



Ambiente compartilhado e interpretação

Gilbert Diatkine, Paris*

O ambiente compartilhado pelo analista e o paciente pode ser dividido em dois aspectos: por um lado, a cultura como um conjunto de representações, funcionando como um espaço transicional; por outro, a pressão social, da qual o setting deve proteger tanto o paciente quanto o analista. Por sua vez, o setting analítico induz o analista a negar a realidade ocasional da pressão social. O analista tende a pensar que o trauma ocorreu antes e em algum outro lugar, não neste momento. Se conseguirmos prestar atenção à pressão social, podemos usá-la como fazemos com outras representações sociais, como elos associativos para transformar as pulsões do paciente em representações de questões inconscientes.

Descritores: Ambiente. Traumas coletivos. Representações inconscientes.

* Membro da Sociedade Psicanalítica de Paris.



Um problema frequente nos tratamentos analíticos feitos por candidatos ao Instituto Psicanalítico do Leste Europeu (PIEE) é que eles pertencem ao mesmo ambiente que seus pacientes. Os pacientes vivem na mesma cidade, na mesma pequena comunidade psicanaliticamente orientada. Com frequência eles próprios são psiquiatras, psicólogos ou assistentes sociais. Suas vidas profissionais cruzam a vida de seu analista e sabem muito sobre ele. Mesmo que não seja assim e o paciente não seja um profissional, ele pertence ao pequeno meio conhecido pela psicanálise. O risco de *acting-out* na transferência e na contratransferência aumenta. Por exemplo, um paciente pode facilmente descobrir que seu analista viaja seguidamente para o exterior e ele viaja para a mesma cidade! Ou pode descobrir que seu analista participa em um evento público e decide ir ao mesmo evento. Todas estas atuações podem ser comentadas nas sessões e elaboradas, ou podem ficar escondidas e ser descobertas muitos anos mais tarde.

Da mesma forma, candidatos ou membros do PIEE podem lembrar-se com nostalgia dos tempos em que eles próprios estavam em análise numa cidade no exterior onde não conheciam ninguém exceto seu analista. Sua análise permanecia em total isolamento do mundo externo. Às vezes nem sequer falavam o idioma da cidade onde ocorria a análise. Eventos do cotidiano sobre o qual falavam ocorriam em uma cidade ou país distante, a respeito do qual o analista só conhecia aquilo que o paciente aceitava contar. Relações culturais, políticas, sociais, podiam ser entendidas pelo analista apenas como projeções das fantasias inconscientes do paciente. Este contraste entre as duas experiências com o ambiente compartilhado pelos candidatos e membros do PIEE, primeiro como analisandos, depois como analistas, me levou a questionar qual é, em geral, o lugar deste ambiente em qualquer tratamento analítico. E em primeiro lugar, o que eu quero dizer com “ambiente compartilhado”?

Cinco aspectos em relação ao ambiente compartilhado:

I. Psicanálise

Mesmo que o paciente e o analista pertençam a um universo culturalmente diferente, se eles se conheceram e concordaram em começar um tratamento psicanalítico, eles pelo menos compartilham uma visão comum sobre o método chamado “psicanálise”. Com frequência estas visões só coincidem parcialmente. A zona de coincidência deve ser simbolizada pela regra fundamental por ambos os participantes. A regra fundamental deve ser enunciada no início do tratamento





psicanalítico? Não tenho certeza. Mas deve ser vivenciada em todas as sessões. Por exemplo, suponha que o paciente comece dizendo: “Está quente hoje!” Silêncio do analista, aguardando associações, em vez de um educado “Sim, de fato, mas que tempo agradável para pescar!”, já é uma lembrança da regra analítica. Imagine agora que, se, depois de algum tempo, o paciente continua com um sonho sobre uma figura gelada, o analista poderia fazer uma associação entre esta pessoa aparentemente fria e o clima quente, em direção a uma interpretação transferencial. É a própria interpretação que cria o ambiente psicanalítico compartilhado.

II. Ambiente ecológico

O silêncio do analista é em si significativo, porque paciente e analista compartilham o mesmo ambiente ecológico. Ambos vivem o mesmo clima quente ou gelado. Referências a condições meteorológicas reais não precisam ser explícitas, mas estão presentes ou pelo menos costumavam estar até recentemente. Com a análise através do *skype**, o paciente pode estar suando na monção e o analista pode estar esperando infrutiferamente por chuva. Isto não evita que o analista ouça o duplo significado da palavra “quente”, mas o contexto não verbal compartilhado modifica um aspecto da relação. É importante? Descobriremos caso a prática da análise remota se desenvolva no futuro.

