



**TRANSFERÊNCIA E REPARENTALIZAÇÃO LIMITADA NO PROCESSO
PSICOTERÁPICO: POSSÍVEIS RELAÇÕES**

Paula Magni Scherdien Santos

Caxias do Sul, 2025

PAULA MAGNI SCHERDIEN SANTOS

**TRANSFERÊNCIA E REPARENTALIZAÇÃO LIMITADA NO PROCESSO
PSICOTERÁPICO: POSSÍVEIS RELAÇÕES**

Trabalho apresentado como requisito parcial para Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia, sob orientação da Profa. Dra. Tânia Maria Cemin (CRP 07/05273).

Aprovado(a) em 28/11/2025

Banca Examinadora

Prof. Dra. Tânia Cemin (Orientadora)

Prof. Dra. Vialana Ester Salatino

Prof. Dra. Silvana Regina Ampessan Marcon

AGRADECIMENTOS

Ao olhar para o caminho percorrido até aqui, percebo que cada encontro, cada gesto e cada presença representaram muito mais do que simples companhias: foram manifestações afetivas que me ajudaram a ressignificar, a compreender e a crescer.

Agradeço, em primeiro lugar, a Jesus, por ser o alicerce e a Fonte de Amor Incondicional que sustenta todas as minhas buscas. Sua presença constante foi e é a expressão mais pura da Reparentalização.

Aos professores e professoras, em especial, minha orientadora Tânia, que com sabedoria e generosidade ofereceram não apenas conhecimento, mas também modelos de presença, escuta e ética. Cada um, à sua maneira, representou figuras transferenciais que despertaram admiração, confiança e desejo de aprender.

E, com um amor especial, agradeço ao meu marido David que em meio aos desafios, foi ele que me ofereceu um espaço seguro, uma verdadeira experiência de Reparentalização Ilimitada, em que pude me permitir ser vulnerável e, ainda assim, ser amada. E aos meus filhos, por toda a inspiração e aprendizado que me proporcionam.

A cada pessoa que fez parte desta caminhada, deixo minha gratidão profunda. Cada vínculo foi um espaço de encontro, um reflexo daquilo que a vida tem de mais terapêutico: o poder transformador e desafiador das relações humanas.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO.....	6
INTRODUÇÃO.....	7
OBJETIVOS.....	8
Objetivo Geral.....	8
Objetivos Específicos.....	8
REVISÃO DA LITERATURA.....	9
Aspectos fundamentais na psicoterapia	9
Caracterização do conceito de Transferência na Psicanálise.....	11

Conceito de Reparentalização Limitada e sua aplicação na Terapia do Esquema	16
Aproximações e distanciamentos entre as duas abordagens	24
MÉTODO	27
Delineamento.....	27
Fontes.....	27
Instrumentos.....	27
Procedimentos.....	28
Referencial de Análise.....	28
RESULTADOS	29
DISCUSSÃO	31
Categoria 1 – Contextualização do personagem e evidências da dificuldade com a gagueira.....	31
Categoria 2 – Possível relação transferencial.....	33
Categoria 3 – Reparentalização Limitada.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Tipos de transferência.....	15
Tabela 2 - Modos esquemáticos.....	18
Tabela 3 - Atitudes psicoterapêuticas.....	22
Tabela 4 - Categorias de análise e cenas do artefato.....	29

RESUMO

Este trabalho apresenta uma revisão bibliográfica sobre alguns dos elementos fundamentais do processo psicoterapêutico, explorando dois conceitos centrais de diferentes abordagens teóricas: a Transferência na Psicanálise e Reparentalização Limitada na Terapia do Esquema. O objetivo é compreender possíveis aproximações e distanciamentos entre as duas perspectivas teóricas destacando como ambas se articulam em torno da importância da relação terapêutica como eixo estruturante do processo de mudança psicológica. A pesquisa é de natureza qualitativa, com caráter exploratório e interpretativo, fundamentada em referenciais teóricos que abordam a importância da relação terapêutica como mediadora do processo de mudança, enfatizando seu papel nas transformações emocionais e cognitivas ocorridas durante o tratamento. O estudo, portanto, enfatiza o vínculo entre terapeuta e paciente que pode ser compreendido como um espaço seguro de reconstrução emocional e desenvolvimento de novas formas de enfrentamento. Além da revisão teórica, é utilizado como recurso ilustrativo para exemplificar esses elementos, o filme “*O Discurso do Rei (2010)*” do diretor Tom Hooper, lançado no Brasil em 11 de fevereiro de 2011. A obra cinematográfica, baseada em uma história real, além de seu valor histórico e narrativo, o filme é aqui utilizado como um artefato simbólico que retrata a trajetória de George VI, o monarca britânico que enfrentou dificuldades de comunicação em virtude do que é denominado atualmente de Transtorno da Fluência da Fala com Início na Infância (Gagueira) e que, ao longo de sua jornada, apesar dos conflitos iniciais, estabelece uma relação de confiança e afeto com seu terapeuta da fala, Lionel Logue. Além da historicidade, por meio deste artefato, busca-se exemplificar simbolicamente alguns elementos característicos do vínculo terapêutico, incluindo a transferência, a empatia, o acolhimento e a Reparentalização Limitada oferecida pela figura do terapeuta, a partir de algumas cenas nas quais os vínculos terapêuticos e os conceitos supracitados podem ser visualizados. O estudo, portanto, destaca a relevância da relação entre psicoterapeuta e paciente como elemento essencial para o êxito da psicoterapia, independentemente da abordagem teórica adotada, ressaltando que é no vínculo que se constrói o espaço transformador do processo terapêutico.

Palavras-chave: Psicanálise; Transferência; Terapia do Esquema; Reparentalização Limitada; Relação psicoterapêutica.

INTRODUÇÃO

A relação terapêutica é um dos pilares fundamentais do processo psicoterapêutico, sendo determinante para a eficácia dos tratamentos, independentemente da abordagem teórica adotada. Este estudo propõe uma revisão bibliográfica que visa explorar e comparar dois conceitos centrais de diferentes modelos psicoterapêuticos: a transferência, na psicanálise, e a Reparentalização Limitada, na terapia do esquema. A investigação parte da hipótese de que, embora esses conceitos pertençam a escolas distintas, há entre eles pontos de convergência e divergência que podem enriquecer a compreensão sobre o papel do vínculo terapêutico.

A escolha por abordar essa temática surgiu a partir de inquietações vivenciadas durante a formação acadêmica em Psicologia, especialmente no contato com diferentes abordagens teóricas, assim como nos estágios clínicos. Observou-se que, apesar das distinções epistemológicas, muitas dessas abordagens compartilham elementos estruturantes da relação entre terapeuta e paciente. A experiência em estágio supervisionado reforçou essa percepção, evidenciando que o posicionamento do psicoterapeuta e a necessidade de qualidade do vínculo estabelecido são fatores cruciais para o sucesso terapêutico.

A relevância deste estudo visa contribuir para o aprofundamento teórico sobre a relação terapêutica, especialmente no que tange à articulação entre conceitos que, embora distintos, podem dialogar e oferecer novas perspectivas clínicas. A transferência, na psicanálise, em especial baseada nos conceitos de Sigmund Freud, é compreendida como um fenômeno relacional que permite ao paciente reviver experiências emocionais inconscientes, favorecendo a ressignificação de vivências passadas. Já a Reparentalização limitada, tendo como principal referência conceitos oriundos de Jeffrey Young, na terapia do esquema, propõe uma atuação ativa do terapeuta no suprimento de necessidades emocionais não atendidas na infância, por meio de uma relação corretiva e adaptativa.

Diante da complexidade das relações terapêuticas e da importância desses conceitos para a prática clínica, este estudo busca responder ao seguinte problema de pesquisa: quais as possíveis aproximações e distanciamentos entre os conceitos de transferência na psicanálise e Reparentalização limitada na terapia do esquema, em relações psicoterapêuticas?

OBJETIVOS

Objetivo geral

Identificar aproximações e distanciamentos entre os conceitos de Transferência na Psicanálise e Reparentalização Limitada na Terapia do Esquema, em processos psicoterapêuticos.

Objetivos específicos

- Apresentar aspectos fundamentais no processo psicoterapêutico.
- Caracterizar o conceito de Transferência no contexto psicanalítico.
- Descrever o conceito de Reparentalização Limitada e sua aplicação na Terapia do Esquema.

REVISÃO DE LITERATURA

O presente trabalho tem como objetivo, a partir da revisão de literatura, identificar aproximações e distanciamentos entre os conceitos de transferência na psicanálise e da Reparentalização Limitada, na terapia do esquema. Para fazer essa relação, primeiramente, propõe-se apresentar os aspectos fundamentais no processo psicoterapêutico.

Aspectos fundamentais na psicoterapia

Segundo as orientações do Conselho Federal de Psicologia (2022), a psicoterapia é tida como um instrumento para promoção de mudanças. Para tanto, deve haver o estabelecimento de uma relação entre duas ou mais pessoas, a qual é a base da intervenção. “O estabelecimento de uma aliança terapêutica, a partir dessa relação, é fundamental em qualquer modelo psicoterapêutico (...), é um constructo universal às diversas abordagens teóricas em psicoterapia, de grande significância para a formação e manutenção do vínculo, permanência, desfecho e encerramento da psicoterapia” (pp. 11–12). Salienta ainda que a psicoterapia depende fundamentalmente da relação estabelecida entre terapeuta e paciente. Somente o aprendizado teórico não é suficiente para a prática psicoterapêutica, sendo necessário considerar habilidades interpessoais, aspectos emocionais e fatores individuais que influenciam o processo terapêutico. Sendo assim, o vínculo terapêutico é essencial para a intervenção ser eficaz e promover mudanças significativas no bem-estar do paciente. Houve também, na última década, uma força-tarefa da Associação Americana de Psicologia (APA) comparando os resultados de diferentes abordagens, evidenciando que a relação terapêutica é o grande diferencial das “psicoterapias de boa-fé” (Kristensen, 2024).

É pertinente identificar os que une e o que pode distinguir as psicoterapias. Os resultados positivos em psicoterapia estão frequentemente relacionados a fatores comuns entre diferentes abordagens, como as expectativas de pacientes e terapeutas, a competência técnica do terapeuta e a qualidade da relação terapêutica (Kamazaki, 2021). Em concordância, Nahum, Alfonso e Sönmez (2019) salientam que fatores podem ser vistos por meio da aliança terapêutica, na qual a relação é colaborativa e confiável entre psicoterapeuta e paciente. Entre os fatores está a capacidade de sintonizar emocionalmente com o paciente, também chamada de empatia, assim como ter claros os objetivos acordados entre terapeuta e paciente, a aceitação do paciente, permitindo que o paciente se expresse dentro do *setting* terapêutico, onde, dentro deste ambiente, possa experienciar uma relação de autenticidade e transparência, com a possibilidade de uma vivência emocional. Se esses elementos estiverem presentes, podem ser considerados mais determinantes para os resultados do que as técnicas específicas utilizadas por cada abordagem. Segundo o editorial de Peterson (2019) no *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, esses fatores comuns explicam entre 50% e 70% da variação nos resultados

clínicos, superando significativamente os fatores específicos de cada abordagem, que respondem por cerca de 17% somente.

Quando as abordagens se aproximam, a relação entre terapeuta e paciente é uma “coconstrução”; ambas as partes trazem para a *setting* suas próprias predisposições para esquemas pessoais e emocionais (Leahy, 2016). Yalom (2024) ressalta que “a terapia não deve ser orientada pela teoria, mas pelo relacionamento” (p. 22), delegando à técnica um papel de facilitadora do processo, vem com a tarefa de remover os obstáculos, diante disso, sua tarefa primordial é a construção de um relacionamento que em si, seja um agente de mudança. Assim como um teste projetivo, que ele chama de “*Rorschach vivo*” as percepções do inconsciente do paciente são projetadas. Para ele, a amizade entre terapeuta e paciente pode ser considerada uma condição necessária no processo terapêutico, embora não suficiente por si só. A psicoterapia não substitui a vida real, mas funciona como um ensaio para ela. Assim, o vínculo estabelecido entre terapeuta e paciente é essencial, mas não é o objetivo final da terapia, uma vez que essa se trata de um meio para promover mudanças e crescimento pessoal.

Destaca ainda a importância de aspectos neurocientíficos, onde estudos recentes apontam que a psicoterapia pode provocar mudanças mensuráveis no cérebro, ligadas à neuroplasticidade, como a capacidade do cérebro de se reorganizar com base em novas experiências, destacam-se aqui, as vividas no contexto terapêutico. Isso ocorre porque esse contato relacional influencia o metabolismo, o fluxo sanguíneo e a atividade de neurotransmissores como a serotonina, além de afetar os níveis hormonais. Pesquisadores e clínicos afirmam que o aprendizado emocional, especialmente quando mediado por vínculos terapêuticos significativos, tende a ser mais duradouro e impactante. Ainda no campo da neurociência, percebe-se que a alternância entre emoção e reflexão emocional é vista como um dos pilares da eficácia terapêutica.

