a tarefa foi sendo desenvolvida e, como parte dela, essa ampliação espontânea.

Achei sugestivo e muito valioso o papel que o chat de grupo desempenhou nesta experiência de supervisão e, dado o seu uso quase generalizado na clínica atual, considero que já faz parte do material de alguns pacientes, demonstrando sua utilidade. Apresento isto a partir da experiência de análise de uma jovem adolescente cujas mensagens me chegavam sempre com o ícone que era uma foto dela, que variava de acordo com o seu estado de espírito, tornando-se outro elemento importante no vínculo.

Tudo isto me leva a pensar que o uso e a utilidade do chat no trabalho de supervisão e — em geral, na nossa prática clínica — nos abre possibilidades muito interessantes de comunicação com os nossos pacientes, os seus pais, professores e os nossos colegas; como se fosse uma forma atualizada, graças à tecnologia, do que era a correspondência de Freud com o pai de Juanito. É também uma ferramenta útil para registar o material e sistematizá-lo.

Por fim, como membro da APPPNA, agradeço a oportunidade de publicar este trabalho na Revista Intercâmbio Psicanalítico e também aos colegas que me ajudaram a refleti-lo na supervisão entre pares: Mati Ureta de Caplansky, María Antonieta Pezo, César Estrella, Roxana Navarro, Rosario Zuzunaga, Daniela Maya, Carolina del Castillo, Claudia Torrejón e Gabriela Vázquez.

Referências bibliográficas

- BION, W. R. (1967). Second thoughts. William Heinemann. (Trabajo original publicado en 1962).
- BOLLAS, C. (1987). La sombra del objeto: Psicoanálisis de lo sabido no pensado. Amorrortu.
- BOTBOL, M. (2011). Psicoterapia por el entorno con los adolescentes limítrofes: La empatía metaforizante del acto al sentido. <http://www.sepypma.com>
- CASEMENT, P. (1990). Aprender del paciente. Amorrortu.
- CATZ, H. (2026). A partir de un garabato [Taller]. APPPNA.
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (2007). En L. E. Rubinstein (Ed.), Talking about supervision: 10 questions, 10 analysts = 100 answers. Karnac Books.
- DA ROSA SILVA, M., HALLBERG, A., STEIBEL, D., VON MEGDEN, P., & PEREIRA, K. (2012). Presentación de material clínico de supervisión grupal: Relato de una experiencia. Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, 37, 261-271.
- ETCHEGOYEN, H. (1993). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Amorrortu.
- FALVY, M. (2011). La alianza terapéutica en pacientes difíciles [Manuscrito no publicado].
- GABBARD, G. O. (1991). Enfoques técnicos del odio transferencial en el análisis de pacientes fronterizos. Libro anual de psicoanálisis, 7, 81-95.
- GEAR, M. C., BIBRING, E., LEVINSON, E., et al. (1990). Supervisión terapéutica: Análisis y síntesis de un caso clínico. Paidós.
- GRIMBERG, L. (1975). La supervisión psicoanalítica: Teoría y práctica. Paidós.
- GRIMBERG, L. (1997). ¿Es la transferencia temida por el psicoanalista? Libro anual de psicoanálisis, XIII, 11-22.
- GRUPO DE SUPERVISIÓN DE PARES DE LA APPPNA. (2012). Supervisión de pares. Revista Transiciones, 17, 81-89.
- KANNER, L. (1971). Psiquiatría infantil (3.ª ed. en español; trabajo original publicado en 1935). Psique.
- PARRES, M. (2007). En L. E. Rubinstein (Ed.), Talking about supervision: 10 questions, 10 analysts = 100 answers. Karnac Books.
- PEZO, M. A. (2020). O dispositivo grupal e a supervisão psicoanalítica [Manuscrito no publicado].
- SERRANO DE DREIFUSS, O. (2012). La supervisión en la formación y el cuidado del terapeuta. Revista Transiciones, 17, 91-99.
- SOTO DE DUPUY, E. (2007). Dania y los piojitos blancos: Una reflexión acerca del odio en la transferencia. Revista Transiciones, 12, 51-63.
- SOTO DE DUPUY, E. (2025). La importancia de la supervisión en la clínica actual: En especial para analizar y comprender la transferencia y contratransferencia negativa [Trabajo presentado en el XIII Congreso de FLAPPSIP].
- STRACHEY, J. (1934/1993). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. International Journal of Psychoanalysis, 15, 127-159.
- UNGAR, V., & BUSCH, L. (2003). Supervisión: Continente-contenido. Libro anual de psicoanálisis, XVII, 131-140. Escuta.
- VÁZQUEZ, S. (2007). La transferencia y la contratransferencia negativa en el trabajo con niños límites: Importancia del encuadre analítico. Revista Transiciones, 12, 65-75.
- WINNICOTT, D. W. (1947/1981). El odio en la contratransferencia. En Escritos de pediatría y psicoanálisis. Laia.
- WINNICOTT, D. W. (1969/1979). Contratransferencia. En El proceso de maduración en el niño. Laia.
- WINNICOTT, D. W. (1972). Realidad y juego. Granica.
- WINNICOTT, D. W. (1979). El proceso de maduración en el niño. Laia.