III. Cultura em um sentido mais amplo

Quando um paciente faz referência a um evento histórico, ou a um livro, ou a um filme, ou a um conto de fadas que o analista por acaso também conhece, isto fornece a ambos uma rede de representações que pode ser usada pelo analista para associar, para construir a representação das coisas inconscientes pelo paciente e para interpretar. Por exemplo, uma paciente começa uma sessão falando de forma mais ou menos confusa sobre os eventos dos dias anteriores. Então o analista ouve dizer as palavras *Sabra e Chatila*, sem aparentemente qualquer conexão com o que foi dito antes. O analista fica intrigado. *Sabra e Chatila* não significam nada para ele.

A paciente continua a falar, e lentamente o analista entende que a paciente foi ao cinema na véspera e assistiu a um filme sobre Israel, *Valsa com Bachir*. De imediato lembra-se do assassinato de Bechir Gemayel, seguido pelos massacres dos campos palestinos *Sabra e Chatila* com a cumplicidade do exército israelense. Nada disso tem relação direta com o passado da paciente. Ela não é nem judia, nem palestina. Mas o analista lembra o estranho hábito do pai de um paciente de

* N.T.: Programa de informática que permite contato telefônico através do computador.



fazer longos discursos sobre massacres do século vinte quando à mesa com sua família. E também há uma tragédia naquela família sobre a qual ninguém deve falar. A paciente não sabe nada a respeito, mas está relacionada a situações repetidas nas quais ela se coloca em perigo.

Em suma, as palavras Sabra e Chatila estão vinculadas na mente do analista a um pressuposto de associações que podem levá-lo em direção à interpretação de uma fantasia inconsciente que de outra forma se expressaria como um impulso atuado.

Claro que usar tal material implica muitas deficiências.

1. Mostrando à paciente que ele também conhece o filme, o analista está atuando seu próprio desejo inconsciente de ir ao cinema com a paciente e talvez algo mais. Esta fantasia de sedução atuada pode por sua vez causar ansiedade e defesas específicas, em vez de *insight*.

2. Não raramente o paciente pode reagir demonstrando ignorância em relação ao assunto, respondendo não ter a menor idéia em relação a quê o analista está se referindo.

3. De qualquer forma, não se pode querer que os analistas saibam tudo e sejam receptivos a todo material cultural sobre o qual os pacientes falam. Às vezes esta ignorância em relação a um tópico cultural esconde uma recusa contra-transferencial em lidar com algum problema inconsciente. Por exemplo, o analista pode ter esquecido *Sabra e Chatila* porque reprime alguma ideia antissemítica da qual se envergonha, ideias antissemíticas que podem estar ligadas a fantasias inconscientes pré-genitais. O analista não sabe, mas os pacientes geralmente percebem que disseram algo de que o analista não gostou. Quando o analista desconhece o assunto sobre o qual o paciente está falando, ele pode pedir explicações ou ficar silencioso. Se for um material importante que está buscando encontrar o caminho em direção ao consciente, o silêncio do analista pode ser percebido pelo inconsciente do paciente através da respiração, ou da imobilidade do analista, ou da sua abertura para mais associações, ou uma aceitação, ou recusa de ouvir a respeito. Uma grande parte desta comunicação não verbal seria suprimida numa sessão pelo *skype*. Os pacientes entendem muito bem que atingiram uma zona sensível no analista e que o analista prefere não ouvir a respeito deste assunto. Então cada silêncio ou interpretação do analista porta a eliminação de algumas partes de material do qual o paciente dá-se conta de que o analista não gosta. Esta é a razão pela qual os Institutos Psicanalíticos têm que fornecer aos psicanalistas muito material sobre história, política, cinema e literatura.



