

Transferência e resistência em uma psicoterapia psicanalítica interrompida

Michael Henrique de Souza Lima
Alexandre Fachini

Resumo: As diversas formas de transferências conhecidas são descritas como estratégias (inconscientes) que mascaram conteúdos internos do sujeito. Quando estes aparecem na sessão, por meio da transferência, cabe ao terapeuta encontrar o caminho para entendê-la e manejá-la para o benefício da relação psicoterapeuta-paciente. O objetivo foi descrever, de acordo com a experiência de um atendimento em psicoterapia de orientação psicanalítica interrompida, aspectos relevantes sobre o papel da transferência e seus desdobramentos. A transferência evidenciou com clareza a repetição, na relação terapêutica, de relações vazias e de abandono pregressas do paciente. Percebeu-se também a resistência do paciente em acessar tais conteúdos inconscientes e conflitivos. A experiência deixou clara a importância da transferência e da resistência na psicoterapia e que se ambas forem bem manejadas pelo terapeuta, podem servir-lhe de ferramenta capaz de conduzir o paciente no caminho de seus conteúdos latentes.

Palavras-chave: transferência, resistência, psicoterapia psicanalítica.

Transference and resistance in an interrupted psychoanalytic psychotherapy

Abstract: The various forms of known transfers are described as (unconscious) strategies that mask the subject's internal contents. When they appear in the session, through transference, it is up to the therapist to find the way to understand it and to manage it for the benefit of the patient-psychotherapist relationship. The objective of this study was to describe, according to the experience of an interrupted psychoanalytic oriented psychotherapy, aspects relevant to the role of transference and its consequences. The transfer clearly showed the repetition, in the therapeutic relationship, of empty relations and previous abandonment of the patient. The patient's resistance in accessing such unconscious and conflicting contents was also perceived. Experience has made clear the importance of transference and resistance in psychotherapy, and if both are well managed by the therapist, they can serve as a tool capable of leading the patient in the path of their latent contents.

Keywords: Transference, resistance, psychoanalytic psychotherapy.

Introdução

O termo transferência não é exclusivo da Psicanálise. Inúmeras áreas do conhecimento se utilizam deste conceito ao se referir a uma ideia de deslocamento ou transporte de um lugar para o outro, sendo este sentido também compartilhado pela psicanálise. Utilizada pela primeira vez por Sigmund Freud em 1895, a transferência foi, gradualmente, sendo compreendida como uma forma de resistência pelo paciente ao progresso da análise e essencial para psicanálise (Roudinesco & Plon, 1998; Sripada, 2015). Não à toa, é vista como um processo carregado de obstáculos na relação da dupla analista-paciente, e a forma como o terapeuta a percebe interferirá em como ela será manejada (Aguiar, 2016; Frank, 2012; Melgaço et al., 2014).

Freud passou a observar a transferência de maneira a apreender suas implicações no tratamento e compreensão dos fenômenos psicológicos. Nesse sentido, a transferência se transforma em importante instrumento de trabalho para o analista (Fernandes, 2016; Santos, 1994). Pela via transferencial, o paciente, de forma inconsciente, busca evitar conteúdos da sua sexualidade infantil que ainda permanece *“ligada às zonas erógenas, as quais, na evolução normal, já deveriam estar desligadas”* (Isolan, 2005, p.188).

Em 1912, Freud começa a versar sobre a transferência positiva, transferência negativa e transferência mista. Nesse mesmo ano, na obra *“A dinâmica de transferência”*, o autor relatou com maior profundidade sobre esse assunto, distinguindo cada uma de suas formas. A primeira (positiva) era feita de amor e ternura, enquanto a segunda (negativa) era carregada de sentimentos agressivos e hostis, e, finalmente, a terceira (mista) era reproduzida pelos sentimentos ambivalentes de amor e ódio (Robert & Kupermann, 2012; Roudinesco & Plon, 1998). Assim, percebe-se que a transferência se origina no paciente e o terapeuta deve saber manejá-la para que a partir dessa articulação possa haver melhor compreensão do processo terapêutico (Aguiar, 2016; Carneiro, Pena & Cardoso, 2016; Melgaço et al., 2014; Oliveira, Teixeira & Dauer, 2017).

