

Um discurso sem palavras: desafios no processo psicoterápico

MARÍLIA BORDIN SCHMIDT*

RESUMO – A palavra é o principal instrumento do processo psicoterápico, e a sua ausência, o silêncio, merece igual atenção. Falar sobre o silêncio em psicoterapia é um desafio, pois é uma dificuldade técnica significativa. Este trabalho percorre desde a reflexão e teoria de Freud e Winnicott até autores contemporâneos como Anne Alvarez, Ferro, Nasio, Roussillon, entre outros, para colocar em palavras o entendimento de um caso clínico silencioso. O paciente referido é um púbere e estava há um ano em atendimento sem se comunicar pelo uso da palavra.

PALAVRAS-CHAVE – Silêncio. Técnica analítica. Setting terapêutico.

A Speech without words: challenges in the psychotherapeutic process

ABSTRACT – The word is the main instrument of the psychotherapeutic process, and its absence, silence, deserve equal attention. Talk about the silence in psychotherapy is a challenge as it is a significant technical difficulty. This work runs with reflection and theory of Freud and Winnicott to contemporary authors such as Anne Alvarez, Ferro, Nasio, Roussillon, among others, to put into words the understanding of a silent clinical case. That patient is a puber and was one year in attendance without communicating by speaking

KEYWORDS – Silence. Analytical technique. Therapeutic setting.

Introdução

*“É fácil trocar as palavras,
Difícil é interpretar os silêncios!
É fácil caminhar lado a lado,
Difícil é saber como se encontrar!
É fácil beijar o rosto,
Difícil é chegar ao coração!
É fácil apertar as mãos,
Difícil é reter o calor!
É fácil sentir o amor,
Difícil é conter sua torrente!*

* Psicóloga (PUCRS), Especialista em Psicoterapia da Infância e da Adolescência (CEAPIA)

*Como é por dentro outra pessoa?
Quem é que o saberá sonhar?
A alma de outrem é outro universo
Com que não há comunicação possível,
Com que não há verdadeiro entendimento.*

*Nada sabemos da alma
Senão da nossa;
As dos outros são olhares,
São gestos, são palavras,
Com a suposição
De qualquer semelhança no fundo”.*

Fernando Pessoa

Um silêncio pode ter muitos significados e é preciso estar conectado e atento ao outro para entender o que ele comunica. Ele pode estar acompanhado de alguma emoção... Um choro, uma risada, uma troca de olhares, um suspiro, um vazio, uma arrogância. Ele também varia de acordo com o grau de intimidade que se tem com o outro... Se for um silêncio com uma mãe, com um pai, com um irmão, com um amigo, com um amor.

E o silêncio nos atendimentos psicanalíticos? Na teoria percebemos uma ampla variação entre uma resistência a determinado conteúdo ou até mesmo um momento de *insight* do paciente. Em determinados casos pode ser usado como uma maneira de se proteger, em outros como uma maneira de provocar. Às vezes não temos palavras para expressar o que estamos sentindo e em outras situações faltam palavras também ao terapeuta.

A palavra é o principal instrumento do processo psicoterápico, e a sua ausência, o silêncio, merece igual atenção. Falar sobre o silêncio em psicoterapia é um desafio, pois é uma dificuldade técnica significativa. O instrumento-chave para trabalhar nesta situação é a contratransferência, que é induzida pela intensidade com que os afetos e os conflitos afloram e são atuados pelo paciente no *setting* terapêutico, produzindo sentimentos no analista que necessita entendê-los a fim de aproveitá-los como instrumentos favoráveis ao processo analítico. São esses aspectos que irão determinar a técnica ou atitude a ser utilizada e por esse motivo não existe uma atitude padrão a ser tomada frente ao paciente silencioso (Litvin e Rehfeld, 1994; Zavaschi e Bassols, 2006).

