

O termo de uma Grupanalise

José de Abreu Afonso*, Nuno Cotralha **

Resumo:

Os autores fazem uma reflexão sobre a fase final e o termo do processo terapêutico grupanalítico.

Partindo da discussão do conceito de cura do ponto de vista psicoterapêutico, referem-se alguns critérios de terminação e abordam-se manifestações comuns neste período do tratamento, nomeadamente aspectos da transferência do paciente e do grupo. Discute-se, ainda, o termo da análise do ponto de vista da experiência emocional do analista.

Palavras-chave: Termo da grupanalise; Transferência; Contra-transferência.

The Ending of Groupanalytic Therapy

Abstract:

The authors reflect about the final phase and the ending of the group analytical treatment.

The discussion of the cure concept on the psychotherapeutic field is the starting point of the paper and some criteria of termination are mentioned. Common aspects of this period of treatment are mentioned, namely the transference of the patient and the group. The ending of groupanalysis from the point of view of the analyst's emotional experience is also discussed.

Keywords: Term of group analysis; Transference; Counter-transference.

I

Idealmente o termo de uma análise perspectiva-se na cura. Isto seria simples se o conceito de cura não fosse tão discutível.

O que é a cura? Aquilo que o paciente define, ou seja, o alívio do sofrimento; o que define o terapeuta com as suas preconcepções de saúde mental; o que a sociedade entende, com as suas representações do que é ou não aceitável socialmente? A cura não pode ser entendida como um estado em que não houve traumatismo ou frustração ao longo do processo de desenvolvimento. Apesar do espaço que se cria para novas expressões e opções, nunca é possível apagar o passado e começar do zero.

O fim da análise não seria, pois, a utopia idealizada de uma cura, mas sim a transformação de restrições mutiladoras, conscientes e inconscientes, em liberdade assumida. Isto implica a internalização de um novo objecto, libertador, o que não significa que, numa situação muito difícil de vida, o indivíduo não se reporte ao objecto antigo, mutilador. A diferença é que o indivíduo analisado terá, antes de mais, maior resistência às ditas situações difíceis sem se reportar a padrões antigos e, de um modo geral, não se aperceberá das pressões que antes o levaram à manifestação da sintomatologia (Caracushansky, 1990)¹.

Freud (1937)², que preconiza como critérios de avaliação o alívio dos sintomas, ansiedades

e inibições, a consciencialização suficiente e a ultrapassagem das resistências, abdica da ideia da psicanálise como garantia profiláctica, demonstrando-lhe a experiência que as circunstâncias externas podem fazer recrudescer os sintomas mais tarde. Freud considera inútil adiar o fim da análise para a altura em que nada mais resta para ser feito, interpretado e analisado.

No período final do tratamento, o analisando começa a levantar o tema da alta. Podem surgir questões que já foram trabalhadas. Interpretações feitas no passado e não suficientemente compreendidas ressurgem e mal-entendidos são esclarecidos. O analista é aliviado da pressão transferencial. Pela elaboração da neurose de transferência, gradualmente, ele torna-se um objecto real e significativo para o paciente.

Para além da remissão sintomática, há que operar uma modificação profunda no Eu, estando a resolução definitiva da neurose de transferência, mais do que a qualquer outro factor, ligada à resolução da situação edipiana infantil (Cortesão, 1967)³.

Deverá haver, na fase final, um mútuo reconhecimento e aceitação da aproximação do fim – aceitação baseada em mudanças significativas na transferência, na contra-transferência e na aliança terapêutica. A transferência, na fase final, deve ser edipiana positiva. Antes disto terá havido, com sofrimento, uma desistência das representações idealizadas

e onnipotentes do *Self* e dos objectos (Novick, 1988, citado por Neto e Babo, 2000)⁴.

