

OMNIA

SAÚDE

BARBOSA, Marielle Kellermann . A contratransferência como instrumento na clínica contemporânea das “Vidas Secas”. Omnia Saúde, v.8, n.2, p.01-11, 2011.

A CONTRATRANSFERÊNCIA COMO INSTRUMENTO NA CLÍNICA CONTEMPORÂNEA DAS “VIDAS SECAS”

COUNTER-TRANSFERENCE AS AN INSTRUMENT IN “VIDAS SECAS” CONTEMPORARY CLINIC

Marielle Kellermann Barbosa
Psicóloga (FFCLRP/USP)

Membro filiado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo

RESUMO

Este é um estudo reflexivo sobre o que torna possível a psicoterapia psicanalítica hoje, na clínica contemporânea tão diversa da que descreveu Freud em seus primeiros casos. Proponho a utilização da contratransferência como instrumento de escuta e possibilidade de encontro entre analista e seus pacientes ‘difíceis’. Para tanto, tomo a contratransferência como proposta por Heimann, uma resposta emocional do analista que pode ser utilizada como ferramenta de trabalho e instrumento de pesquisa do inconsciente do paciente. Recortes de um caso clínico foram utilizados como material para reflexão.

Palavras-chave: contemporaneidade, contratransferência, pacientes difíceis.

ABSTRACT

This is a reflexive research on what makes psychoanalytic psychotherapy possible today, in a contemporary clinic that is as diverse as Freud described in his first cases. I propose the use of counter-transference as a listening instrument and a possibility of an encounter between the analyst and ‘difficult’ patients. Therefore, I consider counter-transference as it is proposed by Heimann: an emotional response from the analyst that can be used as a work tool and as an instrument to research the patient’s unconscious. Some parts of a clinic case were used as material for the analysis.

Keywords: contemporaneity; counter-transference; difficult patients.

**A grande limitação: ter a si mesmo como instrumento,
como meio de expressão.
Liv Ullmann**

(Liv Ullmann (1977/2008, p. 183), atriz norueguesa, escreve, em sua autobiografia, sobre a dificuldade do trabalho como atriz. Seu trabalho é interpretar).

INTRODUÇÃO

A histeria foi, na virada do século retrasado, o adoecimento psíquico sobre o qual Freud (1893/1969) debruçou-se e a partir do qual construiu tanto teoria quanto técnicas psicanalíticas, Freud (1909[1910]/1969). Elisabeth Von R. pediu que Freud se calasse para que ela pudesse falar, o que demonstra seu anseio em expressar conflitos, ideias, emoções que a perturbavam, o que aponta para a característica de recalque da histeria e inaugura uma regra básica da técnica psicanalítica, a associação livre.

O analista que inicia seu trabalho clínico hoje se depara, em sua maior parte, com pacientes silenciosos. Não me refiro aqui a pacientes necessariamente calados, mas a pacientes silenciosos de sentido, simbolicamente pobres, pois como coloca Figueiredo (2003, p. 62), “não é a condição de falante que garante que é de linguagem que se trata quando um paciente abre a boca”.

Enquanto a histeria marcou uma solução de compromisso entre determinada pulsionalidade sexual e os impedimentos que a sociedade/realidade impunha no final o século XIX na Europa, as queixas psicossomáticas, os transtornos alimentares e os relatos de sentimentos de vazio apontam para outro tipo, diferente, de sofrimento psíquico comum na contemporaneidade. Talvez Elisabeth Von R. não pedisse, hoje, para que seu médico se calasse, mas que lhe desse respostas e remédios.

A literatura que trata de ‘pacientes difíceis’ parece a mais adequada à clínica que pretendo discutir. Mas seria essa clínica formada por uma parcela de pacientes que contam com determinado tipo de diagnóstico sobre os quais escreve Rosenfeld (1987/1988) em seu livro *Impasse e Interpretação* ao referir-se especialmente à sua experiência com pacientes psicóticos? Essa é uma pergunta que coloco ao encontrar boas pistas para o trabalho com esses pacientes ‘contemporâneos’ e que não necessariamente recebem o diagnóstico de esquizofrênicos ou *borderlines*.