O aspecto transferencial na relação terapêutica é tido como a principal fonte para informações sobre os padrões de relacionamento, estes repetindo-se neste processo. Uma metanálise com 79 estudos de psicoterapia demonstrou haver uma significativa associação entre a relação terapêutica, a aliança e os desfechos dos tratamentos. Existem dois grandes fatores que são responsáveis pelas mudanças na psicoterapia, dividindo-se em fatores específicos, ou as particularidades de cada técnica, e os fatores não específicos, que envolvem esses fenômenos da relação paciente-terapeuta, que são comuns a todas as terapias. A primeira é norteada pela teoria clínica e a segunda demonstra o quanto o terapeuta e paciente estão conseguindo desenvolver sua caminhada juntos (Cordioli et al. 2019).

Diante desses aspectos fundamentais, alguns principais fatores percebidos como fundamentais referem-se ao estabelecimento de uma aliança terapêutica sólida entre paciente e terapeuta, na criação de um ambiente seguro e empático, na expectativa de melhora por parte do paciente, em uma explicação coerente dos sintomas por meio de um modelo teórico, que fornece sentido à experiência do paciente, além da promoção de experiências emocionais corretivas, assim como novas formas de enfrentamento.

Independentemente da abordagem, esses são considerados como fatores mais influentes no processo psicoterapêutico (Trancas, Melo & Santos, 2008).

Algo importante a se destacar é a diferença entre técnica e relação terapêutica. Ambas são consideradas fundamentais em qualquer abordagem terapêutica, uma vez que as técnicas são vistas como operações destinadas a promover mudanças, derivadas da teoria utilizada pelo psicoterapeuta. Já a relação terapêutica vem sendo teorizada a partir do “modelo tripartido”, que considera que todas as relações são constituídas por três elementos ou componentes: uma relação real, uma aliança de trabalho e uma configuração de transferência-contratransferência (Gelso, 2024, p. 4).

Segundo o autor, esses componentes estão presentes desde o início da terapia, influenciados por fatores teóricos e pessoais, e devem ser cuidadosamente considerados ao longo do processo psicoterapêutico. A relação real é caracterizada pelo grau em que terapeuta e paciente são genuínos um com o outro (genuinidade) e experienciam/percebem um ao outro de modo condizente (realismo) (Gelso, 2012, p. 5). A aliança de trabalho, por sua vez, pode ser definida como o alinhamento ou associação entre o *self* ou ego razoável do paciente e o *self* ou ego analítico ou terapêutico do terapeuta, com o propósito de realizar o trabalho da psicoterapia (Gelso, 2024, p. 7), funcionando como um catalisador da relação.

Por fim, no modelo da relação terapêutica, a configuração de transferência-contratransferência consiste em dois componentes enraizados na personalidade, nos padrões relacionais, nos conflitos não resolvidos e/ou nas vulnerabilidades tanto do terapeuta quanto do paciente (Gelso, 2024, p. 9). Embora técnica e relação possam ser diferenciadas conceitualmente, na prática elas se entrelaçam de forma inseparável, influenciando-se mutuamente.

Caracterização do conceito de transferência na psicanálise

Para Freud, “a psicanálise é um método de investigação, um instrumento neutro, mais ou menos como o cálculo infinitesimal” (Freud, 1927/2011, p. 59), ou seja, uma metáfora que evidencia que ela se expressa por meio de pequenos movimentos psíquicos contínuos capazes de revelar o que se passa no inconsciente. A clínica psicanalítica se caracteriza por um conjunto de conhecimentos sistemáticos sobre o funcionamento da vida psíquica. Seu método de investigação é a interpretação, que se manifesta por meio de ações, palavras e produções imaginárias, como sonhos, delírios, associação livre e atos falhos. A principal característica da psicanálise é o deciframento do inconsciente e a integração de seus conteúdos na consciência, tornando possível compreender o sintoma individual ou social (Bock, 2018).

O método psicanalítico baseia-se na “interpretação controlada da resistência, da transferência e do desejo” (Laplanche, 1991, p. 385), de forma a fracionar a atividade psíquica para analisá-la e depois recompô-la, como sugerido por Freud na metáfora do cálculo infinitesimal. Segundo Wallerstein (2015), ao comentar a descrição de Bilbring sobre as características das terapias psicanalíticas, existem cinco

princípios básicos denominados de sugestão: a influência direta sobre o paciente; a catarse, que possibilita a expressão emocional do que está reprimido; a manipulação, que redireciona o paciente a novas experiências; o *insight* por meio do esclarecimento, ajudando o paciente a perceber aspectos obscuros da vida psíquica; e, por fim, o *insight* por meio da interpretação, considerado o núcleo da teoria.

Parte crucial para o entendimento da transferência é a compreensão do conceito de inconsciente. O inconsciente tópico, enquanto substantivo, se define pelo lugar que ocupa, ou seja, como parte do aparelho psíquico que guarda conteúdos recalcados representativos das pulsões e desejos fixados da infância. Já o inconsciente, enquanto adjetivo, refere-se a algo que não é consciente, ou seja, à expressão desses conteúdos recalcados, fora do campo consciente e pré-consciente, ou seja, seu modo de processamento de forças e conflitos (Laplanche, 1991).

Etimologicamente, o inconsciente, originado da tradução literal da palavra alemã *Unbewusste*, significa "insabível", um saber que não se sabe (Moseovitz & Grancher, 1991). De forma geral, “é um conjunto de processos, chamados primários e secundários, que estão prontos para passar para o consciente se a necessidade se fizer sentir” (Laplanche & Pontalis, 1991, p. 12). Freud (1915/1996) considera que “os processos inconscientes se tornam cognoscíveis para nós apenas nas condições do sonho e das neuroses” (p. 94). Isso significa que o inconsciente funciona pelo processo primário, caracterizado por deslocamento, condensação, atemporalidade, ausência de contradição e busca do prazer como regulador. O pré-consciente/consciente, por sua vez, opera pelo processo secundário, pautado pela realidade, lógica, temporalidade e coerência, regulado pelo princípio da realidade.

Diante disso, a alteração psíquica esperada pelo psicoterapeuta consiste em traduzir os conteúdos do inconsciente para a consciência, “ao fazer o inconsciente prosseguir para o consciente, anulamos as repressões, eliminamos as condições para a formação de sintomas e transformamos o conflito patogênico em um conflito normal, que de algum modo deve encontrar solução” (Freud, 1917/2015, p. 467). Uma vez compreendido o lugar do inconsciente, é importante conceber que a transferência não surge ou se cria no setting terapêutico, mas este “propicia a sua redescoberta” (Zimerman, 1999, p. 341). Desde o início do tratamento, a transferência atua como uma “mola propulsora”, manifestando sentimentos hostis ou afetuosos em relação ao terapeuta, refletindo o caráter ambíguo e natural presente nas relações interpessoais. Para que esses sentimentos sejam compreendidos como não originários do setting terapêutico, é importante transformá-los em lembrança. Freud compara a transferência a uma metáfora do câmbio das árvores: assim como a camada de células permite regenerar tecidos e possibilitar o crescimento da árvore, a transferência constitui o espaço vivo e dinâmico no qual o processo terapêutico se renova. Nesse terreno, a antiga neurose do paciente se transforma em uma nova forma de expressão, denominada por Freud de neurose de transferência. Nesse espaço, “já não lidamos com a enfermidade anterior do paciente, e sim com uma neurose recém-criada e transformada, que substitui aquela; nela nos

orientamos bem, pois, na condição de objeto, estamos no seu centro” (Freud, 1917/2015, p. 478), reforçando que toda relação, inclusive terapêutica, é atravessada por vínculos afetivos inconscientes.

Etimologicamente, “transferência” deriva do latim *trans*, indicando “passar através de”, e *feros*, que significa “conduzir”, caracterizando a essência do fenômeno. De forma geral, a transferência ocorre pelo conjunto de formas que o paciente vivencia com o terapeuta, diante das representações de seu próprio *self*, uma vez que as relações objetais se organizam como fantasias inconscientes, possibilitando integrar presente e passado, consciente e inconsciente (Zimerman, 1999).

Inicialmente, Freud introduziu o conceito de transferência como forma de resistência do paciente na análise, dificultando o acesso a conteúdos inconscientes. Ao longo de sua obra, entre 1895 e 1920, reconheceu gradativamente seu papel central no processo terapêutico, considerando-a tanto fator de repetição de experiências infantis quanto mecanismo essencial para o manejo dos sintomas (Zimerman, 2008). Embora o termo não seja exclusivo da psicanálise, na psicologia ele se associa ao deslocamento de valores, direitos ou entidades, em vez de objetos físicos, e se manifesta de formas sensorial, emocional ou de transferência de aprendizagem (Laplanche & Pontalis, 1991).

A transferência é, portanto, elemento central no processo psicoterapêutico, permitindo que o passado se reproduza na interação com o analista, reencenando conflitos primários (Cordioli & Grevet, 2019) e possibilitando o desenvolvimento das relações de objeto (Nascimento, Pinheiro, Cunha, Rosa & Machado, 2011). O processo ocorre de forma espontânea, revelando expectativas inconscientes e desencadeando sugestionabilidade, sendo atemporal, o que justifica a negligência do aqui e agora, necessária para reconstruir a gênese de doenças psíquicas e verificar manifestações repetitivas dos conflitos internos (Thomä & Kächele, 1992), ocorrendo quando o paciente projeta essas emoções, expectativas em relação a figuras significativas de sua vida sobre o psicoterapeuta. (Bordman et al., 2023).

Esse processo consiste na reedição de representações que se manifestam em sentimentos como amor, ódio, ciúme ou orgulho, vinculados à energia psíquica denominada libido (Laplanche & Pontalis, 1991). Freud afirma que “é lícito afirmar que o analisando não recorda absolutamente o que foi esquecido e reprimido, mas sim o atua. Ele não o reproduz como lembrança, mas como ato, naturalmente sem saber que o faz” (Freud, 1914/1994, p. 149). Esse aspecto é fundamental para compreender o inconsciente e sua manifestação na vida adulta, em forma de reedição ou atuação nos comportamentos e sintomas.

Por meio da transferência, os desejos inconscientes do analisando, ligados a objetos externos, manifestam-se na relação analítica, com o analista ocupando a posição desses objetos, levando o paciente a projetar inconscientemente o terapeuta em um papel parental (Roudinesco & Plon, 1998). Cada indivíduo desenvolve, a partir de predisposições inatas e experiências infantis, um padrão característico de amor que tende a se repetir ao longo da vida. Parte desse padrão está acessível à consciência, enquanto outra parte permanece dissociada (Freud, 1912/2010).

Freud aponta que “não existe paixão que não repita modelos infantis. Nesse ponto, o amor de transferência não parece ficar atrás de nenhum outro; temos a impressão de que dele poderíamos conseguir tudo” (Freud, 1912/2010, p. 168). Para a compreensão dos sintomas, eles podem ser vistos como satisfações substitutivas, consolidadas com a introdução do conceito de transferência. O domínio sobre essa “neurose artificial”, construída no contexto terapêutico, coincide com a superação dos sintomas originais, permitindo alívio das pulsões libidinais reprimidas, que tende a manter-se também fora do *setting* terapêutico (Kronbauer, Menezes & Lopes, 2022, p. 2).

Chemama (1995) enfatiza que a transferência é um vínculo afetivo intenso, estabelecido de maneira automática entre paciente e analista, guiando a organização subjetiva do paciente por meio dos objetos internos projetados. O analista representa tais objetos ao longo da sessão, independentemente de sua participação ativa (Nascimento et al., 2011; Cordioli et al., 2019), possibilitando a reedição das relações estabelecidas no passado.

De acordo com Freud (1917/2015), a transferência manifesta sentimentos do paciente direcionados ao analista, já presentes no paciente e deslocados para o terapeuta, podendo se expressar de forma intensa ou sutil. Chemama (1995) acrescenta que a transferência permite a repetição de tendências e fantasias inconscientes, fragmentos de processos mnêmicos esquecidos, que se repetem não apenas com o analista, mas em outras áreas da vida presente. A resistência desempenha papel central: quanto maior a resistência à lembrança, mais intensa será a compulsão à repetição, que, por meio do manejo da transferência, pode transformar-se em oportunidade de recordação e ressignificação da história do paciente. O analista assume papel parental ao ajudar o paciente a reconhecer, nomear e elaborar sentimentos intoleráveis ou inconscientes (Bock, 2018).

Freud defendia que o ideal terapêutico é a recordação completa das vivências infantis recalcadas, recorrendo, quando necessário, a construções analíticas para preencher lacunas. A transferência, apesar de essencial, não é valorizada como finalidade em si mesma, nem como simples descarga emocional ou correção da relação com o objeto. A repetição na transferência não deve ser interpretada de forma literal, mas como expressão da realidade psíquica e do desejo inconsciente por meio de equivalentes simbólicos (Laplanche & Pontalis, 1991).

Para ilustrar a dinâmica dos tipos de transferência, Cordioli e Grevet (2019) adaptam uma tabela de Zimerman (1999), apresentando os modelos e suas características clínicas referentes ao psicoterapeuta.