Cortesão (1989)⁵ toma em consideração o mundo da representação dos objectos no início, durante e no fim da grupanálise. No começo, encontram-se representações de objectos neutrais, ambivalentes e clivados os quais, por via da dinâmica natural do decurso da análise, assumem uma organização gradual, com nova representação do mundo objectal. No fim da grupanálise, há uma maior identificação com os objectos, maior capacidade de separação e uma progressiva aquisição de identidade – o que traduz «(...) o equilíbrio afectivo e estético que as relações de objecto precoces e a matriz edipiana não permitiram» (Cortesão, 1989, p. 299). A resolução da neurose de transferência com o grupanalista, na matriz do grupo, a obtenção de um bom *insight* e a elaboração interpretativa são objectivos implícitos no conceito de equilíbrio estético (Filipe, 1993)⁶.

O processo deve permitir a análise e elaboração dos núcleos mais perturbados da personalidade: psicóticos, caracteriais e psicossomáticos (Neto e Babo, 2000)⁴. Possibilitará, ainda, encontrar um sentido para os sintomas e os traços de carácter, mediado pelo simbólico e pela palavra. Este sentido deverá ser aceite pelas partes intervenientes no processo: o analista, o analisando e o grupo. Deverá, também, proporcionar uma relação empática de afecto predominantemente agradável (Dinis, 1994)⁷.

A aquisição da capacidade de auto-análise, que é outro critério para avaliação do fim de uma grupanalise, resulta da integração do padrão grupanalítico pela via da matriz.

Na grupanalise, geralmente, os pacientes indicam o seu desejo de terminar. O paciente avalia-se e os seus pares avaliam-no também. Aceitar ficar um período após esta decisão é um bom prenúncio da sua capacidade de cuidar de si próprio. Neste sentido, não é demais afirmar que o fim de uma análise não é um facto mas sim um processo (Kauff, 1977, citado por Caracushansky, 1990)¹, exigindo um prazo para ser trabalhado e permitindo lidar com os problemas ligados à separação-individuação, à dependência/independência e aos lutos da primeira infância, que podem, até aqui, não ter aparecido com toda a intensidade. Por tudo isto, deve haver um período relativamente longo entre o acordo sobre o fim e o termo da grupanalise, que pode variar de dois a três meses até dois a três anos, de acordo com os grupanalistas portugueses citados no trabalho de Neto e Babo (2000)⁴.

A avaliação deste momento final não pode ser considerada com um critério simples de avaliação. A recuperação de cada paciente só poderá ser analisada à luz da sua perturbação inicial e do seu potencial. Isto significa que, num grupo, um paciente pode ser, no termo da sua análise, menos capaz de lidar com um problema do que outro cujo termo não esteja ainda a ser considerado, como anota Foulkes em 1967⁸.

Não há uma medida que possa ser usada na pluralidade de um grupo, mesmo nos grupos homogeneamente organizados, uma vez que também nesses prevalecem diferenças na estrutura do carácter, na psicopatologia e nos recursos individuais.

Isto leva a que um dos trabalhos no final das análises seja ajudar cada membro a perceber a sua própria singularidade, a aceitar e lidar com a singularidade dos outros membros do grupo, não esperando ser tratado da mesma maneira e entendendo que a compreensão é conseguida tanto através da identificação como da diferenciação.

A medida da «alta» será percebida pelo indivíduo como própria, isto é, única como a sua personalidade (Foulkes, Kadis, Krasner & Winick, 1967)⁸.

II

Não obstante esta vivência singular do processo grupanalítico, algumas manifestações, de tão frequentes, podem considerar-se as «normais» neste período particular do tratamento: fantasias ligadas ao nascimento, à vida e à morte, à perda de objectos significativos, fantasias de vingança, desejo de perfeição, sentimentos de decepção (em ambos, analista e analisando), negação de perda, formação reactiva, deslocamento, faltas, silêncio, resistência consciente, aumento de sintomas, *acting-outs*, tendência a ultrapassar os limites da relação terapêutica nos participantes,

apoio consciente ou inconsciente a *acting-outs* do paciente, prolongamentos desnecessários da análise.