Para refletir sobre essa questão, relativa àquilo que possibilita a psicanálise na clínica atual, com pacientes que se queixam de gastrite, encaminhados por médicos, ou pacientes que não comem até definharem, enfim, pacientes que contam com diversos diagnósticos psiquiátricos, escolhi um caso que considero particularmente difícil, por razões que tentarei expor a seguir.

METODOLOGIA

Escrever sobre apenas um paciente, um caso, pode parecer pouco significativo quando nos localizamos na esfera da saúde das pessoas no geral, e tentamos refletir sobre determinada condição psíquica de uma época. Porém, justifico a escolha desse tipo de descrição por acreditar que, assim como estudos quantitativos são importantes por abrangerem um número suficientemente significativo de participantes nos termos acadêmicos, a descrição clínica apóia

sua validade na profundidade do contato com o paciente e na possibilidade de existir no caso particular, características possíveis de serem extrapoladas sociais e culturalmente visto que o psiquismo é também constituído nesses âmbitos (Favaretto e Valle, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O caso

Chamarei a paciente de Maria, nome que me ocorreu espontaneamente; a razão de sua escolha, no entanto, veio-me pouco depois. Maria é um nome comum para nós, brasileiros e brasileiras, sendo um nome quase genérico, como o Severino de João Cabral de Melo Neto, que se apresenta pela falta de individualidade que seu nome carrega: “O meu nome é Severino/ como não tenho outro de pia/ Como há muitos Severinos/ que é santo de romaria” Melo Neto (1954/2008, p. 73). Maria refere-se a si mesma como ‘a gente’ e em todo o processo analítico nenhuma das personagens mencionadas (marido, filha, filho, pai, mãe) foi apresentada com nome próprio.

Maria tem 51 anos, parece mais velha. Na primeira entrevista, ela aguarda duas horas na porta da sala de espera em pé, antes do horário marcado. Atendo-a em uma instituição pública de saúde. Ao entrar na sala de atendimento, senta-se em uma cadeira localizada no canto, encostada na parede. Peço que se sente em outra, mais perto da minha e disposta no centro da sala.

Nos primeiros encontros, Maria chora durante toda a sessão. Responde a algumas perguntas, vagamente, sem iniciar uma conversa ou narrativa sobre sua história ou a razão de estar ali. Repete o que parecem ser as únicas palavras/símbolos indicadores da compreensão que tem sobre si mesma: *sente-se agitada, a pressão sobe, as pernas ficam cansadas, sente-se desanimada, sem coragem.*

Maria havia feito algumas entrevistas no ano anterior com outra analista. Sobre esses encontros diz apenas não ter tido vontade de continuar, a razão que apresenta para voltar nesse ano é o fato de nenhum médico conseguir ‘controlar’ (palavra dela) sua pressão, apesar da medicação.

Sem conseguir estabelecer um diálogo e passadas algumas entrevistas, digo a ela que ali é um lugar onde pode falar o que quiser, trazer o que quiser. Ela me pergunta o que precisa trazer. Essa pergunta lança luz sobre o abismo que havia entre nós. Abismo simbólico, cultural, abismo de um vazio sem pontes. Como escreveu Ogden sobre o esforço que o analista faz ao tentar dizer algo para o paciente, “o analista inescapável e inevitavelmente entrou em luta com a linguagem em si” Ogden (2006, p.180). Dessa forma, o autor discute a dificuldade em se comunicar verbalmente questões da ordem da experiência emocional, segundo ele, questões sobre as quais a análise se apoia. “Não podemos nomear um sentimento, mas podemos conseguir dizer como é uma experiência emocional. E, para isso, precisamos linguagem metafórica” (Ogden, 2006 p. 180).

