

# Como eu faço psicoterapia analítica no consultório<sup>1</sup>

Luiz Carlos Mabilde<sup>2</sup>, Porto Alegre

## Introdução

De uma forma muito sintética, vou abordar as modalidades de psicoterapias analíticas que tenho praticado em meu consultório.

Embora se possa afirmar que a Psicanálise é uma só, assim como seu método, pode-se falar em diversas psicoterapias analíticas. Isso se deve ao que se chamaria de processo adaptativo, pelo qual a Psicanálise se viu obrigada a passar, tanto internamente quanto para seu consumo externo.

Do ponto de vista de sua estrutura teórica e técnica, o resultado adaptativo autoplástico foram as denominadas ‘escolas psicanalíticas’, que traduzem uma escala evolutiva de aperfeiçoamento alcançado pela Psicanálise, graças aos esforços de seus teóricos, professores e praticantes em todo o mundo. Hoje – com base no freudismo, que segue sendo o paradigma orientador e unificador de todas as vertentes – há mais de dez ‘escolas psicanalíticas’ funcionando ativamente: freudianos, kleinianos, lacanianos, psicologistas do ego, winnicottianos, bionianos, etc.

Da perspectiva aloplástica, a adaptação ocorreu na direção de uma prática mais simples, mais rápida, mais econômica e de maior abrangência junto aos pacientes. São as psicoterapias analíticas ou de orientação psicanalítica. De todas as arguidas e

---

1 Trabalho apresentado no XXXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria. São Paulo, outubro de 2017.

2 Psiquiatra (UFRGS) e Professor/Supervisor Convidado dos Cursos de Psiquiatria, Psicoterapia e Supervisão (CELG/UFRGS); Psicanalista Didata e Professor do Instituto de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA/IPA). Sponser da SBPMG (2015, 2019). Texto como Luiz Carlos Mabilde (SPPA) apresentou e deixou escrito em 2021. A publicação deste texto segue como forma de homenagear sua memória e dar continuidade ao seu legado.

Luiz Carlos Mabilde

praticadas em consultórios, ambulatórios, hospitais, instituições de ensino psicanalítico ou psicoterápico, vou selecionar as que pratico em meu consultório. Elas constituem quatro modalidades: I-Clássica; II – Dirigida ao ego; III – Intersubjetiva/Intrasubjetiva; IV – Integrada.

### **Psicoterapia clássica**

Chama-se técnica psicanalítica um conjunto de procedimentos e recursos utilizados por Freud com os seus pacientes, a fim de que estes conheçam seus desejos inconscientes, os mecanismos de defesas do ego e seus propósitos, o id e suas pulsões, o superego e suas funções e, finalmente, a origem e o significado dos sintomas, sonhos, atos falhos e memórias encobridoras (Valls, 1995; Mabilde, 2009).

Freud (1912/1972; 1912a/1972; 1913/1972; 1914/1972; 1915/1972) escreveu cinco pequenos ensaios sobre técnica psicanalítica, os quais seguem sendo base e fundamentos de toda a técnica analítica. Qualquer pretendente à prática da psicoterapia analítica terá que conhecê-los a fundo.

De modo esquemático, Freud(1886/1972; 1889/1972; 1892/1972; 1892a/1972; 1900/1972; 1923/1972) desenvolveu seis técnicas, dentro de um só método. Da mesma forma, é preciso estudá-las, praticá-las como meio de adquiri-las e executá-las com habilidade.

1 – Técnicas físicas (1886/1972): hidroterapia, eletroterapia, massagens, repouso;

2 – Técnica catártica (1889/1972): constitui o meio (ordem hipnótica) pelo qual a ab-reação é obtida;

3 – Técnica da pressão (1892/1972): a pressão na testa substitui a sugestão hipnótica como meio de conseguir a descarga motora truncada;

4 – Técnica da associação livre (1892a/1972): a regra fundamental da técnica freudiana, sendo o processo de unir um pensamento a outro sem um objetivo imediato consciente;

5 – Técnica de “tornar consciente o inconsciente”, que dá ensejo ao modelo topográfico (1900/1972) baseado em: - interpretação (mais associação livre); resistência; transferência; conflito: desejo sexual (Ics) x padrões morais (Pcs-Cs);

6 – Técnicas do “onde estava o id, ali deverá estar o ego”, que leva ao modelo estrutural (1923/1972) e que se baseia no conflito entre EGO (SUPEREGO) X ID.