Tudo isto deve ser tecnicamente trabalhado, explorado, interpretado e ligado com a fase de termo da grupanálise (Machado, 1989)⁹. O modo como o analista lida com todas estas manifestações determinará a capacidade de o analisando funcionar independente, depois do termo do tratamento.

Garma (1974)¹⁰ refere outros três conteúdos transferenciais importantes que aparecem na fase final em pacientes com um bom percurso analítico. Um deles é a reacção fóbica inconsciente face à possibilidade de melhoras futuras, que é motivada pelo afastamento próximo do analista. Como diz Freud (1937)², em qualquer período do tratamento é preciso lutar contra a inércia do paciente, que está pronto a contentar-se com uma solução incompleta.

É verdade que o paciente deseja conscientemente melhorar, mas é também verdade que há um grande medo inconsciente de o fazer pela oposição do superego – objectos internos persecutórios – transferencialmente projectados no analista.

No final da análise esta oposição superegógica mantém-se, podendo ser uma das razões para falhanços terapêuticos em fases finais de análises que progrediram bem. Neste período, é como se o paciente sentisse que não lhe é permitido ir mais longe, ser mais genital nas relações directas

ou sublimadas com os seus objectos, pois isto torná-lo-ia demasiado perfeito. Ele sente que não poderá chegar a este estado e, ansiosamente, foge dele. O analista é a causa transferencial desta reacção fóbica, pois representa, neste sentido, o superego do analisando. No seu inconsciente ele é um bom e um mau objecto. É vivido como alguém que o ajudou a melhorar mas que o mantém a um nível do comportamento infantil, impedindo formas mais adultas de funcionamento.

Outro dos conteúdos transferenciais típicos deste período é a intensificação de reacções de luto que surge no analisando. Ele está inconscientemente numa situação em que é forçado a separar-se do objecto que o acompanhou, porque este não quer mais a sua companhia, ao mesmo tempo que também não o deseja ver independente. Tal como um jovem adulto que deixa a casa dos pais, ansioso com as dificuldades do futuro, pode defender-se enfatizando as reacções de luto por se afastar da sua família, também o analisando o fará quando tem demasiadas proibições superegógicas (objectos internos persecutórios) relativamente a melhorar e se transformar num adulto mais capaz.

As resistências que levam à reacção fóbica, face à melhoria, também podem levar a tentativas conscientes e inconscientes de depreciação do analista – o que constitui outro dos conteúdos transferenciais importantes nesta fase. Isto ocorre porque o analisando, inconscientemente, se deprecia a si próprio. Está submetido ao seu

superego e ao seu analista na transferência. Embora pareça paradoxal, isto significa que na submissão transferencial ao analista persecutório, o paciente se deprecia a si e ainda mais ao seu analista como se ele fosse o seu duplo. Esta seria uma das razões porque surgem reacções tão hostis em fases finais de análises que falham, mas também para os analisandos que, terminando sem sucesso uma análise, entram entusiasticamente noutros tratamentos, por vezes não analíticos.

A fantasia do analisando acarreta a assumpção de que o seu analista não o pode mais ajudar, o que vai ao encontro da reacção fóbica face à possibilidade de fazer mais progressos na análise. O medo da retaliação é uma das formas que o superego utiliza para manifestar a sua resistência às conquistas da fase final da análise. Estas, e todas as formas de transferência, podem e devem ser interpretadas.

Mas, regra geral é o paciente que menciona a possibilidade de terminar a análise. Segue-se, então, a investigação das suas motivações inconscientes e dos processos transferenciais associados. Se o pedido de alta persistir e parecer legítimo ao analista, ele concordará. O fim, ou não, da análise vai depender da reacção a essa concordância. A melhor resolução para uma grupanalise dá-se quando indivíduo, grupo e analista, concordam com o fim do trabalho.

