



A mente do analista na construção da subjetividade: ampliando recursos da clínica

Mauro Gus*, Porto Alegre
Ana Cristina Pandolfo**, Porto Alegre
Joyce Goldstein**, Porto Alegre
Luiza Hoefel*, Porto Alegre
Jorge Almeida***, Porto Alegre
Martha Bellora***, Porto Alegre
Sandra Wolffenbüttel***, Porto Alegre

Através da apresentação do caso de Maria, uma mulher com funcionamento borderline e falhas precoces do desenvolvimento psíquico, para quem foi necessária a flexibilização do setting, a fim de que houvesse a análise e assim a possibilidade de construir o simbólico, os autores discutem como, na atualidade, o método psicanalítico pode ser terapêutico. Enfocam a mente do analista enquanto espaço para a dor psíquica e para a constituição do sujeito que, especialmente nesses casos, encontra-se direta e profundamente implicada. Também discutem o enactment, que, diferentemente do acting, tem mais mobilidade e outorga ação terapêutica ao analista.

Descritores: Falhas precoces. Borderline. Mente do analista. Enactment.

* Membro Efetivo da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.

** Membro Associado da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.

*** Membro Aspirante da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.



1. Introdução

Quando nos deparamos com falhas precoces no desenvolvimento psíquico de nossos pacientes, nos defrontamos com uma técnica e um referencial teóricos clássicos que nos colocam praticamente no mesmo contexto que eles: sem muitos recursos. Nosso instrumento terapêutico mostra-se, então, insuficiente. Tal situação, contudo, nos brinda com a possibilidade empática e nos impulsiona ao desenvolvimento de outros recursos.

Consideramos que, diante dos efeitos da comunicação do analisando, torna-se central o reconhecimento do próprio inconsciente para que o analista possa desnudar a situação e propiciar o andamento do processo. Precisamos também estudar mais e discutir mais para conferir idoneidade à práxis e ampliar e aprofundar a teoria psicanalítica.

Este trabalho surgiu a partir de um grupo de estudos composto por colegas em diferentes momentos da formação, integrantes do Instituto e da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, que vem perseguindo a reflexão e o diálogo entre a clínica e a necessária teorização. Partimos da análise de uma mulher com funcionamento *borderline*, na qual se impôs a flexibilização do *setting* como recurso para a manutenção do tratamento, buscando propiciar condições para o desenvolvimento da capacidade de simbolização.

Procuramos contribuir para a discussão de como o método psicanalítico pode na atualidade nos auxiliar nestes casos de mais difícil acesso, refletindo principalmente sobre os seguintes vértices: inversão do fluxo da identificação projetiva, cisão na mente do analista, *reverie* negativa (Ferro, 1995) e o “signo de uma vocação sacrificial” (Green, 2003, p. 85), contexto no qual se produz o borramento das fronteiras entre as duas mentes e se cria um campo psicotizante em lugar de uma relação subjetiva de caráter produtivo.

2. Caso clínico

Maria conta 32 anos. Solteira, exercendo atividade de ensino, trazida pelos pais, vem em busca de análise como última esperança de uma vida melhor para si. De início relata duas tentativas anteriores de tratamento psicoterápico com bons profissionais, mas sem proveito.

Aos nove meses de idade foi diagnosticada portadora de uma doença metabólica, considerada rara, passando então a ser medicada diariamente (quatro vezes ao dia) por sua mãe, para evitar grave comprometimento em seu



desenvolvimento físico. Desde muito pequena, quando contrariada, tinha intensas crises de ira, batia-se contra as paredes, gritava e não conseguia controlar-se. Em entrevista com os pais, estes referem sua exaustão na convivência com Maria. Ao iniciar o tratamento, chamava pela mãe ao telefone incontáveis vezes durante o dia; chorando, queixava-se de solidão, de infelicidade e do próprio analista. Segundo dizia, desejava morrer a seguir vivendo como vivia.

Devido ao humor lábil, irritável e à impulsividade apresentados, Maria também se submeteu a avaliação psiquiátrica e testagem psicodiagnóstica para diagnóstico diferencial ou de comorbidade entre transtorno de personalidade e transtorno de humor. Tal avaliação não evidenciou transtorno de humor.

