

**EVENTO  
CONJUNTO**

# I Congresso Brasileiro de Psicoterapia II Encontro Brasileiro de Psicoterapia

(Pré-congresso do XXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria)

## Tendências Atuais em Psicoterapia - convergências e diferenças

10 e 11 de Outubro de 2005  
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil

- Panorama do Congresso
- Índice de Títulos
- Índice de Autores

# **PANORAMA DO CONGRESSO**

## **EVENTO CONJUNTO**

### **TENDÊNCIAS ATUAIS EM PSICOTERAPIA**

- **Convergências e Diferenças**

## **PROMOÇÃO E REALIZAÇÃO**

## **COMISSÃO ORGANIZADORA**

## **MENSAGEM DA COORDENAÇÃO GERAL**

## **POSTER**

- **10/10/05 – Segunda-feira – das 12:00 às 13:30**
- **11/10/05 – Terça-feira – das 12:00 às 13:30**

## **GRADE DE ATIVIDADES**

### **ATIVIDADES CIENTÍFICAS**

- **Encontro com Convidados Internacionais**
- **Mesas de Temas Livres (MTL)**
- **Mesas Redondas (MR)**
- **Seminários Clínicos**
- **Simpósios**
- **Plenária 1 - Pesquisa em Psicoterapia – Diferenças e Complementaridades**
- **Plenária 2 - Convergências e Diferenças – Visões de Futuro da Psicoterapia como Ciência e Profissão**

## **Evento conjunto**

# **I Congresso Brasileiro de Psicoterapia**

# **II Encontro Brasileiro de Psicoterapia**

Pré-congresso do XXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria

10 e 11 de outubro de 2005 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil

### **Tendências Atuais em Psicoterapia - convergências e diferenças –**

“Este é um evento histórico em que pela primeira vez os psicoterapeutas brasileiros de diversas abordagens e formações \_ reconhecendo tanto as diferenças como os muitos temas e interesses em comum \_ reúnem-se para discutir as questões atuais da teoria e clínica em psicoterapia. Pretende-se estimular o diálogo dentro do campo da psicoterapia visando ao conhecimento mútuo entre as abordagens e a disseminação de novos avanços teórico-clínicos, bem como promover reflexões sobre o entrelaçamento dos conhecimentos sobre corpo, mente, indivíduo, grupo e cultura. Será dada ênfase à pesquisa teórico-clínica em todas as suas formas \_ casos de consultório, estudos controlados em laboratórios, estudos de campo, pesquisas teóricas e epistemológicas, diagnósticos baseados em transtornos \_ também será dedicado espaço à discussão dos desafios atualmente enfrentados para o exercício da psicoterapia (formação, condições de trabalho, legislação, código de ética etc.).”

### **Promoção e Realização**

**ABRAP - Associação Brasileira de Psicoterapia**  
**ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria (Dep. de Psicoterapia)**  
**AMP - Associação Mineira de Psiquiatria**  
**CFP - Conselho Federal de Psicologia**  
**CRPMG - Conselho Regional de Psicologia-MG**  
**CRPSP - Conselho Regional de Psicologia-SP**

# **Comissão Organizadora**

## **Coordenador Geral**

Waldemar José Fernandes

## **Representante da Associação Brasileira de Psicoterapia – ABRAP**

Luiz Alberto Hanns

## **Representante da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP**

João Alberto de Carvalho

## **Representante do Pré-congresso do XXIII CBP da ABP**

José Toufic Thomé

## **Comissões e Coordenadores**

**Divulgação:** Silvia Petrilli e Sâmia Simurro

**Logística:** Zuleika Fátima Vitoriano Oliven

**Secretaria:** Emília Afrange e Beatriz Silverio Fernandes

**Tesouraria:** Ruy de Mathis

André Leonardi (CFP), Cristina Contigli (AMP), Luiz Alberto Hanns (ABRAP),  
Humberto Verona (CRP-04), Rogerio Wolf de Aguiar (ABP),  
Zuleika Fátima Vitoriano Oliven (CRPSP)