Tabela 1
Tipos de transferência

Transferência positiva	Sentimentos positivos em relação ao terapeuta.
Transferência negativa	Sentimentos negativos em relação ao terapeuta.
Transferência especular	Os pacientes com falhas básicas de maternagem têm necessidade de que o terapeuta funcione como um espelho para que sintam que existem e são valorizados.
Transferência idealizadora	Transferência para o terapeuta da “imago parental idealizada”, característica de uma etapa do desenvolvimento emocional primitivo.
Transferência erótica	Transferência de sentimentos sexuais em que o paciente aceita os limites do <i>setting</i> e, por meio de sublimações, estabelece uma dupla criativa com o terapeuta.
Transferência erotizada	Forma intensa e maligna de transferência erótica em que predominam o ódio e o desejo de posse do terapeuta por parte do paciente, que não se satisfaz com gratificações psíquicas e exige contato físico.
Transferência perversa	Tentativas de perverter a natureza do encontro psicoterapêutico. O paciente tenta deslocar o terapeuta de seu lugar e suas funções.

Psicose de transferência

Distorção mais intensa da figura do terapeuta de forma transitória e articulada ainda com uma percepção mais realista dele. Risco importante de interrupção do tratamento.

Fonte: Cordioli e Grevet (2019), p. 102.

A tabela proposta por Cordioli e Grevet (2019) busca adaptar o que foi apresentado por Zimerman, oferecendo uma forma de visualizar como as transferências podem se expressar no ambiente clínico. Diante disso, entende-se que a transferência não é estática, podendo assumir diferentes formas conforme o paciente acessa seus conteúdos inconscientes. O psicoterapeuta precisa adotar uma postura diferenciada, seja de acolhimento, contenção ou interpretação, à medida que esses fenômenos se manifestam.

Ainda assim, conclui-se que essas transferências são esperadas e desejáveis, permitindo que cada paciente transite pelos diferentes tipos. No entanto, algumas exigem manejo diferenciado, possibilitando ao paciente vivenciar distintos tipos de sentimentos, de forma que o inconsciente “insabível” encontre, na expressão da transferência, a vazão energética mais adequada para cada objeto.

Conceito de reparentalização limitada e sua aplicação na terapia do esquema

Para compreender os porquês da aplicação da Reparentalização Limitada, é necessário explicar o contexto em que ela é aplicável. A terapia do esquema é basicamente composta por quatro conceitos, que são: os esquemas iniciais desadaptativos, os domínios esquemáticos, os estilos de enfrentamento e os modos esquemáticos (Camargo, 2026). Nesta abordagem, Paim e Rosa (2016) descrevem que todos os indivíduos possuem necessidades emocionais fundamentais que deveriam ser supridas ao longo da infância, destacando-se: a necessidade de vínculo seguro, estabilidade, visibilidade, amor, aceitação, empatia e limites realistas. Essas necessidades são designadas de “domínios esquemáticos”. Quando e se essas necessidades são frustradas ao longo do desenvolvimento, formam-se esquemas desadaptativos que influenciam negativamente os relacionamentos e o funcionamento psicológico. Esses comportamentos desadaptativos são originados devido a respostas a um esquema. Logo, os comportamentos são provocados pelos esquemas, pois o paciente possui uma “necessidade instintiva” de buscar uma coerência. Dalbem e Dell’Aglio (2005) atribuem que essas necessidades possuem um início bem cedo nas origens no desenvolvimento, mas continuam em uma lenta evolução, “sob o domínio util” das experiências relacionadas ao apego da infância. Reiteram ainda que essa imagem interna do indivíduo pode ser considerada a base para todos os relacionamentos íntimos do futuro.

Esses esquemas desadaptativos remotos foram identificados por Young, Klosko e Weishaar (2008) e organizados de acordo com as cinco necessidades emocionais básicas não atendidas supracitadas, apresentados em cinco categorias chamadas de domínios. O primeiro é o Domínio da Conexão e Limites, causado por situações de negligência, abusos e traumas, nos quais incluem-se os esquemas de abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha e isolamento social/alienação. O segundo é o Domínio da Autonomia, Competência e Realização, causado pelo sentimento de incapacidade individual, no qual encontram-se os esquemas de dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou doença, emaranhamento/enredamento e fracasso. O terceiro é o Domínio dos Limites, causado pelo não desenvolvimento de limites internos que sejam adequados e recíprocos, no qual encontram-se os esquemas de subjugação, autossacrifício, padrões inflexíveis/crítica exigente e negatividade/pessimismo. O quarto é o Domínio da Expressão de Emoções ou Orientação para o Outro (Fuentes & Martins, 2026), caracterizado pela busca de aprovação do outro, evitando conflitos e acentuando conexões emocionais, sendo que neste se destacam os esquemas de subjugação, autossacrifício e busca por aprovação. Por fim, o quinto é o Domínio da Supervigilância e Inibição Emocional e Privação de Prazer/Restrição, no qual o indivíduo acaba cancelando seus sentimentos e impulsos através de regras rígidas, ativando os esquemas de negativismo/pessimismo, inibição emocional, rejeição/isolamento social, autopunição e culpa/responsabilidade exagerada.

Esses esquemas refletem padrões cognitivos, emocionais e comportamentais formados na infância, e são definidos “como um conjunto de memórias, emoções, sensações corporais e cognições que giram em torno de um tema de infância, como abandono, abuso, negligência ou rejeição” (Young et al., 2008, p. 36). Em síntese, “os esquemas desadaptativos remotos são padrões emocionais e cognitivos autoderrotistas iniciados em nosso desenvolvimento desde cedo e repetidos ao longo da vida” (Young et al., 2008, p. 22).

A proposta terapêutica desta abordagem, portanto, busca compreender e transformar esses esquemas, favorecendo vínculos mais saudáveis e funcionais (Cordioli & Grevet, 2019). Na terapia do esquema, existem padrões característicos de funcionamento individual, principalmente nas relações interpessoais, ativados emocionalmente. Esses padrões estão presentes em todos os indivíduos, variando apenas na forma como se manifestam. Para melhor visualizar os modos esquemáticos, apresenta-se a tabela que descreve os Modos Criança, permitindo identificar e estabelecer conexão com esses modos para que sejam validados durante o processo terapêutico, os quais demonstram as ações externas e internas de perpetuação dos esquemas iniciais desadaptativos, integrando os estilos de enfrentamento desadaptativos do sujeito (*coping styles*).

Tabela 2
Modos esquemáticos

Modo	Descrição	EIDs relacionados
Criança vulnerável	Vivencia sentimentos disfóricos ou ansiosos, em especial medo, tristeza e desamparo, quando em contato com esquemas associados.	Abandono, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade, isolamento social, dependência/incompetência, vulnerabilidade, emaranhamento, negatividade-pessimismo.
Criança zangada	Libera a raiva diretamente em resposta a necessidades fundamentais não satisfeitas ou tratamento injusto relacionado a esquema nuclear.	Abandono, desconfiança/abuso, privação emocional, subjugação.
Criança impulsiva/indisciplinada	Age impulsivamente, segundo desejos imediatos de prazer, sem considerar limites nem as necessidades e os sentimentos dos outros.	Arrogo, autocontrole insuficientes.
Criança feliz	Sente-se amada, conectada, contente e satisfeita.	Nenhum.

Fonte: Elaborada pela autora e adaptada de Young e colaboradores (2008).

Esses modos são manifestados à medida que os indivíduos revivem fatos adversos da infância em seus contextos atuais, passando a “produzir mecanismos de defesa para evitar tanto o início do

esquema quanto o sentimento a ele vinculado, ativado por afetos desagradáveis” (Fuentes & Martins, 2026, p. 7). Existem outros modos esquemáticos, como o Modo de Pais Desadaptativos Internalizados, sendo o Pai/mãe punitivo-crítico e o Pai/mãe exigente, que podem estar relacionados a sintomas mais graves, uma vez que frequentemente contribuem para a manutenção de padrões disfuncionais significativos. Além desses *coping styles*, existem os Modos Capitulador Complacente, o Protetor Desligado e o Hipercompensador, que representam estratégias utilizadas pelo indivíduo para lidar com estados emocionais negativos e necessidades não atendidas. Por último, há os Modos Adaptativos Saudáveis, considerados os mais desejáveis. Entretanto, quando esses modos são ativados emocionalmente por necessidades não supridas, tais carências podem desencadear a reativação dos modos desadaptativos (Wainer & Rijo, 2016). É importante ressaltar que nem todos os modos são desadaptativos, como os Modos Criança Feliz e Adulto Saudável (Wainer & Rijo, 2016), que, como referido anteriormente, são modos saudáveis de adaptação. Todos os modos podem ter sido úteis em algum momento da vida do indivíduo como fator protetivo.

De maneira geral, no âmbito das terapias cognitivas, compartilham-se três premissas fundamentais: a primeira é que os processos cognitivos influenciam o comportamento, uma vez que envolvem a avaliação de eventos internos e externos; a segunda defende que a cognição pode ser observada, analisada e transformada; e a terceira define a cognição como a capacidade de fazer deduções baseadas na experiência e na previsão de eventos futuros, possibilitando adaptação a contextos em constante mudança. Objetivando aprimorar o modelo frente aos desafios psicoterapêuticos, surge em meados da década de 1990 a Terapia do Esquema, desenvolvida por Jeffrey Young, com o intuito de oferecer novas estratégias terapêuticas para pacientes com transtornos de personalidade ou que não respondem bem ao tratamento cognitivo tradicional de curto prazo. Essa abordagem integra elementos de diversas correntes, como a gestalt-terapia, a neurociência, a psicodinâmica, a teoria do apego e a própria terapia cognitiva clássica de Aaron Beck (Ghisio, Lüdtke & Seixas, 2016).

Diante do desenvolvimento adaptativo esperado, há dois sistemas que operam em paralelo. Um deles é consciente, mediado pelo hipocampo e áreas corticais, enquanto o outro atua de forma inconsciente, sendo processado pela amígdala. Além disso, os esquemas inconscientes influenciam o comportamento, a cognição, a fisiologia e as emoções, funcionando como mecanismos silenciosos de processamento da realidade (Ghisio et al., 2016). Destaca-se também que algumas pessoas apresentam maior intensidade em suas necessidades emocionais fundamentais em comparação com outras, por diferenças biológicas inatas (temperamento). Todas as necessidades são cruciais para o desenvolvimento emocional saudável”, mas entende-se que “o temperamento determina a quantidade ideal requerida das necessidades emocionais básicas do sujeito em cada um dos momentos críticos do desenvolvimento (os chamados DEs)” (Wainer, Paim, & Erdos, 2016, p. 14).

Entende-se que os cuidadores têm um papel importante no desenvolvimento, e que cada indivíduo apresenta uma “arquitetura psíquica” única, “gerada pela interação entre temperamento, nível de necessidades emocionais básicas e interações ambientais, a repercussão dos cuidados maternos e paternos nos primeiros anos de vida” (Wainer, Erdos & Andriola, 2016, p. 16). Diante disso, esse estresse precoce, por exemplo, nas suas diversas manifestações, como negligência ou violência, é preceptor de sequelas psicológicas. Essas sequelas podem estabelecer as Experiências Iniciais Desadaptativas (Wainer, 2016).

Em contraste com a terapia cognitiva tradicional, que começa com cognições mais superficiais e aborda crenças nucleares posteriormente, a terapia do esquema adota uma abordagem “de baixo para cima”, iniciando-se no nível dos esquemas centrais e, gradualmente, conectando-os a cognições mais acessíveis, como pensamentos automáticos e distorções cognitivas. Essa diferença provoca uma mudança fundamental no foco do tratamento desde o início, direcionando-se dos sintomas atuais para padrões mais profundos e duradouros, além de enfatizar esquemas, estilos de enfrentamento e modos ao longo do processo terapêutico (Young et al., 2008).

Esses esquemas funcionam como mecanismos inconscientes que influenciam o comportamento, a cognição, a fisiologia e as emoções. Sendo assim, o inconsciente cognitivo é um processo de armazenamento e organização das informações, operando de forma silenciosa e profunda no *self*, moldando a percepção da realidade. Dessa forma, “qualquer ideia ampla que organize e interprete a realidade interna e externa de alguém pode ser chamada de esquema” (Young et al., 2008, p. 21). Os esquemas são fundamentais para que o indivíduo possa extrair, diferenciar e codificar os estímulos que enfrenta. Eles servem como base para categorizar e avaliar as experiências, estruturando a percepção por meio de uma matriz de esquemas. Além disso, são o meio pelo qual as pessoas compreendem o que estão vivenciando e determinam como agir diante dessas situações (Ghisio et al., 2016).

Diante dos desafios dos transtornos e casos refratários, que se caracterizam pela rigidez, evitação e dificuldades a longo prazo, a Terapia do Esquema tem como princípio central ajudar os adultos a suprirem suas próprias necessidades emocionais, mesmo que estas nunca tenham sido atendidas anteriormente. O processo psicoterapêutico se inicia com uma avaliação individual, por observações, relatos ou questionários. Após identificar os esquemas, é seguido por psicoeducação e técnicas interventivas, tanto cognitivas, vivenciais quanto comportamentais (Fuentes & Martins, 2026).