IV. Pressão social

Entre ambientes culturais compartilhados, alguns são objeto de desejo, ou ansiedade, ou culpa, como *Sabra e Chatila*, mas não exercem pressão real sobre paciente e analista. Mas às vezes paciente e analista estão sob a mesma pressão de seu ambiente. O enquadramento analítico nos protege desta pressão social. A própria ideia de elaborar traumas implica que traumas não estão ocorrendo neste momento, mas aconteceram antes e em algum outro lugar. Em alguns casos, a prática analítica é usada por pacientes e psicanalistas para negar as situações perigosas que estão vivendo, como Winnicott (1956) nos conta sobre o menininho agressivo que ele tratou durante a *blitz* em Londres, ou como alguns colegas argelinos e libaneses me contaram sobre a guerra civil: eles se concentravam nas sessões e esqueciam que poderiam ser mortos a cada dia. De acordo com Melanie Klein, a pressão externa deve ser interpretada apenas como uma projeção do mundo interno do paciente (Klein, 1961). Mais recentemente, alguns colegas argentinos como Silvia Amati Sas (agora morando em Trieste) e Janine Puget criticaram esta ideia e escreveram que a pressão social externa sobre o enquadramento analítico deve ser reconhecida pelo analista e não simplesmente interpretada como projeção. Silvia Amati Sas (2004) pensa que o analista deve assumir sua identificação com o paciente em uma situação de perigo compartilhado. Janine Puget pensa que eventos sociais estão ocorrendo em um espaço “transsubjetal” específico, diferente dos espaços intrassubjetal e extrassubjetal (Puget; Berenstein, 2008). Eu acredito que seus pontos de vista são relevantes, mas sugiro uma abordagem um pouco diferente. Antes de expô-la, preciso discutir um último aspecto do ambiente compartilhado, o idioma.

V. Idioma

Quanto à ideia de algo chamado “psicanálise”, nenhuma análise é possível se paciente e analista não compartilham pelo menos um segmento comum de linguagem. Na pior das hipóteses, o analista necessita um intérprete no consultório para entender o que o paciente está dizendo. A experiência do PIEE demonstra que a análise é possível em um idioma que não seja nem o do paciente, nem o do analista. Se, como Freud demonstra em todas as instâncias de sua interpretação e como muitos analistas franceses acreditam, a interpretação aparece na mente do analista depois de uma palavra com duplo sentido dita pelo paciente, podemos nos perguntar como é possível. Uma primeira resposta é que análise em dois idiomas é propícia a palavras com duplo sentido. Mas a resposta principal é que a força metafórica da linguagem não está apenas em significantes de duplo sentido, mas mais frequentemente em palavras que parecem simplesmente um pouco



inadequadas no contexto da frase. Sempre há o que André Green (1983) chama “transferência para a palavra” (“*transfert sur la parole*”): sensações físicas, percepções, afetos, fantasias, devem ser transferidas para as palavras. Todos os aspectos da realidade psíquica, inclusive transferência em relação ao analista, têm que ser expressos em palavras e palavras, porque sempre podem ter duplo sentido, podem ser interpretadas. Por exemplo, mesmo se o paciente é russo e fala inglês com um analista tcheco, quando inicia a sessão queixando-se do clima quente, seu discurso pode conter, por trás da constante trivial sobre o clima, alguma queixa em relação ao analista ser muito frio (ou uma ansiedade em relação ao sentimento de o paciente estar se tornando muito quente).

Tal é a situação na maioria das neuroses e nos assim chamados bons casos analíticos. Entretanto, desde a Primeira Guerra Mundial, psicanalistas têm descoberto um novo tipo de pacientes, que sofrem de neurose por trauma de guerra, cujos sintomas neuróticos não estavam buscando prazer, mas a repetição da experiência traumática dolorosa. Tais sintomas não poderiam ser explicados somente pelo princípio do prazer. Havia sofrido quantidades intoleráveis de excitação que não poderia ser conduzida pelo aparelho da linguagem, incluindo representações verbais pré-conscientes e representações de coisas inconscientes. De fato, nestes pacientes traumatizados, assim como em muitas outras situações *borderlines* que pedem tratamento psicanalítico, representações inconscientes têm que ser substituídas pelos impulsos instintivos do Id (Green, 2006). Antes que seja possível o trabalho psicanalítico apropriado com representação verbal, temos que auxiliar aqueles pacientes a mudar seus impulsos instintivos do Id para representações inconscientes. Em 1962, Bion chamou a esta transformação “função alfa” para mostrar que não sabemos como ocorre (Bion, 1962). Todas as tendências psicanalíticas contemporâneas estão, desde então, trabalhando neste problema.