Dois anos mais tarde, a partir dos seus estudos sobre neurose infantil, Freud elaborou o termo neurose de transferência. Tal fenômeno teria origem no fim da produção de novos sintomas pelo paciente na psicoterapia e que, como consequência, surgiriam novos sintomas substitutivos ao anterior, mas diretamente relacionados ao analista e seu ambiente (Almeida & Atallah, 2008; Freud, 1914/1996; Pena, 2007; Roudinesco & Plon, 1998; Zimerman, 2008).

Destarte, pensando na prática clínica, Freud enfatizou a importância das intervenções do analista propondo a mudança nas repetições que o paciente, de forma inconsciente, repetidamente apresenta nas sessões. Assim, o terapeuta deve superar as resistências do paciente expressas através da neurose de transferência (Almeida & Atallah, 2008; Freud, 1914/1996; Pena, 2007; Robert & Kupermann, 2012; Roudinesco & Plon, 1998; Zimerman, 2008).

Logo, Freud abordou modos de superar essa resistência e que a elaboração desse evento seria uma forma de lidar com a mesma. Quando o paciente começa a repetir os eventos nas sessões, o analista deve ter a condição de trazer para o plano consciente ou para a racionalização. Desta forma, é oferecida ao paciente a possibilidade de elaborar lembranças e repetições, proporcionando a conexão com outras ideias inconscientes (Almeida & Atallah, 2008; Araújo & Silva, 2014; Cruz & Souza, 2017; Pena, 2007).

Assim, a questão que se coloca é que a transferência é a própria resistência, pois, na medida em que o trabalho da psicanálise libera a libido da repressão, tem início um conflito entre esses dois aspectos: a libido (que quer fluir) e as forças repressoras. Nesse processo, a resistência encontra o amor diante de si e se serve dele exacerbando suas manifestações com novas edições de conteúdos reprimidos. Remontar estes afetos às suas origens inconscientes é favorecer que o amor transforme o paciente e este restabeleça sua capacidade de amar. O processo terapêutico é, portanto, um espaço privilegiado

para o reordenamento daquilo que foi vivido, permitindo que a expressão dos conteúdos reprimidos adquiram a sensação de atualidade na transferência.

Nesse sentido, este artigo tem como objetivo relatar alguns aspectos relevantes sobre o papel da transferência e da resistência em uma psicoterapia de orientação psicanalítica interrompida pelo paciente. A partir da descrição dessa vivência clínica, buscou-se estabelecer as dificuldades impostas pela resistência no processo transferencial e o avanço no tratamento do paciente, destacando seus aspectos infantis.

História de Oliver

O paciente, a quem chamarei Oliver, tem 33 anos, é um homem com formação de ensino superior, bom emprego e reside com a avó. Sua procura pela psicoterapia foi motivada pelo sofrimento que estava passando após o término de um namoro, que o “*abalou muito*”. Na entrevista inicial, percebe-se que um dos motivos da procura pelo atendimento era o de ser ouvido. Oliver parecia querer contar sua história e seu sofrimento para alguém que tivesse paciência em ouvi-lo e que não o julgasse.

O que você espera das nossas sessões de psicoterapia? (T)
Espero sua escuta. Já contei muito a minha história de sofrimento após o fim do meu relacionamento para meus amigos e colegas de trabalho, porém, todos já não querem mais me ouvir. Espero que você não se canse de mim como eles se cansaram. (P)

Esse trecho sugere que Oliver percebe na relação com seus amigos que pode ter se tornado uma pessoa cansativa e repetitiva. Aliás, parece que ele fez essa imagem de si mesmo e espera que o terapeuta possa ser (e ter) o que os amigos não foram (e nem tiveram), incluindo a própria família. Além disso, é possível perceber o quanto esse fragmento clínico evidencia a relação transferencial que está imergindo nesse início de psicoterapia.

Essa ideia foi se confirmando ao longo das sessões. Oliver talvez estivesse buscando um espaço ou uma relação na qual pudesse revisitar abandonos ou perdas remotas registradas nas suas lembranças. No decorrer da narrativa de sua história de vida, ele relatou que havia perdido sua mãe ainda jovem, com 10 anos de idade: “[...] *ela era ‘alcoólatra’, mas, minha relação com ela era boa. Às vezes, ficávamos tristes quando íamos sair com ela e sempre ela nos dava trabalho, bebia muito*” (P).