Em análise, Maria mantinha uma permanente contrariedade em vir às sessões, o que contrastava com sua assiduidade. Chegava regularmente dez minutos atrasada. Sempre raivosa, odiava ter que analisar-se e não sabia se conseguiria qualquer resultado. Rechaçava qualquer pergunta ou algum esclarecimento que lhe fosse pedido. Respondia de modo pouco civilizado, crescendo em ira durante as sessões e, não raro, levantando-se e saindo antes de terminar a hora. Diariamente, após deitar-se por alguns minutos, sentava-se no divã. Precisava enxergar o analista, mas, quando este lhe dizia algo, ela o interrompia e seguia falando como se ele nada lhe houvesse dito.

Rejeitava fortemente as intervenções do analista, ironizava-o e mesmo debochava dele, expedientes que utilizava no seu dia-a-dia, especialmente em família e na atividade profissional. Apresentava-se sabendo de tudo, argumentando e falando sem parar, tipo “metralhadora”. Discutindo conceitos de filosofia, rebatendo, antecipando-se, dialogava consigo mesma como se o analista já lhe tivesse assinalado ou interpretado algo. Respondia-lhe mesmo se este permanecesse em silêncio e tivesse sequer pensado dizer o que ela supunha. Brigava sozinha com suas supostas intervenções, mantendo-se permanentemente difícil ao contato.

Virgem, já tentara algumas vezes estar com homens, mas não se deixara penetrar. Em determinado momento, ao falar a respeito de masturbação, oportunizou ao analista perguntar-lhe de maneira suave sobre o assunto. Maria reagiu a isto de forma violenta dizendo que a este não cabia “entrar em sua intimidade”. Em outra oportunidade ocupou a sessão toda a espalhar o dinheiro em pequenas notas pelo divã, contando-o e recontando-o compulsivamente. Aos prantos, raivosa, resmungava sobre o quanto detestava gastar dinheiro inutilmente em sessões “desta coisa de análise” que de nada adiantava e só enchia os bolsos do analista. Fazendo bolinhos com as notas, juntava-os e os separava; passava a seguir um atilho e, não convencida de que estava bem contado, abria-o de novo,



recontava-o e o jogava ao analista para que este também o contasse. Em fúria, sai da sala batendo portas como de costume.

Em outro momento, porém, Maria reconhece: “Não tenho uma estabilidade, meu humor muda a cada momento, é tudo difícil... difícil acordar, difícil estudar, difícil trabalhar, difícil... muito difícil vir aqui te ver e te ouvir. Isto é mais difícil ainda... e assim se passa a minha vida, não tenho esperança de mudar... O que uma análise pode fazer para melhorar esse jeito? Nada, nada...”.

Face a esse quadro, diante de tal vivência no campo, cabe perguntar como fica a mente do analista. Sem dúvida Maria nos levou a estudar mais do que habitualmente, lembrando-nos o quanto os pacientes da clínica atual mostram resistências ao método e à técnica com que fomos analisados e que, durante muitos anos, serviram como eixos fundamentais no trabalho que executávamos com pacientes de difícil acesso.

A mente do analista, intoxicada pelos introjetos, buscava de todas as maneiras recursos em seu psiquismo, leituras e supervisão, mas todas as alternativas mostravam-se ineficiente. O que fazer? O analista introduziu um antipsicótico. De início *ela reagiu*, depois aceitou-o, mas ora o tomava, ora não. Deitava-se no divã com meio corpo e um pé para fora, ou sentava-se a falar ininterruptamente, recusando-se a ouvir fosse o que fosse. O analista pedia tempo, fazia um T com as mãos, perguntando se ela o ouvia. Maria respondia que não queria ouvir, ou que já sabia o que iria ouvir.

Caretas, expressões de desprezo, rechaço, nojo e indiferença saturavam o campo e a mente do analista. Maria negava terminantemente as caretas, embora ele lhe mostrasse o que fazia. Ela não acreditava, dizendo ser ele que via aquilo. Um dia o analista perguntou-lhe se podia ver-se no espelho e o trouxe para o *setting*. Pediu-lhe que se visse. Maria olhou-se e nada viu.

A mente do analista via-se impotente e sem recursos. As interpretações eram inválidas, mostrar o campo era ineficiente. Sem trégua a paciente o atacava acusando a psicanálise de ter envelhecido e que ela, Maria, “jamais sentiria algo” por ele a não ser “desprezo”. O analista, tendo passado o limite do tolerável combinou então com ela que, nas sessões em que viesse só com o desejo de atacar e atacar, quando não o suportassem mais, interromper-se-ia a sessão, o que aconteceu cerca de três vezes. Ao longo dessas três vezes Maria vinha com agressões menos intensas, desculpando-se, no intervalo de cada uma, por telefone.