Para que tudo isso ocorra, a relação terapêutica deve ser um espaço no qual tais necessidades sejam reconhecidas, verbalizadas, validadas e atendidas dentro de certos limites, permitindo ao paciente um processo de transformação e desenvolvimento emocional (Rafaeli, Bernstein & Young, 2023). Nesse processo, o terapeuta auxilia os pacientes na identificação de seus esquemas, tornando-os conscientes de suas memórias de infância, emoções, sensações corporais, cognições e estratégias de enfrentamento associadas a esses esquemas (Young et al., 2008), entendendo que os esquemas inconscientes

influenciam, uma vez que o primeiro objetivo na terapia do esquema é alcançar a consciência psicológica.

Embora nem todos os esquemas desadaptativos surjam de maus-tratos ou traumas infantis, muitas vezes os pacientes passam por abandono, negligência, abusos e rejeição, gerados por memórias, emoções e sensações corporais. Assim, quando adultos, esses esquemas podem ser ativados externamente e percebidos inconscientemente de forma semelhante às experiências infantis anteriores. Dessa forma, o intuito é trazer à consciência as experiências internas que estão inacessíveis para construir ou modificar os esquemas. Um exemplo disso é que, quando a crítica ocorre mais tarde na vida, em alguns casos, o esquema pode ser ativado posteriormente por figuras de autoridade exigentes que compartilham o mesmo gênero do progenitor crítico (Young et al., 2008).

Destaca-se, nessa abordagem, o papel da relação psicoterapêutica. Ela é fundamental para a avaliação e transformação dos esquemas, sendo esse papel verbal ou não verbal. Há pelo menos dois principais recursos para essa relação: a Confrontação Empática e a Reparentalização Limitada. O confronto empático envolve compreender e demonstrar empatia quando os esquemas do paciente emergem durante a psicoterapia, ao mesmo tempo em que se enfatiza a necessidade de mudança. Já a Reparentalização Limitada busca suprir, de forma restrita, as carências emocionais não atendidas na infância, permitindo um processo terapêutico mais profundo e significativo (Ghisio et al., 2016). Em meio a uma diversidade de técnicas, que seriam vistas como “princípio ativo” da mudança terapêutica, a relação terapeuta-paciente atua como a “base” ou “veículo” que viabiliza essa transformação.

A Reparentalização Limitada, principal objeto de discussão deste trabalho, consiste em oferecer aos pacientes, dentro dos limites apropriados da relação terapêutica, aquilo que lhes faltou na infância em termos emocionais. Essa prática visa preencher lacunas afetivas, promovendo um ambiente reparador que favoreça o desenvolvimento saudável do *self*. Diante da relação terapeuta-paciente e do comportamento do paciente com o terapeuta, busca-se estabelecer uma sintonia que permita formular hipóteses e decidir qual o estilo mais adequado de reparentalização, considerando os esquemas desadaptativos ou não do próprio paciente. Como o próprio nome indica, esta reparentalização é “limitada”, constituindo uma forma de interação (Young et al., 2008).

Essa é ferramenta, cujo objetivo principal é “enfraquecer os esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) desenvolvidos a partir das vinculações disfuncionais com figuras parentais, nas quais as necessidades emocionais básicas da criança não foram satisfeitas” (Andriola, 2016, p. 59). Nesse sentido, integrando outras teorias, Young admite que o psicoterapeuta pretende ser uma “base segura” para o paciente, uma vez que a relação terapêutica funciona como instrumento de reparação (Andriola, 2016), em consonância com as necessidades básicas não satisfeitas na infância. Essa reparentalização atua como o primeiro mecanismo de cura, oferecendo apego seguro a fim de reconstruir padrões saudáveis nos relacionamentos (Andriopoulou, 2021).

“Reparar” significa oferecer ao paciente uma experiência distinta daquela vivenciada com seus cuidadores primários, atendendo às suas necessidades emocionais não satisfeitas de forma significativa. Essa relação é o centro de todo o processo psicoterápico (Gouveia & Gouveia, 2024). Uma vez identificadas as principais experiências desadaptativas, “o terapeuta busca ser como um ‘bom cuidador’, oferecendo ao paciente a experiência completamente nova e desconhecida de receber a demanda afetiva de suas carências” (Wainer & Rijo, 2016, p. 51).

Para melhor ilustrar como essa Reparentalização Limitada pode ocorrer, percebe-se que ela funciona quando se oferecem estratégias específicas para cada um dos esquemas desadaptativos, considerando os estilos de enfrentamento característicos de cada um. Essas estratégias visam oferecer, dentro da relação terapêutica, um antídoto parcial às crenças e padrões disfuncionais internalizados, promovendo experiências corretivas que auxiliem o paciente a reconhecer, processar e ressignificar suas necessidades emocionais não atendidas. Como já mencionado, existem 18 esquemas desadaptativos, agrupados em domínios, que serão apresentados na tabela a seguir, juntamente com as possíveis atitudes terapêuticas reparadoras (Young et al., 2008).

Tabela 3
Atitudes psicoterapêuticas

Esquema	Atitude Terapêutica
Abandono/Instabilidade	Ser uma fonte temporária de estabilidade; corrigir distorções de abandono; ajudar o paciente a lidar com ausências do terapeuta.
Desconfiança/Abuso	Ser digno de confiança; abordar diretamente temas de confiança e intimidade; avançar lentamente no trabalho com traumas.
Privação Emocional	Criar um ambiente de cuidado; estimular o paciente a pedir o que precisa; validar e ajudar a tolerar certa privação.
Defectividade	Adotar postura de aceitação; mostrar imperfeições e elogiar genuinamente o paciente.
Isolamento Social	Destacar semelhanças e compatibilidade entre terapeuta e paciente.
Dependência/Incompetência	Estimular decisões próprias; reforçar autoconfiança nas escolhas corretas.

Vulnerabilidade ao Dano/Doença	Reducir dependência do terapeuta; transmitir confiança na capacidade do paciente de lidar com riscos.
Emaranhamento/Self Subdesenvolvido	Estabelecer limites adequados; incentivar desenvolvimento de identidade separada.
Fracasso	Apoiar conquistas acadêmicas/profissionais; oferecer estrutura e limites.
Arrogo	Confrontar empaticamente o comportamento arrogante; fortalecer o lado vulnerável e vínculos emocionais.
Autocontrole/Autodisciplina	Estabelecer limites firmes; modelar e recompensar autocontrole.
Subjugação	Ser não-diretivo; promover expressão emocional saudável e autonomia nas decisões terapêuticas.
Auto-sacrifício	Ajudar a estabelecer fronteiras; validar necessidades emocionais e confrontar padrões de cuidado ao outro.
Negatividade/Pessimismo	Evitar polarizações; incentivar o paciente a representar os dois lados (positivo/negativo); modelar otimismo saudável.
Inibição Emocional	Incentivar a expressão espontânea de sentimentos; oferecer modelos de expressão emocional.
Padrões Inflexíveis	Modelar equilíbrio e valorização da relação; reforçar espontaneidade e flexibilidade.
Postura Punitiva	Adotar atitude de perdão; incentivar o paciente a perdoar a si e aos outros.

Fonte: Elaborada pela autora e adaptada com base no texto de Young et al., 2008, pp. 181-182)

Desta forma, com base na tabela, é possível perceber, de forma mais discriminada, cada um dos esquemas desadaptativos e as possíveis atitudes terapêuticas mais adequadas para a aplicação efetiva de uma Reparentalização Limitada em cada esquema. Fuentes e Martins (2026) destacam que, por meio dessa abordagem integrativa, é possível identificar o funcionamento de cada paciente, sua origem e seu

temperamento, desenvolvidos em seus relacionamentos anteriores, mas que podem ter caráter interventivo e intencional no relacionamento atual com o psicoterapeuta.

Aproximações e distanciamentos entre as duas abordagens

Autores da Terapia Cognitivo-Comportamental reconhecem, em outras abordagens não analíticas, a presença de fenômenos transferenciais em seus modelos terapêuticos, ainda que utilizem terminologias distintas para descrevê-los. Carl Rogers observava a transferência sem abordá-la diretamente em sua terapia centrada no cliente. Outros, como Fritz Perls, na Gestalt, optaram por esclarecê-laativamente. Conceitos semelhantes também são encontrados na terapia existencial de Rollo May e nas abordagens feministas e multiculturais, como a de Laura Brown, que se referem à relação simbólica entre terapeuta e paciente. Esses diferentes entendimentos revelam a amplitude e a relevância da transferência, mesmo fora do campo psicanalítico tradicional (Gelso & Bhatia, 2012).

Nas duas abordagens, Psicanálise e Terapia do Esquema, destaca-se que não há motivo para que o conceito de transferência precise ser limitado a uma delas. Pode-se pensar na “transferência” ou “contratransferência” sob a perspectiva do esquema emocional, como uma generalização do estímulo e resposta presentes na TCC (Leahy, 2016). Entretanto, ressalta-se que a compreensão do inconsciente difere entre as duas abordagens.

Para fins elucidativos, Young et al. (2008) evidenciam que a Terapia do Esquema compartilha diversas semelhanças com os modelos psicodinâmicos. Ambas as abordagens enfatizam a importância de explorar as origens infantis dos problemas atuais, bem como o papel essencial da relação terapêutica. No que diz respeito às relações psicoterapêuticas, a reorientação psicodinâmica moderna, que prioriza a empatia e a construção de um vínculo terapêutico genuíno, alinha-se a conceitos centrais da Terapia do Esquema, como a Reparentalização Limitada. Além disso, ambas valorizam o insight intelectual e o processamento emocional do material traumático, reconhecendo a relevância dos fenômenos de transferência e contratransferência.

Os autores destacam, ainda, que, na Terapia do Esquema, a ativação de esquemas desadaptativos remotos na relação terapêutica se assemelha ao conceito freudiano de transferência, no qual o paciente reage ao terapeuta como se este fosse uma figura significativa de seu passado, geralmente um dos pais. No entanto, diferentemente da abordagem psicodinâmica tradicional, na Terapia do Esquema os terapeutas discutem de maneira aberta e direta os esquemas e estilos de enfrentamento do paciente, em vez de lidar tacitamente com sua “neurose de transferência”.

Outro fator preponderante de aproximação refere-se ao motivo pelo qual a transferência e a Reparentalização Limitada se fazem necessárias. Ambas postulam a importância das experiências infantis, assim como dos processos mnêmicos a elas relacionados. Compreende-se que, quando se está em uma situação de aprendizagem, “as memórias conscientes são estabelecidas por um sistema que

envolve o hipocampo e áreas corticais relacionadas, ao passo que as memórias inconscientes são estabelecidas por mecanismos de condicionamento do medo que operam por meio de um sistema baseado nas amígdalas” (p. 39). Assim, “a amígdala armazena a memória emocional, enquanto o hipocampo e o neocôrortex armazenam a memória cognitiva” (p. 39). Tanto o hipocampo (consciente) quanto as memórias amigdalares (inconscientes) armazenam diferentes tipos de informações relacionadas à experiência. Esses sistemas funcionam de maneira paralela e diferem quanto à forma como as memórias serão processadas (Young et al., 2008).

Em relação às principais diferenças entre as abordagens, na psicanálise o terapeuta busca manter uma postura neutra, enquanto na Terapia do Esquema sua atuação tende a ser mais ativa e diretiva, especialmente nas intervenções voltadas à reestruturação de padrões disfuncionais. Além disso, o modelo dos esquemas não se fundamenta em uma teoria das pulsões, como ocorre nas concepções psicanalíticas clássicas, que compreendem o comportamento humano a partir das forças impulsivas de natureza sexual. Nesse sentido, Freud (1912/2010) explica que, para a psicanálise, as relações humanas se estruturam com base no investimento libidinal direcionado aos “objetos sexuais”, isto é, as pessoas são, inconscientemente, percebidas como representantes de desejos e necessidades pulsionais. Essa concepção revela a dimensão inconsciente das relações interpessoais, em contraste com a perspectiva cognitiva da Terapia do Esquema, que enfatiza os padrões aprendidos e as experiências emocionais precoces.

Diferentemente da psicanálise, que considera os mecanismos de defesa como respostas a desejos instintivos, a Terapia do Esquema os comprehende como estilos de enfrentamento (*coping styles*) voltados à compensação de necessidades não satisfeitas. Além disso, terapeutas de orientação psicodinâmica geralmente não integram diferentes técnicas terapêuticas e evitam a definição de tarefas fora da sessão, enquanto terapeutas do esquema utilizam recursos como dramatizações e imagens. No entanto, ambas as abordagens buscam trabalhar com a repetição de padrões da infância e com o uso da relação terapêutica como instrumento de transformação, reconhecendo a importância dos vínculos precoces e da simbolização emocional (Young et al., 2008).

Serralta, Altimir e Ribeiro (2024) consideram que, embora o trabalho com a transferência seja mais característico das terapias psicodinâmicas e psicanalíticas, há indícios de que, no final do tratamento em abordagens cognitivo-comportamentais, as referências transferenciais tendem a aumentar, em contraste com o que se observa na psicanálise. Isso ocorre porque, enquanto na psicanálise o manejo da transferência visa à interpretação e à transformação progressiva das projeções inconscientes dirigidas ao analista, nas terapias cognitivas, especialmente na Terapia do Esquema, espera-se que o vínculo terapêutico se encontre mais fortalecido ao término do processo, funcionando como uma experiência emocional corretiva e promotora da internalização de padrões relacionais mais saudáveis.