Certos analisandos, talvez mais passivos, deixam o seu fim nas mãos do analista por se sentirem

bem no ambiente analítico. Esta necessidade de prolongar a terapia pode, ironicamente, relacionar-se com a transferência positiva face ao analista e com a força de uma boa aliança terapêutica.

Outros obstáculos internos ao fim da análise têm que ver com a situação específica de grupo.

O indivíduo deseja ficar, por fim, separado da família analítica e do grupo. Mas as várias pessoas estão necessariamente em diferentes fases do processo. A saída pode ser vivida com culpa por deixar os outros, como se isso significasse abandoná-los, quebrar a solidariedade com eles (Kutter, 1976)¹¹.

Os grupanalisandos, repetidamente, têm de enfrentar os conflitos que surgem com a rotatividade dos membros. No grupo, os conflitos são enfrentados não só em relação ao próprio como em relação a todos. As reacções dos membros de um grupo à saída de um dos seus elementos podem ser de inveja, de identificação com o membro que sai, de receio da entrada de novo(s) membro(s), ou elemento de resistência à saída. Quando um elemento sai, outro o substituirá. A ansiedade é dupla: em relação ao que parte e ao estranho que vai surgir na vida do grupo (Foulkes, et al. 1967)⁸.

Por tudo isto, as «altas» em grupanalise são vividas intensamente pela totalidade dos intervenientes no processo. Quando o grupo entra em competição com o elemento que sai, atacando-o, rejeitando-o, expondo-o à frustração,

a sua capacidade de encarar estas táticas hostis, sem se desorganizar, é um bom indício de que está pronto para terminar a análise.

No período final, o analisando está presente não por necessidade vital mas por prazer, uma vez diminuída a vivência persecutória da grupanálise. Surge a fantasia de prescindir do grupo, aparecem outros interesses na sua vida e mostra-se capaz de elaborar retrospectivamente a sua evolução e a dos seus pares. O diálogo é mais espontâneo, tolerante e frontal. Aumenta a empatia e o sentido de humor. O *insight* e a auto-análise revelam-se também fora das sessões. A gratidão pelo reconhecimento da mudança é expressa.

Para os que ficam, a «alta» representa também, simbolicamente a garantia da capacidade curativa do grupanalista.

III

O grupanalista percebe que os objectivos foram atingidos, que houve o progresso terapêutico desejável e, dada a sua função, tem de aceitar os sentimentos depressivos provocados pela alta.

Pode, no entanto, acontecer que o terapeuta se defenda desta situação e aja com desagrado levando a interpretar como «resistência» um legítimo desejo de terminar (Stone, 1982, citado por Eizirik, 1989)¹². Trata-se de um processo com a duração de anos e várias sessões semanais, sendo inevitável que o paciente se torne um dos objectos da vida presente do clínico e represente

reedições de figuras do seu passado (Eizirik, 1989)¹². Como diz Cortesão (1967)³: «Os factores técnicos que podem conduzir ao termo adequado de uma grupanálise (...) não são suficientes se não tomarmos em consideração aquilo que são as próprias características dos diversos analistas tomando em conta a sua personalidade, o seu treino, a sua formação, as próprias alterações do seu Eu e dos acontecimentos de vida que os rodeiam» (p. 9).

Tal como Freud sublinhou em 1937², deve ter-se em conta, no fim do tratamento, não só a natureza do ego do paciente como também a individualidade do analista. A influência deste é decisiva para ajudar aquele a elaborar esta situação e, dentro dele próprio, a elaboração deverá ser levada a cabo.

Algo que o analista tem de aprender a tolerar é que o paciente termine o tratamento com limitações. A busca de uma perfeição terapêutica leva a um prolongar infrutífero do processo. Um dos obstáculos à avaliação do termo da análise pode ser um analista que pretende levar os analisandos a realizações analíticas cada vez maiores, a fim de provar a sua «qualidade» analítica.