## **Comissão Científica**

Amélia Vasconcellos, Antonio Geraldo da Silva, Cristiano Nabuco de Abreu,  
Geraldo Francisco do Amaral, Fábio Firmino Lopes, Fátima Vasconcelos,  
Julieta Quayle, Luiz Alberto Hanns, Maria Rosa Spinelli, Michael Achatz,  
Plínio Montagna, Rubens Kignel, Telmo Kiguel, Vera Lemgruber

## **Contatos**

Associação Brasileira de Psicoterapia – ABRAP

Tel./Fax: (11)3255-9062

[abrap@abrap.org](mailto:abrap@abrap.org)

[www.abrap.org](http://www.abrap.org)

## **MENSAGEM DA COORDENAÇÃO GERAL**

É pensando e acreditando na seriedade e no compromisso dos profissionais envolvidos com o trabalho psicoterapêutico, e com o sonho de congregar todos numa grande interação das diversas práticas existentes, que surge a Associação Brasileira de Psicoterapia (ABRAP).

O I Congresso Brasileiro de Psicoterapia e o II Encontro Brasileiro de Psicoterapia é produto do trabalho lado a lado, entre a ABRAP – Associação Brasileira de Psicoterapia e o Departamento de Psicoterapia da ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria, sendo objetivo dessa interação, estimular o diálogo, respeitando as diferentes formações técnicas e culturais e a diversidade de orientações psicoterapêuticas, o que não é uma tarefa pequena.

Para tanto, não se mediu esforço para trazer o que há de melhor neste evento conjunto, começando pela qualidade dos profissionais convidados.

A esperança é que tragam a todos, contribuições importante para reflexão e prática clínica.

Tal promoção e realização só foram possíveis com o efetivo apoio e participação do Conselho Federal de Psicologia, assim como dos Conselhos Regionais de Psicologia, de São Paulo e de Minas Gerais, e também da Associação Mineira de Psiquiatria.

Em nome das Comissões organizadora e Científica, esta coordenação geral agradece os apoios pessoais e institucionais recebidos, assim como a todos os participantes do evento conjunto que contribuíram com relatos em mesas, discussões em seminários, simpósios e plenárias, enriquecendo este CDrom com seus artigos, tornando esse evento possível e com a qualidade que poderemos constatar.

**Waldemar José Fernandes**  
Coordenador geral do evento conjunto

## **POSTER**

**10/10/05 – segunda-feira – das 12:00 às 13:30**

**Título: Ações Coletivas em Saúde: uma proposta multidisciplinar.**

**Autoria: Andrea Gonçalves Dias**

**Título: A utilização do método CCRT em Psicoterapia breve: um estudo preliminar.**

**Autoria: Irani Tomiatto de Oliveira**

**Título: A Psicoterapia psicodramática e seu impacto na dependência química.**

**Autoria: Lenise A. Collares Nogueira**

**Título: Um estudo sobre o tempo no processo psicoterápico psicanalítico.**

**Autoria: Maria Alzira Marçola**

**Título: O uso das Histórias em Psicoterapia – Técnica dos laços: o uso de símbolos em psicoterapia de casais.**

**Autoria: Maria Teresa S. Eutrópio**

**Título: Biopolítica e Psicanálise-Michel Foucault e a psicanálise no Vol. I da História da Sexualidade.**

**Autoria: Marcus Cesar R.Teshainer**

**Título: A utilização da terapia do *sandplay* no tratamento de crianças com transtorno obsessivo-compulsivo.**

**Autoria: Reinalda M. da Matta**

**Título: Hábito de sucção de polegar: descontinuí-lo sempre?**

**Autoria: Rita de Cássia S. Lima**

**Título: O ensino de psicoterapia na PUCPR: (IM)Parcerias possíveis no singular da clínica.**

**Autoria: Rosa M. Marini Mariotto**

**Título: O uso da técnica do Brasão em psicoterapia de grupo**

**Autoria: Simone Simon Iglin**

## **POSTER**

**11/10/05 – terça-feira - das 12:00 às 13:30**

**Título: O manejo de setting em psicoterapia individual breve com um usuário de drogas: a experiência do Projeto Soma no ambulatório Caetaninho.**