O que ocorria com a mente do analista? Passemos a refletir através do olhar metapsicológico, colocando em discussão a validade ou não dos recursos utilizados para que a dupla aceitasse e suportasse melhor o contato, sempre vivido como traumático, intrusivo e violento, culminando na construção insuficiente da



subjetividade e da capacidade de simbolizar. Acrescente-se que Maria permaneceu em análise por quase quatro anos e interrompeu seu tratamento.

3. Revisão teórica

Por vezes, quando invertemos o fluxo das identificações projetivas para o paciente ou, pelo menos, nos tornamos defensivos numa atitude mental antálgica de modo a não estarmos disponíveis para acolher as identificações projetivas deste último, *estas* identificações voltam ampliadas em *bumerangue* sobre ele. Um mau funcionamento da dupla não necessariamente passa por uma carência interpretativa. A própria interpretação pode fazer com que o fluxo cruzado das identificações projetivas se desloque e, neste sentido, em desfavor do paciente.

Os processos de introjeção e projeção que o analista faz do paciente em sua mente despertam dificuldades quando o paciente representa algo que o analista ainda não aprendeu a compreender rapidamente em si mesmo. O analista pode fazer projeções defensivas. As identificações projetivas do paciente têm o potencial de desencadear distúrbios emocionais do analista, bem como possíveis efeitos que este possa, por sua vez, exercer sobre o paciente.

Ferro (1995, 2005) sugere que a *reverie* é a primeira função analítica a entrar em crise. Depois dela vem a capacidade de continência e, a seguir, se ativam no analista a perseguição e a necessidade de evacuar elementos beta, provenientes do paciente, mas também do próprio analista. Ferro denomina esta situação de *reverie* negativa ou assassinato das possibilidades de desenvolvimento da mente. Afirma ainda que a concretude dos conteúdos não simbólicos, que se manifesta principalmente por modos baseados em ação, tem alto impacto sobre o outro e tende a atrair uma resposta igual, facilitando, na mente do analista, uma resposta contratransferencial através da identificação projetiva. Em outros termos, um não-sonho a dois.

Segundo Lecours (2007), quando o sistema simbólico não suporta a emergência do sistema não simbólico, a interpretação deixa de ser uma abordagem possível e o analista se volta para intervenções suportivas, as quais não buscam satisfazer desejos e, sim, necessidades básicas do ego. Assim, o objetivo do analista é transformar o sistema não simbólico, primeiro, em conteúdos passíveis de serem contidos, simbolizados e manejáveis, segundo, ser um suporte para a introjeção de objetos benevolentes, como uma proteção contra a projeção de objetos internos maus.

No *enactment*, diferentemente do *acting* em que o analista fica encravado no papel primitivo, teríamos uma maior mobilidade, o que possibilita a ação terapêutica.



Cassorla (2004), ampliando a compreensão dos enactments, propõe que estes podem ser classificados como normais ou patológicos agudos ou crônicos. Gus (2007) sugere que as atuações e recriações no campo analítico com o paciente *borderline* provêm da emergência e da representação das partículas de afetos mais primitivos projetados no analista. Estes afetos permaneceriam sem ligação com os objetos internalizados ou com uma falsa ligação.

Sublinhamos que, ao dar figurabilidade e representação aos afetos e sensações pré-verbais que ainda se encontram na mente do indivíduo num estado denominado por César Botella (1997) de *irrepresentável*, o analista mobiliza justamente as fantasias carregadas de afetos primitivos. Segundo Ferro (1995), a mente do analista não só se encontra profundamente implicada na relação com o paciente, mas está constantemente em jogo ao concorrer para determinar o que acontece no campo, continuamente exposta aos elementos beta, às identificações projetivas dos pacientes, além da própria natural oscilação PS – PD.

Conforme Green (2003), com a contratransferência, “abre-se o capítulo, amplo e persistente, da patologia do analista” (p. 85), sendo o que foi pouco ou mal analisado no analista um fator determinante de ressonância e rechaço que o faz entender de forma parcial e fragmentada o que o analisando transmite. Por outro lado, o posicionamento do analista sob o *signo de uma vocação sacrificial* é inapropriado e ineficaz, servindo para excitar o sadismo do paciente.