Uma hipótese pessoal

Quando há quebras no processo associativo, quando o analista lida com impulsos instintivos em vez de representações verbais e de coisas, sugiro que, se o analista tiver sucesso em não negar a pressão social exercida sobre o enquadramento, ele pode usá-la como reserva de representações que podem criar elos para o material do paciente em sua mente e levar a uma interpretação. Darei dois exemplos diferentes, um no qual eu deveria ter sido capaz de usar essas representações sociais, mas não o consegui e outro no qual eu tive, talvez, mais sucesso:



VL

A pressão social pode ser indulgente, como é o caso da propaganda e marketing sobre todos nós. Um paciente meu em análise quatro vezes por semana costumava colocar no divã, ao longo de seu corpo, uma valise masculina que ele ostensivamente me mostrava. Eu ficava intrigado com aquele objeto, de um marrom desmaiado, no qual estavam escritas iniciais sem fim “VL, VL, VL, VL...”. Eu pensava que este monograma era provavelmente uma mensagem, mas não conseguia decifrá-la: “VL” não eram as iniciais do paciente. Ninguém próximo a ele se chamava Victor, ou Vincent. Eu pensava: “Victor Louis, talvez? Quem é Victor Louis? Não, talvez Victor Noir, assassino de Marie Bonaparte? Mas Marie Bonaparte não havia sido assassinada...” Me dou conta que não estou ouvindo o paciente com estas associações sem significado. O paciente continuou falando. Como sempre está se autoelogiando. Falou muito sobre sua beleza extraordinária, depois sobre a torta extraordinária que fez no domingo, depois sobre a forma maravilhosa como toca Chopin ao piano. Ele se compara com os dois melhores pianistas do mundo, na sua opinião, Maurizio Pollini e Alfred Brendel.

Eu sei que meu paciente tem uma necessidade vital de ser admirado, porque a criança maravilhosa que ele foi para sua mãe se tornou uma decepção como adolescente, com grande dificuldade na escola, tendo depois um surto psicótico que o levou a um hospital psiquiátrico. Desde então retomou os estudos, mas em um nível inferior, se comparado a suas ambições (felizmente na universidade número um de Paris). No entanto, me sinto irritado pela auto-satisfação dele. E sua valise marrom, bem na minha frente no divã, focaliza toda minha irritação.

Meu paciente é um esnobe, mas eu sou tão esnobe quanto ele, de forma oposta. Detesto que minhas roupas e objetos pessoais mostrem claramente uma marca. Um analista mais informado que eu sobre objetos luxuosos teria reconhecido à primeira vista que o que estava escrito na valise de meu paciente não era “VL”, mas “LV”, de *Louis Vuitton*. Saberria que algumas pessoas se dispõem a pagar metade de seus salários para possuir a última bolsa de Louis Vuitton. Se eu soubesse disso, eu poderia ter ligado minha irritação ao que eu sabia da história da família de meu paciente. Ele havia nascido do estranho encontro de uma mãe de alto nível intelectual, pertencente a uma família classe média alta, com um pai nada sofisticado, soldado da Legião Estrangeira. A partir disso, eu deveria ter sido capaz de reconstruir minha atitude contratransferencial e entendido que eu me identificava com este pai, exasperado pelo esnobismo de sua mulher. Eu deveria ter ficado muito impressionado com esta identificação, pois, segundo o paciente, o pai era provavelmente alemão, engajado na Legião Estrangeira depois da Segunda Guerra Mundial, talvez um nazista. Minha antipatia contra objetos de



luxo talvez escondesse outra brecha em minha empatia, muito mais séria, que em si própria repetia uma fonte de conflitos parentais. De qualquer forma fez com que eu perdesse uma ocasião de interpretação que poderia ter sido útil para ele.

Meninas são piores que meninos

A pressão social exercida sobre paciente e analista pode ser mais forte que no caso anterior, como ocorre com a violência social nas grandes cidades. Uma paciente em análise três vezes por semana há três anos deita no sofá e começa dizendo que não tem nada a dizer. Sua cabeça está vazia. Aí ela lembra o que disse ontem: ela ama o namorado porque ele representa uma parte dela própria, abandonada e autodidata, que ela pode cuidar. Por outro lado, ela não consegue existir na frente da mãe. Eu lembro que ela também tinha dito que a mãe, ainda que poderosa, às vezes tem dificuldade com seus alunos. Por outro lado, ela disse que o pai está sempre confortável com seus alunos, como ela própria tem estado há algum tempo. Eu digo: “Se você tivesse sido abandonada e autodidata, não teria este problema de existir na frente de sua mãe”. Ela continua um pouco mais nesta linha de raciocínio. No dia anterior, ela tivera uma discussão com o namorado que a culpava por tomar decisões em relação a ele sem pedir sua opinião.