Esse fenômeno da transferência, inicialmente utilizado apenas na psicanálise, passou a integrar também as abordagens da TCC, uma vez que “a transferência é compreendida pelas TCCs como a reedição, na relação terapêutica, dos elementos-chave de relacionamentos prévios importantes” (p. 53). Essa competência é observada e valorizada na Reparentalização Limitada, podendo ser considerada uma experiência emocional corretiva, conceito originado na psicanálise, entendida como uma “revivência do passado no momento presente” (Kristensen, 2024). Entretanto, Freud (1912/2010) ressalta que, se o paciente alcançasse o que deseja, isto é, repetir na vida o que deveria apenas ser recordado, isso representaria uma derrota para o tratamento psicanalítico, uma vez que se trataria apenas de uma reprodução.

Sendo assim, tanto no fenômeno da transferência quanto na Reparentalização Limitada, é possível identificar aproximações, como o reconhecimento das experiências infantis desempenhando um papel central no desenvolvimento, a possibilidade de reedição e correção dos modelos relacionais, o reconhecimento da importância do vínculo psicoterapêutico como campo de repetição e, por fim, a admissão de que há processos inconscientes que devem ser trazidos à consciência. A depender da técnica, essas aproximações podem apresentar entrelaçamentos entre as diferentes abordagens. Entretanto, é fundamental distinguir o inconsciente da psicanálise daquele proposto na terapia do esquema.

MÉTODO

Delineamento

Para fins de elucidação científica, este trabalho utilizou uma pesquisa bibliográfica, desenvolvida a partir de materiais já elaborados, de caráter qualitativo, sendo “definida como aquela que privilegia a análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando um exame intensivo dos dados e caracterizada pela heterodoxia no momento da análise” (Martins, 2004, p. 289). Além de qualitativa, apresenta um cunho exploratório, cujo objetivo é conhecer o estudo tal como se apresenta (Piovesan & Temporini, 1995). Por fim, para compreender as variabilidades e manifestações humanas observáveis, foi utilizado o método interpretativo, fundamentado no processo relacional, simbólico e subjetivo entre pesquisador e participante (González Rey, 2006).

Fontes

Para atender ao objetivo proposto, foi utilizado o artefato cultural cinematográfico *O Discurso do Rei* (2010), dirigido por Tom Hooper e distribuído pela *See-Saw Films / The Weinstein Company*. A utilização de um filme foi um recurso simbólico para ilustrar os conceitos de transferência e Reparentalização Limitada encontra respaldo em Tavares e Gomes (2010), que destacam o potencial das obras cinematográficas como objetos de análise na pesquisa qualitativa, por sua capacidade de representar significados culturais complexos. Cabe ressaltar que o filme é baseado em uma história real. “Bertie” era o apelido de Albert Frederick Arthur George, posteriormente coroado como George VI, Duque de York, após a abdicação de seu irmão Edward VIII. O monarca reinou no Reino Unido de 1936 a 1952. Desde a infância, Bertie enfrentou uma gagueira severa, que se agravava em situações de estresse e diante da pressão de seus deveres públicos. A narrativa foca na relação com Lionel Logue, um “terapeuta da fala” que utiliza métodos pouco convencionais. Ao longo da trama, observa-se que o vínculo entre os dois se aprofunda, permitindo que aspectos emocionais significativos de Bertie venham à tona. A escolha do filme como objeto de análise justifica-se por sua riqueza simbólica e pela capacidade de ilustrar, de forma acessível e profunda, conceitos psicológicos abstratos e subjetivos presentes nas relações humanas e psicoterapêuticas.

Instrumentos

As tabelas foram utilizadas como forma de organizar os conteúdos extraídos do artefato cultural. De acordo com Gil (2008, p. 183), “a adequada apresentação dos resultados exige a prévia descrição dos dados, que geralmente é feita mediante tabelas”.

Procedimentos

Os procedimentos para a construção do presente trabalho abrangeram desde a escolha da temática até a seleção do material. A seleção do material foi realizada por meio de pesquisas bibliográficas, contemplando a leitura de livros do acervo pessoal, obras retiradas da biblioteca da UCS e do acervo digital da Universidade de Caxias do Sul. Também foram utilizados descritores de pesquisa, como “Reparentalização Limitada” e “transferência”, solicitados ao Serviço de Pesquisa Bibliográfica do Sistema de Bibliotecas da UCS. Nos acervos, os assuntos pesquisados incluíram ainda “psicanálise”, “terapia do esquema” e “relação psicoterapêutica”.

Para abranger conhecimentos recentes e contemporâneos acerca do tema, foram selecionados artigos científicos pesquisados nas bases de dados do Portal de Periódicos CAPES, do Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

Os critérios de seleção consideraram a relevância temática, a atualidade das publicações e a pertinência metodológica em relação aos objetivos do estudo. A busca contemplou produções nacionais e internacionais que abordassem os fenômenos sob diferentes perspectivas teóricas, possibilitando uma análise ampla e fundamentada do tema.

Foram também consultados materiais complementares, como documentos do Conselho Federal de Psicologia, o *DSM-5* (*American Psychiatric Association*, 2014) e fontes culturais, como o filme utilizado. O filme foi assistido repetidamente, de modo a realizar recortes de cenas da obra, permitindo compreender, de forma ilustrativa, aspectos das teorias apresentadas e elencar categorias de análise por meio do agrupamento de cenas.

Referencial de Análise

Para a análise das informações, foi adotada uma abordagem qualitativa fundamentada na técnica de análise de conteúdo. Conforme Laville e Dionne (1999, p. 214), essa técnica “consiste em desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação”. Assim, realizou-se uma análise a partir da exploração dos materiais bibliográficos e cinematográficos.

O método possibilitou uma categorização *a posteriori*, de modelo aberto, com interpretação sistemática de elementos simbólicos, verbais e comportamentais presentes no artefato escolhido. Como forma de discussão, realizou-se um emparelhamento dos principais conteúdos que se alinharam aos conceitos de transferência e de Reparentalização Limitada, manifestados no vínculo terapêutico entre George VI e Lionel Logue.

RESULTADOS

As categorias de análise foram elaboradas com base na recorrência temática e na relevância simbólica das cenas em relação aos conceitos teóricos de Transferência e Reparentalização Limitada. Além destas, se buscou com a primeira categoria, intitulada *Contextualização do personagem e evidências da dificuldade com a gagueira*, reúne possíveis cenas que permitem compreender o contexto de vida de George VI, que na discussão a seguir será denominado de Bertie, assim como os impactos emocionais associados à sua dificuldade de fala. Continuando com a segunda categoria, denominada *Possível relação transferencial*, que contempla possíveis cenas que evidenciam aspectos do vínculo estabelecido entre George VI e Lionel Logue, interpretados à luz do fenômeno transferencial. E por fim, a terceira categoria, *Reparentalização Limitada*, que abrange cenas que possivelmente ilustram momentos de acolhimento e correção emocional, nos quais o terapeuta assume uma postura de cuidado e suporte, características desse conceito na Terapia do Esquema. Em suma, busca-se reunir as cenas que melhor ilustram os conteúdos teóricos abordados neste estudo.

Tabela 4

Categorias de análise e cenas do artefato

Categorias	Cena do filme
1- Contextualização do personagem e evidências da dificuldade com a gagueira.	<p>A. Lionel questiona quando a gagueira iniciou. Bertie diz que sempre foi assim, mas que foi aos 4 ou 5 anos sua primeira referência. Relata: "Eu não me lembro de não gaguejar" (23:06).</p> <p>B. Bertie é convidado a realizar um discurso em substituição ao pai, mas apresenta intensa gagueira e ansiedade durante a fala (3:30).</p> <p>C. Bertie relata a Lionel suas dificuldades e perdas na infância, mencionando o uso de talas de metal nas pernas e o fato de ter sido “odiado” e maltratado por sua babá. Conta que chegou a passar fome, situação percebida por seus pais apenas três anos depois, e recorda ainda a morte trágica de seu irmão, ocorrida quando tinha 13 anos (53:09).</p>

2- Possível relação transferencial

D. Lionel inicia uma conversa com Bertie, que se mostra resistente e desconfortável. Quando questionado sobre sua memória mais antiga, Bertie afirma que não está ali para tratar de problemas pessoais. Após um contato tenso, ele se retira dizendo que nunca mais retornaria (22:55).

E. Bertie fica irritado quando Lionel afirma que quem deveria estar no trono era ele. Bertie, irritado, o chama de "caipira" e dispensa seu trabalho (1:03:14).

F. No ensaio para coroação, Lionel se senta no trono. Bertie ao ver fica transtornado. Lionel pergunta por que deveria ouvi-lo, uma vez que Bertie havia dito não ter autoridade nenhuma. Diante dessa resposta, o rei George VI levanta a voz, de forma emotiva dizendo: "Porque eu tenho voz!". Lionel levanta do trono e o reafirma, dizendo que ele tem muita perseverança e afirma ser o homem mais corajoso que ele já conheceu. ainda afirma que ele será um rei muito bom (1:27:44).

3- Reparentalização Limitada

G. No consultório, ao observar os aviões que os filhos de Lionel estavam montando, Bertie recorda que seu pai nunca lhe permitiu realizar esse tipo de atividade. Diante disso, Lionel propõe que, se Bertie compartilhar o que está sentindo, poderá montar parte do avião (49:30).

H. Ao entrar na sala onde fará o discurso relacionado à entrada do país na guerra, Bertie nota que Lionel havia mudado o ambiente o deixando mais aconchegante (1:40:32).

I. Após o discurso final, Bertie chama Lionel de “amigo” e este o trata com respeito como “Vossa Majestade” (1:48:58).

Fonte: Tabela elaborada pela autora

DISCUSSÃO

Neste tópico, propõe-se o desenvolvimento de uma discussão acerca da relação psicoterapêutica estabelecida entre os personagens supracitados, integrando aspectos teóricos previamente apresentados com as cenas selecionadas do filme. A compreensão dessa temática será conduzida a partir da análise das três categorias elaboradas, que permitem articular o referencial teórico com as manifestações simbólicas e relacionais observadas na narrativa.

Categoria 1 – Contextualização do personagem e identificação da dificuldade com a gagueira

Para uma melhor compreensão do contexto e das dificuldades vivenciadas pelo personagem, foram selecionadas três cenas que ilustram a problemática central apresentada. Cabe ressaltar que o artefato cinematográfico é baseado em uma história real. “Bertie” era o apelido de Albert Frederick Arthur George, posteriormente coroado como George VI, que reinou no Reino Unido de 1936 a 1952. Tornou-se rei de forma inesperada após a abdicação de seu irmão, Edward VIII, que renunciou ao trono para se casar com Wallis Simpson, uma mulher norte-americana divorciada, o que tornava o matrimônio contrário às normas e convenções monarquia britânica.

Ao longo do filme, observa-se a manifestação persistente de sua gagueira e o impacto dessa condição em sua vida pessoal e pública. Além de Bertie, as cenas também retratam Lionel Logue, um australiano que atuava como “terapeuta da fala”. Lionel não se atém às formalidades da realeza ao tratar o rei como um paciente comum, buscando estabelecer um vínculo genuíno durante o processo terapêutico, acreditando que essa seria a via mais eficaz para promover sua melhora.

Na cena A, Bertie faz a primeira referência à sua gagueira, mencionando que não se recorda de um momento em sua vida em que não gaguejasse. Diante disso, Lionel o questiona mais sobre o assunto e Bertie lembra que a gagueira teve início entre os quatro e cinco anos de idade. Na cena B, durante um evento público de encerramento da Exposição Imperial, Bertie é convidado a realizar um discurso em substituição ao pai, o então rei, mas apresenta intensa gagueira e ansiedade durante a fala, demonstrando constrangimento. Na cena C, quando Bertie é questionado sobre a infância, evoca recordações e relata a Lionel suas dificuldades e perdas (como o luto do irmão mais novo), bem como experiências de negligência, violência e desamparo por parte dos pais. Em relação às dificuldades físicas, menciona o uso de talas de metal nas pernas e o fato de ter sido “odiado” e maltratado por sua babá, que o deixava sem alimentação e o beliscava para que chorasse e fosse devolvido. Conta que essa situação só foi percebida pelos pais cerca de três anos depois e que ainda possui deficiências decorrentes deste tempo, como dores de estômago, por exemplo.

Atualmente, a gagueira é denominada “Transtorno da Fluência da Fala com Início na Infância (Gagueira)”, apresentando-se durante o período de desenvolvimento. Essa perturbação não é atribuível a um *déficit* motor da fala, sensorial ou a outra condição médica. É caracterizada por uma falta de fluência

verbal, como repetições, bloqueios e tensão física ao falar que pode comprometer a comunicação, manifestando-se por um ou mais critérios: repetições de sons e sílabas, prolongamentos sonoros de consoantes e vogais, palavras interrompidas, bloqueios audíveis ou silenciosos, circunlóquios (substituição de palavras para evitar termos problemáticos), palavras produzidas com tensão excessiva e repetições de palavras monossilábicas (por exemplo: “Eu-eu-eu-eu vejo”). Além dos impactos linguísticos, o transtorno acarreta prejuízos funcionais, podendo gerar ansiedade em contextos sociais ou profissionais (*American Psychiatric Association*, 2014). No caso de Bertie, todos esses critérios são observados nas cenas analisadas.