Neste contexto, Ferenczi, em *Confusão de línguas entre os adultos e a criança. A linguagem da ternura e da paixão* (1932, p. 99), aponta a *hipocrisia profissional* (expressa pelo analista através de uma pseudocordialidade frente ao paciente que não condiz com seus sentimentos contratransferenciais), assim como a insinceridade e a tendência do analista de não se responsabilizar por seus erros, como grandes ameaças para o paciente, sobretudo quando o paciente tem uma história pessoal marcada por circunstâncias traumáticas. Esse autor alerta para a importância de o analista reconhecer suas limitações e resistências e assinala a necessidade de aprofundamento das análises dos analistas. Caso contrário, estaremos próximos de um encontro traumático, ou seja, de uma confusão de línguas.

4. Algumas hipóteses para compreensão

Maria possui uma vivência fragmentada de suas experiências, com escassa compreensão do contexto das situações vividas. Sofreu prejuízos psíquicos no início de sua vida, com falhas básicas no diálogo inicial com a mãe, sem que lhe fosse possível, paulatinamente, conhecer suas emoções, seu *self* e ganhar uma representação de seu mundo interno e externo. Por ter vivido a incompreensão, a





introjeção de um objeto não continente, ao invés de poder esperar o seio alucinando-o positivamente (como descreve Freud), ela tem de sua relação primária uma alucinação negativa (Green, 1993), a certeza de que não há nada que possa alimentar seu psiquismo. São exemplos os vários tratamentos, a descrença no bom objeto, no novo objeto, a ideia do não alimento-análise, dentro do contexto da revivência de suas relações primordiais com o objeto-mãe.

Desta maneira, o que constitui o campo de trabalho e de vivência emocional da dupla analítica e o que queremos focar nesta discussão é a presença, ao longo de um processo de análise de quatro anos, de cenas sem acesso à trama simbólica, ou seja, o não-sonho a dois, o que resulta em situações de esterilidade da dupla, que se concretiza na interrupção do tratamento.

O sonho sonhado pelo analista, ainda que seja uma tentativa de sonhar o sonho do paciente, é um sonho próprio, do analista, o que deixa evidente que fatores pessoais do profissional, da pessoa real do analista entram em jogo. O trauma se reproduz no campo, manifestando-se pelo transbordamento das emoções em estado bruto, com pobre representação psíquica. Observe-se que o processo analítico com Maria foi marcado por frequentes ameaças de ruptura. O vínculo era frágil e instável, permeado por intensa turbulência emocional. As expressões violentas de ódio e destrutividade, com ataques diretos à atuação e mente do analista eram comuns. Essas manifestações podem ser compreendidas como expressão de uma experiência emocional de vazio interno, desesperança e da presença de um mundo mental precário sob ameaça iminente de desintegração.

O risco de vida em idade precoce, a vivência de morte no olhar da mãe e a necessidade de uso contínuo de medicação de quatro em quatro horas foram vivenciados como violação/agressão, como excesso de quantidade, produtos não psíquicos que constituem o irrepresentável do traumatismo precoce anterior à aquisição da linguagem.

Na análise, a impossibilidade de recuperar a lembrança de acontecimentos que jamais tiveram uma representação mobiliza o núcleo traumático: a experiência passivamente sofrida e não elaborada somente pode ser expressa se posta em cena, é preciso fazer o analista viver a experiência primitiva sofrida – única via de acesso. Com a re-vivência do trauma (incluindo medicação 4/4horas = 4 sessões/semana), ocorre a transferência de intensidade e a ameaça de morte prevalece no campo. A experiência primária de invasão, desamparo e ameaça de morte necessita do trabalho de figurabilidade, somente através dele pode ser elaborada (Botella, 2001).

Na tentativa de fazer o sonho potencial acontecer e as percepções brutas adquirirem qualidades psíquicas, o campo impôs na mente do analista a necessidade de flexibilização do *setting*. São exemplos dessa flexibilização a inclusão dos



pais no *setting*, a interrupção das sessões devido aos ataques violentos ao analista, a medicação e a introdução do espelho em uma determinada sessão.