Essa fala, inicialmente, parece sugerir um alívio, mas na verdade ela está carregada de ambivalência. Oliver disse gostar da sua mãe, mas durante as sessões de psicoterapia, não deixou claro seus sentimentos por ela. Sempre que se referia a sua mãe, Oliver o fazia de forma sucinta e superficial, talvez numa tentativa de não se deparar com possíveis conflitos internos decorrentes dessa ambivalência, preservando a imagem da figura materna.

Os pais de Oliver se divorciaram quando ele ainda era bebê. Anos mais tarde, o pai justificou a separação para o paciente, alegando passar vergonha com o abuso de bebida alcoólica pela mãe. A perda da mãe aos 10 anos de idade obrigou Oliver a morar com seu pai que estava em outro casamento. Seu pai disse que iria cuidar dele, porém, com

o passar do tempo, julgava que o pai não estava fazendo seu papel de forma suficiente. Diante disso, Oliver decidiu morar com sua avó.

Meu pai foi embora para São Paulo, teve outro casamento, aliás já está no terceiro casamento. Quando minha mãe morreu o meu pai me chamou para ir morar com ele, disse que ia cuidar da gente (eu e meus dois irmãos). Quando chegamos lá, fomos bem desprezados por ele, tudo que ele prometeu não cumpriu nada. (P)

De forma semelhante, mãe, pai e depois amigos pareciam não corresponder ou satisfazer às necessidades relacionais de Oliver. A insuficiente continência das relações de objeto descritas anteriormente lhe provocaram sentimentos de desconfiança, além de uma profunda carência e vazio. Essa ideia lançou uma responsabilidade ainda maior sobre o terapeuta, uma vez que, transferencialmente, essa cobrança aconteceria, conforme ele mesmo anunciou no seu objetivo de busca pela psicoterapia, descrito no início dessa seção.

Sua desistência do processo de psicoterapia sugere que isso aconteceu. Ele foi atendido uma vez por semana durante quatro meses, ocasião em que resolveu interromper a psicoterapia. No decorrer do tratamento, Oliver teve apenas duas faltas, sendo uma justificada pela necessidade de uma viagem e outra por ter esquecido. Quando resolveu parar a psicoterapia, argumentou, dizendo: “[...] *todo o tempo que estou vindo aqui, acredito que nada mudou em mim, acredito que não está me ajudando e tudo de bom que aconteceu comigo nesses últimos tempos, foi sorte, acho que não preciso mais vir aqui [...].*” (P)

Oliver estava sofrendo com o fim de um relacionamento que teve a duração de três meses. Relatou na sessão que estava se sentindo incompleto, com um vazio dentro de si e que não estava achando alternativas para preenchê-lo. Começou a perceber que, após o fim do seu relacionamento, sua rotina passou a não ter mais “graça”:

Às vezes penso que não estou mais completo desde o fim desse relacionamento. Não sei, mas às vezes parecia que tínhamos uma química muito grande. Os pensamentos e os gostos dela eram os mesmos que os meus. Quando eu ia falar algo, ela estava pensando exatamente igual, parecia que tirava as palavras da minha boca. (P)

Ele teve sua primeira namorada aos 17 anos, teve sua primeira relação sexual aos 20 (ele considera ter sido bem tarde). Durante sua vida teve 3 namoradas, as quais, nas sessões, referia-se da seguinte maneira: a primeira de “1”, a segunda de “2” e a terceira de “3”. Essa referência mostra o distanciamento afetivo criado por Oliver como blindagem, em um esforço mental aparentemente falho, conforme seu sofrimento revela.

Justifica, racionalmente, seu maior sofrimento pelo término do relacionamento com a “3” devido à frequência e intimidade sexual. Com “1”, a frequência das relações sexuais eram bem diversificadas, ou seja, aconteciam embora poucas vezes. Com a “2”, apesar dos seis anos e meio de relacionamento, nunca teve relação sexual. Com a “3”, as relações eram frequentes.

No âmbito familiar, poucas vezes falou sobre seus irmãos e seus pais, e quando era explorada essa questão, sempre encontrava um caminho para mudar de assunto. Nas

sessões, só falava de suas ex-namoradas e do seu emprego (que era gerenciado por uma mulher).

Oliver não tem muitos amigos. Dizia que todos já haviam casado e os que restaram ele tinha praticamente perdido o contato. Encontrava os amigos apenas nos shows marcados de sua banda de rock.