Subitamente, como faz com frequência, muda para algo completamente diferente, sem nenhum vínculo com o que estava dizendo. Conta um incidente que ocorreu ontem. Quase teve sua bolsa roubada por quatro meninas. Ela estava na rua, indo visitar uma amiga, e não lembrava o código da porta. Estava procurando o celular. Aquelas quatro meninas a estavam olhando. Ela não se importou. Provavelmente elas queriam roubar o celular. Elas se entreolhavam. Elas se comportavam como se ela as tivesse provocado e começaram a gritar com ela. Ela digitou o código e fechou a porta. As meninas chutaram a porta e a rebentaram, correndo atrás dela nas escadas.

À medida que ela fala, meus sentimentos e ideias formam um caos heterogêneo. Estou ansioso por ela. Ao mesmo tempo, penso que há algum tempo sua aparência mudou. Ela não veste mais como uma adolescente, com calça jeans e tênis *Converse*, mas muito mais como uma mulher, de vestido e salto alto. Sua voz também mudou. Ela costumava falar com um sotaque típico dos jovens de subúrbios parisienses e agora fala como uma adulta. Ao mesmo tempo lembro que li no jornal desta manhã, quando voltei para a França, da Argélia, que um jovem judeu tinha sido linchado por uma gangue de negros em Paris e que o centro de detenção para imigrantes ilegais *Vincennes* havia sido alvejado. Também li um trabalho sobre o uso de facas nas escolas britânicas. Sempre ao mesmo tempo, lembro duas outras histórias que minha paciente me contou sobre situações



perigosas em que ela esteve durante a análise e durante sua adolescência. E também, sempre ao mesmo tempo, lembro da gangue de meninas ultraviolenta sobre a qual alguém falou em meu seminário. Estas gangues de meninas têm estado ativas durante demonstrações recentes contra reformas no programa de educação. Ela continua falando: encara as meninas, que estavam subindo mais devagar atrás dela, às vezes animando umas às outras, às vezes se acalmando. Às vezes pareciam se identificar com ela, porque ela conseguia falar como elas, dizendo-lhe “Você é das nossas, madame!” e às vezes as deixava mais bravas: “Eu enrabo tua turma!” (em francês o toque anal era evidente: *J’encule ton quartier*). Elas queriam roubar sua bolsa. Ela tinha como arma apenas uma pequena garrafa de álcool, mas também, na bolsa, um presente para o namorado. Seria uma pena perdê-lo. No fim, ela correu ao apartamento da amiga. A porta estava aberta. A amiga não ouviu nada porque estava assistindo à TV e lhe disse que as meninas a atacaram porque ela estava bem vestida demais. É verdade que no metrô uma mulher a olhou, mas ela não pensou que poderia ser agredida pela mulher.

Eu digo que, por um lado, o mundo está mudando, meninas se tornaram tão perigosas quanto os meninos, mas, por outro lado, embora ela não tivesse dito, ela pedira que o namorado a protegesse, assim como na sessão ela me faz pensar que se colocou em perigo e precisava ser protegida. Ela concorda. Ela se sente segura quando está com o namorado. Mas desta vez não se sentiu em perigo. Ficou mesmo interessada na situação.

A paciente fica em silêncio. Ela está pensando numa grande loja que imagina vazia. Cheira a peixe. Ela ia com frequência a esta loja quando morava com o namorado. Ela entrava pelos fundos, pela cozinha. Fedia. Daí ela subia ao terraço. Ela gostava de procurar em lugares fechados. Então disse: “Durante muitos anos eu tive uma faca escondida em mim”.

Comentários

1. Penso ser típico de falta de representação a mudança brutal do início da sessão ao incidente com as quatro meninas. Esta narrativa na sessão ocorre como a projeção de um impulso instintivo alijada do resto do discurso da paciente. Talvez possa ser dito que há um vínculo inconsciente entre o conflito com o namorado em relação a sua posição ativa e o conflito com aquelas meninas hiperativas. Mas é um vínculo tênue, e a violência do traumatismo torna esta narrativa isolada do contexto associativo.