Sabemos da necessidade do bebê de se ver no espelho do olhar materno, de ver-se no olhar da mãe para se sentir coeso. Na história de Maria os pais revelam exaustão na convivência com ela, refletindo/devolvendo para ela um estado de intolerância, incapacidade e de insuportabilidade de seus estados mentais. A partir do momento em que o analista oferece o espelho a Maria, confirma-se que o simbólico não dá conta. Com o espelho reproduz-se o que os pais viveram, ou seja, ela se sentia sem recursos, tudo era refutado, nada compreendido. O traumático é revisitado no campo analítico e a função *reverie* debilitada. A relação de objeto original se reinstala.

O analista intoxicado, em estado de *enactment*, não aceita “as caretas do seu bebê-paciente”, devolvendo-lhe, através do não-simbólico, as imagens em estado bruto, sem qualquer continência possível de vir a se transformar numa representação simbólica.

Podemos pensar que a inclusão do espelho nesta situação e com esta paciente e o encerramento precoce de algumas sessões possam representar o que vem se denominando de *inversão do fluxo da identificação projetiva*. A mente do analista, atacada, saturada, cinde-se, esterilizando as possibilidades de desenvolvimento de suas capacidades mentais criativas, desembocando numa *reverie* negativa. Com a inclusão do espelho, o analista também não se ofereceu para ser usado como um novo objeto, capaz de identificação e internalização. No caso de Maria o trabalho exige do analista a capacidade de tolerar a “regrediência” para dar figurabilidade à experiência de “risco” de morte e invasão. Maria traz consigo uma vivência paradoxal de que deveria estar morta, que foi um erro salvar sua vida, que não pode constituir-se como ser. Ela não se vê no espelho, pois está morta. No campo reage também como única forma de parecer viva, empurrando o “morto” para o analista, que fica impotente/impossibilitado de dar representação e figurabilidade. O analista, com a interrupção, ficou com o irrepresentável e Maria talvez agora seja uma sobrevivente. Antes da análise era uma sobre-morrente.

Considerações finais

O trabalho com pacientes de difícil acesso nos coloca com frequência numa condição limítrofe, ou seja, nossa capacidade para manter uma condição mental desejável é reiteradamente colocada em cheque. São pacientes que tocam e solicitam o analista em regiões obscuras e confusas de sua mente, gerando afetos pouco inteligíveis.



Pensamos que, quando nas identificações projetivas prevalece o componente violento e hostil, o analista torna-se mais sujeito a estados de turbulência emocional e assim sua capacidade de sonhar as vivências emocionais do paciente, condição essencial para ocorrer um *reverie* exitoso, apresenta-se mais ameaçada.

Devemos levar em conta as reservas do analista que garantem sua autoimagem e estima, as quais, quando abaladas, acionam defesas narcísicas, em especial nas situações de ataques violentos. Esses, quando muito intensos, impossibilitam a sustentação de uma presença disponível e discriminada.

A análise dos casos difíceis constitui sempre um desafio que nos obriga a lidar com frustrações e a tolerar feridas narcísicas. A intensidade e violência dos afetos desses pacientes constituem fatores que põem à prova a capacidade de *reverie* do analista. Dado o grau de mobilização, precisamos estar alertas para a sobrevivência emocional do analista e o não estabelecimento de uma relação sacrificial.

Outras questões podem ser levantadas no intento de ampliar a compreensão do que ocorre a partir da aceitação de pacientes graves para tratamento em análise:

- Houve uma valorização excessiva dos aspectos destrutivos, menosprezando os componentes amorosos presentes na relação?
- Poderíamos recorrer aos fenômenos lúdicos? Por exemplo, “brincar com as caretas”, com estados emocionais brutos?
- Poderia ser útil ao processo uma flexibilização do número de sessões, conforme a possibilidade da dupla de tolerar a intensidade dos afetos no campo?

O que mais importa ressaltar é que nossa preocupação tem se voltado para a esfera da idoneidade psicanalítica com a flexibilidade no *setting*. Identificados com os critérios básicos que definem nossa ciência, buscamos em Freud os pontos norteadores dos alicerces teóricos, clínicos e de transmissão da psicanálise. Para tal recorreremos à palavra *Shibboleth*¹ (Heller et al, 1998) que Freud toma emprestado de seus estudos da Tora e utiliza em vários trabalhos para designar aquilo que, em seu entendimento, seriam os princípios norteadores da teoria psicanalítica.