Evolução do caso clínico

Na primeira sessão, o paciente se mostrou comunicativo com facilidade em se expressar sobre sua demanda explícita, sobre sua vida, seus relacionamentos e sobre seu trabalho. Entretanto, mostrou certa dificuldade em falar sobre a família, exceto sobre sua avó que o criou.

No decorrer das sessões, seus relatos se tornaram repetitivos. As sessões começaram a ter um tom mais desvitalizado na medida em que Oliver repetia de forma concreta os mesmos conteúdos sobre seu último relacionamento, que havia sido encerrado pela namorada por telefone.

A partir da 6ª sessão, o paciente demonstrou sua forma concreta de ver a vida e sua dificuldade em despojar-se de seus sentimentos era bem notória, configurando assim, de acordo com Robert & Kupermann (2012), a resistência. Neste movimento, o paciente sente o desprazer em ativar os conteúdos conflitivos, resistindo-o em manifestá-los. A consequência da sua imaturidade emocional era uma carência afetiva muito grande e em seus relacionamentos a busca por essa satisfação era intensa, mas quando se deparava com suas frustrações, não sabia como continuar e, às vezes, até se sentindo incompleto: *“ela me completava, eu estava dependente dela.”*(P)

Já na primeira sessão, o paciente começa a projetar na relação terapêutica suas angústias anteriores, quando disse o que espera das sessões: *“Espero que você me escute que você não canse disso, pois muitos amigos já se cansaram.”*(P)

Oliver começou a mostrar uma insatisfação muito grande pelos atendimentos, mesmo o terapeuta não cansando de ouvi-lo e de não julgá-lo. Ele estava à procura de algo pronto, um remédio para a cura da dor que sentia pela perda da sua ex-namorada.

Ao longo dos atendimentos, os assuntos começaram a se repetir, de forma categórica. De acordo com Melgaço et al. (2014), o paciente repete usando-se da atuação e demonstra através dos seus atos nos processos psicoterápicos pela via da transferência como fragmento da repetição. Oliver começou a falar sobre os dias da semana e seus acontecimentos como em um relatório, apenas. Houve a tentativa de mostrar isso para ele: *“Em todas as nossas sessões você sempre trás os assuntos de forma concreta, categorizando assim, segunda, terça, quarta, etc... e por trás disso tudo, como você se sente?”*(T)

De uma forma bastante fria e objetiva, ele respondeu, referindo-se aos seus sentimentos em relação a si próprio: *“Me sinto normal, é isso que acontece comigo.”*(P)

Percebeu-se o aspecto da resistência inerente ao processo da transferência na relação, ou seja, do seu uso como um recurso do paciente a fim de que o conflito permaneça inacessível (Santos, 1994). Quando surgiu a situação transferencial, uma ansiedade começou a se manifestar no terapeuta que, de acordo com Zimerman (2008), é um processo experimentado por direito pela parte do terapeuta, pois antes de ser psicólogo, ele é humano.

A partir disso, antes de se iniciarem as sessões, já era notório o sentimento de pressão em como lidar com a questão, pois a dificuldade de acessar o material conflitivo do paciente era gerador de angústia e a consequência era uma relação tensa. E, uma das formas para lidar com a situação, foi a tentativa da retomada da confiança anterior do paciente, com o objetivo dele associar e permitir o florescer das questões afetivas, que são importantes ao trabalho clínico (Robert & Kupermann, 2012). Assim, foi questionado: *“Qual o sentimento que você teve com a morte da sua mãe?”(T)*

“O fato de eu ter me despedido dela no hospital me ajudou bastante. Foi isso.”(P)

Percebia-se uma barreira grande quanto a esses assuntos, apontando novamente a sua resistência, que se caracterizava pela ausência de condições em acessar os conteúdos inconscientes (Zimmerman, 2008). Além disso, em todas as sessões subsequentes, ele sempre questionava se os assuntos seriam os mesmos e em um dos encontros foi dito a ele que os assuntos seriam tratados de acordo com seus interesses e necessidades. Afirmou-se: *“Oliver, nós conversaremos sobre assuntos do seu interesse, você trás os assuntos, e sobre eles falaremos.”(T)*

