

Transferência e contratransferência: os efeitos clínicos do observador no trabalho em grupos terapêuticos

Maysa Marianne Silva Bezerra^{a*} 

^aMestra em psicologia clínica pelo IPUSP, Membro do LIPSIC - USP/PUC-SP e Sócia do CPPL, Recife, PE, Brasil.

Resumo: O propósito deste artigo é refletir sobre os conceitos de transferência e contratransferência, articulando-os com a dimensão clínica do lugar do observador no trabalho em grupos terapêuticos. Inicialmente, será feito um percurso histórico sobre tais conceitos na psicanálise. Posteriormente, a noção de transferência será discutida como um vínculo que pode se manifestar pela via da expressão corporal e sensorialidade, enquanto a contratransferência será analisada a partir do campo da intersubjetividade. Esses aspectos serão ilustrados por duas vinhetas clínicas.

Palavras-chave: transferência, contratransferência, grupo terapêutico, observador.

Introdução

Pensar é um ato. Sentir é um fato.
(Clarice Lispector)

Historicamente, a formulação freudiana do conceito de transferência transitou entre dois tempos. Kupermann (2008) analisa que, no primeiro, inferiu-se que o fenômeno seria um deslocamento inconsciente de afetos de imagens primárias para a figura do terapeuta, e que por isso se traduziria em uma resistência ao processo terapêutico, já que, ao invés de associar livremente, o paciente reviveria um afeto em uma “falsa-ligação”. Em um segundo momento, a repetição seria um instrumento para que existisse a análise dos conteúdos recalcados e mecanismos de defesa do ego do sujeito que se colocavam em cena. A partir da última consideração, pode-se presumir que, para Freud, Breuer – que viveu uma transferência amorosa por Anna O. – provou que, sem a utilização da transferência, como ferramenta analítica, não existe a possibilidade de análise e que a ausência de tal prática consiste em apenas responder, pessoalmente, às demandas do analisando.

Em contraposição, a teoria e técnica ferenciana e winnicottiana promovem, a partir da noção de intersubjetividade, a mudança da ideia freudiana de transferência para o sentido da “arte de um encontro” que se dá em um espaço analítico, no qual podem existir experiências nunca vividas pelo paciente. A partir da relação terapêutica, a transferência, portanto, fomentaria o acontecimento de eventos inéditos. Ferenczi e Winnicott compreendiam o campo transferencial

como um plano compartilhado, considerando que: “é a qualidade do encontro afetivo que se estabelece entre analista e analisando o que pode conduzir à produção de sentidos na experiência psicanalítica” (Kupermann, 2008, p. 75). Para esses autores, a transferência não é só rememoração (verbal ou em ato), é relação, vínculo, laço e, primordialmente, experiência. A propósito das questões levantadas, Lejarraga (2004) reflete sobre a ampliação do conceito: “A transferência, mais que reedição do passado, é concebida como um processo introjetivo e criador, em que se mobilizam e se transmudam afetos com efeitos transformadores” (p. 299).

Na leitura do texto de Zimerman (2007[1999]), vemos que a transferência foi circunscrita em um lugar de grande visibilidade e importância na psicanálise. A contratransferência, em contrapartida, foi relegada ao desprestígio, pois Freud se preocupava com o risco de distorção da prática psicanalítica que alguns profissionais poderiam fazer ao utilizar, de forma irresponsável, essa ferramenta clínica. Por esse motivo, o tema não teve um esquadramento por parte do autor e daqueles que seguiram seus postulados. Apesar de Freud reconhecer que os afetos do paciente exerciam efeitos sobre o analista, não realizou uma teorização sobre tal questão. Ele acreditava que isso era um problema que dizia respeito aos complexos infantis mal analisados do terapeuta. Postulou, também, que essa concepção não servia como uma ferramenta analítica, pois apenas criava uma dinâmica resistencial entre a dupla e que, portanto, deveria ser controlada para atingir os resultados terapêuticos pretendidos.

Essa visão foi compartilhada, em certa medida, por Klein e Lacan, na qual o analista fica em uma posição de neutralidade diante do analisando. Ferenczi, e mais adiante, Paula Heimann e Winnicott, utilizaram

*Endereço para correspondência: maaysamsb@gmail.com

a contratransferência como ferramenta necessária à compreensão de casos e de intervenções clínicas de cuidado (Zambelli, Tafuri, Viana, & Lazzarini, 2013).

A perspectiva da transferência, na vertente dos autores Freud, Klein e Lacan, endossa a neutralidade como um conceito criado sobre os preceitos de uma não-afetação no jogo da inter-relação analítica. Houve a interpretação de termos freudianos sobre recomendações técnicas, como a de que o lugar do analista deve assemelhar-se à postura de um cirurgião ou espelho opaco (Freud, 2006[1912]) para constituir-se a ideia imaginária de uma posição de reserva absoluta, puramente técnica e objetiva, desimplicada, isenta e sem a mediação de afetos.

No que diz respeito à contratransferência, Ferenczi (1992[1928]) defendia que permanecer sob uma posição ortodoxa, poderia gerar uma insensibilidade do analista e se tornar um mecanismo de defesa utilizado como negação dos afetos gerados pelo paciente. O analista não deve, por conseguinte, praticar uma “hipocrisia profissional” e encobrir seus próprios sentimentos. Para lidar com eles, deve recorrer às técnicas do “tato psicológico” e “sentir com”, fazendo uso da sensibilidade clínica para o manejo, escuta do conteúdo projetivo e dissolução das resistências do analisando. Winnicott (2000[1947]) alinha-se a tal pensamento e acredita que o analista deve admitir seus sentimentos contratransferenciais para ajudar o paciente na constituição do seu *self*, fazendo-o viver novos acontecimentos a partir do vínculo, em que a identificação com o sofrimento alheio e uma distância psíquica saudável (identificando-se sem se indiferenciar, subjetivamente, ao paciente) estão em um lugar privilegiado.