A contra-transferência, positiva ou negativa, bem como os valores e preferências pessoais, podem entrar na avaliação do terapeuta. Antes de dar «alta» a um paciente, o analista deve analisar as suas motivações, os seus sentimentos contra-transferenciais e as suas esperanças frustradas (Foulkes, et al., 1967)⁸.

A perda real, ocorrida no final de uma análise, pode simbolizar uma perda prematura para os intervenientes na terapia. Freud (1938)¹³, em “Luto e Melancolia”, identificou o medo simbólico da perda como fonte inconsciente da resistência em deixar partir. Kovacs (1965), Mueller e Kell (1972) e White (1973), citados por Patterson e Eisenberg (1983)¹⁴, sugerem que alguns profissionais da psicoterapia podem ter um grau particularmente elevado de necessidades insatisfeitas, de intimidade, de cuidar de alguém, de ser aceite e de receber reconhecimento. Terminar uma terapia pode significar perder a satisfação dessas necessidades.

Patterson e Eisenberg, citando também Goodyear (1981), falam de oito condições que podem dificultar ao terapeuta deixar «partir» o paciente no termo da análise: ele assinala o fim de uma relação significativa; desperta ansiedades relativas às capacidades de autonomia do paciente; desencadeia culpa por não ter sido mais eficaz; se o paciente parte irritado e abruptamente, o termo ameaça a auto-estima do terapeuta; assinala o fim de uma experiência de aprendizagem para o terapeuta; marca o fim de uma experiência excitante e interessante de viver através das aventuras do paciente; recapitula simbolicamente outras despedidas da vida do terapeuta (em particular as não resolvidas); reaviva conflitos sobre a sua própria individualidade.

No período final, ansiedades primitivas dos analisandos e grupanalista reactivam-se e passam

a agir dentro do binómio transferência / contra-transferência. Dá-se, nesta fase, um trabalho intenso ao nível do dito e do não-dito. Aqui, podem surgir as patologias, as análises intermináveis, os impasses, os fins sem separação e as separações sem fim (à vista), bem como, tratamentos que nunca chegam a acontecer (Gus, 1989)¹⁵.

Na verdade, todos estes sentimentos experimentados pelo terapeuta e que devem ser enfrentados, trabalhados internamente, correspondem a emoções que o próprio paciente vive. Guiado pelos seus sentimentos, o terapeuta irá ajudar o paciente e o grupo a desligarem-se. Ao interpretar os afectos positivos e negativos, vai também desligar-se da intensa relação que estabeleceu com o(s) paciente(s) em fim de análise (Kutter, 1976)¹¹. Identificando-se com a sua função terapêutica, o analista perceberá e viverá a alta com satisfação pelo final desta etapa da viagem analítica, identificando-se com o paciente e desfrutando dos progressos da sua própria análise.

Ao determo-nos sobre a personalidade do grupanalista, partimos do princípio de que possui ou conquistou a capacidade de estar só, na esteira da noção introduzida por Winnicott (1958)¹⁶ – isto é: «(...) que cultiva essa capacidade em si e nos outros que o procuram, não apenas por debruçar-se sobre a compreensão do aparelho psíquico mas, e sobretudo, por usufruir da liberdade de se confrontar com o seu mundo interno sem demasiada angústia» (Malpique,

1990, p. 53)¹⁷. Dinis referindo-se ao pensamento de Cortesão (1989)⁵escrevia: «Havemos de viver sempre com a nossa ansiedade e com a nossa depressão, mas podemos vir a ser capazes de colaborar com elas» (p. 5)⁵.

Um grupanalista que sonhe com uma segurança emocional absoluta e perfeita, não pode estar ao lado dos analisandos no seu confronto com as limitações, vicissitudes e imprevisibilidades da vida. Assim, a suficiente resolução e a experiência dos problemas de vida do próprio analista, ajudá-lo-ão a melhor entender as dificuldades dos analisandos. De igual modo, ao ter feito o luto da sua própria idealização como analista ou psicoterapeuta, e dispondo de uma suficiente segurança e auto-estima que, em grande parte, é também resultante da satisfação alcançada com tudo aquilo que está para além da profissão, isso possibilitar-lhe-á ser um bom suporte para a agressividade do seu paciente (Fromm-Reichmann, 1959)¹⁸.

Recorrendo mais uma vez às palavras de Cortesão (1989)⁵: «No equilíbrio estético na matriz do grupo (e fora dela) tem de haver lugar para Eros e Tanatos, para a agressividade destrutiva (o sado masoquismo) e para a agressividade construtiva, ligada ao erótico e que é a criatividade» (p. 294). Só assim, a análise proporciona «(...) o sentimento de equilíbrio estético» (p. 294).

Este espaço e este tempo grupanalítico remetemos para uma técnica grupanalítica que parte de uma posição objectal do analista, ao invés

de uma técnica psico-manipuladora que parte de uma posição narcísica do analista. O analista identifica-se «(...) com os sentimentos expressos de solidão, de medo, de nostalgia, mas não (...) [aceita] ficar (...) [preso] neles, não os (...) [investe] narcisicamente, não (...) [aceita] a idealização. (...) aprende e se possível ajuda a conquistar «a capacidade de estar só», ou seja a «capacidade de ser o próprio», ultrapassado que foi o sentimento de estar só por não ser o único, o melhor, o permanentemente insatisfeito» (Malpique, 1990, p. 54)¹⁷.

O caminho da grupanalise que é o caminho da maturidade e crescimento psíquico, levou a que o grupanalista conhecesse melhor as suas ansiedades e inseguranças, agressividades e conflitos, ao mesmo tempo que lhe concedeu algo de verdadeiramente experimentado e que conduziu – pela dinâmica da sua força positiva – para a dimensão da saúde que existe em cada um de nós (Fromm-Reichmann, 1959)¹⁸.

Ao aceitar conviver e saber lidar com a sua própria ansiedade, terá também melhores condições para dar apoio às forças construtivas dos seus pacientes de modo a que a ansiedade seja integrada nas experiências das suas vidas.

A importância do trabalho analítico (chamemos-lhe trabalho interno) é tanto maior quanto mais, na análise como na psicoterapia, for a própria pessoa do terapeuta o instrumento usado na relação. Este treino do uso de si próprio como instrumento – que constitui um pré-requisito

– leva o analista ou psicoterapeuta a dar respostas adequadas: descobre os seus próprios padrões de relação e torna-se sensível à informação que o cliente produz (Beier, 1966)¹⁹. O trabalho analítico permite também a experiência do estar do outro lado, ou seja, ocasiona a identificação imaginária com o analisando, a qual requer disponibilidade interior, um lugar no espaço psíquico do analista (Dias, 1988)²⁰. No feliz dizer de Maria Etelvina Brito é: «a importância do analista estar não pré-ocupado».

O fim do processo grupanalítico- não da análise- é, na relação transferencial, fazer o luto, aceitar a perda, o que de algum modo significa aceitar que se fica só. Mas esta capacidade de estar só é diferente do sentimento penoso de solidão, a que Malpique (1990)¹⁷ se refere como «(...) a presença onipotente e ameaçadora de um objecto interno maligno, que contamina o espaço interno e obriga a permanentes projecções, deixando o vazio» (p. 54).

Se no termo da análise não se processa a elaboração do luto – por parte do analisando, mas também por parte do analista por via do trabalho transferencial/contra-transferencial –, a separação das personagens «(...) pela incapacidade de fazer o luto em presença, dá lugar ao luto na ausência, inibidor por isso, dos processos mentais integrativos. A aceitação mútua desta responsabilidade é a única via possível para o interminável trabalho integrativo que espera o analista e o analisando ao longo das suas vidas,

agora separadas, mas de outra maneira sempre juntas» (Dias, 1988, p. 127)²⁰.

O fim em vista deste percurso tem a ver com o desenvolvimento e maturação do cliente, mediante a criação de uma rede sustinente que lhe permita alcançar um razoável grau de segurança e de liberdade face à ansiedade, para que deseje e possa recuperar o amor à vida.

O grupanalizando confronta-se, enfim, com a repetição simbólica dos temas da vida e da morte e da substituição. O termo do tratamento é uma expressão desta inevitabilidade e a sua aceitação é também um sinal de maturidade terapêutica grupo (Foulkes, et al., 1967)⁸.

Tal como Cruz Filipe, cremos que só em sentido restrito existe um fim. No seu sentido lato, a análise é infundável. Interminabilidade, aliás, que advém da própria natureza do inconsciente.

Bibliografia

- 1 Caracushansky, S. R. (1990). *A terapia mais breve possível – Avanços em práticas psicanalíticas*. São Paulo: Summus.
- 2 Freud, S. (1937). *Análise terminável e interminável*. Obras Psicológicas Completas – Edição Standard Brasileira. São Paulo: Imago Editora.
- 3 Cortesão, E. L. (1967). *O termo da grupo-análise*. Conferência proferida ao 3º ano do curso de formação da Sociedade Portuguesa de Grupanálise – ano lectivo de 1966/1967.

- 4 Neto, I. & Babo, T. (2000). O termo de uma grupanálise e a elaboração estética do conflito. *Revista Portuguesa de Grupanálise*, (1), 59-73.
- 5 Cortesão, E. L. (1989). *Grupanálise – Teoria e técnica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- 6 Filipe, E. Cruz (1993). Padrão grupanalítico. *Grupanálise* (4), 23-37.
- 7 Dinis, C. (1994). Algumas reflexões a propósito da neurose de transferência em grupanálise. *Grupanálise* (5), 7-16.
- 8 Foulkes, S. H., Kadis, A. L., Krasner, J. D. & Winick, C. (1967). *Psicoterapia de grupo*. São Paulo: Ibrasa.
- 9 Machado, S. P. (1989). Terminação de psicoterapia que atingiu os seus objectivos: Aspectos técnicos básicos. In C. Eizirik, R. Aguiar & S. Schestatsky (Org.). *Psicoterapia de orientação analítica. Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- 10 Garma, A. (1974). Aspects of the transference resistances in the final stage of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 55, 371-376.
- 11 Kutter, P. (1976). *Basic aspects of group psychotherapy*. London: Routledge & Kegan Paul. (1982).
- 12 Eizirik, C. L. (1989). Pontos decisivos na atitude emocional do terapeuta em relação ao paciente. In C. Eizirik, R. Aguiar & S. Schestatsky (Org.). *Psicoterapia de orientação analítica. Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- 13 Freud, S. (1938). *Luto e Melancolia*. Obras Psicológicas Completas – Edição Standard Brasileira. São Paulo: Imago Editora.
- 14 Patterson, L. E. & Eisenberg, S. (1983). *O processo de aconselhamento*. São Paulo: Martins Fontes (1988).
- 15 Gus, M. (1989). Aspectos teóricos da fase final da psicoterapia. In C. Eizirik, R. Aguiar & S. Schestatsky (Org.). *Psicoterapia de orientação analítica. Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- 16 Winnicott, D. W. (1958). A capacidade para estar só. In D. W. Winnicott (Ed.), *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 31-37). Porto Alegre: Artes Médicas.
- 17 Malpique, C. (1990). «Da capacidade de estar só». *Revista Portuguesa de Psicanálise* (1), 53-79.
- 18 Fromm-Reichmann, F. (1959). *Psychoanalysis and psychotherapy. Selected papers of Frieda Fromm-Reichmann*. Chicago: The University of Chicago Press.
- 19 Beier, E. G. (1966). *The silent language of psychotherapy*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- 20 Dias, C. Amaral (1988). *Para uma psicanálise de relação*. Porto: Edições Afrontamento.