Perez e Stoeckle (2016) consideram que a gagueira é predominantemente de origem neurológica, mas pode ocorrer após traumas emocionais precoces, como os relatados por Bertie: vivências de negligência parental, castigos e humilhações físicas. Esses traumas, podem impactar os circuitos emocionais e motores da fala. No filme, ao iniciar o tratamento com Lionel, Bertie relata que, nos atendimentos anteriores com outros especialistas, não foram encontradas causas fisiológicas que justificassem o quadro. Van der Kolk (2020) observa que os impactos do trauma podem afetar fisicamente o cérebro, especialmente o lobo frontal esquerdo, na área de Broca, responsável pela linguagem, cuja atividade diminui em situações traumáticas. Essa descoberta sugere que os efeitos do trauma psicológico podem ser comparáveis às lesões físicas, como os AVCs, nos quais o fluxo sanguíneo é interrompido nesta região. Em estados extremos, já se observou que as vítimas de trauma frequentemente perdem temporariamente a capacidade de falar.

Diante do exposto, o breve histórico da vida do personagem evidencia como as experiências infantis repercutem na vida adulta, o que se manifesta nas três cenas analisadas. Na clínica psicanalítica, Freud (1914/1994) afirma que “é lícito afirmar que o analisando não recorda absolutamente o que foi esquecido e reprimido, mas sim o atua. Ele não o reproduz como lembrança, mas como ato, naturalmente sem saber que o faz” (p. 149). Pode-se compreender, assim, que as vivências da infância se manifestam na vida adulta por meio de reedições ou atuações expressas em comportamentos e sintomas. Esse relato de Bertie se aproxima do que Laplanche e Pontalis (1991) descrevem como reedições de representações afetivas como o amor, ódio, ciúme ou orgulho, que, ao retornarem, servem para o manejo de sintomas na vida adulta. Thomä e Kächele (1992) complementam que, por ser atemporal, o inconsciente mostra-se essencial para reconstruir a gênese de doenças psíquicas, na medida em que manifestações repetitivas de conflitos internos infantis são reativadas na interação com objetos do presente.

Em relação à fala, Dolto (2010) sugere que o desenvolvimento da linguagem está intimamente ligado ao desejo de comunicação da criança, “devido a uma enfermidade do desejo de se comunicar que, infelizmente, só é reconhecida a partir da idade da marcha” (p. 187), exatamente como foi mencionado por Bertie. A autora lembra ainda que “desde o início da vida, toda criança está em estado de palavra; ela não pode, por si mesma, falar verbalmente, mas comprehende as palavras e busca constantemente a

comunicação com o outro” (p. 187). Assim, a comunicação e a linguagem não se iniciam com a fala, mas com o vínculo afetivo e o compartilhamento de significados, aspectos visivelmente ausentes na infância de Bertie.

De forma semelhante, Young et al. (2008) explicam que, na Terapia do Esquema, os esquemas inconscientes influenciam a vida do sujeito, sendo necessário trazê-los à consciência. Nesse processo, o psicoterapeuta auxilia o paciente a identificar seus esquemas, tornando conscientes as memórias de infância, emoções, sensações corporais, cognições e estratégias de enfrentamento a eles associadas. Os autores ressaltam que, embora nem todos os esquemas desadaptativos surjam de maus-tratos ou traumas infantis, muitos pacientes vivenciam abandono, negligência, abusos e rejeição, originando memórias, emoções e sensações corporais negativas. Quando adultos, esses esquemas podem ser reativados por experiências atuais, reproduzindo inconscientemente vivências infantis, como ocorre na história de Bertie.

Os relatos que Bertie menciona se encontram em um período de desenvolvimento da aprendizagem, o que pode ser ainda mais difícil, pois “as memórias conscientes são estabelecidas por um sistema que envolve o hipocampo e áreas corticais relacionadas, ao passo que as memórias inconscientes são estabelecidas por mecanismos de condicionamento do medo que operam por meio de um sistema baseado nas amígdalas” (Young et al., 2008, p. 39). Assim, “a amígdala armazena a memória emocional, enquanto o hipocampo e o neocôrteX armazenam a memória cognitiva” (p. 39). Ambos os sistemas armazenam diferentes tipos de informações relacionadas à experiência e funcionam de modo paralelo, diferindo na forma como as memórias são processadas e, por fim, trazidas à consciência ou reeditadas (Young et al., 208).

Categoria 2 – Possível relação transferencial

Na cena D, quando Lionel questiona sobre uma memória mais antiga, Bertie demonstra resistência e desconforto diante da instigação dessa temática, afirmando que não está ali para tratar de problemas pessoais, mas a gagueira. Ele justifica que, em suas consultas anteriores com outros profissionais, não havia esse tipo de abordagem, sendo examinado de forma centrada apenas em seus sintomas físicos. Após um contato tenso, retira-se dizendo que não retornaria mais, demonstrando resistência em expor suas memórias a Lionel.

Diante disso, é possível relacionar o comportamento de Bertie ao que Laplanche e Pontalis (1991) indicam que o método psicanalítico se baseia na interpretação da resistência, ou seja, os conteúdos recalados que buscam o prazer e o evitamento do desprazer. Essa resistência tem um papel regulador diante do desconforto, o que pode ser identificado em Bertie, quando reage com resistência ao processo.

Para que essa interpretação psicanalítica ocorra de forma geral, Freud (1927/2011) postula ser necessário um método sistemático, neutro e investigativo, voltado ao que é expresso. Essa expressão se

manifesta por meio de pequenos movimentos contínuos capazes de revelar o que se passa no inconsciente do paciente, incluindo os processos mnêmicos. Essa manifestação pode ocorrer por meio de ações, palavras ou produções imaginárias, como sonhos, delírios, associação livre e atos falhos. O inconsciente funciona por meio de deslocamento e condensação da energia psíquica gerada, buscando uma regulação que leve à solução do sofrimento. Essa resistência pode se manifestar como uma transferência negativa, conforme apresentado na cena, momento em que sentimentos hostis se expressam por parte de Bertie.

Nesse processo, deve-se considerar que esses sentimentos não se originam no momento do atendimento, mas podem ser sentimentos hostis ou afetuosos manifestados por um processo transferencial em relação à pessoa do psicoterapeuta (Freud, 1915/1996). Assim, o processo psicanalítico busca o deciframento do inconsciente e a integração de seus conteúdos à consciência, para que seja possível compreender o sintoma individual ou social (Bock, 2018) presente no momento manifesto.

Essa manifestação pode indicar o caráter ambíguo e natural já existente nas relações interpessoais. Zimerman (1999) lembra que a transferência não se inicia no *setting* terapêutico, mas é ali o seu lugar de redescoberta. O paciente pode vivenciar e repetir com o psicoterapeuta as representações que têm de seu próprio *self*, uma vez que as relações objetais se organizam como fantasias inconscientes que possibilitam uma integração atemporal entre presente e passado.

Como mencionado anteriormente, esse processo psicanalítico ocorre como um cálculo infinitesimal, ou seja, é um desenvolvimento progressivo e cumulativo em que a compreensão final do caso depende da consideração integrada de múltiplas variáveis: a história pregressa, a forma como essa história se transfere em diversos contextos da vida do paciente, como essas experiências se tornam sintomáticas e, por fim, como o inconsciente se manifesta nas relações objetais. De forma ilustrativa, Freud (1917/2015) descreve que esse processo surge como uma “nova casca” exterior/consciente à medida que a energia libidinal interior/inconsciente é reinvestida em um objeto, de forma natural e repetida, como uma atuação (Freud, 1914/1994).

No contexto da cena escolhida, é possível identificar o que Nascimento et al. (2011) abordam ao considerar que o analista, independentemente de sua vontade, torna-se, total ou parcialmente, uma representação desses objetos internos, pois o que ocorre ali também é uma relação. Kronbauer et al. (2022) salientam que aquilo que não foi recordado será repetido nessa relação.

Na cena E, Bertie e Lionel conversam durante uma caminhada ao ar livre, momento em que os assuntos giram em torno da delicada situação política envolvendo o irmão de Bertie, David. Embora devesse ser o próximo sucessor ao trono por ser o primogênito, David demonstra indiferença em relação aos deveres do cargo. Diante disso, Lionel, em tom descontraído, comenta que Bertie é quem deveria ocupar o trono no lugar do irmão, por demonstrar maior engajamento e responsabilidade nos assuntos diplomáticos. Ao ouvir o comentário, Bertie se irrita e dirige-se a Lionel de maneira brusca, chamando-o de “caipira” e interrompendo imediatamente a conversa. Em seguida, dispensa o trabalho do terapeuta.

Assim como na cena anterior, esse momento pode ser interpretado como uma manifestação de transferência negativa, em que sentimentos inconscientes de raiva, vergonha e inferioridade são projetados em Lionel. Pode-se considerar que Bertie desloca afetos reprimidos de sua relação com o pai autoritário e o irmão carismático para o terapeuta, reagindo de maneira defensiva e agressiva. Segundo Freud (1911/2010), o *princípio do prazer* rege o funcionamento psíquico inconsciente, orientando o indivíduo a evitar o desprazer e a buscar satisfação imediata. Nesse sentido, a atitude de Bertie pode ser compreendida como uma tentativa de se proteger do sofrimento psíquico, afastando-se da fonte de tensão, no caso Lionel, que representa o contato com conteúdos dolorosos.

Conforme Zimerman (2008), a *catéxis* refere-se ao investimento de energia psíquica pulsional em um objeto ou representação, podendo mobilizar impulsos tanto de prazer quanto de desprazer. Assim, o comportamento agressivo de Bertie pode ser entendido como um deslocamento libidinal voltado à preservação narcísica, funcionando como um modo inconsciente de restaurar o equilíbrio frente à ameaça de desprazer evocada pela fala do terapeuta. A transferência, segundo Zimerman (1999), tem origem no termo “conduzir” e pode ser compreendida como o conjunto de sentimentos e fantasias inconscientes que o paciente direciona/conduz ao terapeuta, revivendo vínculos primitivos. Dessa forma, o *self* de Bertie pode ser observado em sua ambivalência: por um lado, ele se percebe inadequado e inferior ao trono, mas por outro, tenta restaurar seu senso de superioridade projetando em Lionel a imagem de alguém inferior. Essa oscilação pode indicar um esforço inconsciente de manter o equilíbrio psíquico.

Segundo Chemama (1995), a transferência estabelece-se de forma automática e fragmentada, levando o psicoterapeuta a ocupar, de maneira simbólica, o lugar de figuras parentais internalizadas. Cordioli e Grevet (2019) acrescentam que esses objetos transferenciais podem refletir experiências precoces e moldar a forma como o indivíduo se relaciona com o outro. Nesse sentido, pode-se considerar que a atitude agressiva de Bertie simboliza uma tentativa de romper com a dependência emocional que permeia suas relações com o mundo, incluindo o psicoterapeuta. Roudinesco et al. (1998) reforçam que esses desejos inconscientes passam a se manifestar na relação analítica a partir da transferência, posicionando o terapeuta em um papel parental. No decorrer do filme, Bertie retoma esse episódio e pede perdão a Lionel. Diante disso, é possível identificar o que Chemama (1995) aborda sobre a resistência exercer um papel fundamental para que ocorra a repetição, mas que, quando a transferência é manejada, torna-se possível que o paciente recupere e ressignifique experiências, promovendo modificações psíquicas saudáveis. Bock (2018) salienta ainda que, quando o paciente é capaz de reconhecer, nomear e elaborar os sentimentos antes intoleráveis em relação ao psicoterapeuta, este o auxilia na reelaboração de figuras parentais da infância que anteriormente eram supridas como sintomas.

Posteriormente, quando Bertie retorna e pede desculpas ao terapeuta, pode-se compreender que ocorreu uma mudança no vínculo transferencial. A resistência inicial dá precedência à possibilidade de

elaboração e reconciliação. Chemama (1995) aponta que a resistência, quando reconhecida e trabalhada, pode permitir a ressignificação de experiências passadas, promovendo transformações no psiquismo. Bock (2018) também ressalta que o reconhecimento e a nomeação de sentimentos antes intoleráveis possibilitam ao paciente reeditar figuras parentais. Laplanche e Pontalis (1991) afirmam que a transferência não possui valor em si, mas como um equivalente simbólico que possibilita preencher lacunas do passado e favorecer a mudança. Assim, no filme, o processo de rejeição, resistência e reconciliação entre Bertie e Lionel pode ser visto como representação simbólica do trabalho psíquico que se realiza na relação terapêutica, em que a transferência desempenha papel central na transformação do personagem, onde a transferência passou de negativa para positiva evidenciando ainda mais o seu lugar central no processo psicoterapêutico.