Paula Heimann (1950) ampliou a noção de contratransferência introduzida por Ferenczi a partir do conceito de identificação projetiva da teoria kleiniana, segundo o qual todos os afetos que o analista sente são desdobramentos das projeções do analisando e, por isso, devem ser utilizados na compreensão do inconsciente deste. Dessa maneira, o psiquismo do analista passa a ser ferramenta de análise por abrigar a comunicação inconsciente e as trocas de afetos transferenciais. Ou seja, a transferência e contratransferência devem ser entendidas como fenômenos bilaterais, inter-relacionais, e não apenas vistas em um nível intrapsíquico. A partir desses pensamentos, Green (1988) propõe que a contratransferência deve ser utilizada, pois: “a contratransferência não se limita mais à pesquisa dos conflitos não resolvidos – ou não analisados – do analista, capazes de falsear sua escuta; torna-se correlato da transferência, caminhando ao seu lado, induzindo-a às vezes, e para alguns, precedendo-a” (p. 19).

A transferência e a contratransferência eram compreendidas como fenômenos que despontavam a partir de uma psicopatologia neurótica em que a relação terapêutica seria palco para a manifestação de desejos e fantasias inconscientes por meio de um discurso verbal. No entanto, é importante destacar que sujeitos

com diferentes formas de subjetivação nem sempre utilizam desse recurso para transformar e expressar seu mundo interno, não devendo ser apartados de tais fenômenos por isso. Discussões mais recentes apontam que a expressão corporal e o vínculo criado com o terapeuta e o espaço são maneiras de lançar luz sobre como esses conceitos se apresentam em subjetividades que não se enquadram em uma neurose (Gonçalves, Silva, Menezes, & Tonial, 2017).

Pensando na dinâmica trans e contratransferencial, dentro de um grupo terapêutico – no qual a quantidade de atores se multiplica se comparada ao *setting* tradicional –, deve-se considerar a complexidade e intensidade das trocas de afetos. O cruzamento de histórias da dinâmica do grupo, dos terapeutas, de cada paciente e da instituição é um dos diversos elementos que perpassam os atendimentos. Nesse cenário, é incluído mais um integrante, o observador de grupos, que produz e recebe transferências e contratransferências. Diante disso, o propósito deste texto é investigar e discutir os movimentos clínicos e efeitos terapêuticos da participação do observador no trabalho de terapia em grupos sob a perspectiva de tais conceitos.

Metodologia

No espaço institucional, onde foram vivenciados os atendimentos clínicos, os grupos terapêuticos são formados por dois, ou mais, terapeutas e pacientes, podendo existir a presença do observador - um estagiário que é inserido no grupo para observar e tomar notas do que se passa durante os atendimentos. É indicado pela equipe que este seja “o mais objetivo” possível nos elementos descritos e que, ao final das anotações, revele suas impressões sobre os afetos que lhe foram gerados para que sejam discutidos nos espaços de supervisão e reunião clínica destinados à discussão dos casos.

Outra recomendação é que o observador se posicione na sala, antes do horário de início do grupo, em um ponto estratégico, a fim de ter uma dimensão ampla do ambiente. Essa orientação é para que ele se torne parte integrante do *setting* e se estabeleça como um ponto de continuidade para os pacientes, assim como os outros elementos que integram a sala. A função de observador de grupos é considerada uma forma de inserção clínica, ferramenta de análise e manejo das dinâmicas para a equipe em relação aos pacientes.

O trabalho de observação ocorreu em dois grupos, com sistemática semanal, em que os atendimentos duravam 45 minutos, por um período de oito meses. Ambos faziam parte da clínica institucional do Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL)¹, setor que inclui os casos mais graves de sofrimento psíquico, a exemplo do autismo e da psicose. Do grupo que

¹ Instituição que, entre outros serviços, oferece atendimentos de psicoterapia em grupo. Para saber mais, acesse: <http://www.cppl.com.br>.

chamarei de A, faziam parte seis pacientes com idades entre 17 e 40 anos, sendo três do sexo feminino e três do masculino, coordenado por três terapeutas (Carla, Francisco e Laura)². O grupo B era formado por cinco pacientes na faixa etária entre 10 e 14 anos, sendo um do sexo feminino e quatro do masculino, coordenado por três terapeutas (Aline, Rafael e Sandra). Nos dois grupos em questão, ocupei o papel de observadora. Como recorte de análise, me deterei especificamente sobre dois pacientes, um do grupo A, que chamarei de João, e outro do grupo B, que receberá o nome de Pedro. Essa escolha se deu porque eles geraram afetos transferenciais e contratransferências mais intensos, cuja análise apresentará elucidação clínica e articulação, mais clara, com a teoria. Vale ressaltar que os relatos, apresentados a seguir, são de atendimentos realizados em dias variados.

Relato dos casos

Grupo A

João tinha 17 anos. Era um jovem surdo com graves comprometimentos psíquicos nos campos simbólico, relacional e da linguagem. Ele permanecia, por muito tempo da sessão, em grande angústia e excitação corporal. Andava de um lado para o outro, pulava, balançava as mãos e o corpo, sentava e deitava no chão, colocava suas mãos sobre o rosto e gritava. Era dessa forma que João comunicava seus sentimentos e pensamentos.

Era comum, nos relatos de observação, ser descrito que João passou por mim e tocou no meu joelho, mão ou que ele se aproximou do meu corpo. João fazia o outro experimentar sentimentos ambivalentes: despertava ternura e cuidado, mas também produzia medo e agonia pela forma que se expressava. Parecia que o jovem precisava fazer uso do tato, da sensorialidade, para que se produzissem efeitos de organização em sua subjetividade. O corpo de João – e a forma como se relacionava com outros corpos e objetos – era personagem principal da cena que ele construía no espaço, e, a partir desses atos, o paciente falava de si mesmo em diversos sentidos. Depois de descrever esses elementos, a seguir, trarei o recorte de duas sessões para ilustrar o caso.