Pensando no silêncio como um importante aspecto do diálogo terapêutico, percorro através da reflexão e teoria de Freud e Winnicott até autores contemporâneos como Anne Alvarez, Ferro, Nasio, Roussillon, entre outros, para colocar em palavras o entendimento de um caso clínico silencioso. O paciente que descrevo é um púbere e está há um ano em atendimento sem se comunicar pelo uso da palavra.

Percebendo o silêncio

Ao conhecer Manuel¹, tenho a sensação de estar frente a frente a uma tela em branco, pois não consigo enxergar nada além de uma “moldura” e um “local” onde a tela está sendo exposta. A sua irmã mais nova Carla¹ está em atendimento e buscou ajuda devido à sua grande dificuldade de se comunicar verbalmente com todas as pessoas externas a família nuclear, o que já sinaliza que a falta de comunicação é algo que acontece dentro desta família.

Durante a avaliação, Manuel com 11 anos de idade, é bastante silencioso e retraído com a terapeuta. Senta na cadeira de maneira rígida, tentando se esconder tapando o seu rosto com as mãos. É um menino púbere e emocionalmente imaturo, pois não consegue expressar o que sente e gosta, tendo dificuldade para desenhar, brincar e até mesmo falar. Comunica-se inicialmente pelo olhar, mostrando-se atento ao que está acontecendo e o que quer expressar através dele. Como por exemplo, no período de avaliação, quando Manuel intercalava o olhar à terapeuta e à sua caixa de brinquedos e matéria gráfico, de alguma maneira solicitando que eu mostrasse o que havia dentro. Além disso, responde às perguntas destinadas a ele movimentando a cabeça sinalizando sim ou não, mas em momento algum fala com a terapeuta, dando a sensação de que eu deveria “ler os seus pensamentos”.

Segundo Nasio (2010), dentre todas as manifestações humanas, o silêncio continua sendo aquela que, de maneira muito pura, melhor exprime a estrutura densa e compacta, sem ruído e nem palavra, do nosso próprio inconsciente. Podemos considerar que o processo analítico é efetivo quando se cria no *setting* um espaço de comunicação no qual a linguagem corporal, motora ou fisiológica e a linguagem do brinquedo são compreendidas como expressão de sentimentos intensamente projetados no analista. Este, por sua vez, precisa compreender os seus sentimentos, os sentimentos do paciente e discernir o que e qual o melhor momento de verbalizá-los, proporcionando assim que o paciente perceba, identifique e então coloque em palavras aquilo que sentia e que não podia identificar, ou seja, pensar (Zavaschi e Bassols, 2006).

Pensando nisso, os momentos que mais chamam a atenção do atendimento do paciente na avaliação acontecem nos corredores da Instituição. Manuel tem um ritmo próprio, sobe lentamente as escadas olhando para baixo, por vezes olha para os meus pés enquanto o acompanho no seu ritmo. Em um momento pergunto se Manuel gostaria de conhecer o local onde é atendido, ele sinaliza que sim de forma animada. Tenho a sensação de estar frente a frente com um bebê, pois ele age de maneira muito primitiva, como se estivesse conhecendo um novo mundo, observando atentamente tudo por onde passa. Como um bebê que precisa ser apresentado ao mundo por sua mãe.

Nesse sentido, Winnicott (1983) refere que para o bebê, o rosto da mãe é o protótipo do espelho, no rosto dela o bebê vê a si próprio. Para isso é neces-

¹ Nomes fictícios

sário que as condições ambientais sejam adequadas e que a maternagem seja suficientemente boa, a mãe correspondendo às necessidades, que no início são necessidades corporais e que aos poucos vão se transformando em necessidade do ego. A saúde mental do bebê depende da capacidade de mãe de entrar e sair do estado de “preocupação materna primária” (Winnicott, 1983).