Freud e os acréscimos advindos de M. Klein e seguidores (contratransferência; fantasias/relações objetais/defesas primitivas) e da escola americana (pulsão/adaptação/objetos externos) perfazem a estrutura da psicoterapia clássica, conforme exemplo clínico (Mabilde, 2008).

## **Psicoterapia analítica dirigida ao ego**

### **1) Redefinindo método e técnica; técnica clássica e técnica moderna**

Em trabalhos anteriores (Mabilde, 2008, 2009), discuti e conclui que existem diferenças semânticas e conceituais entre ambas. O próprio Freud (1904/1972; 1905/1972) somente usou o termo ‘método’ duas vezes e para definir como a Psicanálise atua. Depois disso, o termo empregado foi ‘técnica’. Por método, entende-se um meio para se atingir um objetivo, enquanto técnica designa um conjunto de procedimentos para se realizar uma tarefa. Se o primeiro diz qual o caminho a ser tomado, o segundo indica o que precisamos fazer durante o trajeto. Embora sutil, há uma diferença presente.

Em um outro trabalho, Mabilde (2009), com base no expressivo trabalho de Lipton (1977), examinei aspectos históricos que foram responsáveis pela confusão entre expressões consagradas, relativas à evolução da técnica psicanalítica, quais sejam: a técnica definitiva de Freud, a técnica clássica e a técnica moderna.

Freud (1909/1972) analisou Paul Lorenz (Homem dos Ratos) e, por quarenta anos, a técnica usada pelo analista foi tida como o exemplo prototípico de como se deveria analisar um paciente. De repente, surgiram contestações sobre ela: Kris (1951, como citado em Lipton, 1977) criticou a doutrinação intelectual; Kanzer (1952, como citado em Lipton, 1977) concluiu que a transferência não foi bem entendida; Jones (1955, como citado em Lipton, 1977) julgou negativas as explanações teóricas e a permissividade para atitudes familiares; Grunberger (1966, como citado em Lipton, 1977) avaliou como prematura e brutal a forma pela qual Lorenz deparou-se com certa fantasia inconsciente; Zetzel (1966, como citado em Lipton, 1977) censurou as respostas espontâneas não limitadas à interpretação; Weiner (1973, como citado em Lipton, 1977) desaprovou as autorrevelações; Rangell (1974, como citado em Lipton, 1977); Beigler (1977, como citado em Lipton 1977).

Luiz Carlos Mabilde

As críticas acima redefiniram a técnica de Freud, expandiram-na, ao darem maior ênfase ao comportamento do analista como distinto de seu propósito (contratransferência patológica), e incorporaram à técnica questões que Freud não considerava técnicas, mas sim artefatos, oriundos de seu relacionamento pessoal, não técnico, com o paciente, tais como revelar seus próprios pensamentos, levantar, dar risadas ou ainda corrigir ou alimentar o paciente.

Essa nova técnica, redefinida pelas críticas, deve ser chamada de moderna; a clássica, evidentemente, a anterior.

A confusão, porém, aumentou quando os psicanalistas reagiram contra a proposição de French/Alexander e sua ‘experiência emocional corretiva (EEC)’. Argumentavam que a EEC não era analítica, pois se opunha frontalmente à técnica ‘clássica’ de Freud, sem especificar que estavam comparando a EEC com a técnica moderna, já que o termo clássico comparava apenas como sinônimo de padrão. O fato é que tais esclarecimentos contribuíram para o renascimento da antiga psicoterapia dirigida ao ego, antes também desprezada por ser vista como não analítica.

## **2) Revitalização da psicoterapia dirigida ao ego**

Autores como Giovacchini (1975) e Kohut (1971/1988), ao combinarem prestígio e criatividade, igualmente contribuíram para a reinauguração dessa prática inequivocamente útil. Como se verá, essa técnica também muito contribuiu para a estruturação de um novo tratamento para antigos e intratáveis quadros clínicos, os ‘estados limítrofes’.

### **A – O estudo de Giovacchini**

Giovacchini, (1975) em trabalho de 1975, estuda um tipo especial de pacientes com grave transtorno de personalidade, cuja principal característica é a de apresentarem um comportamento paradoxal em relação ao tratamento psicanalítico. Por um lado, mostram uma atitude positiva para com esse tipo de tratamento. No entanto, por outro lado, eles causam repetidas situações deveras difíceis, havendo grande mobilização do analista, sobretudo na contratransferência.

Tais pacientes não toleram qualquer tipo de intrusão, razão pela qual o analista, o *setting* e as interpretações são repudiados. Há uma luta constante por autonomia, daí

apresentarem acentuada tenacidade como padrão. Odeiam julgamentos morais, sendo igualmente muito críticos e perspicazes contra quaisquer deslizes ou medidas não analíticas, o que cria casos de impasse.

De parte dos analistas – seguindo Giovacchini (1975) - destaca-se o seguinte: eles transgrediram tecnicamente por darem respostas não analíticas, ao se sentirem atingidos em sua sensibilidade. Mostraram-se não envolvidos com as associações, ao ponto de fazerem julgamentos morais e levarem os pacientes a experimentarem sua própria patologia, ao invés de sentirem alívio. Em função disso, esses pacientes passaram por muitos terapeutas e, no final da história, foram rotulados como inanalizáveis e contraindicados para tratamento analítico. Um elemento de grande dificuldade para os analistas foi não tolerarem sua inexistência, daí o círculo vicioso: se o analista interpreta, é intrusivo; se não o faz, é omissivo. Resultado: o analista carrega uma constante sensação de estar sempre errado, culpado, raivoso, o que leva à paralisação de sua capacidade de analisar e do processo analítico.

## **B – Kohut**

Kohut (1971/1988; 1977/1988) estudou um tipo de paciente cuja patologia denominou de “perturbação narcisista da personalidade”.

Ao contrário de Kernberg (1975/1979), Kohut (1971/1988; 1977/1988) considerou esses casos dentro da analisabilidade, fora, portanto, do espectro fronteiro. Tal posição, aliás, fez com que Kohut (1971/1988; 1977/1988) rompesse com a tradição clássica, denominando seu sistema teórico de “Psicologia do *Self*”, o que pode ser bem examinado em seu livro “Restauração do *Self*”, de 1977. Para ele, a etiologia do transtorno se deve, em primeiro lugar, a uma parada do desenvolvimento psicosexual. Quer dizer, uma vez perturbado o equilíbrio narcísico primário, a psique “salva” parte da perfeição narcisista através da criação de um “*self* grandioso” e da “*imago* parental idealizada”, o que dá lugar a duas linhas de desenvolvimentos simultâneas e independentes. Por um lado, a linha do narcisismo normal, que se traduz pela sequência: autoerotismo, narcisismo, objeto de amor; por outro lado, o narcisismo patológico: autoerotismo, narcisismo, *self*-objeto.

Como se vê, Kohut (1971/1988; 1977/1988) deslocou do ego para o *self* o centro de iniciativas e recipiente de impressões, enquanto entendeu a patologia como consequência de uma falha crônica da empatia parental, o que determina no sujeito um

Luiz Carlos Mabilde

sentido deficiente do *self* e a uma constante instabilidade da autoestima. Esses também foram considerados pacientes não analisáveis.

### **C – Os Pacientes Paradoxais**

Em estudo anterior (Mabilde, 2005), que teve por base psicoterapias e uma prolongada análise desses casos, apresentei um trabalho com duplo objetivo:

- 1 – Como se poderia entender essa peculiar relação analítica;
- 2 – Como encarar os problemas da contratransferência.