Após a renúncia de seu irmão, Bertie aceita ser sucessor do trono em seu lugar. Mas para isso, há outro momento estressor para ele, que será a cerimônia da coroação. A cena F retrata o ensaio para essa coroação. Há um momento em que Lionel senta-se no trono, surpreendendo Bertie. Ressalta-se que esse lugar vem simbolizando o poder durante gerações, e ao ver de Bertie, Lionel sentado neste lugar, denota transtorno e se mostra visivelmente incomodado. Asperamente, Bertie pede para que Lionel saia do trono. Nesse momento, Lionel então questiona Bertie, porque deveria ouvi-lo e sair do trono, uma vez que anteriormente ele mencionara que não gostaria de ocupar lugar, inclusive afirmando não ter autoridade alguma, não devendo sequer estar ali. Em resposta a esta provocação, Bertie eleva a voz de forma emotiva e responde: “*-Porque eu tenho voz!*”. Após essa declaração, Lionel levanta-se do trono, aproximando-se de Bertie, e reforça suas palavras, dizendo que ele possui muita perseverança, afirmando ser o “*homem mais corajoso que já conheceu*” e que será “*um rei muito bom*”. Esse gesto simbólico, de ver Lionel sentado no trono, pode ser compreendido como o desencadeamento de um conflito interno em Bertie, entre o desejo de ser reconhecido como sujeito integral e a dificuldade em ocupar o lugar de autoridade que o papel de rei lhe impõe. Ao reafirmar a coragem e a legitimidade de Bertie, Lionel valida tanto sua dimensão simbólica, representada pelo lugar de rei, quanto sua dimensão subjetiva, o homem que, pela primeira vez, reconhece em si uma voz.

No que diz respeito a essa cena, é possível relacioná-la ao que Laplanche e Pontalis (1991) retomam de Freud ao defender que o ideal terapêutico consiste na recordação mais completa possível das vivências infantis. Entretanto, como tal recordação integral não é alcançável, torna-se necessário preencher as lacunas deixadas por essas experiências. Essas lacunas podem ser preenchidas à medida que o analista assume um papel que possibilita ao paciente reconhecer, nomear e elaborar sentimentos intoleráveis ou inconscientes. Thomä e Kächele (1992) mencionam que o processo de transferência pode se estabelecer em todas as relações, constituindo-se de forma espontânea, pois se revela a partir das expectativas inconscientes desencadeadas pela interação com objetos e pelos estímulos que deles emanam, muitas vezes por meio da sugestionabilidade. Essa sugestão pode ser observada na maneira

como Lionel instiga Bertie a refletir sobre seu lugar no trono e sobre o que esse lugar representa para ele enquanto sujeito. Considerando a atemporalidade do inconsciente, o fato de Lionel ocupar simbolicamente um espaço histórico e de autoridade, que para Bertie é carregado de significação, torna o momento ainda mais sugestivo. De acordo com Freud (1917/2015), a transferência consiste na manifestação de sentimentos do paciente dirigidos ao analista. Esses sentimentos já existiam em Bertie, mas, no contexto da cena, são deslocados para Lionel, evidenciando-se de forma intensa em sua reação emocional.

Nesse diálogo, percebe-se que tanto Bertie quanto Lionel buscam atribuir um sentido racional ao que acontece, tentando sustentar a coerência de seus argumentos. Contudo, como aponta Freud (1915/1996), o inconsciente não obedece ao princípio de contradição nem à lógica consciente, sendo regido pelo princípio do prazer, que tende a evitar o desprazer e buscar satisfação imediata. O confrontamento entre ambos, nesse momento, pode ser compreendido como um embate entre o princípio do prazer, expresso na resistência e na defesa de Bertie, e o *princípio de realidade* que, conforme Zimerman (2008), manifesta-se quando o sujeito é capaz de tolerar a frustração e adiar a satisfação imediata. Assim, ao elaborar sua raiva e aceitar sua nova condição de rei, Bertie passa a integrar essas dimensões, transformando a energia pulsional em aceitação e maturidade psíquica. Quando Bertie encontra um espaço para essa reelaboração por meio da transferência, a energia pulsional pode tomar outro rumo, possibilitando a aceitação da sua nova realidade. Passou de alguém que antes se via sem voz, passando a se reconhecer como o rei George VI, dono do seu próprio discurso.

Categoria 3 – Reparentalização Limitada

Na cena G, Bertie e Lionel se encontram após a morte do rei George V, pai de Bertie. A conversa ocorre no contexto do *setting* terapêutico, quando Bertie visualiza, sobre a mesa, partes de aviões de brinquedo deixadas pelos filhos de Lionel. Essa observação desperta nele uma lembrança infantil: o pai dificilmente o permitiria brincar ou participar de atividades lúdicas. Percebendo o impacto emocional deste relato e a dificuldade de expressão de Bertie, Lionel propõe que ele monte uma parte do avião a cada vez que conseguir expressar o que sente. Essa atitude simbólica pode ser compreendida como uma experiência de reparação emocional, pois oferece a Bertie a oportunidade de vivenciar, no presente, algo que lhe fora negado na infância: a possibilidade de brincar, se expressar e ser acolhido. Ao permitir que Bertie manipule as peças, Lionel favorece a criação de um espaço seguro, de confiança e vínculo. Essa segurança relacional é fundamental no processo terapêutico, pois como ressalta Van der Kolk (2020), “o sentimento de segurança com pessoas talvez seja o aspecto mais importante da saúde mental; conexões seguras são fundamentais para vidas satisfatórias e plenas de sentido” (p. 124).

Quando essas necessidades primárias não são supridas, os esquemas se adaptam diante da falta, apresentando possíveis manifestações, como os esquemas de abandono, desconfiança/abuso, privação

emocional, defectividade, isolamento social, dependência/incompetência, vulnerabilidade, emaranhamento e negatividade/pessimismo. No caso de Bertie, pode-se pensar que, ao montar o avião, ele é remetido à infância, período em que, segundo suas próprias falas, não teve oportunidades para brincar, errar ou ser acolhido por suas figuras parentais ou de cuidado, referenciando as negligências e abusos da babá. Quando Lionel oportuniza essa vivência, utilizando a reparentalização, ativa o modo Criança Vulnerável de Bertie, permitindo que ele se conecte com partes de si que haviam sido reprimidas, como sentimentos de abandono, desconfiança, privação emocional, defectividade, isolamento social, incompetência, vulnerabilidade e negatividade. Ao mesmo tempo, Lionel não atua como uma figura punitiva, mas como alguém que oferece suporte, validação e segurança, que são as características de um adulto saudável. A proposta terapêutica, portanto, busca compreender e transformar esses esquemas, favorecendo vínculos mais funcionais e satisfatórios.

Diante desses padrões, chamados de Modos Esquemáticos, Young *et al.* (2008) mencionam a existência do modo Criança Vulnerável, no qual pode haver uma revivência de sentimentos disfóricos ou ansiosos, como medo, tristeza e desamparo. Esses sentimentos estão associados às necessidades emocionais não supridas, manifestando-se em esquemas desadaptativos, como abandono, privação emocional, defectividade, dependência, vulnerabilidade, negatividade e à voz do modo Pai Punitivo, em que o paciente percebe como errado expressar necessidades ou sentimentos. Ambos os modos podem ser identificados na postura de Bertie diante de Lionel.

Ainda na cena é possível reconhecer a ativação dos esquemas desadaptativos de Privação e Inibição Emocional e de Abandono, os quais, em conformidade com o relato, resultam de frustrações nocivas vividas no início da vida, levando à formação desses esquemas por *déficits* no ambiente, como a falta de estabilidade, amor e compreensão. Diante disso, Lionel busca criar um ambiente de cuidado e temporariamente estável, estimulando Bertie a expressar o que deseja. Por fim, também é possível identificar a ativação do modo Criança Feliz, quando Bertie se permite vivenciar sentimentos de alegria, espontaneidade e conexão. Esse aspecto é descrito por Young *et al.* (2008) como resultado da experiência afetiva saudável, proporcionada pela figura reparadora, no caso, Lionel, que oferece um ambiente seguro e validante, em contraste com as vivências infantis marcadas pela crítica e pela frustração, nas quais não lhe era permitido interagir dessa forma.

A cena H retrata o momento em que, ao entrar na sala onde fará o discurso relacionado à entrada do país na guerra, Bertie identifica que Lionel havia mudado o ambiente, deixando-o mais aconchegante. Pode-se relacionar esta cena ao que Gouveia e Gouveia (2024) apresentam como o que seria esse “reparar”. Neste contexto, assim como na cena anterior, significa oferecer ao paciente uma experiência diferente daquela vivenciada com seus cuidadores primários, atendendo às suas necessidades emocionais não satisfeitas de forma significativa, ou seja, suprir e reparar essas necessidades.

Rafaeli, Bernstein e Young (2023) salientam que a Terapia do Esquema se propõe nesta ajuda aos adultos para suprirem suas próprias necessidades emocionais, mesmo que estas nunca tenham sido atendidas anteriormente. Para isso, a relação terapêutica deve ser um espaço no qual tais necessidades sejam reconhecidas, verbalizadas, validadas e atendidas dentro de certos limites, permitindo ao paciente um processo de transformação e desenvolvimento emocional.

Este ambiente pode ser um ativador de esquemas, como Ghisio et al. (2016) retomam a ideia ao abordar que eles funcionam como mecanismos inconscientes que influenciam comportamento, cognição, fisiologia e emoções, operando de forma silenciosa e profunda no *self*, moldando a percepção da realidade. Desta forma, “qualquer ideia ampla que organize e interprete a realidade interna e externa de alguém pode ser chamada de esquema” (Young et al., 2008, p. 21).

Diante do exposto, o fato de Lionel reorganizar o ambiente e deixá-lo mais acolhedor ativa um esquema, permitindo uma reparentalização, possibilitando que Bertie diferencie e codifique os estímulos que enfrenta. Assim, essas experiências servirão de base para avaliar novas vivências, estruturando a percepção por meio de uma matriz de esquemas.

E finalmente, na cena I, é possível identificar um momento de amizade e reconhecimento entre Bertie e Lionel, no qual, após a conclusão do discurso final, ambos permanecem juntos, frente a frente. Bertie se aproxima de Lionel e, em tom cordial, chama-o de “amigo”. Lionel, por sua vez, dirige-se a Bertie com respeito, utilizando a forma de tratamento formal “Vossa Majestade”. A cena retrata o vínculo que foi construído ao longo do tratamento.

Yalom (2024) ressalta que “a terapia não deve ser orientada pela teoria, mas pelo relacionamento” (p. 22). Para ele, a amizade entre terapeuta e paciente pode ser considerada uma condição necessária no processo terapêutico, embora não suficiente por si só. A psicoterapia não substitui a vida real, mas funciona como um ensaio para ela. Assim, o vínculo estabelecido entre terapeuta e paciente é essencial, mas não é o objetivo final da terapia, uma vez que se trata de um meio para promover mudanças e crescimento pessoal.

É possível verificar o que Rafaeli et al. (2023) enfatizam sobre o trabalho da Terapia do Esquema, que tem como um princípio central ajudar os adultos a suprirem suas próprias necessidades emocionais, mesmo que estas nunca tenham sido atendidas anteriormente. Sendo assim, a relação terapêutica deve ser um espaço em que tais necessidades sejam reconhecidas, verbalizadas, validadas e atendidas dentro de certos limites, permitindo ao paciente um processo de transformação e desenvolvimento emocional. Nessa relação, pode ocorrer esse “reparar” que, para Gouveia et al. (2024), significa que, diferentemente dos cuidadores primários e dos relacionamentos anteriores, visa atender às necessidades emocionais não satisfeitas de forma significativa.

Assim, pode-se compreender, conforme refere Andriopoulou (2021), que a Reparentalização Limitada atua como um mecanismo terapêutico essencial, pois oferece ao paciente uma vivência de

apego seguro que possibilita ressignificar experiências passadas e reconstruir padrões de vínculo mais saudáveis. Essa relação é o centro de todo o processo psicoterápico e pode ser retratada em uma das cenas finais do filme, considerando os estilos de enfrentamento de Bertie, em que ele passa de utilizar seus *coping styles* de evitação, submissão e momentos de hipercompensação para o enfrentamento saudável. Isso ocorre em função do processo de vínculo terapêutico, que funciona como um agente de reparentalização, promovendo uma reconstrução identitária de Bertie como rei e de Lionel como amigo, cumprindo o seu papel terapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível observar que padrões relacionais do passado, frequentemente se manifestam nas relações atuais, influenciando comportamentos, expectativas e reações. Nesse contexto, torna-se pertinente questionar: quais transferências ou esquemas estão em funcionamento na vida de cada indivíduo? A partir dessa reflexão, nota-se que diferentes abordagens psicoterapêuticas adotam perspectivas distintas diante da influência do passado.

Uma abordagem pode estar em busca de compreender o passado e outra pode estar focada na ressignificação desse passado. Diante do que foi abordado, foi possível identificar que embora as abordagens apresentem caminhos diferentes, ambas buscam um lugar comum, a relação terapêutica como catalisador de mudança. Como salientado anteriormente, estudos na área, identificam que dentre os fatores comuns, cerca de 50% a 70%, o que mais contribui para o sucesso terapêutico é a qualidade da relação entre paciente e psicoterapeuta. Felizmente, esse fator é considerado de forma unânime pelas principais abordagens psicoterapêuticas escolhidas para esse trabalho.