Tentou-se mostrar que ele trazia os conteúdos conversados em sessão e, se tudo estava se repetindo (no seu entendimento), o motivo era a falta de motivação em por em “jogo” os seus sentimentos de vazio, insegurança e carência (Araújo & Silva, 2014; Cruz & Souza, 2017). Mas a cada vez que havia a tentativa de algo para trazer sua demanda interna, sua resistência se tornava mais forte, impedindo de dissolvê-la nos atendimentos. Assim, na última sessão ele disse que teria uma notícia ruim para tratarmos. Parece que já era sentido por parte do terapeuta que os atendimentos estavam se encerrando ali, naquele momento. Ele disse:

O tempo que estamos aqui em atendimento, nada mudou em mim, acredito que não está me ajudando em nada e tudo de bom que aconteceu comigo, foi sorte, acho que não preciso mais vir aqui. Nas últimas sessões só repetimos os assuntos e eu achava que você ia me direcionar para algo, me aconselhar, dizer o que eu tinha que fazer. Acredito que essa seja uma sessão de despedida. (P)

Nesse momento, o papel do terapeuta se restringiu em apontar o movimento presente nessa sessão de “despedida”. Havia sido mostrado ao paciente, pelo terapeuta, que sua verdadeira e profunda necessidade a ser trabalhada em sessão era, de forma inconsciente, distanciada por Oliver. Assim foi dito:

A intenção nos nossos encontros não é dizer o que você tem ou não que fazer. Estou aqui para que juntos possamos encontrar formas de lidar com os seus sofrimentos, angústias, etc..., não podemos pregar para você o melhor caminho, por onde e como passar pelos sofrimentos. Mas juntos nós poderíamos tentar elaborar uma visão diferente da questão atual. Nos relatos da sua história percebi que tudo isso te marcou: a perda da sua mãe e a ausência do seu pai. Pode ser que a sua busca constante seja por algo que faltou lá atrás, um carinho de mãe, pai, um alguém para te abraçar, cuidar, motivar, acreditar em você. (T)

A fala do paciente, após o parecer de todo o tempo do processo foi: “*Sim, agora eu entendo, concordo com isso.*”(P)

Por diversas vezes tentou-se mostrar isso tudo para ele, com a expectativa de que ele pudesse se entender e ver o motivo do seu sofrimento e a sua necessidade de alguém para ajudá-lo, mas de forma resistente, ele não conseguia compreender. A sua história se resume à solidão. Nessa fala ficou evidente a afirmação de Roberto & Kupermann (2012) de que os pacientes em situação transferencial aceitam as interpretações dos psicoterapeutas, porém não conseguem associá-las.

Oliver estava preso aos cuidados de uma ex-namorada que, de forma repentina, entrou em sua vida assumindo o papel de mãe, dando-lhe tudo que era necessário, tornando-se possivelmente uma “mãe suficientemente boa” (Araújo & Silva, 2014; Lobo, 2008). Mas a cada sessão era o mesmo discurso: “*Em relação a 3 (sua última namorada) tudo continua a mesma coisa, estou sofrendo ainda.*”(P)

Entendendo que todas as repetições estavam a serviço dos sintomas recalcados. Objetivou-se nas sessões buscar, junto ao paciente, algumas formas de compreensão dessa resistência e, em seguida, a possibilidade de elaborá-la e, conseqüentemente, superá-la. Entretanto, como já descrito, o paciente não conseguia compreender (Aguiar, 2016; Araújo & Silva, 2014; Carneiro et al., 2016; Oliveira et al., 2017; Robert & Kupermann, 2012).

Considerações finais

Essa experiência clínica mostrou com clareza que os conceitos de repetição e transferência são indissociáveis. Além disso, o aspecto da resistência presente na transferência revelaram dificuldades no processo da psicoterapia que aos poucos se tornaram mais claras quanto à necessidade de Oliver em resignificar, na sua relação com o terapeuta, o sentimento de abandono ou subvalorização.

Assim, o processo de resistência e de transferência se evidenciaram na medida em que o paciente cessava a produção de novos sintomas e não conseguia acessar seus conteúdos implícitos guardados no inconsciente. Entretanto, a dificuldade em manejar a relação transferencial e as resistências inerentes ao processo terapêutico impediu que o desfecho pudesse ser diferente. Nesse sentido, o manejo da transferência e do entendimento da resistência se mostrou de grande importância para a efetividade do tratamento psicoterápico.