A lenda do *Shibboleth* ilustra o nosso pensamento de nos aproximarmos de uma renúncia ao polidogmatismo e de uma integração teórica onde diferentes

¹ O Shibboleth – No país de Galaad viviam duas tribos israelitas, uma chefiada por Jefté e outra por Efraim. Essas duas tribos travaram uma guerra por território. Como possuíam uma origem comum tinham dificuldades de distinguir quem era o inimigo. Quando um judeu desconhecido descia das terras de Galaad buscando a margem oposta, os soldados de Jefté o prendiam. Seria aquele homem um agressor inimigo que abandonava Galaad, ou um aliado fiel que retornava à sua aldeia? Para apurar a verdade fazia-se pronunciar a palavra SHIBBOLET (espiga). Os partidários de Jefté pronunciavam SHIBBOLET enquanto os partidários de Efraim diziam SIBBOLET. A primeira sílaba denunciava a diferença. E tudo ali, no mesmo instante, se decidia. Se o interrogado falseava, era logo degolado.



contribuições psicanalíticas possam embasar a nossa prática. Buscamos o respeito ao pensamento científico, o amor à ética e à verdade como balizadores da legitimação de nossa identidade psicanalítica e da liberdade para construirmos novas e criativas ideias. □

Abstract

The psychoanalyst's mind in the construction of subjectivity: increasing resources in clinical practice

Through the presentation of the clinical case of Maria, a woman with borderline functioning and early failures in psychic development, to whom a more flexible approach of therapeutic setting was necessary to allow the analysis and hence the possibility of building the symbolic, the authors discuss how psychoanalytic method can be therapeutic today. They focus the psychoanalyst's mind, while a space for physical pain and for the subject's constitution which, especially in these cases, is directly and deeply involved. Thus they also discuss enactment, which, differently from acting, has more mobility, granting the psychoanalyst the therapeutic action.

Keywords: Early failures. Borderline. Psychoanalyst's mind. Enactment.

Resumen

La mente del analista en la construcción de la subjetividad: ampliando recursos en la clínica

Por medio de la presentación del caso de María, una mujer con desorden de *borderline* y con precoces fallas de desarrollo psíquico, para quien hubo que flexibilizar el *setting*, para realizar el estudio y, de esa forma, permitir la construcción del simbólico, los autores discuten cómo en la actualidad el método psicoanalítico puede ser terapéutico. Se concentran en la mente del analista, mientras el espacio para el dolor psíquico y para la constitución del sujeto, principalmente en esos casos, se encuentra directa y profundamente implicada. De ese modo, también discuten el *enactment* que, a diferencia del *acting*, tiene más movilidad, proporcionándole al analista la acción terapéutica.

Palabras llave: Fallas precoces. *Borderline*. Mente del analista, *Enactment*.



Referências

- BOTELLA, C. (1997). *Irrepresentável: mais além da representação*. Porto Alegre: Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul: Criação Humana, 2002.
- _____. (2001). *La figurabilidad psíquica: figuras y paradigma*. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.
- CASSORLA, R. (2004). Desenvolvimento do conceito enactment (colocação em cena da dupla) a partir do estudo de configuração borderline. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 38, n. 2, p. 521-540.
- FERENCZI, S. (1932). Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In: *Obras completas: psicanálise*. v. 4. 1992. p. 99.
- FERRO, A. (1995). A mente do analista ao trabalho: problemas, riscos, necessidades. In: *A técnica da psicanálise infantil*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (2005). Cultura da rêverie e cultura da evacuação. In: *Fatores de doença, fatores de cura: gênese do sofrimento e da cura psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago.
- GREEN, A. (1993). *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (2003). Transferencia y contratransferencia. In: *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo*. Buenos Aires: Amorrortu, 2005. p. 85.
- GUS, M. (2007). Acting, enactment e realidade psíquica “em cena” no tratamento analítico das estruturas borderline. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 41, n. 2, p. 45-53.
- HELLER, A.; ANTUNES, C.; GOLDSTEIN, J. (1998). O Shibboleth da psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 32 n. 4, p. 685-696.
- LECOURS, S. (2007). Supportive interventions and no symbolic mental functioning. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 88, n. 4, p. 895-915.

Recebido em 20/02/2010

Aceito em 28/03/2010

Mauro Gus

Rua Luiz Manoel Gonzaga, 721
90470-280 – Porto Alegre – RS – Brasil
e-mail: maurogus@terra.com.br

© Revista de Psicanálise – SPPA