2. Minha interpretação tenta vincular dois conjuntos separados de representações:

- a. Uma tendência associativa relacionada a sua bissexualidade psíquica.
- b. Representações sociológicas tiradas de nosso ambiente compartilhado, fazendo pressão sobre nós dois: “meninas agora são mais perigosas que os meninos”.

3. Muitas representações que eu tinha em mente eu não usei em minhas palavras, mas apenas para construir minha interpretação, por exemplo, a paciente é judia e as meninas eram negras, como no incidente violento que eu havia lido no jornal. Ou a mudança física em minha paciente; ela mesma relatou o comentário que sua amiga fez: “Tudo isso é porque agora tu parece uma senhora”.

4. A interpretação produziu um novo material, uma fantasia homossexual de penetração anal ativa, que elabora o traumatismo recente. Sua última palavra “Eu tive durante muito tempo uma faca comigo” provavelmente é vinculada à mesma fantasia na transferência. Esta fantasia inconsciente associa representações de coisas inconscientes e representações verbais pré-conscientes.

Em suma

1. O ambiente compartilhado por analista e paciente pode ser dividido em dois domínios: por um lado, cultura *sensu lato*, como um conjunto de representações funcionando como um espaço de transição; por outro lado pressão social da qual o enquadramento deve proteger tanto o paciente quanto o analista.

2. Igualmente, o enquadramento analítico induz o analista a negar a realidade eventual de pressão social. O analista tem a tendência a pensar que os traumas ocorreram antes e em algum outro lugar e não agora mesmo.

3. Se tivermos sucesso em prestar atenção à pressão social, podemos usá-la como usamos outra representações sociais, como vínculos associativos para transformar os impulsos instintivos dos pacientes em representações de coisas inconscientes. □

Abstract

Shared environment and interpretation

Environment shared by the analyst and the patient may be divided in two realms: on one hand, culture at large, as a set of representations working as a transitional space; on the other, social pressure of which the analytic setting is supposed to



protect both patient and analyst. Accordingly, the analytic setting pushes the analyst to a denial about the eventual reality of social pressure. Analyst has a tendency to think the trauma has happened in the past and somewhere else, and not at the present time. If we succeed to pay attention to social pressure, we may use it, as we use other social representations, as associative links to transform the patient's drives into unconscious representations.

Keywords: Environment. Collective traumas. Unconscious representations.

Resumen

Ambiente compartilhado e interpretação

El ambiente compartido por el analista y el paciente puede dividirse en dos aspectos: por un lado, la cultura como un conjunto de representaciones, funcionando como un espacio transicional, por otro, la presión social de la cual el *setting* debe proteger tanto al paciente como al analista. A su vez, el *setting* analítico induce al analista a negar la realidad ocasional de la presión social. El analista tiende a pensar que el trauma ocurrió antes y en algún otro lugar, no en este momento. Si logramos prestarle atención a la presión social, podemos usarla como lo hacemos con otras representaciones sociales, como eslabones asociativos para transformar las pulsiones del paciente en representaciones de temas inconscientes.

Palabras llave: Ambiente. Traumas colectivos. Representaciones inconscientes.

Referências

- AMATI SAS, S. (2004). Traumatic social violence: challenging our unconscious adaptation. *Int. Forum Psychoanal.*, v. 13, p. 51-59.
- BION, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Heineman
- GREEN, A. (1983). Le langage dans la psychanalyse. In: *Langages, iie rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence*. Paris: Les Belles Lettres, 1984. p. 19-113.
- _____. (2006). *Les voies nouvelles de la thérapie psychanalytique: le dedans et le dehors*. Paris: PUF.
- KLEIN, M. (1961). *Narrative of a child analysis: the conduct of the psycho-analysis of children as seen in the treatment of a ten year old boy*. London: The Hogarth.
- PUGET, J.; BERENSTEIN, I. (2008). *Psychanalyse du lien dans différents dispositifs thérapeutiques*. Ramonville Ste Agne: Erès.



Gilbert Diatkine

WINNICOTT, D. W. (1956). Antisocial tendency. In: *Through paediatrics to psychoanalysis*. London: Tavistock.

Recebido em 16/06/2010

Aceito em 14/07/2010

Tradução de **Angela Silveira**

Revisão técnica de **Regina Orgler Sordi**

Gilbert Diatkine

48 boulevard Beaumarchais, 75011

Paris, France

Gilbert.Diatkine@wanadoo.fr

© Gilbert Diatkine

Versão em português da Revista de Psicanálise – SPPA