A proposta foi buscar compreender estes fenômenos, circundando as aproximações e os distanciamentos entre os conceitos de Transferência para Psicanálise e Reparentalização Limitada, na Terapia do Esquema. A integração entre os referenciais da Psicanálise e da Terapia do Esquema podem demonstrar que, apesar das diferenças epistemológicas, ambas reconhecem a importância da relação terapêutica como um espaço de reconstrução simbólica. Nesse sentido, as referências teóricas, juntamente com o artefato, buscam esclarecer que a relação terapêutica, quando aliada ao manejo transferencial e à oferta de experiências reparentalizadoras, pode promover processos profundos de reorganização emocional e subjetiva.

Diante da delimitação temática proposta, observou-se uma escassez de literatura que integre, de forma articulada, os conceitos de Transferência na Psicanálise e Reparentalização Limitada na Terapia do Esquema. A dificuldade em localizar referências bibliográficas que abordam simultaneamente essas duas perspectivas evidencia a fragmentação teórica existente entre as abordagens, o que reforça a relevância de estudos que busquem estabelecer diálogos interteóricos, integrativos e promover uma compreensão mais abrangente da relação terapêutica como fator comum e determinante no processo psicoterapêutico. Com isso, a proposição foi fazer uma análise separada de cada abordagem, para que se pudesse investigar e refletir acerca de possíveis aproximações e distanciamentos entre os conceitos. O que pode ser identificado é que ambas partem do reconhecimento da importância da relação terapêutica como local central e articulador da transformação psicológica. Apesar de pertencerem a diferentes correntes teóricas, compartilham a compreensão de que o vínculo entre terapeuta e paciente é o espaço no qual se reatualizam vivências precoces e se tornam possíveis processos de mudança emocional e simbólica.

Na Psicanálise, em especial nos conceitos freudianos, a Transferência pode ser compreendida como a repetição, no vínculo com o terapeuta, de sentimentos e fantasias inconscientes originados nas relações parentais. Esse terapeuta ocupa o lugar de objeto transferencial, porém mantendo uma postura de neutralidade e interpretação, de modo a permitir que o paciente tome consciência dos conteúdos reprimidos, buscando a mudança por via do inconsciente se tornando “consciente” por meio da análise das resistências e repetições.

Já na Terapia do Esquema, a Reparentalização Limitada é utilizada como uma estratégia terapêutica que visa oferecer experiências emocionais corretivas, possibilitando ao paciente vivenciar, no presente, um cuidado que pode ter lhe sido negado ou negligenciado na infância. O psicoterapeuta assume uma postura mais ativa, empática e acolhedora, funcionando como uma figura parcialmente parental. O foco está na reparação dos esquemas desadaptativos precoces e na reestruturação dos modos esquemáticos, permitindo que o indivíduo aprenda a suprir, por si mesmo, suas necessidades emocionais de forma saudável, por meio da relação com outro adulto saudável.

Portanto, pode-se concluir que a Transferência e a Reparentalização Limitada se aproximam naquilo que ambas oferecem: um espaço, uma nova possibilidade relacional que proporciona a reedição de vínculos primitivos e o resgate de aspectos do *self* que pode ter sido modificado por meio de experiências como a de negligência, abandono e rejeição. Dessa forma, embora partam de fundamentos teóricos distintos, ambas as abordagens se encontram no mesmo propósito: possibilitar ao sujeito reconstruir sua história emocional e ressignificar sua própria existência por meio de um vínculo terapêutico genuíno e transformador.

Por fim, encerra-se com uma frase dita a outro princípio, de outra história, que pode reforçar a importância dessa temática: “Tu não és ainda para mim senão um garotinho inteiramente igual a cem mil outros [...] E eu não tenho necessidade de ti. E tu também não tens necessidade de mim. Mas, se tu me cativas, nós teremos necessidade um do outro. Serás para mim único no mundo. E eu serei para ti única no mundo...” (Saint-Exupéry, 1943/2016, p. 53). Assim, o vínculo terapêutico também se constrói pela cativação mútua, na qual o paciente cativa o terapeuta com base em modelos internos antigos e o terapeuta cativa o paciente ao oferecer segurança, validação e cuidado, possibilitando a reconstrução da história emocional de forma responsável.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5^a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Andriola, R. (2016). Estratégias terapêuticas: Reparentalização limitada e confrontação empática. In R. A. Wainer, K. Paim, & R. Erdos (Orgs.), *Terapia cognitiva focada em esquemas* (cap. 5). Grupo A.
- Andriopoulou, P. (2021). Healing attachment trauma in adult psychotherapy: The role of limited reparenting. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 23(4), 468-482. <https://doi.org/10.1080/13642537.2021.2000465>
- Bock, A. M. B. (2018). *Psicologias: Uma introdução ao estudo de psicologia* (15^a ed.). Saraiva.
- Bordman, G. F., Costa, G., Mendes, L. K., de Paula, R. K., Ehrlich, V. C., & Michels, M. S. (2023). O exercício da parentalidade sob o olhar da Terapia do Esquema e outras contribuições teóricas. *Revista Retratos*, (2113), 12–17. https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3080/rb_2023_2113.pdf
- Camargo, A. S. (2026). Confrontação empática e reparação parental no tratamento do transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva. In C. Fuentes & E. M. Martins (Orgs.), *Relação terapêutica e intervenções clínicas na Terapia do Esquema* (pp.113-134). Sinopsys Editora.
- Chemama, R. (1995). *Dicionário de psicanálise* (F. FrankeSettineri, Trad.). Artes Médicas Sul.
- Conselho Federal de Psicologia. (2022). *Reflexões e orientações sobre a prática da Psicoterapia*. Brasília, Brasil: Conselho Federal de Psicologia. Disponível em www.cfp.org.br.
- Cordioli, A. V., & Grevet, E. H. (Orgs.). (2019). *Psicoterapias: abordagens atuais* (4^a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Dalbem, J. X., & Dell'Aglio, D. D. (2005). Teoria do apego: Bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57(1), 12–24.
- Dolto, F. (2010). *A imagem inconsciente do corpo*. (N. M. Kon & M. Levy, Trads.). Perspectiva. (Obra original publicada em 1984)
- Fuentes, C., & Martins, E. M. (2026). *Relação terapêutica e intervenções clínicas na Terapia do Esquema*. Sinopsys Editora.
- Freud, S. (1927/2011). *O futuro de uma ilusão* (R. Zwick, Trad.; R. U. Cromberg, Rev. técnica e prefácio). Porto Alegre: L&PM.
- Freud, S. (1914/1994). Recordar, repetir e elaborar: Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II (J. P. Netto, Trad.). *Jornal de Psicanálise*, 27(51), 126–136. (Original publicado em Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse, 2(6), 485–491)
- Freud, S. (1915/1996). O inconsciente. In J. Strachey (Ed. & Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14, pp. 163–222). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (2015). Conferências introdutórias à psicanálise (1916–1917) (S. Tellaroli, Trad.). In *Obras completas* (Vol. 13). Companhia das Letras. (Original publicado em 1917)
- Freud, S. (2010). *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia* (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1912) (P. C. de Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Obras completas, Vol. 10)
- Gelso, C. J., & Bhatia, A. (2012). Crossing theoretical lines: The role and effect of transference in nonanalytic psychotherapies. *Psychotherapy*, 49(3), 384–390. <https://doi.org/10.1037/a0028802>
- Gelso, C. J. (2024). Fundamentos transteóricos: As três faces da relação terapêutica. In A. D. Kristensen & C. H. Kristensen (Orgs.), *A relação terapêutica nas terapias cognitivo-*

- comportamentais: prática clínica e aspectos transteóricos.* Grupo A.
<https://app.minhabiblioteca.com.br/books/9786558821885>
- Ghisio, M. S., Lüdtke, L., & Seixas, C. E. (2016). Análise comparativa entre a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia do Esquema. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 18(3), 17–31. <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v18n3a02.pdf>
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6^a ed.). São Paulo: Atlas.
- González Rey, F. L. (2006). Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 129–142. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200010>
- Gouveia, C., & Gouveia, C. (2024). *Terapia do esquema: Entendendo e superando padrões disfuncionais* [versão Kindle Android]. Amazon.com.
- Hooper, T. (Diretor). (2010). *O discurso do rei* [Filme]. Reino Unido: See-Saw Films / The Weinstein Company.
- Kamazaki, D. F. (2021). *Formação em terapia do esquema* (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Kristensen, AD e Kristensen, CH (2024). *A relação terapêutica nas terapias cognitivo-comportamentais: prática clínica e aspectos transteóricos*. Grupo A.
- Kronbauer, J. F., Menezes, M., & Lopes, F. M. (2022). Psicoterapia de orientação analítica e psicoterapia cognitivo-comportamental: integração possível na prática clínica? *Research, Society and Development*, 11(10), e182111032730. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32730>
- Laplanche, J. (1991). *Une psychanalyse pour quoi faire? Entretiens avec un psychanalyste* (Tradução autorizada da 1^a ed. francesa, 1988). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1991). *Vocabulário da psicanálise* (P. Tamen, Trad.; D. Lagache, Dir.). Martins Fontes.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas* (H. Monteiro & F. Settineri, Trads.). Porto Alegre: Artmed; Editora UFMG.
- Leahy, R. L. (2016). *Terapia do esquema emocional: Manual para o terapeuta* (S. M. M. da Rosa, Trad.; R. Wainer, Rev. técnica). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2015)
- Martins, H. H. T. de S. (2004). Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*, 30(2), 289–300. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022004000200017>
- Moseovitz, J.-J., & Grancher, P. (1991). *Para que serve uma análise? Conversas com um psicanalista* (A. Melim, Trad.). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1988)
- Nahum, D., Alfonso, C. A., & Sönmez, E. (2019). Common factors in psychotherapy. In A. Javed & K. N. Fountoulakis (Eds.), *Advances in psychiatry* (pp. 471–481). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5_29
- Nascimento, A. P., Pinheiro, C. B., Cunha, I. D., Rosa, M. C., & Machado, R. P. (2011). Sobre o que se transporta: (Contra)Transferência(s). *Análise Psicológica*, 29(3), 1–14. https://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312011000300007&lang=pt
- Paim, K., & Rosa, M. (2016). O papel preventivo da terapia do esquema na infância. In R. Wainer, K. Paim, & R. Erdos (Orgs.), *Terapia cognitiva focada em esquemas* (pp. 148–166). Grupo A. <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788582712580>
- Perez, H. R., & Stoeckle, J. H. (2016). *Stuttering: Clinical and research update*. Canadian Family Physician, 62(6), 479–484.
- Peterson, B. S. (2019). Editorial: Common factors in the art of healing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(9), 927–929. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13108>

- Piovesan, A., & Temporini, R. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 29(4), 318–325. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010>
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2023). *Terapia do Esquema* (1^a ed.). Porto Alegre: Sinopsys Editora.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise* (V. Ribeiro & L. Magalhães, Trad.; M. A. C. Jorge, Supervisão da edição brasileira). Zahar.
- Saint-Exupéry, A. de. (2016). *O pequeno príncipe* (Tradução da UFAC). Universidade Federal do Acre. (Trabalho original publicado em 1943).
- Serralta, F. B., Altimir, C., & Ribeiro, E. (2024). *Transferência e relação terapêutica em diferentes abordagens: uma revisão integrativa*. Revista Brasileira de Psicoterapia, 26(1), 45–62
- Tavares, M. C. H., & Gomes, C. A. (2010). Filmes como objeto de análise na pesquisa qualitativa: estratégias metodológicas para estudo de significados culturais. *Revista Turismo: Visão e Ação*, 12(3), 441–455. <https://periodicos.univali.br/index.php/rtva/article/view/12166/7036>
- Thomä, H., & Kächele, H. (1992). *Teoria e prática da psicanálise* (Vol. 1). Porto Alegre: Artmed.
- Trancas, B. V., Melo, J. C., & Santos, N. B. (2008). O pássaro de Dodó e os fatores comuns em psicoterapia. *Psicologia & Sociedade*, 23(3), 396–403. <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/4087/3063>
- Van der Kolk, B. (2020). *O corpo guarda as marcas: Cérebro, mente e corpo na cura do trauma* (C. S. S. de Souza, Trad.). Rio de Janeiro: Sextante.
- Wainer, R., Paim, K., Erdos, R., & Andriola, R. (Orgs.). (2016). *Terapia cognitiva focada em esquemas: Integração em psicoterapia* (1^a ed.). Porto Alegre: Artmed. Wainer, R., & Rijo, D. (2016). O modelo teórico: esquemas iniciais desadaptativos, estilos de enfrentamento e modos esquemáticos. In R. A. Wainer, K. Paim, & R. Erdos (Orgs.), *Terapia cognitiva focada em esquemas* (cap.4, pp.42-47). Grupo A
- Wainer, R., Paim, K., Erdos, R., & Andriola, R. (2016). *Terapia cognitiva focada em esquemas*. Porto Alegre: Grupo A. <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788582712580>
- Wallerstein, R. S. (2015). Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica: Raízes históricas e situação atual (pp. 19–40). In C. L. Eizirik, R. W. Aguiar, & S. S. Schestatsky (Eds.), *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos* (3^a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Yalom, I. (2024). *Os desafios da terapia: Reflexões para a nova geração de pacientes e terapeutas* (Edição em português) [versão Kindle Android].
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: Guia do terapeuta* (M. V. S. V. Araújo, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2003).
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica: Uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.
- Zimerman, D. (2008). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise* [Recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed.