

Um estudo sobre atuação

*Liana Souto Corrêa de Mendonça**

* Psicóloga, Mestre em Ciências Sociais Pelotas, RS – Brasil.

Instituição: Centro de Estudos Luis Guedes, Porto Alegre – Brasil.

Resumo

A autora reflete sobre o conceito de atuação, efetuando uma revisão teórica sobre a atuação e seus desdobramentos, identificados na clínica. Para tanto, serão utilizadas contribuições de Freud, Etchegoyen, Laplanche e Pontalis, Grinberg, Greenacre, Limentani e Zimerman.

Palavras-chave: Atuação (Psicologia); Teoria Psicanalítica; Teoria Freudiana.

A atuação^a é um comportamento marcado por um ato impulsivo e inconsciente que surge com o intuito de substituir uma angústia que não consegue ser expressa pela verbalização. Assim, a resolução do conflito não é permeada pela reflexão e pela elaboração. A evacuação aplaca a angústia. Esse foi o entendimento construído após a pesquisa realizada para a escrita deste trabalho.

O conceito de atuação, nos dias de hoje, tem se tornado quase vazio de significado, um jargão banalizado, que, sem um uso restrito, enfraquece os subsídios que a atuação pode fornecer sobre o paciente. Fala-se tanto em paciente atuador, em atuação na clínica, que cabe a pergunta: o que é, de fato, atuação?

^a O termo em inglês “acting out” é traduzido, na língua portuguesa, como “atuação”. Há uso indiscriminado de ambos os termos, entendidos, claro, como sinônimos. Neste texto, “acting out” é usado sempre em partes onde são mencionados autores que empregam o termo em inglês.

O fenômeno designado por atuação tem gerado problemas na esfera conceitual, pois não existe um consenso acerca do que ela seja, efetivamente, e, no âmbito da clínica – em que há um acordo quanto a que sua aparição é um acontecimento importante no tratamento psicoterápico –, nem sempre é devidamente percebida, sendo, portanto, um grande desafio para o terapeuta.

O presente texto tem como objetivo principal realizar uma revisão teórica sobre o termo “atuação” e seus desdobramentos. Para esse fim, o trabalho está dividido em três partes.

Na primeira, será delineada uma definição do conceito, tendo como recurso teórico autores como Freud, Etchegoyen, Laplanche e Pontalis, Grinberg, Greenacre, Limentani, Zimerman.

Na segunda parte, a caracterização do conceito é ampliada, assim como seus desdobramentos, chegando à discussão sobre as possibilidades que o entendimento da atuação abre no tratamento.

E, por fim, os comentários finais, em que procurarei sistematizar o conhecimento adquirido por meio deste estudo.

1 Definição de atuação

A atuação pode ser definida como uma ação impulsiva com o intuito de substituir uma recordação, uma verbalização, um pensamento. Quem atua faz isso para não pensar, não lembrar, não verbalizar, não simbolizar e não elaborar.

Desde sua origem, a noção de atuação não atinge uma concordância conceitual. Há indícios, como menciona Etchegoyen², de que Freud se refere pela primeira vez ao tema em 1901, em “Psicopatologia da vida cotidiana”, quando empregou o termo *handeln*, que significaria um ato-sintoma e que existiria para manter distante da consciência algo que não pode ser recordado.

Em 1905, no caso Dora, Freud usa outro termo, *agieren*, que em português é traduzido como “atuar”. Dessa forma, o que verdadeiramente importa é que Freud^{3,4,5} percebe esse comportamento em seu trabalho e Dora o ajuda a compreender a atuação, noção já presente, portanto, nos primeiros escritos da área.

Assim, encontramos no caso Dora, de Freud, uma exemplificação de atuação, quando Dora, ao invés de falar sobre seus desejos, suas fantasias, seus conflitos, ela os atua perante o seu analista. Em seus escritos, diz Freud⁴:

[...] ela se vingou de mim como queria vingar-se dele, e me abandonou como se acreditara enganada e abandonada por ele. Assim, atuou uma par-

te essencial de suas lembranças e fantasias, em vez de reproduzi-las no tratamento (p. 113, vol. VII).

Por conseguinte, Freud percebe que a atuação tinha ocorrido no lugar do relato, isto é, tomou a sua função. Etchegoyen² concorda com o entendimento de Freud a respeito da atuação de Dora e, ao se referir a esse caso, diz: “ela atuou um fragmento de suas fantasias e recordação em vez de reproduzi-lo no tratamento” (p. 391), destacando a expressão “em vez de”, porque, para esse autor, aí está a principal característica da atuação.

Etchegoyen² considera a atuação capaz de perturbar a tarefa que é, em termos gerais, a aquisição do *insight*. Também afirma que a atuação é um ato neurótico; porém, é digno de nota que nem todo ato neurótico é, em si, atuação. Esse mesmo autor enfatiza que essa substituição da palavra pelo ato pode ser um meio de se expressar ou não. Isso quer dizer que há uma atuação que está a serviço da comunicação e, dessa forma, é possível reconhecer a relação com o objeto; portanto, esse ato está envolvido no desenvolvimento do tratamento. No entanto, também existe uma atuação que não quer comunicar, mas apenas perpetuar a onipotência, a onisciência e o narcisismo do paciente.

Zimerman¹³ salienta a importância do fenômeno da atuação no processo psicoterápico, pois ele pode reunir, ao mesmo tempo, diversos significados, além de poder ser muito recorrente. Para ele, o fenômeno pode ser definido como: “toda forma de conduta, algo exagerada, que se manifesta como uma maneira única de substituir algum conflito ou angústia, que não consegue ser lembrada, pensada, conhecida, simbolizada ou verbalizada” (p. 391).

O “Vocabulário de Psicanálise”⁸, de Laplanche e Pontalis, traz uma contribuição a respeito do tema. Na parte referida ao “*acting out*”, aponta:

Termo usado em psicanálise para designar as ações que apresentam, quase sempre, um caráter impulsivo, relativamente em ruptura com os sistemas de motivação habituais do sujeito, relativamente isolável no decurso das suas atividades, e que toma muitas vezes uma forma auto ou hetero-agressiva. Para o psicanalista, o aparecimento do *acting out* é a marca da emergência do recalado. Quando aparece no decorrer de uma análise (durante a sessão ou fora dela), o *acting out* tem de ser compreendido na sua conexão com a transferência, e frequentemente como uma tentativa para ignorá-la radicalmente (p. 6).

A atuação no tratamento, no entender dos dois autores, leva o terapeuta a refletir sobre seu conteúdo, ou seja, o que a atuação está mostrando do funcionamento do paciente e da transferência para com o terapeuta.

Para Etchegoyen², toda atuação é transferência, mas nem toda transferência é atuação. Ele faz uma diferenciação interessante entre os dois fenômenos. De acordo com esse autor, na transferência há repetição para recordar enquanto na atuação a repetição busca não lembrar. Na transferência, há um movimento para o objeto, ao contrário do que acontece na atuação, na qual existe uma tentativa de ignorar a transferência, isto é, uma tentativa em negar a relação no *setting*, como salientam Laplanche e Pontalis.

O “atuador” vive no momento da atuação o presente, o caráter passado é ignorado, desconhecido, mesmo sendo ele o motivador do comportamento atual. A repetição, conforme já dito, é a maneira empregada para não emergir a recordação, o pensamento, a verbalização, a elaboração.

De acordo com Freud,⁵

[...] podemos dizer que o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas o expressa pela atuação ou atua-o. Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo (p. 165, vol. XII).

No artigo intitulado “General Problems of Acting Out”, Greenacre⁶ elege a definição de Fenichel (1945) como a que melhor descreve a atuação. Assim, diz Greenacre:

Talvez a descrição mais sistemática da atuação foi apresentada por Fenichel, que o definiu como um ato no qual o inconsciente alivia a tensão mental e acarreta descargas parciais de impulsos repelidos (não importa se esses impulsos expressam diretamente demandas instintivas ou são reações a demandas instintivas originais, por exemplo, sentimentos de culpa); a presente situação, de alguma maneira, conectada com o conteúdo reprimido, é usada como uma ocasião para descarga de energias reprimidas; a catexia é deslocada das memórias reprimidas para o presente, e o deslocamento torna essa descarga possível (p. 455)^b.

Tendo em vista o exposto acima, buscando sistematizar a noção de atuação, entendemos que ela apresenta as seguintes características:

- a) Caráter impulsivo;
- b) Substitui o pensamento, a recordação, a simbolização, a palavra e a elaboração;

^b Todas as citações de excertos de textos originalmente publicados em língua estrangeira foram traduzidas livremente pela autora para uso exclusivo neste trabalho.

- c) Perturba a tarefa concebida no *setting* terapêutico; mas pode servir como fonte de conhecimento, uma vez compreendida e interpretada pela dupla;
- d) Pode estar a serviço da comunicação ou apenas da informação, ou, ainda, da não comunicação;
- e) Representa o recalcado;
- f) Pode ser compreendida como uma forma de transferência, ao mesmo tempo em que pode significar uma tentativa de ignorar a transferência;
- g) Alivia a tensão mental;
- h) Pode ser um meio para evacuação de energia.

Depois de compreender sua definição, cabe a pergunta: “De onde vem a atuação?” A próxima seção é dedicada à busca de uma resposta para essa questão.

2 Caracterização da atuação e seus reflexos no *setting* terapêutico

2.1 A origem da atuação

Etchegoyen² cita Bion para descrever o que é, para ele, o protótipo de atuação:

Bion sustenta que o bebê nasce com uma preconcepção do seio e, quando se encontra com o próprio seio (*realization*), constrói-se uma concepção do seio. O que determinará o primeiro pensamento para Bion é a ausência do seio. Frente a essa emergência decisiva, o bebê tem duas alternativas: tolerar ou evitar a frustração (ausência). Se o bebê evitar a frustração, transforma o seio ausente em um seio mau presente e expulsa-o como um elemento beta. No entanto, quando é capaz de refrear a ação e tolera a frustração, reconhecendo o seio como ausente, constrói seu primeiro pensamento. O ato pelo qual, em vez de pensar o seio bom como ausente, expulsa-o como seio mau presente na forma de elemento beta é, para mim, o protótipo do *acting out* (p. 403).

Em outras palavras, a atuação seria o resultado de experiências não simbolizadas que buscam o ato como forma de descarga, de alívio de sua tensão. Pode-se visualizar a origem ao pensar numa criança pequena que vive uma experiência bastante angustiante e busca a mãe para aliviar sua ansiedade. A mãe, ao invés de servir como continente e devolver à criança tal

experiência como algo conhecido e tolerável, não a acolhe e devolve sua angústia de volta, acrescida da frustração pela falta do processo continente-contido^{2,7}.

Essa seria uma possível explicação para entender o funcionamento daquele paciente que atua com frequência. O aspecto motor substitui o aparelho mental. Ao invés de pensar, age. A pessoa evacua elementos angustiantes quando atua.

Ainda na linguagem de Bion, houve uma falha na função alfa; dessa maneira, os elementos beta não são convertidos em alfa e precisam ser descarregados. Uma das formas para isso é a atuação.

Greenacre⁶ menciona o estudo de Fenichel ao buscar a gênese da atuação: os “atuadores” seriam pessoas com uma fixação oral com significativas necessidades narcisistas e intolerância a frustrações. Além disso, haveria uma significativa agitação motora e experiências traumáticas precoces. A essas características que marcam a tendência à atuação, elencadas por Fenichel, Greenacre acrescenta duas mais: “ênfase na sensibilidade visual, acarretando uma inclinação à dramatização e uma inconsciente crença na ação mágica” (p. 458). Limentani⁹ concorda e adiciona que fantasias onipotentes também estão presentes.

As posições de Greenacre⁶ e Etchegoyen² têm em comum o fato de que é na mais tenra infância que a inclinação à atuação se origina. Sem dúvida, ambas as contribuições podem ser complementares a fim de alcançar a atuação. Limentani⁹ igualmente afirma que a atuação implica traumas da época pré-verbal do desenvolvimento.

2.2 A dinâmica da atuação, segundo Grinberg

Em 1967, no XXV Congresso Internacional de Copenhague, houve um simpósio sobre o papel da atuação no tratamento psicanalítico. Um dos relatores desse simpósio foi León Grinberg, que trouxe aos participantes ideias inovadoras a respeito da atuação².

Com essa participação, Grinberg se torna um importante autor para compreender o fenômeno de atuação. Publica um trabalho em 1968, onde expõe uma dinâmica da atuação. Em seu esquema, começa dizendo que os pacientes, ao não suportarem a dor psíquica decorrente de experiências de perda, atuam. Ele chama a atenção para o principal mecanismo desse fenômeno que é a identificação projetiva.

Da mesma forma, afirma que os vínculos sustentados por tais pessoas são marcados por aspectos narcisistas, originados da relação entre o bebê e seus pais, sendo esses últimos incapazes de suportar a angústia da criança, acarretando uma falha no processo continente-contido.

Sobre as defesas utilizadas nos pacientes atuadores, Grinberg destaca os mecanismos maníacos, nos quais se constata uma identificação com um objeto idealizado e onipotente; é um tipo de *splitting*, que separa parte do *self* que está identificada com tal objeto e outra parte que está adaptada à realidade.

Por fim, Grinberg⁷ menciona as instâncias:

[...] se poderia dizer que na atuação há um domínio do id sobre o ego mediante a intervenção de um superego primitivo que se faz executor das demandas do id, submetendo o ego. Quando a relação tirânica é projetada dentro do objeto, por meio da identificação projetiva, o superego projetado funciona como um superego parasitário que induz para o objeto a atuação (p. 705).

O paciente tem seu funcionamento marcado pela ação, pelo caráter impulsivo, incapaz ou pouco apto para pensar. Aí está sua natureza regressiva, o desenvolvimento do pensar fica comprometido, pois o pensar é trocado pelo ato e pelo não pensamento.

O estudo de Grinberg⁷ contribui para a compreensão de pacientes que atuam com frequência, ao explicar sobre pessoas em tratamento que fazem bastante uso da atuação:

Nos pacientes atuadores se vê, paradoxalmente, um manejo exitoso da percepção e da realidade, que lhes permite detectar com precisão o que ocorre nos objetos depositários de suas atuações, em franco contraste com a distorção da realidade manifestada por outra parte de seu ego. Poder-se-ia dizer que, com elementos do processo secundário, atacam e “transformam” a realidade em elementos do processo primário. A atuação seria a dramatização de um sonho, pela qual os pacientes tratam de modificar aloplasticamente o objeto para transformá-lo de autônomo em depositário. Utilizam massivamente a identificação projetiva para atacar os limites impostos pela realidade externa e os objetos contidos nela, e os convertem arbitrariamente, como fariam ao construir um sonho, transformando os elementos da realidade (restos diurnos) em elementos do processo primário. Corresponderia à forma em que, no passado infantil, se teria aproveitado a alucinação a serviço do princípio do prazer (p. 707).

2.3 Atuação e clínica

Não é raro, ainda mais para terapeutas iniciantes, a dificuldade em manejar o tratamento com pacientes que atuam muito. Igualmente não é rara a desistência desses pacientes em relação ao tratamento, pela dificuldade para refletirem e suportarem ansiedades. Os pacientes podem se sentir mal nas sessões, como se houvesse piora de seu estado mental.

Esse “sentir-se mal” parece ter correspondência com o que assegura Corvo¹ em seu “Diccionario de la obra de Wilfred R. Bion”, onde salienta que a sensação de claustrofobia, conforme Bion, poderia estar presente em pacientes atuadores. Explica Corvo:

Se a situação de atuação é trazida à análise, o paciente pode desenvolver sintomas claustrofóbicos. Ainda que Bion não o explique, poderia se interpretar de acordo com a teoria continente-contido, no sentido de que quando a atuação é contida pela análise como um continente e não é atuada o paciente se sente “preso” (p. 54).

Essa contribuição pode auxiliar a compreender o mal-estar sentido pelo paciente, que pode não “estar” em todas as sessões marcadas, faltando ou desmarcando-as. Sem dúvida, essa é uma faceta de sua problemática; outros aspectos fazem parte dessa configuração, porém, para o objetivo deste trabalho, faz-se uso dessa queixa em pacientes com forte atuação.

Dar-se conta de tal funcionamento – da atuação – é o primeiro passo do terapeuta. Posteriormente, deve-se compreender o seu surgimento para, então, poder manejá-lo. Assim, Freud, no início do século XX, demarcava o desafio que a atuação promove no *setting* terapêutico: os conflitos vêm pela ação e não pela palavra.

Tendo como base Fenichel, Greenacre⁶ aponta três possibilidades técnicas para lidar com pacientes atuadores. São elas: interpretação, proibição e fortalecimento do ego. O autor sustenta que é imprescindível para o paciente em atuação encontrar um objeto externo que seja continente para suas angústias.

A função continente do terapeuta acaba por ser semelhante à função continente materna. A interpretação do psicoterapeuta pode conter as tensões do paciente e transformar as sensações dolorosas em algo digerível para o paciente¹¹.

Se a atuação é vista como uma perturbação do processo, de sua tarefa, a interpretação pode ser encarada como uma maneira de assegurar “a manutenção e a progressão do processo psicoterápico”¹⁰ (p. 155).

Além disso, a interpretação e o fortalecimento do ego são operações que se cruzam, colaborando, assim, para a mudança no funcionamento do paciente que comumente faz uso da atuação.

A proibição se torna algo bastante difícil, visto que a atuação, do modo geral, é egossintônica, fugindo da percepção e do controle do paciente. Ademais, a proibição se torna uma técnica que se desvia das posições gerais atuais da psicoterapia de orientação analítica.

Pode-se dizer, em outras palavras, que o manejo técnico no caso de atuações é, primeiramente, reconhecer a existência desse comportamento

na vida do paciente. A seguir, fazê-lo perceber o que aconteceu e como é seu funcionamento, com o objetivo de ampliar seu conhecimento de si mesmo. À medida que o tratamento avança é possível acreditar que a maior integração egoica colaborará para que o paciente atue menos, para que as interpretações sejam mais eficientes em seus objetivos e para que a capacidade de pensar ganhe força, chegando a alcançar a elaboração.

2.4 Uma vinheta

Um breve caso clínico é descrito a fim de aproximar a teoria da prática. Simone, 40 anos, profissional liberal buscou psicoterapia com sintomas depressivos, após uma breve separação conjugal, quando descobriu que tinha sido traída por vários meses pelo marido. O casamento durava dezesseis anos, e o casal tinha três filhas: uma de 14 anos, a segunda de 9 anos e a caçula de 2 anos. Quando iniciou a psicoterapia já havia reatado com o marido.

Por causa da família, Simone adiou sua formação profissional, estando há pouco tempo no mercado de trabalho e com uma carga diminuída em função da filha caçula, tendo essa também uma babá. Em sua fala isso ficava bastante marcado, o quanto tinha se sacrificado pelas filhas do casal, dedicado ao casamento, deixando-se em último plano.

As sessões ficaram em volta da sua indignação com o marido. Incapaz de confiar nele, perseguia-o, mantinha contato com sua secretária para confirmar o que ele lhe dizia acerca de compromissos do trabalho, além de manter controle da sua conta por e-mail e de seus telefonemas pelo celular, sem que ele soubesse.

Atuações foram frequentes em seus poucos meses (sete) de tratamento. Simone dizia o quanto era doloroso estar no tratamento, o quanto se sentia mal em pensar e afirmava não sentir alívio de suas angústias. O “alívio” aparecia, segundo ela, em suas atuações constantes. Faltou algumas sessões, alegando esquecimento ou ocorrências de última hora, o que salientava sua resistência.

Simone pensava obsessivamente no seu marido com sua ex-amante e, sempre que isso lhe vinha à cabeça, agia. Certa vez, pegou seu carro, colocou a filhinha de 2 anos nele e resolveu seguir o marido. Achou que ele estava correndo além do comum, então concluiu que estava fugindo dela e acelerou, passando a dirigir de forma arriscada. Ficou muito assustada ao relatar na sessão e se dar conta de que tinha colocado sua filha em risco.

Em outro momento, novamente em circunstâncias no trânsito, causou um acidente não grave, com nenhum ferimento. Nesse episódio, estava com as duas filhas maiores e uma amiga de uma delas. Duas vezes ligou para sua terapeuta aos prantos, solicitando uma sessão; não havendo sucesso em acalmá-la por telefone, foimarcada uma sessão extra nos dias da ligação. Fal-

tando uma hora para a consulta, Simone ligou desmarcando, pois se sentia melhor.

Durante o tratamento, surgiu sua história pregressa, obviamente. Nela, Simone se depara com uma situação dolorosa de sua infância: seu pai sumia por alguns dias, envolvido com outras mulheres, e sua mãe a pegava pela mão e iam juntas atrás do pai. Ela relata que sempre teve uma ótima relação com o pai e uma relação ligeiramente amistosa com a mãe, ficando claro que era com o pai que mantinha/mantém mais afeto e identificação. Simone se recordava de várias vezes em que tinha ouvido os pais transarem e do quanto tinha se sentido mal (provavelmente excluída) em relação àquele momento dos pais.

Assim, Simone passa a viver uma situação semelhante em sua vida conjugal. Sente-se excluída pelo marido e a amante; repete as ações da mãe, ao mesmo tempo em que, ao fazer isso, consegue não pensar, não apenas na traição do marido, como em suas experiências infantis, testemunhando a traição paterna e a cena primária. Além disso, vinha à baila seu desejo de traição, algo que ela não se permitia enxergar. Era enfática em seu repúdio à traição conjugal, o que contrastava com sua admiração pelo pai.

As atuações no caso de Simone mostram não apenas o quanto lhe era impossível pensar e sentir, como denunciam um psiquismo com lacunas de compreensão sobre si e uma falta de capacidade para lidar com seus conflitos de uma maneira mais saudável.

No sétimo mês de tratamento, Simone decide abandonar o tratamento, afirmando estar se sentindo melhor. A terapeuta não concordou com tal decisão, não vislumbrando tal melhora. Simone não conseguiu discutir ou se permitir repensar sua decisão.

Pode-se pensar que o início do tratamento foi motivado pelo seu intenso sofrimento, que lhe fazia chorar seguidamente. No momento em que conseguiu desempenhar melhor suas tarefas, antes impedidas pelo choro, poder-se-ia pensar que então ocorreriam ressignificações acerca de sua vida, principalmente na área conjugal, porém não foi isso o que aconteceu. Simone, mobilizada pelo seu passado que se reacende com os acontecimentos atuais, não consegue contê-los e não permite que o tratamento o faça.

Igualmente, este caso apresenta as dificuldades que o terapeuta sente ao lidar com um paciente que não se mostra tão disponível para o tratamento e que produz frequentes atuações.

Considerações finais

A atuação é um fenômeno importante na clínica, não apenas por sua frequência, também por ser muito elucidativo, pelo desafio imposto ao tra-

balho do terapeuta. A proposta deste trabalho foi compreender melhor esse comportamento mediante a leitura dos autores selecionados.

A atuação não é apenas um ato impulsivo e inconsciente, pois, além disso, refere-se a um funcionamento ou a um momento de funcionamento regressivo, relacionado a momentos pré-verbais do desenvolvimento.

É um comportamento que se caracteriza pelo não pensar, tornando-se, assim, um obstáculo para alcançar os fins de um tratamento psicoterápico; todavia, pode sinalizar dores não integradas, não vivenciadas do paciente. Por conseguinte, exige que o terapeuta trabalhe com essa dimensão pré-verbal com o intuito de chegar à elaboração, à palavra, ao pensamento e à recordação ampliada da capacidade mental.

Para esse fim, um dos instrumentos técnicos possíveis é a interpretação, que visa fortalecer o ego, inaugurar um psiquismo mais integrado e capaz de lidar com esse funcionamento em que a atividade motora se sobrepõe à atividade mental.

Dessa forma, pacientes que atuam significativamente, que correm o risco de não aderirem ao tratamento, podem permanecer na psicoterapia e suportar esse processo. Para isso, o terapeuta deve conter as angústias do paciente, compreendê-las e interpretá-las; e o paciente deve ser minimamente capaz de suportar seu sofrimento durante o *setting*, se deixar tocar pela intervenção do terapeuta, para poder se escutar, se sentir, pensar e se conhecer.

Referências

1. Corvo REL. *Diccionario de la obra de Wilfred R. Bion*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2002.
2. Etchegoyen RH. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
3. Freud S. Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. In: Freud S. *Obras completas*. Vol. VI. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 3.
4. Freud S. Fragmento da análise de um caso de histeria. In: Freud S. *Obras completas*. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 15.
5. Freud S. (1901). Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In: Freud S. *Obras completas*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 161.
6. Greenacre P. General problems of acting out. *The Psychoanalytic Quarterly*. 1950;19: 455-67.

7. Grinberg L. Sobre el acting out en el proceso psicoanalítico. *Revista de Psicoanálisis*. 1968;3-4: 680-713.
8. Laplanche J. *Vocabulário da Psicanálise/Laplanche e Pontalis*. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
9. Limentani A. Una reevaluación del acting out en relación con la elaboración. *Revista de Psicoanálisis*. 1969;4: 841-64.
10. Pires ACJ. A interpretação como instrumento de criação e manutenção da assimetria necessária ao diálogo terapeuta/paciente. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 1990;12(3): 154-8.
11. Schestatsky S. A função-continente da interpretação. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 1990;12(3): 148-53.
12. Zimerman D. *Fundamentos psicanalíticos*. Porto Alegre: Artmed; 1998.

Correspondência

Liana Mendonça

Rua Quinze de Novembro, 771, Sala 201, Centro

CEP: 96015-000

Pelotas, RS, Brasil