A partir da teoria de Roussilon (2012), no período em que a linguagem verbal não está disponível, em que os meios de comunicação entre o bebê e seu entorno são muito limitados, as sensações e os afetos parecerem ter o poder de comunicar ao objeto alguma coisa de seus estados internos. Se o afeto, a sensação ou a emoção são partilhados, começa a se tornar um tipo de “mensagem”, ocupando um lugar no sistema de troca de comunicação, abrindo assim às formas da simbolização (Litvin e Rehfeld, 1994). E foi o que eu senti naquele momento, precisei mostrar o local a Manuel, pois percebi o seu desejo em conhecer esse novo espaço, a sua sala de atendimento, sua caixa e mostrar que é possível traduzir os pensamentos e sentimentos em palavras, podendo empatizar com o que ele está querendo dizer.

Durante os atendimentos da avaliação, Manuel não quis desenhar ou brincar, mesmo eu descobrindo através dos seus “sim” e “não” o que poderia chamar a sua atenção. Por alguns momentos me questiono durante os atendimentos: Devo ficar em silêncio também? É um oposicionismo não querer falar? Ou o paciente realmente não consegue? Que olhar é esse que às vezes parece conectado e por vezes me atravessa?

Roussilon (2012) refere a existência de uma *Narratividade Corporal*, ou seja, “devemos aprender a escutar o que o corpo diz”. Dessa maneira se articulam três narrativas, a corporal/tônica, a lúdica e a verbal. E é dessa maneira que tento enxergar e me comunicar com Manuel em um primeiro momento, usando a interação e a imitação para que o vínculo se estabeleça através do *setting*.

A mãe de Manuel, Márcia, tem uma fala rápida, mostrando-se invasiva inicialmente, pois não deixa a terapeuta conduzir as sessões de avaliação. Se atravessa fazendo perguntas íntimas, questiona o horário e valor dos atendimentos de maneira rude e além disso, exige que seja uma avaliação rápida para iniciar os atendimentos com Manuel. Também faz comparativos com a terapeuta da filha, exigindo que eu a faça da mesma maneira. Aponta como principais preocupações o fato do filho não ter um bom relacionamento com a sua irmã Carla, sendo que por vezes a agride de forma corporal e verbal.

No período de avaliação estou conhecendo Manuel e sua família, mas já consigo me colocar no lugar do paciente, pois foram atendimentos muito difíceis inicialmente com Márcia. Da mesma maneira que a mãe teve dificuldades para dar espaço à terapeuta e contou a história do seu filho com muita rapidez, tem dificuldade de se conectar com a real problemática do filho. Essas sensações me fazem pensar em possíveis falhas maternas na percepção do seu bebê, no estabelecimento de um *holding* e uma sustentação adequada, na maneira como seu filho enquanto bebê foi tratado, cuidado e manipulado (*handling*) e no mo-

mento da introdução da realidade compartilhada ao bebê, traduzindo assim o seu mundo (Winnicott, 1983).

Sinto-me contratransferencialmente invadida e tendo que dispende um grande esforço para empatizar e acolher o caso, ao mesmo tempo que posicionava tecnicamente a minha maneira de atender e conduzir a avaliação. Essa pressão que o paciente ou os pais do paciente exercem sobre o analista é proveniente da contratransferência, que tem como base o fenômeno da identificação projetiva, um mecanismo de defesa primitivo que é projetado e invade a mente do receptor. Essa sensação é também uma forma de comunicação e que devemos estar atentos para identificá-la e então trabalhar a favor do mundo interno do paciente (Alvarez, 1994; Laplanche e Pontalis, 2001).

O pai, Renato, por outro lado, mostra-se silencioso na avaliação, respondendo somente as perguntas feitas sem aprofundá-las. Relata perceber dificuldades e sintomas somente na Carla, enxergando Manuel como um menino passando pela fase de início da adolescência. Renato despertou diferentes sensações nas terapeutas dos filhos, por vezes algo na linha do espectro autista, outras com traços homossexuais. Essa ambivalência é um dado importante para entendimento desta família. É importante pontuar que o silêncio e a maneira que Renato se coloca, lembra muito o jeito que Manuel se apresenta. Este pai age de maneira passiva no relacionamento com o seu filho e ao longo do tratamento também não se coloca, o que faz pensar que no momento de relação dual entre mãe-bebê, e principalmente com esta mãe com características invasivas, não se colocou como um terceiro interdito, deixando de lado limites e intervenções necessárias e que são refletidas no momento atual da família.

Questionei-me em muitos momentos o que o silêncio de Manuel sinalizava. Inicialmente pensei em uma timidez e vergonha e que conforme o vínculo e *setting* fossem sendo estabelecidos, conseguiria se expressar verbalmente, uma vez que Manuel falava em outras ocasiões, como por exemplo, em casa ou até mesmo na sala de espera, mas ficava em silêncio quando me enxergava. Por outro lado, o fato de não falar era o maior indicador do que estava acontecendo e as sensações de existir algo muito mais primitivo e grave tem uma importância, ainda mais nestes casos que exigem uma postura mais ativa do terapeuta.

Pensando nessa postura mais ativa, o analista deve manter-se autenticamente disponível e dar ao paciente um “lugar” dentro dele, ou seja, um lugar da assimetria, do trabalho de assinalar o que acontece no campo, transformar, nomear e narrar, abrindo espaço para a simbolização. O conceito de campo se estende a toda situação analítica, ao *setting*, as regras, ao inconsciente da dupla e fornece possibilidades de um olhar mais amplo do que aquele sobre a relação (Ferro, 1995).

Comecei a sentir os desafios deste atendimento através da transferência e contratransferência. Segundo Nasio (1999), a relação do analista com o seu lugar, para onde ele deve ir e qual o ângulo deve se situar para ser capaz de operar com o inconsciente do paciente, merece uma atenção especial. Assim, tento

encontrar uma distância ótima entre eu e o paciente como uma mãe que busca a distância certa para que o rosto tenha a qualidade de ser visível e o seio a de ser nutridor de uma maneira satisfatória (Alvarez, 1994). Percebo que são estas as falhas que estão em evidência no caso de Manuel.

Além do silêncio observado nas sessões, foi realizado contato com a orientadora da escola, a qual informou que Manuel é um ótimo aluno, mostra-se atento na sala de aula e com bom desempenho cognitivo. Porém percebem que ele apresenta um retraimento importante, com dificuldades de entrosamento com a turma e professores, ficando na maioria dos momentos sozinho, silencioso e com algumas pessoas não se expressa verbalmente.

Os pais do paciente não se mostraram disponíveis financeiramente e logisticamente para assumirem a indicação de alta frequência semanal do filho. Foi pontuado para ambos a dificuldade de Manuel em se comunicar, seus sintomas relevantes na escola e que o processo terapêutico seria mais lento com uma sessão semanal. Mesmo assim, os pais optaram pelo atendimento uma vez na semana e o filho é trazido à Instituição pelo tio materno. Além disso, a mãe, no período inicial do tratamento, sugeriu que a terapeuta reavaliasse a técnica utilizada, pois achava que esta não estava sabendo se conectar com o menino, pontuando que Manuel falava normalmente em casa.

Em sessão com Manuel, quando mencionado que iniciariamos atendimentos semanais e apontado de maneira acolhedora as suas dificuldades e a necessidade de receber uma ajuda, o paciente expressou muita raiva, agitando-se na cadeira, cruzando os braços e ficando com o rosto vermelho. Eu verbalizo, na sessão, que percebo nele essas sensações.

Quando o silêncio é entendido contratransferencialmente, precisa ser traduzido verbalmente para então dar lugar às associações livres e abrir caminho para o inconsciente. Nesse sentido, tudo o que é perceptível, como mudanças corporais, sons, mudanças no estado de espírito, devem ser verbalizadas nos momentos adequados (Litvin e Rehfeld, 1994). O analista está na mesma posição do oficial no campo de batalha: vive e experimenta os mesmos sentimentos de medo, angústia e terror de seus homens, mas tem a responsabilidade do comando. Sentimentos que não deve deixar de experimentar, mas nunca esquecendo o seu lugar (Ferro, 1995).

Desafios no atendimento com uma criança que não se expressa pela fala

Freud (1905) em seu texto “Sobre a psicoterapia”, relata que há muitas espécies de psicoterapia e meios de praticá-la. Todos os que levam à meta da recuperação são bons. Existe entre a técnica sugestiva e a técnica analítica a maior antítese possível, aquela que o Leonardo da Vinci resumiu, com relação às artes, nas fórmulas de *per via de porre* e *per via di levare*. A pintura trabalha *per*

via de porre, pois deposita sobre a tela incolor partículas coloridas que antes não estavam ali. Já a escultura, funciona *per via de levare*, pois retira da pedra tudo o que encobre a superfície da estátua nela contida. De maneira muito semelhante, a técnica da sugestão busca operar por *per via de porre*, não se importando com a origem, a força e o sentido dos sintomas patológicos e sim deposita algo, uma sugestão, que ela espera ser forte o bastante para impedir a expressão da ideia patogênica. A teoria analítica, em contrapartida não pretende acrescentar nem introduzir nada de novo, mas sim trazer algo para fora, e para esse fim preocupa-se com a formação dos sintomas e com a trama psíquica, cuja eliminação é a sua meta.

Pensando no caso de Manuel, é como se ele fosse a tela sem cor e eu funcionasse como as tintas coloridas. Procuro me oferecer de maneira receptiva, acolho e fico atenta as suas identificações projetivas, buscando transformá-las e devolvê-las em uma “temperatura” e uma “forma” suportável, para que de alguma maneira ele possa pensar nas suas questões, pintando assim imagens na sua tela (Ferro, 1995).

No início dos atendimentos, percebo Manuel usando não somente o *setting* analítico como um espaço terapêutico, mas também o estendendo à sala de espera e ao corredor da Instituição. Sempre que chego para recebê-lo, está sentado em um local diferente, agindo de diferentes maneiras, como por exemplo, se escondendo atrás das mãos, ficando longe do tio, olhando e sorrindo timidamente aguardando que eu o cumprimente, entre outros. O tio materno é uma pessoa importante à família, pois sempre cuida dos sobrinhos. É uma pessoa educada, gosta de conversar, mas em alguns momentos age de maneira invasiva com Manuel, levantando-o à força, empurrando-o até minha direção e agindo de maneira reativa.

Com estes acontecimentos semanais, sinto que devo ampliar os modelos da função analítica como propõe Anne Alvarez (1994), pois senti a necessidade e urgência de ser uma terapeuta mais ativa e ágil, para funcionar como um self auxiliar de Manuel, desempenhando certas funções que ele não está podendo expressar por si mesmo, até mesmo o próprio sentimento de sentir-se vivo. Nas ocasiões em que eu sinalizava para o tio “*Tudo bem. O Manuel tem o ritmo dele e eu estou aguardando*”(sic) o paciente sempre retribuiu com um olhar de agradecimento. Sua reação não verbal me leva a imaginar que isto acontece pelo fato dele nunca ter tido alguém que acompanhasse o seu ritmo, tendo ele sempre acompanhado o tom e tempo de sua mãe e sua família.

Após “longos” e significativos caminhos no corredor com muitas trocas de olhares, ao chegarmos à sala de atendimento eu faço tentativas de nomear como o percebo naquele dia, costumo perguntar como estão as coisas em casa e na escola, até mesmo ampliar com questionamentos, como por exemplo, o que ele mais gosta de fazer. Nesses momentos eu tentava uma aproximação com Manuel, que só balançava a cabeça quando queria sinalizar sim e não, tendo um total controle sobre a sessão e me deixando por muitas vezes sem saber o que fazer.

A verbalização é importante para mostrar que o terapeuta não se utiliza do silêncio como um revide pela falta de material verbal do seu paciente (Litvin e Rehfeld, 1994). Roussiolon (2012) refere à *Associatividade Corporal*, quando a criança não consegue associar por palavras, sendo um sinal de falha no processo de simbolização. Dessa maneira nós terapeutas devemos viver no clima emocional da sessão o que acontece com o paciente, agindo de maneira receptiva, demonstrando estar surpreso com aquilo que ela traz no gesto, no corpo e no tom, com uma interpretação corporal, transformando e dando um sentido a ela. Por exemplo, Manuel consegue se conectar e fica muito surpreso quando me enxerga como um espelho, pois imito o que ele está fazendo e tentando expressar, dessa maneira ele podendo se ver.

Corroborando com esta ideia, Roussilon (2015) usa o termo *Relação Duplo Amodal*, quando expressamos ou imitamos o que o paciente sente e, além disso, colocamos em palavras o sentimento que acontece no campo, “*um espelho duplo estruturante do self*”. As três características essenciais para compreender como se estabelece essa relação são: *Imitação*, como a de um bebê que é capaz de reproduzir as mímicas vistas no rosto do outro; o *Ritmo*, como um primeiro nível de organização de uma forma de temporalidade, prevendo o que vem antes, o que vem depois e o *Reflexo Ecoestésico*, um investimento do processo que o bebê se sente refletido pela sua mãe, esta que regula e percebe as sensações, sensibilidades e o seu estado de alma e de ser.

Manuel por volta de sete meses de tratamento, foi trazendo mais símbolos corporais para eu compreendê-lo. Novamente lembro-me do movimento que a mãe faz com um bebê quando tenta reconhecer ou descobre o que ele está precisando. Porém, fui mostrando para Manuel que eu precisava da ajuda dele para descobrir estes novos símbolos e ele foi se dando conta que por maior esforço que eu fizesse, não conseguiria sozinha. Já consigo visualizar neste período de tratamento não mais a tela em branco, mas sim tentativas de uma pintura abstrata. Mas como toda obra abstrata é algo que foge do representacional, sem uma imitação do que é concreto, desta maneira eu não enxergando “o que era”, mas sim “como era”.

Além da ampliação destes símbolos de comunicação, Manuel conseguiu propor que respondêssemos perguntas escritas de um para outro. Dessa maneira, senti que me empolguei com a brincadeira e pelo fato de termos uma nova forma de comunicação, acabei ultrapassando o tom e o ritmo de Manuel. Perguntei “*Como ele se enxergava*”, “*O que o deixava triste*” quando na realidade eu já sabia essas respostas através do campo analítico, da relação transferencial e da comunicação inconsciente para inconsciente que se passava. Anne Alvarez (1994) aponta o cuidado que os analistas devem ter quando pressionam os pacientes para enfrentarem seus medos, seus anseios, sua tristeza, muito antes deles terem os recursos e a imaginação para isso.

Esse exemplo foi importante para a terapeuta entender que “*o timing é tão essencial quanto o tom e a harmonia*” (Anne Alvarez, 1994) e que eu deveria

respeitar o ritmo de Manuel. Nessa situação vivi na transferência a relação mãe-filha, quando Márcia ultrapassa e invade Manuel, querendo propor as coisas do seu modo. Foi então que retomei ao plano terapêutico de acompanhar o paciente, tendo o cuidado técnico de não apressar o seu tempo interno, mesmo que Manuel despertasse esse desejo.

Considerações Finais

Após escrever esse trabalho, reflito que o prognóstico de Manuel não está associado, necessariamente, ao fato dele conseguir se comunicar em palavras comigo, pois ele sempre expressou as suas dificuldades e inquietações do seu modo. Os desafios com este tipo de paciente são, justamente, entender estes significados por outra via que não a palavra e a capacidade empática do terapeuta em lidar com dois instrumentos significativos da análise: o silêncio e o tempo.

Márcia relata que Manuel teve melhoras importantes na escola, conseguindo ampliar as suas amizades e se comunicar com alguns professores e orientadores. Tem solicitado ir à casa dos amigos e mostra-se mais conectado com o grupo. Porém, começaram a aparecer algumas confusões de Márcia com questões que envolvem a sexualidade do filho, não respeitando o seu momento de tomar banho e vestir-se sozinho, a mãe também invadindo este espaço.

Além disso, nestes últimos meses de tratamento, Manuel iniciou com movimentos de não querer vir mais à terapia, segundo a mãe. Porém, mesmo assim o tio o traz e Manuel expressa a sua vontade sentando-se de costas para a terapeuta, em algumas sessões, ou escondendo-se embaixo de uma toca/boné. Essas sessões causaram muita angústia, pois além do paciente não usar a palavra para comunicar-se, Manuel tira de cena uma das maiores conexões no *setting* terapêutico até então, que era a troca de olhares. Ao mesmo tempo, penso que iniciou com um uso diferente do silêncio, com momentos de arrogância e birra, sendo estas reações sinalizadoras de que alguma transformação pode estar acontecendo e que possíveis rumos do tratamento podem ser modificados.

Nasio (2010) refere que a dificuldade de certos pacientes em seguir a regra analítica, ou seja, se comunicar pela fala, poderia estar ligada ao medo de um deslocamento da incontinência ou perda do controle. Pensando assim, Manuel substitui uma verbalização por um silêncio e dessa maneira não divide, retendo e segurando dentro de si o que pensa e o que sente.

Pensando no poema de Fernando Pessoa que me inspirou neste trabalho, sigo refletindo.. *“Como é por dentro outra pessoa?”*, o que se passa pelo silêncio de Manuel e por essas sensações de que tem algo a mais por vir, além da intensidade do que já é possível se enxergar.

“A alma de outrem é outro universo..Com que não há verdadeiro entendimento”. Busco através das diferentes teorias uma maneira de pensar neste caso tão silencioso, mas tão inquietante. Escrever este trabalho também foi uma

maneira de dar voz ao que se passa no tratamento de Manuel e na contratransferência da terapeuta.

Por enquanto, “São olhares, são gestos, são as palavras, com a suposição de qualquer semelhança no fundo”.

Referências

- Alvarez, A. (1994). *Companhia Viva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ferro, A. (1995). *A técnica na psicanálise infantil - A criança e o analista: da relação ao campo emocional*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1901-1905). Sobre a psicoterapia. In: *Um caso de Histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros trabalhos*. (Vol VII, pp 243-256). Rio de Janeiro: Imago.
- Laplanche, J.; Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário de psicanálise*. 4 Edição. São Paulo: Martins Fontes.
- Litvin, E.; Rehfeld, R. (1994). Os tons do silêncio: Abordagem Psicodinâmica na Adolescência. In: Graña, R. (1994). *Técnica psicoterápica na adolescência*. (pp 197-211). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nasio, J. D. (2010). *O Silêncio na Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar
- Nasio, J. D. (1999). *Como Trabalha um Psicanalista?* Rio de Janeiro: Zahar.
- Pessoa, F. É fácil trocar as palavras. Disponível em: <https://textosdepoesia.wordpress.com/2015/04/02/e-facil-trocar-as-palavras-fernando-pessoa-2/> Acesso: 26/09/17.
- Roussilon, R. (2012). *As condições da exploração psicanalítica das problemáticas narcísico-identitárias*. ALTER - Revista de Estudos Psicanalíticos. (Vol 30, pp 7- 32).
- Roussilon, R. (2015). *A Dialética Presença-Ausência: Para uma metapsicologia da presença*. Tradução: Isabel Hilbig, Santa Cruz do Sul, Setembro.
- Winnicott, D. (1983). *O Ambiente e os processos de maturação - Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Zavaschi, M. L.; Bassols, A. M. (2006). Contratransferência no atendimento a crianças. In: Zaslavsky, J.; Santos, M. (2006). *Contratransferência teoria e prática clínica*. (pp 167-176). Porto Alegre: Artmed.