Nesse ponto da luta com a linguagem, eu estava perdendo, e junto comigo, minha paciente, que se sentia sozinha e incompreendida por uma analista que falava o que ela não podia entender. Se a linguagem metafórica é o instrumento através do qual o analista transmite ao paciente sua compreensão e dessa maneira demonstra seu interesse e atenção a ele, “visto que a capacidade do analista de funcionar é expressa principalmente por sua capacidade de transmitir compreensão” Rosenfeld (1987b, p.63), como fazer quando o paciente tem um pensamento concreto, rústico, simbolicamente empobrecido? Figueiredo (2003) em seu artigo sobre contratransferência, escreve que “na clínica psicanalítica contemporânea, vamos encontrar áreas reconhecidas como ausência do pleno funcionamento dos dispositivos simbólicos, como no caso dos pacientes com ‘pensamento operatório’ e psicossomáticos” (Figueiredo, 2003, p.78).

Graciliano Ramos (1938/2008), em *Vidas Secas*, auxilia-nos a entender a linguagem que o “pensamento operatório”, com sua característica de concretude, produz ao descrever a mente da personagem Fabiano. O pai da família de retirantes, cuja história o livro narra, tem a mente como uma continuação da seca que o envolve do lado de fora. O escritor constrói uma imagem literária da secura externa que se mescla à mente, aos sentimentos, à linguagem e vice-versa. Os filhos não têm nome, são o “menino mais velho” e o “menino mais novo”. Assim como na terra, na mente não nasce e não cresce muito, e há uma desertificação conjunta do homem com o ambiente.

Não sem motivo, é a segunda referência literária à seca e ao sertão que me ocorre quando penso sobre Maria. Eu a percebia seca. As sessões eram, no início, desérticas, e rapidamente me senti atacada em termos da disponibilidade, do horário, do interesse e da atenção que eu oferecia.

Maria é evangélica e não eram raras as falas aparentemente desesperançadas e agressivas que utilizavam material religioso. Ela costumava dizer que *a vida era assim mesmo, esse sacrifício e esse tormento, e que o que ela tinha que fazer era esperar até o dia que Deus quisesse*. Nesses momentos eu desejava que ela esperasse em outro lugar.

Magdaleno (2008) discute questões fundamentais da clínica contemporânea e do que ele considera como “o mal-estar na cultura hoje” ao propor:

“O que é mais desumano que a perda da capacidade reflexiva? O esvaziamento do repertório simbólico afasta o sujeito de sua condição humana, e talvez seja essa a resposta emblemática atual da espécie humana ao mal-estar da cultura: ‘não estou nem aí’. Situação dramática, mas que no fundo protege esse indivíduo fragilizado por sua condição de desnutrição mental, tanto de si mesmo como dos outros” (Magdaleno, 2008 p.46).

Maria parecia emprestar do discurso religioso palavras e termos que apontavam para essa desnutrição mental à qual se refere Magdaleno, e esse repertório simbólico *fake* fazia surgir em mim não só o cansaço mas também certa indisponibilidade emocional para o encontro. Porém, eu estava atenta a esse

sentimento contratransferencial de irritação diante da minha impotência em conseguir comunicar à paciente que, ao mesmo tempo em que ela falava de seu desânimo e desinteresse pela vida, acordava de madrugada para pegar o ônibus que a trazia ao local de atendimento e usava quase o dia inteiro para isso; ou seja, ela vinha à sessão, mesmo que para dizer que *naquele dia não estava boa e não sentia vontade de conversar* (palavras dela). Eu continuava em luta com a linguagem e também com meus sentimentos. Figueiredo (2003) discorre sobre o que o autor propõe ser:

“uma condição de possibilidade do psicanalisar – qualquer que seja a modalidade do trabalho clínico em curso – que se configura como uma contratransferência primordial, um deixar-se colocar diante do sofrimento antes mesmo de se saber do que e de quem se trata. Esta contratransferência primordial corresponde justamente à disponibilidade humana para funcionar como suporte de transferências e de outras modalidades de demandas afetivas e comportamentais profundas e primitivas, vindo a ser um deixar-se afetar e interpelar pelo sofrimento alheio no que tem de desmesurado e mesmo de incomensurável, não só de desconhecido como incompreensível. Todo o psicanalisar, no que implica lidar com as transferências – e outras coisinhas mais que emergem e podem ser tratadas nestes processos – dependem desta contratransferência primordial” (Figueiredo, 2003 p.59).

Esse mesmo autor nos diz que alguns pacientes atacam essa ‘contratransferência primordial’, que é a possibilidade de ser afetado pelo seu sofrimento: “os maiores problemas na condução de um processo terapêutico surgem justamente quando algo da contratransferência primordial do analista parece ser atacado, na situação de análise, pelos chamados “pacientes difíceis” (Figueiredo, 2003 p.62).

Winnicott (2000), ao referir-se à ‘sobrevivência do analista’, pontua o que considera como fundamental no tratamento de pacientes pertencentes à segunda e à terceira categoria diagnóstica, que denomino, neste trabalho, ‘pacientes difíceis’. Sua teoria sobre a sobrevivência do analista parece tratar da mesma questão sobre a qual Figueiredo descreve como a importância de o analista manter preservada sua ‘contratransferência primordial’. Para Winnicott, a sobrevivência do analista se dá à medida que este se mantém igualmente confiável, não retalia, não reage. Para tanto, a ‘contratransferência primordial’ tem de se manter íntegra, tem de se manter inteira a capacidade do analista de ser afetado pelo sofrimento do seu paciente.

Winnicott (1983), em “Os objetivos do tratamento psicanalítico”, escreve que seu propósito ao praticar psicanálise é: “manter-me vivo; me manter bem; me manter desperto. Objetivo ser eu mesmo e me portar bem. Uma vez iniciada uma análise espero continuar com ela, sobreviver a ela e terminá-la” (1983, p.152).

A partir do momento em que comecei a sentir que não estava disposta e não era capaz de ser afetada pelo sofrimento de Maria, sabia que nosso contato estava a

perigo. Além disso, soube também que minha capacidade de ajudá-la diminuía a cada momento em que eu me irritava com a falta de material e com o rudimentar jogo comunicativo que tentávamos estabelecer. No entanto, apesar das dificuldades de comunicação e da falta de material verbal oferecido pela paciente, era clara para mim a existência de algum desejo persistente e poderoso que a movia até nosso encontro e não a deixava faltar. De acordo com Rosenfeld (1988):

“Uma pedra angular de minha opinião sobre a mudança terapêutica é minha convicção de que mesmo os pacientes mais perturbados e astuciosos, cuja patologia pode levá-los repetidamente a defender-se da ansiedade distorcendo e solapando o processo analítico, não só buscam comunicar a situação difícil em que se encontram, mas também têm uma grande capacidade de cooperar no esforço terapêutico, se o analista conseguir reconhecê-la” (Rosenfeld, 1988 p.64).

Existia uma ambivalência em meu sentimento contratransferencial. Eu sentia disponibilidade para estar com Maria ao mesmo tempo em que havia certa desesperança e irritação no contato com ela. Segundo Heimann (1995), a contratransferência não é um impedimento à análise, desde que o analista esteja atento às suas próprias questões e as trabalhe em sua análise pessoal. Para essa autora, a contratransferência não é apenas uma resposta emocional do analista à transferência estabelecida pelo paciente, mas uma criação deste, e, portanto, pode ser utilizada como importante indicador dos processos inconscientes presentes na relação.