Sessão 1

João entra na sala e deixa a porta aberta. Os terapeutas pedem para ele fechá-la, mas o jovem não o faz. Passa e mexe no ar-condicionado, depois bate, levemente, a mão em mim. O terapeuta Francisco diz que João parece fazer um reconhecimento da área e que, para isso, ele precisa tocar nas coisas e pessoas. Em seguida, João pega um livro de histórias infantis, senta, passa as páginas e começa a manifestar estereotípias: bate na mesa, balança a cabeça

e esfrega, repetidamente, a mão no rosto. Ele se levanta e põe a mão próxima ao meu corpo, tentando, em um dado momento, tocar na minha face. Ele fica em pé e coloca a mão na boca. Depois disso, Francisco senta e João aproxima seu corpo ao dele, olhando fixamente, como se quisesse intimidá-lo e fosse dar-lhe uma cabeçada.

Sessão 2

Nessa sessão, a terapeuta Carla comenta que irei me despedir do grupo. Diz que vou continuar na instituição, mas que exercerei outras atividades. A terapeuta Laura diz: “Ela não vai desaparecer, não vai morrer, só vai fazer outros trabalhos. Pode ser que vocês encontrem com ela na sala de espera”. Então, João pega uma boneca e fica caminhando pela sala e toca duas vezes no meu joelho. O paciente vem até mim, como se fosse aproximar o seu rosto do meu, e faz o mesmo com a terapeuta Carla. Em seguida, ele deita no chão e fica de bruços.

Grupo B

Pedro tinha 14 anos e um histórico de graves problemas neurológicos. Sua fala e capacidade motora tinham grandes comprometimentos. Andava com dificuldade e precisava de ajuda nas brincadeiras em grupo, como nos jogos de tabuleiro, em que um terapeuta segurava a mão dele para jogar um dado na mesa. Geralmente, não respondia quando se instalavam comunicações do tipo pergunta-resposta. Permanecia parado, calado e com o olhar, comumente, sobre a terapeuta Sandra. Quando ela não estava na sessão, prendia o olhar sobre a terapeuta Aline, o terapeuta Rafael ou sobre mim. Alguns recortes de observação confirmam esse fato:

Sessão 1

Pedro aponta para mim e fica me olhando por alguns minutos seguidos. Aline diz que eu estou ali para anotar as coisas e me apresenta para ele.

Sessão 2

Pedro olha para mim e sorri. Fica assim por muito tempo, até eu desviar o olhar. Logo depois, a cena se repete e o olhar se mantém fixo. Sandra disse que ele olhou como se fosse para conferir se eu estava, realmente, lá.

Ao mesmo tempo em que era possível se prender ao olhar de Pedro, a sensação de ser invadida surgia. Parecia que ele não conhecia outra forma de existência. Era como se ele se sustentasse, subjetivamente, pelo olhar, em uma relação dual e simbiótica, muito violenta, que não permitia a mediação de um terceiro. Foi assim durante muito tempo, entre olhares e sorrisos, pois essa era a forma de vínculo e comunicação que Pedro estabelecia com o outro.

² Todos os nomes de terapeutas e pacientes citados são fictícios.

Enquadramento clínico

Vivências como essas necessitam de um espaço compartilhado de práticas discursivas para que ganhem destinos elaborativos. É indispensável que experiências tão intensas sejam transformadas, entre pares, a partir da confluência entre a história de vida de cada paciente, a dinâmica do grupo, e o que é produzido na posição dos terapeutas e do observador, visto que esses pontos, quando se unem, resultam em uma multiplicidade de repertórios.

Na instituição, há os espaços de reuniões e supervisões clínicas, em que casos de sofrimento psíquico muito comprometidos são discutidos para definir os encaminhamentos mais adequados. No primeiro, um dos profissionais coordena a discussão com os demais integrantes da equipe e estagiários. No segundo, outro terapeuta ocupa o lugar de supervisor e apenas os estagiários participam como supervisionados, em que se fala sobre a experiência de ser observador ou coterapeuta.

Ao pensar sobre a função desses dispositivos clínicos, referencio que na teoria do pensar, elaborada por Bion, a mãe, ao cuidar do bebê, consegue conter – ser continente – as angústias e ansiedades que são projetadas nela, sendo estes elementos contidos no trabalho psíquico realizado a partir da maternagem. Por meio da função rêverie, a mãe metaboliza para o lactente esse “terror sem nome”, o que produz a possibilidade de o bebê introjetar a capacidade de sentir e pensar. Em outros termos bionianos, a mãe cumpre a função alfa de simbolização para os elementos beta do bebê, os conteúdos emocionais primitivos que estão em estados brutos (Wolff, Carvalho, & Costa, 2012).

A função de continente, a função alfa e a rêverie se entrelaçam com a potência e favorecimento dos espaços clínicos citados. O continente apresenta a potência de receber, transformar e devolver ao outro os afetos, nomeando-os e significando-os. É nesses espaços que há a possibilidade de acolhimento das demandas e vivências dos terapeutas e observadores, para que, na produção de narrativas entre interlocutores, com a mediação da linguagem (uso de interpretações e análise), as repetições sejam identificadas e os afetos sejam deslocados, elaborados e ressignificados. Metaforicamente, em termos winnicottianos, se exerce a função de *holding*, que se refere a um ambiente facilitador, de sustentação e integração para o que é experienciado pela transferência e contratransferência, com vistas à favorecer um espaço potencial e criativo (Naffah Neto, 2011).

Discussão

O campo: atravessamentos transferenciais no grupo terapêutico

Analisar o fenômeno transferencial, a partir do dispositivo de grupos, requer incluir diversos fatores. O intuito aqui não será esmiuçar e esgotar todas as possibilidades

de análises das variáveis dos grupos em questão, mas sim, apresentar elementos essenciais, que não devem ser suprimidos do olhar teórico-clínico do texto. Apesar de não ser fruto de uma pesquisa formal (*lato sensu* ou *stricto sensu*), a teorização deste artigo foi mobilizada pelas inquietações vividas no trabalho clínico de grupos a partir da experiência da autora como observadora.