Cinco aspectos, como resultados, chamaram-me a atenção e confirmaram as conclusões de Giovacchini (1975) e Kohut (1971/1988; 1977/1988).

Nos pacientes:

- 1 – Funcionam em típica regressão de paciente severo;
- 2 – Apresentam fusão simbiótica com maus objetos introjetados;
- 3 – Executam projeção maciça sobre tais objetos, tanto do seu *self* desvalorizado, quanto de sua (defensiva) grandiosidade.

Nos analistas:

4 – As respostas contratransferenciais foram determinadas pelo tipo de paciente, personalidade do analista e fatores comuns dos analistas (considerá-los, por exemplo, não analisáveis);

5 – Cabe, portanto, a pergunta: O que teria faltado nesses tratamentos?

Esta me parece a melhor resposta: faltou apoio ou, em termos psicanalíticos, atitudes e intervenções compatíveis com o tipo especial de paciente.

Faltaram, de um modo mais específico:

1 – Apoio afetivo e efetivo; 2 – Mais silêncios (não intrusivos); 3 – Considerar que relutar, na avaliação, não é o mesmo que julgar o paciente inalisável; 4 – Falta de distensão dos rígidos critérios avaliativos e técnicos, que são válidos para os pacientes neuróticos 5 – Questionar influências dos analistas mais experientes que, devido a maus resultados com esses pacientes, passou a considerá-los inalisáveis; 6 – Utilizar técnicas analíticas dirigidas ao ego. O próprio Giovacchini<sup>20</sup>, no mesmo trabalho, discorre sobre possíveis medidas técnicas, que teriam a propriedade de adequar o duo ‘tipo de paciente-técnica apropriada’.

São elas:

- 1) Continência especial;

2) Revisão da aplicação do *setting* tradicional: se, para o neurótico, o *setting* analítico é ideal para reviver conflitos, já para os pacientes paradoxais, ele é ‘adequado’ para sofrer;

3) Controle da contratransferência: sobretudo controlar a sensação da ‘não existência’;

4) Tipo de intervenção: para o neurótico, o indicado é o uso da transferência: apontar como o paciente sente, vê, encara o analista; no segundo caso, o que é importante é o uso da contratransferência: apontar como o analista está reagindo ao paciente;

5) A questão dos impasses: deve-se considerá-los, pelo lado do paciente, como repetições dos impasses do seu desenvolvimento e de sua psicopatologia; pelo lado do analista, no fato de insistir na mudança da psicopatologia do paciente e, ante a impossibilidade, não controlar reações adversas governadas por uma contratransferência patológica, pois o paciente ataca seu sistema de valores.

Kohut (1971/1988; 1977/1988), nesse sentido, é também enfático na prescrição de uma técnica que “ajuste nossa capacidade empática às necessidades do paciente”.

Confira exemplos clínicos dessa modalidade, em trabalhos já apresentados<sup>25,26</sup>.

### **As psicoterapias analíticas inter /intrasubjetiva.**

Considerando a evolução da técnica psicanalítica, conforme o paradigma determinante, pode-se afirmar que a Psicanálise teve três grandes movimentos:

1º) Freudiano: Período: clássico; Modelo: intrapsíquico; Técnica: inconsciente dinâmico, transferência, resistência; Casos paradigmáticos: neuroses.

2º) Kleiniano: Período: intermediário; Modelo: intersubjetivo; Técnica: relações de objeto, contratransferência; Casos paradigmáticos: psicoses.

3º) Greeniano: Período: contemporâneo; Modelo: intrasubjetivo ou (do) objeto analítico=articulação do intrapsíquico e intersubjetivo; Técnica: enquadre, objeto analítico, terceiridade; Casos paradigmáticos: estados limítrofes.

Interessa-me, aqui, bem mais a psicoterapia analítica intrasubjetiva do que a intrapsíquica e a intersubjetiva, pois a primeira está contemplada no item “Psicoterapia Clássica” e a segunda – além de também estar incluída na psicoterapia clássica – é bastante conhecida em virtude da grande influência kleiniana em nosso meio.

Luiz Carlos Mabilde

Seja como for, ajudará situar o leitor o seguinte: Freud (Intrapsíquico): objetivo-pulsional; Intersubjetivo Klein (Intersubjetivo): subjetivo-relacional; Green (Intrasubjetivo): intrapsíquico + intersubjetivo.

No sentido proposto, eu diria que a melhor Psicanálise – atualmente exercida pelos psicanalistas e psicoterapeutas analíticos – aparece como terceiridade ou como terceiro, que é constituinte e constituído pela junção entre analisante e analista. Tal concepção e abordagem – conforme citado acima – deve-se a André Green, Psiquiatra e Psicanalista Didata, nascido no Egito e de formação francesa. Interessa, aqui, sobretudo pela grande utilidade técnica, seu conceito fundador denominado objeto analítico.

“Na sessão, o objeto analítico é como esse terceiro objeto, produto da junção entre aqueles formados pelo analisando e do analista” (Green, 2002/2008). Portanto, dois são três, no sentido de que o objeto analítico é a soma dos duplos do analisando e do analista (Green, 1975). Como se vê, terceiridade constitui um dos eixos de sua reflexão metapsicológica sobre as dimensões clínicas e psicopatológicas, assim como da situação analítica.

Os diferentes terceiros ou figuras da terceiridade podem ser distinguidos, de acordo com teorizações distintas e aplicações técnicas diferentes, sem serem necessariamente excludentes. Entre outros, cabe citar:

1) O terceiro da presença material, que interrompe um par já constituído (Freud e a triangulação edípica);

2) O terceiro da ausência, que traz o paradoxo de uma presença ausente, conforme concepção de Green (1975; 2002/2008) acima explicada;

3) O terceiro do espaço entre dois elementos, realidades ou experiências (Winnicott, 1951/1988);

4) O terceiro intersubjetivo é constituído pela dualidade e, ao mesmo tempo, é constituído por ela (Ogden, 1994/1996). Como se vê, Ogden - tomando por empréstimo o conceito de ‘objeto analítico’ de Green – amplia-o traz novidades para o lado da situação analítica. Em outro trabalho (Mabilde, 2003), discorri sobre os aportes de Ogden na direção de uma compreensão refinada da técnica intrasubjetiva, sobretudo sobre as diferentes combinações transferenciais/ contratransferenciais.

5) O terceiro como junção de dois objetos (Green, 2002/2008), conforme acima descrito.

Exemplo clínico da abordagem intrasubjetiva está relatado em trabalho anterior (Mabilde, 2009a).

### **PSICOTERAPIA INTEGRADA (PSICOTERAPIA + PSICOFARMACOTERAPIA).**

Vistas como antagônicas, em um passado recente, os dois tipos acima de modalidades terapêuticas constituem, hoje, uma prática integrada prevalente.

Em três ocasiões anteriores, apresentei (Kapczinski & Mabilde, 1997), (Mabilde et al, 1999) (Mabilde et al, 2004), em conjunto com colegas, trabalhos sobre o tema, nos quais expunha e defendia minha experiência com o tratamento integrado. Vinte anos se passaram e minha convicção pode ser sintetizada por uma frase que venho repetindo aos meus alunos: *Do mesmo modo que não há sentido em medicar um paciente cuja indicação é de psicoterapia ou de análise, não se deve deixar de fazê-lo quando se tratar de alguém que o necessita e possui indicação formal para tal.*

No modelo integrado, o estabelecimento do diagnóstico não seguirá uma ordem prévia, do tipo primeiro o clínico, depois o estrutural (correspondendo ao eixo 1 e 2). Seguirá, sim, a um plano dinâmico de escuta do paciente, próprio do modelo psicanalítico: valem muito os dados transferenciais e as associações livres do paciente, além dos clínicos. De parte do terapeuta, a valorização da atenção flutuante e das reações contratransferenciais. Essa atitude receptiva e neutra em relação aos conflitos do paciente permite que o psiquiatra vá construindo, mentalmente, uma hipótese (s) diagnóstica (s), a qual não imporá precedência de um tipo de diagnóstico sobre o outro, tampouco a necessidade de a hipótese diagnóstica preceder a investigação.

Por diagnóstico estrutural quero dizer o modo de funcionar das infraestruturas latentes, tanto no estado normal quanto nas evoluções mórbidas dessas estruturas de base da personalidade (Bergeret, 1996/1998). Por conseguinte, sua classificação não repousa sobre supercategorias manifestas e sua metodologia visa a ligações, associações e investimentos que regem os processos de escoamento, representação e satisfação pulsional (Kapczinski & Mabilde, 1997).

O conjunto de quatro elementos organiza essa visão estrutural de cada paciente:

1) Estrutura de base da personalidade: organização permanente mais profunda do indivíduo, da qual se desenrolam os ordenamentos funcionais normais e/ou patológicos;

Luiz Carlos Mabilde

- 2) Caracteres: o caráter é a expressão externa da estrutura de base;
- 3) Traços: demais traços que, de modo sintônico, complementam a estrutura de base;
- 4) Sintomas: produção distônica da psique que, além de trazer o paciente à consulta, representa o esforço do ego em tentar manter o equilíbrio.

O tratamento integrado pode ser conduzido por um só profissional ou em coterapia. Esta decisão dependerá de três fatores: avaliação do caso, formação do profissional e reação do paciente. Dois extratos clínicos (Mabilde, 2013) ilustram o tratamento integrado.

## Referências

- Bergeret J. (1996). *A Personalidade Normal E Patológica*. Porto Alegre: Artmed; 1998.
- Freud S. (1886). Artigos Sobre Hipnotismo E Sugestão. In: *Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas De Sigmund Freud*. Rio De Janeiro: Imago; 1972. v. 1, pp. 61-77.
- Freud S. (1889). Estudos Sobre A Histeria – Frau Emmy Von N. *Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas De Sigmund Freud*. Rio De Janeiro: Imago; 1972. v. 2, pp. 91-152.
- Freud S. (1892). Estudos Sobre A Histeria – Miss Lucy R. In: *Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas De Sigmund Freud*. Rio De Janeiro: Imago; 1972. v. 15, p. 153-171.
- Freud S.(1892a). Estudos Sobre A Histeria – Fraulein Elisabeth Von R. In: *Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas De Sigmund Freud*. Rio De Janeiro: Imago; 1972. v. 2, pp. 184-236.
- Freud S. (1900). A Interpretação Dos Sonhos. A Psicologia Dos Processos Oníricos. O Inconsciente E A Consciência. Realidade. In: *Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas De Sigmund Freud*. Rio De Janeiro: Imago; 1972. v. 5, pp. 610-622.
- Freud S. (1904). O Método Psicanalítico De Freud. In: *Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas De Sigmund Freud*. Rio De Janeiro: Imago; 1972. v. 4, pp. 257-266.
- Freud S. Sobre A Psicoterapia (1905). In: *Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas De Sigmund Freud*. Rio De Janeiro: Imago; 1972. v. 7, pp. 267-282.
- Freud S. (1909). Notas Sobre Um Caso De Neurose Obsessiva. In: *Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas De Sigmund Freud*. Rio De Janeiro: Imago; 1972. v. 10.
- Freud S. (1912). A Dinâmica Da Transferência. In: *Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas De Sigmund Freud*. Rio De Janeiro: Imago; 1972. v. 12, pp. 133-148.

Luiz Carlos Mabilde

Freud S. (1912a). Recomendações Aos Médicos Que Exercem A Psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas De Sigmund Freud*. Rio De Janeiro: Imago; 1972. v. 12, pp. 149-163.

Freud S. (1913). Sobre O Início Do Tratamento. In: *Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas De Sigmund Freud*. Rio De Janeiro: Imago; 1972. v. 12, pp. 164-152.

Freud S. (1914). Recordar, Repetir E Elaborar. In: *Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas De Sigmund Freud*. Rio De Janeiro: Imago; 1972. v. 12, pp. 193-207.

Freud S. (1915). Observações Sobre O Amor Transferencial. In: *Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas De Sigmund Freud*. Rio De Janeiro: Imago; 1972. v. 12, pp. 208-220.

Freud S. (1923). O Ego E O Id. In: *Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas De Sigmund Freud*. Rio De Janeiro: Imago; 1972. v.19, pp. 19-54.

Frey Bn, Mabilde Lc, Eizirik Cl. (2004). A Integração Da Psicofarmacoterapia E Psicoterapia De Orientação Analítica: Uma Revisão Crítica. *Rev. Bras. Psiquiatr.* , 26(2): 118-123.

Giovacchini P. (1975). *Tactics And Techniques In Psychoanalytic Therapy*. v. 2, p. 50-74.

Green A. (2002). *Orientações Para Uma Psicanálise Contemporânea*. [A. M. R. Rivarola Et Al. Trans.]. Rio De Janeiro: Imago; 2008.

Green A. (1975). The Analyst, Symbolization And Absence In The Analytic Setting. *Int J Psychoanal.* ; 56 (Pt 1): 1-22.

Kapczinski F, Mabilde Lc. (1997). Considerações Sobre O Tratamento Farmacológico E Psicodinâmico Dos Transtornos De Ansiedade. *15º Congresso Brasileiro De Psiquiatria*; Brasília – Df, 1997.

Kernberg O. (1975). *Desórdenes Fronterizos Y Narcisismo Patológico*. Buenos Aires: Paidós; 1979.

Kohut H. (1971). *Análise Do Self*. Rio De Janeiro: Imago; 1988.

Kohut H. (1977). *A Restauração Do Self*. Rio De Janeiro: Imago; 1988.

- Lipton S. (1977). The Advantages Of Freud's Technique As Show In His Analysis At Rat Man. *Int J Psychoanal.* 58 (Pt 3): 255-73.
- Mabilde Lc, Kapczinski F, Ribeiro R, Tocchetto A. Considerações Sobre O Tratamento Farmacológico E Psicodinâmico Dos Transtornos De Ansiedade. *Rev. Psiquiatr. Rs.* 1999; 21
- Mabilde, Lc. (2001). Convergências E Divergências Entre Psicoterapia De Orientação Psicanalítica E Psicanálise: A Questão Das Divergências. *Rev. Bras. Psicoterapia*, 3(2), 201-206.
- Mabilde, Lc. (2003). A Psicanálise Pode Ser Não Intersubjetiva? *Rev. Bras. Psicanal.*, 37(2/3), 299-309.
- Mabilde Lc. (2005), Os Pacientes Paradoxais. *10ª Jornada Sul Brasileira De Psiquiatria*; Jun.; Florianópolis, 2005.
- Mabilde Lc. (2008). O Método Analítico Como Fator Unificador Entre Teorias Múltiplas E Técnicas Distintas (2006). *Psicanálise Spbdepa*, 10(2), 403-415.
- Mabilde Lc. (2009). Evolução Da Técnica Psicanalítica. *Rev. Bras. Psicoterapia*, 11(2), 161-181.
- Mabilde Lc. (2009a). A Função Do Pensar Do Analista No Processo Analítico: Considerações Técnicas Sobre A Escuta, A Compreensão E A Interpretação. *Rev. Psicanal. Sppa*, 16(3), 447-460.
- Mabilde Lc. (2013). Tratamento Combinado. *Rev. Debates Abp*, 3(4), 18-20.
- Mabilde, Lc. (2017). Breaking Bad : Articulando Clínica E Ficção. 15ª Jornada Do Celpsyro E 3º Simpósio Ccym; 2017 Jul.; Porto Alegre.
- Ogden Th. Os Sujeitos Da Psicanálise (1994). São Paulo, Casa Do Psicólogo; 1996.
- Valls Jl. ; (1995). Dicionario Freudiano. Buenos Aires: Julián Yebenes.
- Winnicott Dw. (1951). Objetos Transicionais E Fenômenos Transicionais. In: *Da Pediatria À Psicanálise*. Rio De Janeiro: Francisco Alves; 1988.