Maria e sua analista pareciam comunicar-se na ordem da transferência e contratransferência à medida que a última captava, inconscientemente, um desejo de comunicação e resistência, bem como a necessidade de contato e desesperança que resfriavam o diálogo. A contratransferência, nesse sentido, pode ser uma ferramenta de escuta/percepção de conflitos inconscientes; porém, se a analista simplesmente se mantém compartilhando, ou sendo afetada pela transferência da paciente, a situação pode caminhar em direção a um impasse ou à interrupção da análise (Saad, 2007).

Rosenfeld (1988) e Figueiredo (2003) apontam para a mesma direção ao pensarem no que é terapêutico, transformador na relação analítica na qual a contratransferência é aceita. Sugerem, cada autor à sua maneira, o fator terapêutico como sendo principalmente a capacidade do analista de reconhecer o esforço do paciente e ser afetado pelo seu sofrimento. Para tanto, Rosenfeld coloca como fundamentais certas características do analista: “Para ser cuidadoso e sensível, e portanto terapêutico, o analista depende fundamentalmente do funcionamento de sua personalidade como um importante instrumento” (Rosenfeld, 1988 p.65).

Retorno aqui a Maria e, especialmente, a uma sessão na qual, como sempre acontecia, ela entra e fica em silêncio. Diz, em seguida a minha ‘pergunta’ *pensando?*, que estava “*pensando nas mesmas coisa, coisa que aconteceu com a gente, coisa que nem dá pra acreditar, coisa de louco*”. Em seguida conta que

conversou com uma mulher no ônibus e que *“tem umas pessoa que a gente pode conversar”*.

Digo o quanto ela gostaria de conversar comigo e me contar dessas coisas, mas que não sabe se eu vou acreditar, se eu sou uma dessas pessoas com quem se pode conversar. Em seguida, Maria conta do abuso sexual que ela e suas oito irmãs sofreram do pai, por toda a infância até se casarem; fala do terror que o pai inspirava dizendo que não podiam contar (conversar) o que acontecia, ou as mataria e também à mãe. A mãe de Maria soube da situação e decidiu que tomaria veneno junto a todas as filhas, deixando apenas os dois filhos homens, para quem o pai não oferecia perigo. Rosenfeld escreve que:

“A meu ver, um dos fatores mais importantes que tem de ser levado em consideração a respeito da experiência traumática é que o paciente teve de enfrentar tudo sozinho, às vezes durante um tempo considerável. Muitas vezes, ele só sobreviveu graças a fortes reações de defesa, tais como negação, cisão e despersonalização” (Rosenfeld, 1988 p.69).

Dessa maneira, continua o autor, quando o paciente recorre a um analista, espera que este possa compartilhar com ele as experiências terríveis que lhe são insuportáveis. Assim, o paciente envolve o analista por meio de fortes projeções que podem ser mal compreendidas, pelo analista, como um ataque ao seu trabalho. Rosenfeld continua, ao dizer que se o analista

“não errar ao proporcionar a experiência corretiva, uma segunda reação antiterapêutica a que o analista pode facilmente recorrer é interpretar as projeções como ataques sádicos a seus nobres esforços para ajudar. Nesse caso, o paciente também se sente rejeitado e se retrai. Ele teme que o analista queira recuar e não consiga suportar o envolvimento com ele. Consequentemente, as violentas projeções podem aumentar e tornar muito pior a situação. Somente se o analista tiver êxito na difícil tarefa de interpretar corretamente as ansiedades do paciente, bem como de mostrar sua necessidade de compartilhar suas experiências com o analista, fazendo-o vivenciá-las, é que a violência das projeções do paciente irá diminuir gradativamente” (Rosenfeld, 1988, p.69).

Nessa sessão que apresentei, e nas seguintes, senti que pude ser tocada afetivamente pelo sofrimento de Maria, que podia compartilhar daquele terror que ela carregava como uma marca, uma cruz de morte – saída que a mãe ofereceu, e oferecer uma outra coisa. Coisa sem nome, com pouca possibilidade de ser explicada, mas que operou mudanças em Maria. Eu não mais a esperava com desânimo e irritava-me com seus silêncios, que ainda foram muitos, mas ofereci minha escuta e minha companhia com mais vitalidade e paciência. Provavelmente, meus sentimentos contratransferenciais se modificaram pela diminuição de projeções violentas às quais se referiu Rosenfeld.