Isso posto, destaco que Zimerman (1993) faz um breve apanhado sobre a transferência nos grupos terapêuticos e descreve que o fenômeno ocorre em níveis simultâneos, no qual um deles pode prevalecer sobre o outro, a depender da circunstância. Elencarei os três níveis que considero essenciais para a discussão: o primeiro se refere a cada participante frente à figura central do terapeuta, por meio de uma transferência parental; o segundo trata da dimensão transferencial do grupo como unidade e objeto total – o que seria a transferência grupal; e o terceiro se caracteriza como transferência de cada um em relação ao outro – denominada de transferência fraternal. O autor ainda menciona que os movimentos da transferência dependerão do manejo clínico dos terapeutas e do tempo psíquico que o grupo vive.

Sobre a transferência parental com os terapeutas, cada paciente se dirigia com atos ou palavras de forma muito peculiar. No grupo A, João privilegiava a relação corporal com o terapeuta Francisco, enquanto Pedro se prendia mais ao olhar da terapeuta Sandra, ambos terapeutas mais velhos nos grupos. A transferência grupal, por João, expressava-se negativamente, quando resistia a entrar no grupo e positivamente, quando chegava com certa animação. Pedro nunca apresentou resistências, sempre foi um dos primeiros a entrar, mas parecia, muitas vezes, em uma posição passiva e estar apenas sendo conduzido para aquele espaço. A transferência fraternal de João era expressa ao tocar nos colegas, o que despertava incômodo ou medo. Em alguns momentos, João se comunicava com o olhar enquanto sorria para os demais participantes, sendo respondido da mesma forma. Pedro, muitas vezes, despertava impaciência ou indiferença nos outros, tanto pela sua demora em entender e se integrar às brincadeiras, quanto pelo seu apagamento dentro do grupo. Em outras situações, parecia ser cuidado, pela sua condição mais frágil.

A respeito da contratransferência nos grupos, Castanho (2012) considera a contratransferência fraterna um elemento de discussão em que os psiquismos dos membros do grupo exercem influência uns sobre os outros e sobre o próprio grupo, como unidade, o que promove a elaboração de fantasias inconscientes comuns e compartilhadas. Outro ponto abordado pelo autor trata-se da contratransferência dos terapeutas com o grupo. A depender da regressão, dos elementos arcaicos, do lugar imaginário dos analistas e das diversas transferências postas sobre eles, o grupo pode produzir um sentimento de cansaço nos profissionais. Se nele existir mais de um terapeuta,

a contratransferência divide-se e cada um tende a se sentir de uma forma diferente e cindida entre aspectos bons e maus, em relação aos pacientes. Assim, com mais de um terapeuta, há mais possibilidades de identificações e elementos que fisguem, inconscientemente, cada um deles. O autor ainda comenta sobre a contratransferência da instituição e/ou equipe sobre o grupo, aspecto sobre o qual não vou me deter.

Como visto, nos casos apresentados, os pacientes tinham um sentido de continuidade da existência pela sensorialidade (olhar e tato) e se mantinham vivos contratransferencialmente na mente do observador, enquanto, para os terapeutas, a dinâmica era de desinvestimento, esquecimento, hostilidade e desistência em relação a eles, o que se articula com o sentimento de cansaço despertado nos terapeutas, especialmente, quando o grupo apresenta um funcionamento mais regredido do psiquismo. Os sentimentos dos terapeutas em relação ao grupo, e a João e Pedro, alternavam-se constantemente, em um revezamento de transferência negativa, para que, ao menos um, se mantivesse minimamente vitalizado e disponível para a prática clínica.

João e Pedro apresentavam as condições psíquicas mais graves em cada conjunto e quem se disponibilizasse a cuidá-los teria que emprestar sua subjetividade de forma muito intensa, correndo o risco de acessar angústias primitivas, o que, conscientemente ou não, gerava grande resistência por parte dos terapeutas, observador e, inclusive, dos demais pacientes. Essa resistência da contratransferência fraterna se expressava, com o paciente João, por exemplo, quando ele começava a gritar, fazendo com que os colegas tapassem os ouvidos ou gritassem também, deixando todos agitados. Já Pedro, despertava impaciência. Na hora de brincar com os jogos de tabuleiro, os demais jovens sugeriam aos terapeutas que ele não participasse ou proferiam frases como: “Que demora! Joga!”, pela dificuldade que Pedro tinha de entender o jogo e manusear o dado. Algumas vezes, ele fixava o olhar em alguém e prendia o dado com a mão, o que causava mais hostilidade. Depois de discutir sobre os diferentes tipos de transferências nas dinâmicas dos grupos terapêuticos, agora vou focar em uma delas: a transferência entre o observador e o paciente.

A dupla: o vínculo transferencial entre observador-paciente

O observador não é menos capturado que os terapeutas pela transferência e contratransferência no trabalho em grupo. Precipitadamente, pode-se considerar que essa é uma função neutra, mas, ao mesmo tempo que está fora, o observador permanece dentro de uma dinâmica clínica, um lugar transicional. Por isso, tudo o que se apresenta no *setting* deve se tornar material de análise, inclusive os elementos que surgem a partir da presença física do observador. Caron, Lopes, Steibel e Donelli (2016), ao teorizarem sobre o método *Bick*

de observação, trazem a importância de o observador estar em uma postura receptiva e viver a experiência sem interferência de conhecimentos prévios, levando em consideração uma atenção flutuante. Consideram, inclusive, a posição do observador solitária e sensorial, mas ao mesmo tempo, favorável à instauração de projeções, e, conseqüentemente, da transferência.

Enquanto observador, o sujeito se torna suscetível a repetir, transferencialmente, a dinâmica do grupo nos seguintes pontos: nos afetos dos terapeutas e/ou familiares em relação aos pacientes, no que os outros participantes do grupo sentem sobre determinado paciente, no que os próprios pacientes sentem, mas que não conseguem expressar, ou no que é gerado nos pacientes pela presença do observador, como identificações, mecanismos de defesas, angústias e ansiedades.

Considerando que o observador encontra-se suscetível a construir relações transferenciais, mesmo em uma posição de “não-interferência”, resalto os estudos de Safra (2005[1999]) para a compreensão dessa questão. O autor trata da transferência correlacionando-a à sensorialidade e considera esse conceito fora do prisma dialógico entre discurso verbal e interpretação, pois o paciente, mesmo com uma condição regredida do funcionamento psíquico, pode apresentar seu *self* pela via sensorial. Essa dimensão se dá na transferência, sendo possível que o sujeito se subjetive e tenha efeitos na constituição, organização e continuidade do seu eu. Assim, a dimensão não-verbal correlaciona-se com a instauração, sustentação e manejo da transferência por ter o caráter de linguagem e discurso, mesmo não-textual, e, para isso, o analista deve estar disponível e implicado enquanto uma presença corporal para se deixar ser afetado, clinicamente, pelo outro. O autor discorre que: “fundamental que o analista possa acompanhar tanto vivências psíquicas que se expressam pela linguagem discursiva, quanto aquelas que emergem, por meio de símbolos estéticos, como símbolos do *self*, articulados plasticamente no campo sensorial” (p. 29-30).

Ao invés de utilizar a fala, João tomava o corpo como protagonista da cena clínica, enquanto Pedro fazia isso com o olhar. A expressão sensorial era uma forma de eles serem e estarem no mundo e, ao fazer da presença corporal componente ativo do *setting*, os pacientes transmitiam seus conteúdos internos. Tanto para João quanto para Pedro, as palavras, na relação com o outro, eram substituídas pela dimensão da sensorialidade, órgãos do sentido como o tato e a visão, respectivamente. Formas consideradas mais arcaicas de comunicação, mas, ao mesmo tempo, tão complexas e com a capacidade de transmissão de um mundo interno rico. A exemplo dessa questão, na análise de um caso, Januário (2008) aponta a transferência demonstrada pelo olhar e corpo do paciente, que utilizava tais aspectos como uma forma de se sustentar subjetivamente no outro, na cena analítica. Para a autora, o sentir-se atraído pelo olhar seria um estado prévio para que o processo de simbolização ocorresse.

Se entendermos o ego como uma projeção mental da superfície do corpo (Freud, 1990[1923]), podemos compreender que, inclusive na constituição do eu, a sensorialidade ocupa um lugar central. Em ambos os casos clínicos apresentados, havia a tentativa de uma integração egoica, a partir do contato sensorial com um não-eu, pela figura do observador. Dessa forma, a constituição psíquica estaria atrelada ao campo sensorial e suas múltiplas possibilidades de experiências.

Nesse viés, Winnicott (1996[1968]) afirma que, para existir a comunicação interpessoal, não é preciso que ela aconteça apenas no nível verbal, mas também em uma dimensão não-verbal que a antecede quando se trata do amadurecimento emocional. Por exemplo, a relação do bebê com a mãe não se dá, necessariamente, com o uso da linguagem verbal. Pois, por meio do olhar, toque, respiração, entre outras expressões, há uma capacidade de identificação e mutualidade silenciosa, por parte do cuidador, de se adaptar às necessidades do lactente, de intuir o que está se passando no mundo interno da criança, proporcionando o sentimento de confiança para a construção de um si mesmo. Ou seja, o corpo e o que se dá em relação às expressões corporais são motes para o estabelecimento de representações que contêm sentidos, de um vínculo identificatório e transmissão de afetos entre as partes envolvidas.

Os elementos de identificação e mutualidade eram traços que tinham espaço na relação observador-paciente. As identificações mútuas serviam como bases para a transferência: o observador não fala, não realiza demandas, não interage, assim como Pedro e João permaneciam em muitos momentos. A transferência possui, então, um campo que favorece a sua instalação e comunicação de conteúdos subjetivos do paciente. Esses conteúdos podem ser decodificados pelo observador, através dos sentimentos e ideias que são desenvolvidos nele mesmo.

A partir da predominância de comunicações não-verbais e sensoriais, na análise de pacientes muito regredidos, Dolto (2013[1985]) afirma que o analista pode experimentar sentimentos de solidão e impotência. No encontro com João e Pedro, estive sincronizada com tais afetos. Pude experimentar sensações de abandono, de não-cuidado, de desesperança e grande aflição. O que esses sentimentos, que habitavam em mim contratransferencialmente, falavam sobre a condição dos pacientes e a dinâmica inconsciente que eles provocavam nos grupos?

Para tratar disso, vamos resgatar o já citado conceito de identificação projetiva, que é um mecanismo de defesa primitivo e pode ser considerado como uma ampliação da noção de contratransferência pelo seu caráter comunicativo. A sua definição revela que, ao se encontrar na posição esquizoparanoide, o ego do sujeito, frente à angústias e ansiedades, utiliza intrapsiquicamente a cisão de suas partes, expelindo-as, projetivamente, para dentro do objeto. Este, por sua vez, se vê invadido por esses conteúdos, enquanto o *self* daquele que projeta se empobrece, pois é estabelecida

uma indistinção nas fronteiras existentes entre eu e outro. A identificação projetiva não tem só o caráter de comprometer o desenvolvimento emocional do indivíduo que a produz, mas pode se apresentar, naquele que a recebe, por meio da empatia, uma perspectiva vitalista e benéfica do conceito (Cavallari, & Moscheta, 2007).

Bion (1991[1959]) sobreleva esse traço da identificação projetiva e amplia o aspecto da comunicação e ligação intersubjetiva existente nesse mecanismo. Nessa visão, a mãe (analista-observador) se torna receptor das projeções que o bebê (paciente) produz, oferecendo sentido aos seus intoleráveis objetos internos. A tarefa clínica contratransferencial seria de o analista se tornar continente, ao acolher, processar, elaborar e transformar os elementos (pensamentos e emoções) gerados em si, traduzindo e devolvendo-os, a partir de um campo simbólico, com o objetivo de oferecer a integração e assimilação das partes cindidas do ego do paciente. Por isso, o que surge no observador, a partir da relação transferencial, deve ser tomado como instrumento clínico de análise, pois há a experiência do objeto de sentir aquilo que o sujeito vive em si mesmo.

João e Pedro construíram um laço transferencial, através da sensorialidade, para que fosse produzida, contratransferencialmente, uma comunicação com o observador. A partir dessa transmissão e do que lhe é comunicado inconscientemente, o observador utiliza o seu inconsciente como ferramenta de análise clínica. O que se recebe a partir da identificação projetiva pode servir como uma bússola para o exercício da empatia ou de construções e interpretações, em que “aquilo que o terapeuta sente é o que o paciente o fez sentir” (Zimerman, 1993, p. 164).

O observador deve ser, subjetivamente, capaz de receber e suportar os estados mentais que o paciente transfere e de estar sintônico e empático para que a leitura analítica dos conteúdos seja feita a partir das suas reações emotivas. O que compete ao observador é o lugar de analista não-intérprete (Tafari, 2003), uma posição que considera que o “estar com” o paciente não requer, necessariamente, o uso da palavra, existindo uma dimensão não-intrusiva de se estar disponível para o outro. Nesse cenário, Fontes (2006) postula: “se o analista encontra seu lugar de recepção sensorio-cinestésica, o paciente poderá comunicar seus signos sensoriais e tentar transmitir suas vivências de intimidade e de estranheza” (p.115).

Ao ser depositário do conteúdo das identificações projetivas do paciente, o observador é capaz de expressar e analisar o que foi despertado na sua mente, entre pares, dentro dos espaços de reunião e supervisão clínica. Esses elementos se manifestarão por meio dos terapeutas, nos atendimentos clínicos, que devolverão os conteúdos ao paciente na tentativa deste se beneficiar com o que foi elaborado nos espaços de análise, ao oferecer sentido e integração para as partes do *self* que foram colocadas, defensivamente, para dentro do observador.

Para Lam, Silveira e Silveira (2008), “Os observadores, ao mesmo tempo em que são depositários de transferências dos pacientes, estão em contato com suas contratransferências, e precisam continuar silenciosos, sendo continente do grupo e de si” (p. 52). Assim, inicialmente, o observador se posiciona como continente dos afetos do paciente. Em seguida, os espaços de discussão clínica acolhem os elementos trazidos por ele e se colocam na posição de continente para o observador e terapeutas do grupo e esses últimos para os pacientes, com o objetivo de realizar uma contínua construção coletiva de elaborações provenientes do interlúdio entre a transferência e contratransferência vivenciadas.

Sonhar e elaborar: uma experiência onírica da contratransferência

Ontem eu tive esse sonho
Nele encontrava com você
Não sei se sonhava o meu sonho
Ou se o sonho que eu sonhava era seu
(*Nação Zumbi*)

Uma das facetas da contratransferência pode ser apresentada quando o analista sonha com o paciente. No trabalho de observação, produzi um sonho em que João estava machucado e atordoado, buscando alguém que pudesse ajudá-lo. Enquanto via a cena, me angustiava e tentava buscar socorro, sem obter sucesso. Permaneci sozinha com João naquele estado e com a sensação de não conseguir o amparar. Ou seja, o que era vivido no grupo se repetiu, metaforicamente, no sonho, em que eu observava João sem poder fazer nada, assim como no *setting* terapêutico, juntamente com sentimentos de solidão e de abandono que o paciente despertava em mim pela via da identificação projetiva. Portanto, qual seria o papel do material psíquico do sonho do observador na análise da transferência e contratransferência no *setting* terapêutico grupal?

Para pensar sobre esse questionamento, vamos primeiramente utilizar as considerações de Gurfinkel (2011), no qual reflete sobre a possibilidade dos sonhos contratransferenciais do analista produzirem associações analíticas com pacientes e difere os de transferência dos de contratransferência. O primeiro considera o trabalho onírico do paciente na sua relação com o analista. Já o segundo, vai no sentido oposto, são os sonhos do analista nos quais os pacientes se fazem presentes de forma direta ou não.

Já Klautau e Winograd (2013) criaram a noção de “sonhar com” por meio do parâmetro e complementariedade que os autores acreditam que essa construção tenha com o “sentir com”, ideia extraída da teoria ferencziana. As duas elaborações expressam a abertura sintônica e empática do analista de receber o conteúdo não-verbal afetivo que advém do outro, pois o

sonho requer o uso da mente do analista como ferramenta de simbolização para elementos em estado bruto.

Outra perspectiva é a de Valente (2019) que descreve a experiência do sonhar com participantes de grupos clínicos a partir de uma matriz relacional, pois o conteúdo pode comunicar sobre elementos inconscientes e primitivos com aquele que foi sonhado: “O sonho manifesto como que ilumina o caminho, orienta o rumo sendo um indicador dos processos da transferência e da contratransferência integrados pela identificação projetiva, para além, de também poder ser uma simples forma de comunicar – o sonho objeto” (p.72).

O sonho pode ser uma modalidade de expressão do campo intersubjetivo estabelecido entre sujeito e objeto e pode esclarecer o movimento transferencial da dupla analítica pelo acesso que o material onírico oferece de estados mentais do paciente que não foram acessados e/ou elaborados. Botella (2012) aposta no sonho como um processo que pode auxiliar no entendimento daquilo que acontece no encontro consciente-inconsciente da relação analítica. Outro autor relevante é Kaës (2003), que assinala a dimensão compartilhada do sonho e constrói a ideia de que nele há polifonia de espaços, tempos, significados e vozes, devendo ser visto fora de um campo isolado e fechado:

A concepção de um espaço comum e compartilhado entre vários sujeitos, bem como a de um espaço onírico parcialmente aberto à presença do outro dentro da psique do sonhador, deve ser colocada em tensão, e não em oposição, à abordagem clássica do sonho dentro de um quadro de cura. (p. 4-6)

Além disso, para Zanetti e Guimarães (2014), “destaca-se um possível aspecto do sonhador: a do porta-sonhos, que pode exercer a função de sonhar por um outro, já que ambos se cruzam dentro do espaço onírico comum e parcialmente compartilhado no *setting*” (p. 81-82). A função de ser a “incubadora” de sonhos para o outro pode também ser vista em Ogden (2010), quando postula que o paciente pode tomar, como empréstimo, a mente do terapeuta para sonhar seus sonhos não sonhados e interrompidos, o que se traduz na possibilidade de associar, simbolizar e elaborar experiências psicologicamente, visto que uma subjetividade com dificuldades pode ter a capacidade simbólica perdida. Se o terapeuta se permitir ser afetado e modulado pelas comunicações afetivas que o paciente desperta, estará se defrontando com um valioso conteúdo interno, que se expressará por sentimentos vívidos e construídos a partir do terceiro analítico (campo da intersubjetivamente inconsciente) no vínculo transferencial-terapêutico (Ogden, 1982). Assim, seja na análise da identificação projetiva por devaneios diurnos com base inconsciente, seja pelo trabalho dos sonhos na vida noturna, a análise deve incidir sobre os processos

que mobilizam o analista contratransferencialmente, ou no caso tratado, sobre o observador.

Considerações finais

Se inicialmente, na história da psicanálise, as emoções e afetos do analista eram dificultadores do processo terapêutico, hoje são tomados como um instrumento clínico primordial para a condução do tratamento. Nesse sentido, a partir das vivências dos casos clínicos, vê-se que o saber do observador não deve ser ignorado, pois este comporta aspectos imprescindíveis que atravessam a dinâmica dos pacientes e do grupo. O ideal de neutralidade na análise é desmistificado a partir dessa prática, pois evidencia que o inconsciente e a subjetividade do analista-observador continuam fazendo parte da cena clínica, mesmo em uma posição assimétrica frente ao analisando.

Isso acontece em razão do dispositivo do grupo terapêutico abarcar a dimensão de transferências cruzadas (Barros, 2015), pois, nesse espaço, há múltiplas formas do campo transferencial se manifestar. A transferência do paciente pode se entrelaçar com a instituição, o grupo em si, com os terapeutas, outros participantes, e, inclusive, com o observador. No que compete à contratransferência do observador, pode se dar a partir dos mesmos componentes citados, mas o artigo se deteve na relação deste com os pacientes.

O enquadramento do método de observação estabelecido no espaço terapêutico considera a presença corporal do observador, como produtor de análises clínicas e efeitos subjetivos, com base em uma comunicação não-verbal e sensorial que é estabelecida com os pacientes pela via da transferência e contratransferência. Com isso, o observador possibilita a criação de uma identificação mútua com casos que apresentam uma dimensão mais

regredida do desenvolvimento emocional, como vimos nos relatos clínicos. Para quem experimenta esse exercício profissional, há, primordialmente, o desdobramento em ganhos no ato de expandir e refinar a escuta clínica, visto que há a contínua prática de ser uma presença sensível e disponível para o outro, vivenciando uma posição de ser objeto e sujeito de reações afetivas, corporais e imaginárias, traduzindo para o paciente, através da função continente, conteúdos primitivos de ordem não-verbal.

As perspectivas do observador como parte do *setting*, o não-verbal como analisável, o afeto contratransferencial como um dos protagonistas na análise e a incidência do campo da intersubjetividade fazem parte de um olhar não-tradicional da psicanálise, mas com ganhos enriquecedores e relevantes na práxis analítica. Importante destacar que a condição subjetiva de ambos os grupos apresentados era não-típica/não-neurótica e, se a identidade do grupo se apresentasse com uma distinta configuração psíquica, talvez não fossem essas as formulações e os conceitos utilizados que se encaixassem de forma mais adequada.

Por fim, destaco que o trabalho institucional permite que uma rede terapêutica se crie, em que diversos atores sejam ativos, assumindo o observador o papel potente de diluir a transferência maciça advinda de casos de sofrimento psíquico graves pela sua capacidade de receber, identificar e analisar os afetos repercutidos em si, mas que retratam o mundo interno dos próprios pacientes, promovendo mudanças nos estados e cruzamentos trans e contratransferenciais na dinâmica dos grupos. O norte ético da equipe utiliza de dispositivos como a observação nos grupos, reunião e supervisão clínica para a produção de cuidado da subjetividade entre pares, numa dimensão institucional, tornando-se um solo fértil para germinar a criatividade clínica.

Transference and countertransference: the observer's clinical effects in therapeutic groups

Abstract: This paper reflects on the concepts of transference and countertransference in articulation with the clinical dimension of the observer's place in therapeutic groups. After a brief historical overview of these concepts in psychoanalysis, the notion of transference is discussed as a link that can manifest itself via bodily and sensorially. Countertransference, in turn, will be analyzed based on intersubjectivity. These aspects will be illustrated by two clinical vignettes.

Keywords: transference, countertransference, therapeutic group, observer.

Transfert et contre-transfert: les effets cliniques de l'observateur dans les groupes thérapeutiques

Résumé : Cet article reflète aux concepts de transfert et de contre-transfert en articulation avec la dimension clinique de la place de l'observateur dans les groupes thérapeutiques. D'après un aperçu historique de ces concepts en psychanalyse, on discute la notion de transfert en tant que lien qui peut se manifester par l'expression corporelle et la sensorialité. Le contre-transfert, à son tour, sera analysé à partir du domaine de l'intersubjectivité. Ces aspects seront illustrés par deux vignettes cliniques.

Mots-clés : transfert, contre-transfert, groupe thérapeutique, observateur.

Transferencia y contratransferencia: los efectos clínicos del observador en el trabajo con grupos terapéuticos

Resumen: El propósito de este artículo es reflexionar sobre los conceptos de transferencia y contratransferencia articulándolos con la dimensión clínica del lugar del observador en el trabajo con grupos terapéuticos. Inicialmente, se hará un recorrido histórico sobre tales conceptos en el psicoanálisis. Posteriormente, la noción de transferencia será discutida como vínculo que puede manifestarse por la expresión corporal y la sensorialidad, mientras que la contratransferencia será analizada a partir del campo de la intersubjetividad. Estos aspectos serán ilustrados por dos viñetas clínicas.

Palabras clave: transferencia, contratransferencia, grupo terapéutico, observador.

Referências

- Barros, L. H. C. (2015). Transferência em psicoterapia de grupo de orientação analítica. *Jornal de Psicanálise*, 48(88), 81-94. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352015000100007
- Bion, W. R. (1991). Ataques ao elo de ligação. In E. B. Spillius (Org.), *Melanie Klein Hoje: desenvolvimentos da teoria e da técnica* (pp. 95-109). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1959).
- Botella, S. (2012). O sonho do analista. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 19(1), 197-208. Recuperado de <https://revista.sppa.org.br/RPdaSPPA/article/view/597>
- Caron, N. A., Lopes, R. S., Steibel, D., & Donelli, T. S. (2016). A escrita como desafio no percurso do observador pelo método Bick de observação de bebês. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 23(1): 29-42. Recuperado de <https://revista.sppa.org.br/RPdaSPPA/article/view/225>
- Castanho, P. (2012). *Um modelo psicanalítico para pensar e fazer grupos em instituições* (Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo). Recuperado de <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15121>
- Cavallari, M. L. R., & Moscheta, M. S. (2007). Reflexões a respeito da identificação projetiva na grupoterapia psicanalítica. *Revista da SPAGESP*, 8(1), 43-50. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702007000100006
- Dolto, F. (2013). As transferências inimagináveis nos psicóticos. In F. Dolto (Org.), *Seminário de psicanálise de crianças* (pp. 58-64). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1985).
- Du Peixe, J., Dengue, Maia, L., & Pupillo. (2014). Um sonho (Gravado por Nação Zumbi). In: *Nação Zumbi* [CD]. Rio de Janeiro, RJ: Som Livre.
- Ferenczi, S. (1992). Elasticidade da técnica psicanalítica. In S. Ferenczi (Org.), *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 4, pp. 25-36). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928).
- Fontes, I. (2006). A ternura tátil: o corpo na origem do psiquismo. *Psychê*, 10(17), 109-120. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000100007
- Freud, S. (1990). O ego e o id. In S. Freud (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 13-80). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (2006). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In S. Freud (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 147-162). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- Gonçalves, A. P., Silva, B., Menezes, M., & Tonial, L. (2017). Transtornos do espectro do autismo e psicanálise: revisitando a literatura. *Tempo psicanalítico*, 49(2), 152-181. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382017000200008
- Green, A. (1988). Pulsão de morte, narcisismo negativo, função desobjetalizante. In A. Green (Org.), *A pulsão de morte* (pp. 57- 68). São Paulo, SP: Escuta.
- Gurfinkel, D. (2011, 17 de junho). O sonho de contratransferência. Instituto Sedes Sapientiae. Recuperado de www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/index.php?apgb=visor&pub=17&ordem=7
- Heimann, P. (1950). On Counter-Transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84. Recuperado de <https://pep-web.org/search/document/IJP.031.0081A>
- Januário, L. M. (2008). *Transferência na clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave* (Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília). Recuperado de <https://repositorio.unb.br/handle/10482/1474>
- Kaës, R. (2003). A polifonia do sonho e seus dois umbigos: os espaços oníricos comuns e compartilhados. *Revista da SPAGESP*, 4(4), 1-14. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702003000100002
- Klautau, P., & Winograd, Monah. (2013). Dos sonhos traumáticos ao sonhar analítico. *Cadernos de psicanálise*, 35(29), 41-55. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952013000200003
- Kupermann, D. (2008). Presença sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. *Jornal de Psicanálise*, 41(75), 75-96. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352008000200006
- Lam, C., Silveira, M. S., & Silveira, M. L. M. (2008). A observação de grupo terapêutico: a experiência emocional como um importante recurso na formação de terapeutas. *Vínculo*, 5(1), 45-54. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902008000100006

- Lejarraga, A. L. (2004). As múltiplas dimensões da transferência na clínica psicanalítica. *Agora*, 7(2), 298-300. doi: 10.1590/S1516-14982004000200010
- Lispector, C. (1981) *A hora da estrela* (6a ed.). Rio de Janeiro, RJ: José Olympio.
- Naffah Neto, A. (2011). A função básica da mãe (e do analista) em Bion e Winnicott, com foco nos conceitos de rêverie e holding. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 45(3), 119-131. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2011000300014
- Ogden, T. H. (1982). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. Oxford: Jason Aronson.
- Ogden, T. H. (2010). *Esta arte da psicanálise: Sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Safra, G. (2005). *A face estética do self: teoria e clínica*. (3a. ed.). São Paulo: Idéias e Letras, Unimarco. (Trabalho original publicado em 1999).
- Tafuri, M. I. (2003). *Dos sons à palavra: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista*. Brasília, DF: Abrafipp.
- Valente, A. (2019). Sonhar e grupanálise. *Vínculo*, 16(1), 69-77. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902019000100007
- Winnicott, D. W. (1996). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In D. W. Winnicott (Org.), *Os bebês e suas mães* (pp. 79-92). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968).
- Winnicott, D. (2000) Ódio na contratransferência. In: D. W. Winnicott (Org.), *Da pediatria à psicanálise* (pp. 277-287). São Paulo, SP: Imago. (Trabalho original publicado em 1947).
- Wolff, A. C., Carvalho, C. V. de., & Costa, P. J. da. (2012). A psicose do cotidiano: algumas contribuições de W. R. Bion para pensar a clínica contemporânea. *Anais do V Congresso Internacional de Psicologia*. Maringá, PR. Recuperado de <http://www.eventos.uem.br/index.php/cipsi/2012/paper/view/415>
- Zambelli, C. K., Tafuri, M. I., Viana, T. de C., & Lazzarini, E. R. (2013). Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. *Psicologia Clínica*, 25(1), 179-195. doi: 10.1590/S0103-56652013000100012
- Zanetti, S. A. S., & Guimarães, J. A. (2014). O sonho de um supervisor em uma clínica-escola: contribuições da psicanálise contemporânea. *Revista da SPAGESP*, 15(1), 79-94. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000100007
- Zimerman, D. E. (1993). Contratransferência. In D. E. Zimerman (Org.), *Os fundamentos básicos das grupoterapias* (pp. 114-118). Porto alegre, RS: Artmed.
- Zimerman, D. E. (2007). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Porto Alegre, RS: Artmed. (Trabalho original publicado em 1999).

Recebido: 13/06/2022

Aprovado: 14/03/2023