Essas reflexões sobre a transferência e resistência no processo analítico se assemelham à imagem de uma flor que embeleza e dá sentido nas relações psicoterapeuta-paciente. Quando a flor se abre e é vista com toda a sua formosura, motiva, inspira desenvolve e cresce. Por outro lado, quando começa a morrer, e não há forma de trazê-la à vida, é repleta de *prioris*, que, mecanicamente, tendem a mascarar o tempo presente das relações. Nesse caso, ela angustia, pesa e emperra as relações no *setting* terapêutico. Conforme Freud nos ensinou: “*o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu ou reprimiu, mas o expressa pela atuação ou atua-o. Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem naturalmente saber o que está repetindo*” (Freud, 1914/1996, p.196).

Referências

- Aguiar, F. (2016). Psicanálise e Psicoterapia: o Fator da Sugestão no “Tratamento Psíquico”. *Rev. Psicologia Ciência e Profissão*, 36 (1), 116-129.
- Almeida, L. P. de & Atallah, R. M. F. (2008). O conceito de repetição e sua importância para a teoria psicanalítica. *Ágora*, 11 (2), 203-218.
- Araújo, C. A. & Silva, B. C. (2014). Das relações iniciais entre interpretação e transferência no desenvolvimento do método freudiano. *Psicologia Ciência e Profissão*, 34 (3), 704-714.
- Carneiro, A. B. F., Pena, B. F. & Cardoso, I. M. (2016). Entrevistas preliminares: marcos orientadores do tratamento psicanalítico. *Reverso*, 38 (71), 27-36.
- Cruz, A. & Souza, H. (2017). Acerca das resistências à psicanálise: um impasse que atravessa a universidade. *Revista Docência do Ensino Superior*, 7 (1), 110-123.
- Fernandes, A. B. (2016). *Transferência e contratransferência em contexto psicoterapêutico: identificação das características e dos momentos de emergência em processo de supervisão*. Dissertação em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra, Portugal.
- Frank, G. (2012). On the concept of resistance: analysis and reformulation. *Psychoanalytical Review*, 99 (3), 421-435.
- Freud, S. (1914). Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. “*Recordar, repetir e elaborar*”, XII, 161-171, 1996.
- Isolan, L. R. (2005). Transferência erótica: uma breve revisão. *Rev. Psiquiatria Rio Grande do Sul*, 27 (2), 188-195.
- Lobo, S. (2008). As condições de surgimento da “Mãe Suficientemente Boa”. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42 (4), 67-74.
- Melgaço, P., Moreira, J. O., Araújo, E. C. M., Vasconcelos, M. A. M., Tavares, P. R. & Pompeu, M. (2014). Da atuação de psicólogos orientados pela psicanálise à relação transferencial nas medidas socioeducativas: considerações para uma prática. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 3 (5), 115-136.
- Oliveira, M. E. B., Teixeira, I. F. & Dauer, É. T. (2017). A experiência de estágio profissionalizante I e II na clínica psicanalítica: Um saber que também é da ordem do não saber. *Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)*, 3 (1), supl. 1.
- Pena, B. F. (2007). As vicissitudes da repetição. *Reverso*, 29 (54), 83-87.
- Robert, P. P. & Kupermann, D. (2012). Dor e resistência na clínica psicanalítica: o manejo das transferências negativas em Freud. *Cadernos de Psicanálise*, 34 (26), 37-49.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Santos, M. A. (1994). A transferência na clínica psicanalítica: A abordagem Freudiana. *Temas em Psicologia*, 2 (2), 13-27.
- Sripada, B. (2015). Essential Psychoanalysis: Toward a Re-Appraisal of the Relationship between Psychoanalysis and Dynamic Psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 43 (3), 396-422.
- Zimmerman, D. E. (2008). *Manual de Técnica Psicanalítica: uma re-visão*. Porto Alegre: Artmed.

Recebido em: abril de 2017

Aprovado em: outubro de 2017

Michael Henrique de Souza Lima: Psicólogo formado pela Universidade de Araraquara – Uniara Rua Adail Posca, 790, Jardim Aurora, Ibitinga-SP, 14940.000, 16 – 98243-9056.

Alexandre Fachini: Psicólogo, Mestre e Doutor em Saúde Mental pela Universidade de São Paulo – USP Rua Carlos Gomes, 1338, Centro, Araraquara-SP, 14801-340, 16 – 98136-9426.

Endereço para contato: michael.psi@hotmail.com