Maria perguntou-me diversas vezes de que maneira a fala, a conversa sobre acontecimentos, que segundo ela: *“passou há tanto tempo, até já morreu”*,

iriam ajudá-la, já que nada mudaria o que aconteceu. Eu não soube responder a sua pergunta nem a ela, e nem a mim mesma, tão tomada que fiquei, em alguns momentos, pelas cenas que ela me convidou a conhecer: do seu pai, um homem negro muito forte, segundo ela, entrando a noite em um cômodo na fazenda, onde todas as irmãs dormiam juntas, e estuprando uma das irmãs, enquanto as outras fingiam dormir.

Rosenfeld (1988) escreve sobre a transferência psicótica como um tipo de transferência que ocorre quando há uma maciça utilização de identificação projetiva por parte do paciente. Isso ocorreria, segundo o autor, pelo fato de o paciente sentir-se demasiado assustado para lidar com seus sentimentos, tendo que, por isso, projetá-los no analista. Uma contribuição importante desse mesmo autor foi considerar a identificação projetiva, descrita por Melanie Klein como uma defesa, como um meio de comunicação do paciente e, portanto, ferramenta passível de ser utilizada pelo analista. Tais sentimentos demasiadamente assustadores para o paciente e que, por isso, são projetados, podem ser úteis ao trabalho analítico se:

“O analista... como os pais no desenvolvimento mais normal, tem o potencial de enfrentar os sentimentos e de refletir sobre eles, e é essa capacidade que ele dá aos poucos ao paciente para desenvolver para si mesmo. A natureza da transferência psicótica é que ela proporciona a oportunidade de demonstrar que os sentimentos insuportáveis podem ser contidos e considerados de modo criativo” (Rosenfeld, 1988 p.56).

Rosenfeld escreveu sobre sua experiência com pacientes psicóticos. Maria não é psicótica, tem alguns sintomas conversivos e uma característica de mente com um repertório simbólico empobrecido; no entanto, considero que a contribuição de Rosenfeld não se restringe a pacientes psicóticos, diagnosticados e tratados como tal. Esse autor, ao oferecer seu conhecimento acerca dos processos da comunicação não verbal, da importância da pessoa do analista como fator terapêutico, contribui para pensarmos as partes psicóticas de cada e de todo paciente, especialmente aqueles ditos pacientes difíceis, comuns à clínica atual, que, como Maria, utilizam de uma comunicação simbolicamente empobrecida e bastante projetiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao aproximar-se do fim da análise, com tempo marcado para acabar pelas regras institucionais, conversei com Maria sobre seu desejo/necessidade de continuar sendo atendida por outro profissional. Maria disse que achava que estava melhor, que encontrara o que tinha vindo buscar, “*you remember, no começo eu nem conseguia falar, só chorava!*.” E, além disso, não queria conhecer outra analista porque “*se for igual àquela outra lá, aí vai piorar tudo outra vez*” (referindo-se à analista com quem fizera algumas entrevistas no ano anterior). Segundo Rosenfeld (1988):

“Um paciente que é capaz de comunicar-se precisa, necessária e desesperadamente, de um analista que seja receptivo a sua

comunicação, e existe o grande perigo de o paciente piorar, se não conseguir encontrar esse contato particularmente próximo e essa compreensão de que os pacientes psicóticos dependem” (Rosenfeld, 1988 p.71).

Na última sessão, Maria diz: *“a gente causa sofrimento pra gente mesmo, a gente se coloca em sacrifício. Que nem com a minha irmã, a gente quer ajudar, mas pra ela tá tudo bem, então fazer o quê.”* (sobre uma irmã, usuária de crack, que foi um motivo de preocupação durante todo o tratamento). Ela esboça, com essa fala uma atitude emocional muito diferente do início do tratamento, que ela mesma está no centro dos seus acontecimentos psíquicos. O que lhe afeta, o que sente não é mais referendado como consequências externas, culpa do filho, da irmã ou da vida. Os processos introjetivos, segundo Rosenfeld (1988), são uma aquisição importante e um indicativo de crescimento psíquico.

Nessa mesma sessão, Maria fala a respeito da experiência que teve no ano anterior com outra analista: *“A outra psicóloga não esperou. Obrigada por ter me tolerado, por que no começo eu só chorava e ela me falou um monte de coisa lá que eu não entendi, que ela não tinha bola de cristal pra descobrir.”*

“Às vezes, os analistas se mostram insensíveis à crítica de seus pacientes e, ao fazê-lo, perdem comunicações importantes”, alerta-nos Rosenfeld (1988, p. 76). Na última sessão, ao falar da sensação que teve em relação à falta de paciência da psicóloga anterior para ouvi-la e pelo fato de ela ter se irritado com seu silêncio, Maria falava também a mim e fazia uma crítica que procedia em concordância com sentimentos contratransferenciais que tive durante muitas sessões, sentimentos de irritação e desânimo quanto à falta de material que Maria trazia, da falta de confiança e da atitude destrutiva e desesperançada.

Ao despedir-se, Maria diz uma frase em tom de bênção, de voto e de adeus: *“Que Deus ilumine sua mente”*. Assim, ela dá seu último recado, que, dessa vez, pude compreender. Que voto mais feliz a uma analista. Deus pode iluminar nossa mente, dependendo da crença de cada um; mas os pacientes, esses com certeza o fazem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FAVARETTO, P. Z.; VALLE, T. G. M. Compreendendo a dinâmica familiar de adolescentes expostos a violência sexual intrafamiliar. *Omnia Saúde*, v.8, n.1, p.01-25, 2011.

FIGUEIREDO, L.C. Transferência, contratransferência e outras coisinhas mais ou Esquizoidia e narcisismo na clínica contemporânea ou A chamada pulsão de morte. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, v.13, p.58-81, 2003.

FREUD, S. Casos clínicos. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, vol.2, p.55-189, 1969. (Trabalho original publicado em 1893).

FREUD, S. Cinco lições de psicanálise. In:____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, vol.6, p.3-51, 1969. (trabalho original publicado em 1910).

HEIMANN, P. 1995. Sobre a contratransferência. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, vol. II. 1 (trabalho original publicado em 1950).

MAGDALENO Jr., R. A dialética de Eros e o mal-estar na cultura hoje. *Revista Ide: psicanálise e cultura*, v.31, p.46-51, 2008.

MELO NETO, J.C. *Morte e Vida Severina e Outros Poemas*. Coleção Folha Grandes Escritores Brasileiros. Rio de Janeiro: MEDIAfashion, 2008.

OGDEN, T.H. Esta arte de psicanálise. Sonhando sonhos não sonhados e choros interrompidos. *Livro Anual de Psicanálise*, v.21, p.73-189, 2006

RAMOS, G. *Vidas Secas*. Rio de Janeiro: Record, 2008.

ROSENFELD, H. *Impasse e interpretação: fatores terapêuticos e antiterapêuticos no tratamento psicanalítico de pacientes neuróticos, psicóticos e fronteirios*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

SAAD, A.A.C. O impasse no contexto da clínica contemporânea. In: *XXI CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICANÁLISE*, Porto Alegre, anais do congresso, 2007.

ULLMANN, L. *Mutações*. São Paulo: Cosac Naify, 2008.

WINNICOTT, D.W. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. 2000.

WINNICOTT, D.W. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Rio de Janeiro: Artmed, 1983.