**Autoria: Yara Malki e Cristina Navalon**

**Título: A situação de saúde mental em Timor Oriental**

**Autoria: Asunción Gonzáles e Marcio Gagliato**

**Título: Acompanhamento Terapêutico (AT), Psicoterapia, Psicanálise: criando dobras.**

**Autoria: Cerise Alvarenga**

**Título: Em busca de Autonomia: reflexões sobre a psicoterapia com adolescentes**

**Autoria: Clarissa Cazzulo Dirani**

**Título: Pós-modernismo, Construcionismo social e Psicoterapia.**

**Autoria: Emerson F. Raserá**

**Título: Trauma na infância como causa de transtorno de ansiedade em vida adulta.**

**Autoria: Francisco J. Pascoal Ribeiro**

**Título: Atendimento psicológico às pessoas em situação de violência.**

**Autoria: Giovana Guzzo e Marlene A. Ingold**

**Título: Vivendo e convivendo com a doença mental.**

**Autoria: Juliana Barbosa**

**Título: A melancolia frente a vida.**

**Autoria: Renê Cabral Jorge**

**Título: A família e a psicose – os efeitos da psicose na estrutura familiar.**

**Autoria: Renê Cabral Jorge**

<b>Grade de Atividades</b>	
<b>Segunda-feira</b>	<b>10/10/2005</b>
<b>7:30</b>	<b>Credenciamento</b>
<b>8:30 - 10:00</b>	<b>Mesas de Temas Livres MTL01 / MTL02 / MTL03 / MTL04 / MTL05 / MTL06</b>
<b>10:00 - 10:30</b>	<b>Debate com o público</b>
<b>10:30 - 11:00</b>	<b>Intervalo</b>
<b>11:00 - 12:30</b>	<b>Plenária 1 (com tradução) Pesquisa em Psicoterapia</b>
<b>12:30 - 14:00</b>	<b>Encontro com os convidados internacionais</b>
<b>14:00 - 15:30</b>	<b>Plenária 2 (com tradução) - Convergências e Diferenças – Visões de futuro da Psicoterapia como Ciência e Profissão</b>
<b>15:30 - 16:00</b>	<b>Debate com o público</b>
<b>16:00 - 16:30</b>	<b>Intervalo</b>
<b>16:30 - 18:00</b>	<b>Mesas Redondas MR01 / MR02 / MR03 / MR04 / MR05</b>
<b>18:00 - 18:45</b>	<b>Abertura</b>
<b>18:45 - 19:30</b>	<b>Conferência Dr. ALFRED PRITZ (com tradução) (Presidente do <i>World Council for Psychotherapy</i>) <b>Psicoterapia Hoje Desafios do WCP</b></b>

<b>Grade de Atividades</b>	
<b>Terça-feira</b>	<b>11/10/2005</b>
<b>7:30</b>	<b>Credenciamento</b>
<b>8:30 - 10:00</b>	<b>Mesas de Temas Livres MTL07 / MTL08 / MTL09 / MTL10 / MTL11 / MTL12</b>
<b>10:00 - 10:30</b>	<b>Debate com o público</b>
<b>10:30 - 11:00</b>	<b>Intervalo</b>
<b>11:00 - 12:30</b>	<b>Mesas Redondas MR06 / MR07 / MR08 / MR09 / MR10</b>
<b>12:30 - 14:00</b>	<b>Seminários Clínicos</b>
<b>14:00 - 15:30</b>	<b>Mesas Redondas MR11 / MR12 / MR13 / MR14 / MR15</b>
<b>15:30 - 16:00</b>	<b>Intervalo</b>
<b>16:00 - 17:30</b>	<b>Simpósios Formação em Psicoterapia Junguiano Mudança Psíquica Psicoterapia e Sexualidade</b>
<b>17:30 - 18:00</b>	<b>Encerramento</b>

## **ATIVIDADES CIENTÍFICAS**

### **Encontro com convidados internacionais**

**10/Outubro - 2ª feira – 12:30 às 14:00**

**Alfred Pritz** (Áustria)

Presidente do *World Council of Psychotherapy*. Psicanalista, tem diversos livros publicados sobre psicoterapia.

**Marco Chiesa** (Reino Unido)

Psiquiatra, psicanalista pela *British Psychoanalytical Society*, terapeuta de família, *Hon. Senior Lecturer, University College London*. Chefe da Unidade de Pesquisa do Cassel Hospital, Londres. Especialista em psicoterapia de Transtornos de Personalidade.

**Michel Heller:** (Suíça)

Doutor em Psicologia e psicoterapia, reconhecido pela Federação Suíça de Psicoterapia e pela *World Council of Psychotherapy*.

**Oswaldo José Filidoro** (Argentina)

Membro da Associação Psicanalítica Argentina. Membro do *World Council of Psychotherapy*.

# **Mesas de Temas Livres (MTL)**

**Datas e Horários: consultar grade de atividades**

- MTL01 - Sobre a Família**
- MTL02 - Políticas Públicas e Psicoterapia**
- MTL03 - Grupoterapias em Diferentes Contextos**
- MTL04 – Aspectos sócio-históricos e Filosóficos da Psicoterapia**
- MTL05 - Da Fenomenologia à Psicoterapia**
- MTL06 - Psicoterapia Breve em Diferentes Situações**
- MTL07 - Integrando Conceitos em Psicoterapia**
- MTL08 - Psicoterapia em Novos Contextos**
- MTL09 - O Adoecer na Atualidade**
- MTL10 - As Diferentes Escutas – Teorias e Clínica**
- MTL11 - A Dinâmica das Somatizações**
- MTL12 - Contemporaneidade e Ciclos de Vida**

## **MTL01 - Sobre a Família**

Coordenação: **Fátima Vasconcelos**

Título: **A Missão Familiar e as Possibilidades Individuais**

Autoria: **Vanessa Pimentel Vargas Araújo**

Título: **Relato de um atendimento Infantil em uma clínica-escola de uma universidade**

Autoria: **Keila Sgobi de Barros e Karina Okajima Fukumitsu**

Título: **Grupos de pais, escuta psicanalítica e escola: um desafio**

Autoria: **Cristiane Palmeira de Oliveira Barreto e Izabella Paiva Monteiro de Barros**

Título: **Escuta psicanalítica para adoção**

Autoria: **Maria Salete Abrão Nunes da Silva**

## **MTL02 - Políticas Públicas e Psicoterapia**

Coordenação: **André Leonardi**

Título: **Abordagem grupal de orientação psicodinâmica pós consulta clínica em ambulatório psiquiátrico**

Autoria: **Gizela Turkiewicz**

Título: **Psicoterapia de grupo com usuários e dependentes de drogas: a experiência do Projeto Soma**

Autoria: **Mallu Amaral, Yara Malki e Cristina Navalon**

Título: **Psicologia clínica social e a criança vitimizada**

Autoria: **Antonio Augusto Pinto Jr. e Leila Salomão C. Tardivo**

Título: **Psicoterapia nos serviços públicos**

Autoria: **Marta Elizabeth de Souza**

## **MTL03 - Grupoterapias em Diferentes Contextos**

Coordenação: **Ruy de Mathis**

Título: **Dialogia, narrativa e mudança em psicoterapia de grupo: contribuições construcionistas sociais**

Autoria: **Emerson F. Rasera e Marisa Japur**

Título: **Sobre neurose de transferência**

Autoria: **Edilberto Clairefont Dias Maia**

Título: **Referência e categorização no processo discursivo em terapias de grupo**

Autoria: **José Carlos Cavalheiro da Silveira**

Título: **Atendimentos grupais em reabilitação psicossocial**

Autoria: **Sergio Vieira Bettarello**

## **MTL04 - Aspectos Sócio-Históricos e Filosóficos da Psicoterapia**

Coordenação: **Heloisa Fleury**

Título: **Informal, nômade, tradicional – ação dos psicólogos psicoterapeutas em seus grupos de estudo**

Autoria: **Luiz Antonio Guimarães Canello**

Título: **Atitude Psicoterápica e atitude filosófica**

Autoria: **Roberto Novaes de Sá e Crisóstemo Nascimento**

Título: **Psicoterapia de Grupo em duas clínicas-escola – relato de experiências**

Autoria: **Lenise A. C. Nogueira e Algaídes de M. Rodrigues**

Título: **Conjugalidade: reflexões sobre o campo da intersubjetividade**

Autoria: **Andrea Gonçalves Dias e Maria Lucia C. Romera**

Título: **Sócio-Histórica na Psicoterapia com Adultos**

Autoria: **Joaquim Quintino Aires**

## **MTL05 - Da Fenomenologia à Psicoterapia**

Coordenação: **Vera Montagna**

Título: **A morte na contemporaneidade sob a perspectiva fenomenológica existencial**

Autoria: **Ingrídi Dias Calmon de Alencar**

Título: **Análise e existência**

Autoria: **Wilson Soares Leite**

Título: **Contribuições da fenomenologia existencial à psicoterapia do ser-no-mundo com bulimia**

Autoria: **Patricia Pazinato e Luciene Freitas Duarte**

Título: **Detecção precoce de depressão materna**

Autoria: **Sonia Motta**

## **MTL06 - Psicoterapia Breve em Diferentes Situações**

Coordenação: **Elie Cheniaux**

Título: **Psicoterapia breve infantil: avaliação diagnóstica e planejamento terapêutico a partir do referencial do desenvolvimento**

Autoria: **Irani Tomiatto de Oliveira e Leila S. La Plata C. Tardivo**

Título: **A relação da psiquiatria com a psicoterapia breve integrada**

Autoria: **Neide dos Santos Carstens**

Título: **Aportes teóricos para uma psicoterapia breve psicodinâmica para o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)**

Autoria: **Claudia Maria Sodr **

Título: **Psicoterapia breve na orientação do jovem com deficiência física**

Autoria: **Mônica Maria de Angelis Mota**

## **MTL07 - Integrando Conceitos em Psicoterapia**

Coordenação: **Álvaro Ancona de Faria**

Título: **O humano corpo, a subjetividade somática na visão de Stanley Keleman**

Autoria: **Sonia Maria de Andrade Barros**

Título: **A convenção de Maxwell e processos de mudança em psicoterapia**

Autoria: **Corinna Schabbel**

Título: **O ouvir na relação terapêutica – um estudo exploratório**

Autoria: **Adriana Guimarães Rodrigues e Ailton Amélio Silva**

Título: **Repensando os conceitos e práticas profissionais, a partir de uma perspectiva sistêmica novo-paradigmática**

Autoria: **Maria José Esteves de Vasconcelos e Sonia Maria Coelho**

## **MTL08 - Psicoterapia em Novos Contextos**

Coordenação: **Zuleika Fátima Vitoriano Olivan**

Título: **Grupo de apoio a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar**

Autoria: **Dulce Custódio Pereira**

Título: **Família, violência e inclusão: por uma clínica social**

Autoria: **Ana Maria Silva Neves**

Título: **O que acontece nas sessões dos plantões psicológicos?**

Autoria: **Paulo Sérgio Guimarães de Luna Freire**

Título: **Estudo institucional do atendimento de uma criança diagnosticada como autista**

Autoria: **Rogério Lerner**

Título: **Algumas Reflexões sobre Integração de Abordagens Psicoterápicas do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora**

Autoria: **Rodrigo da Cunha Teixeira Lopes**

## **MTL09 - O Adoecer na Atualidade**

Coordenação: **Michael Harald Achatz**

Título: **Transtorno do pânico como uma lacuna na história: uma leitura sócio-psicológica**

Autoria: **Jacqueline de Oliveira Moreira**

Título: **As novas formas de adoecer: a produção de subjetividades perversas e a questão terapêutica**

Autoria: **Regina Barbosa Fernandes Simões**

Título: **Crise de Identidade – do policial à criança**

Autoria: **Alexandre Andrade Loch**

Título: **Câncer de mama: mulheres valorizando a vida**

Autoria: **Acidália Ferraz Oliveira e Janaína Valéria A. Brito**

## **MTL10 - As Diferentes Escutas – Teorias e Clínica**

Coordenação: **Emília Aparecida Calixto Afrange**

Título: **Estudo de caso clínico e institucional: a paranóia**

Autoria: **Rodrigo Torres Oliveira**

Título: **Pesquisa em Psicanálise**

Autoria: **Sebastião Abrão Salim**

Título: **A fenomenologia daseinsalanalítica na aproximação da condição artística - relato de caso**

Autoria: **Patricia Ribeiro Zukauskas**

Título: **O Caso: experiência de um acompanhamento psicoterápico de uma adolescente abrigada**

Autoria: **Cérise Alvarenga e Soraia C. Silva**

Título: **Aspectos da auto-estima no adolescente deficiente auditivo**

Autoria: **Miriam Halpern Goldstjan**

## **MTL11 - A Dinâmica das Somatizações**

Coordenação: **Maria Rosa Spinelli**

Título: **Drogadicção feminina: a experiência de um percurso**

Autoria: **Silvia Brasileiro**

Título: **Orientação psicopedagógica destinada a pacientes com dor crônica**

Autoria: **Ruth Velasquez**

Título: **Paciente com transtorno de somatização como expressão de luto patológico**

Autoria: **Daniel Maffasioli Gonçalves e Rogério Wolf Aguiar**

Título: **As vicissitudes do processo psicoterápico – o paciente de difícil acesso**

Autoria: **Miriam Catia Bonini Codorniz**

## **MTL12 - Contemporaneidade e Ciclos de Vida**

Coordenação: **Rosa Maria Macedo**

Título: **Práticas psicoeducativas Integradoras: um olhar crítico-cultural**

Autoria: **André Feitosa e Prof. F. S. Cavalcante Jr.**

Título: **A velhice idealizada (concebida) e a velhice vivida**

Autoria: **Lúcia Helena da Silva Zani**

Título: **Atendimento psicoterapêutico conjunto pais-criança em serviço ambulatorial**

Autoria: **Rosimeire Aparecida Silva Marra e João Luiz Leitão Paravidini**

Título: **Angústia, Existência e contemporaneidade**

Autoria: **Jurema Barros Dantas**

Título: **Traficando emoção: o RAP como ferramenta na continência e perlaboração das experiências de injustiça, rancor, marginalização e outros elementos do psíquico**

Autoria: **Waldo Hoffmann**

## **Mesas Redondas (MR)**

**Datas e Horários: consultar grade de atividades**

- MR01 – Linguagem Verbal e Não Verbal em Psicoterapia de Crianças**
- MR02 – Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Diferentes Abordagens**
- MR03 – Sobre Sigilo**
- MR04 – Emoção e Psicoterapia**
- MR05 – Psicoterapia: Compromisso Social**
- MR06 – Psicoterapia e Neurociências**
- MR07 – Psicoterapia e Interconsulta**
- MR08 – Linguagem, Metáfora, Tratamento e Mercado das Psicoterapias**
- MR09 – Psicoterapia na Instituição**
- MR10 – Psicoterapia, Religião e Religiosidade**
- MR11 – Psicoterapias Grupais – Convergências e Diferenças**
- MR12 – Evidências em Psicoterapia**
- MR13 – Psicoterapia – Corpo e Arte**
- MR14 – Neuropsicologia, Psicoterapia e Modelos Neurais**
- MR15 – Crise e Trauma**

### **MR01 – Linguagem Verbal e Não Verbal em Psicoterapia de Crianças**

Coordenação: **Telmo Kiguel**

Relatores:

**Amélia Vasconcelos** - Interface não verbal / verbal através da dança

**Gilca Zlochevski** - Visão psicodinâmica

**Silvia Petrilli** - Visão psicodramática

### **MR02 – Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Diferentes Abordagens**

Coordenação: **Maria Cristina de Oliveira Contigli**

Relatores:

**Antonio Carlos Lopes**

**Antonio Geraldo da Silva** – Psicoeducação

**Lucia Marlmustin** - Psicoterapia Integrada

### **MR03 – Sobre Sigilo**

Coordenação: **Humberto Verona**

Relatores:

**Carlos Roberto Drawin**

**Marcus Vinicius de Oliveira Silva**

**Rogério Wolf Aguiar**

### **MR04 – Emoção e Psicoterapia**

Coordenação: **Geraldo Francisco do Amaral**

Relatores:

**Helôisa Junqueira Fleury** - Emoção no processo de mudança em psicoterapia

**José Toufic Thomé** - Vivência relacional

**Roberto Kehdy** - Vínculo pelo vértice Winnicotiano

**Waldemar José Fernandes** - Experiência emocional, vínculo e psicoterapia

## **MR05 – Psicoterapia: Compromisso Social**

Coordenação: **André Leonardi**

Relatores:

**Antonio Lancetti**

**Fernando Gonzáles**

**Maria da Graça Marchina Gonçalves**

**Sérgio Kehdy**

## **MR06 – Psicoterapia e Neurociências**

Coordenação: **Miguel Chalub**

Relatores:

**Elie Cheniaux** - Interface Neurociência e Psicanálise - O efeito do tratamento psicanalítico sobre o cérebro

**Vera Lemgruber** - Efeito Carambola e Plasticidade Neuronal

**Yusaku Soussumi** - Neuropsicanálise e Neurociência

## **MR07 – Psicoterapia e Interconsulta**

Coordenação: **Mauro Porcu**

Relatores:

**Geraldo Francisco do Amaral**

**Julieta Quayle**

**Leticia Furlanetto**

**Therezinha Penna**

## **MR08 – Linguagem, Metáfora, Tratamento e Mercado das Psicoterapias**

Coordenação: **Maria Lucia Araújo Andrade**

Relatores:

**Denise Campos** - Metáforas na fala do paciente: analogia cognitiva ou equivocidade sonora

**Francisco Martins** - Édipo e metáfora

**Marcelo Nicareta** - As psicoterapias tradicionais e o mercado dos tratamentos psicoterápicos

**Maria do Rosário Dias Varella** - Acolhimento de pacientes psicóticos

## **MR09 – Psicoterapia na Instituição**

Coordenação: **Sâmia Simurro**

Relatores:

**José Ricardo Pinto de Abreu**

**Luis de Moraes Altenfelder Silva Filho** - Psicoterapia de grupo psicodramática com psicóticos

**Michael Harald Achatz** - A empresa familiar como campo de atuação para o psicoterapeuta – considerações a partir de um caso

**Oswaldo Ferreira Leite Neto** - Psicoterapia psicanalítica no I P. da FMUSP

**Regina Gribel** - Intervenção institucional

## **MR10 – Psicoterapia, Religião e Religiosidade**

Coordenação: **Fabio Firmino Lopes**

Relatores:

**Francisco Lotufo Neto**

**Nairo de Souza Vargas**

**Telmo Kiguel**

## **MR11 – Psicoterapias Grupais – Convergências e Diferenças**

Coordenação: **Edilberto Clairefont Dias Maia**

Relatores:

**Beatriz Silvério Fernandes** - Psicoterapia de grupo: o que é o grupo infantil - e o que promove

**Maria Cecília Veluk Dias Baptista** – Psicoterapia – grupo / família

**Terezinha Tomé Baptista** – Psicodrama: um destaque para *fases* e *contextos* de uma sessão grupal psicodramática

## **MR12 – Evidências em Psicoterapia**

Coordenação: **Bernard Rangé**

Relatores:

**Denis Roberto Zamignani** - Acessibilidade ao dado nas pesquisas sobre o processo em psicoterapia

**Simone Neno**

**Sonia Beatriz Meyer** - Principais resultados das pesquisas da psicoterapia baseada em evidências

## **MR13 – Psicoterapia – Corpo e Arte**

Coordenação: **Reginaldo T. Coelho**

Relatores:

**Carlos Rosário Briganti**

**Maria Rosa Spinelli**

**Selma Ciornai**

## **MR14 – Neuropsicologia, Psicoterapia e Modelos Neurais**

Coordenação: **José Benedicto Maroni**

Relatores:

**Andréa Junqueira** - Darwinismo, seu modelo mental e a psicoterapia

**Claudio Frankenthal** - A utilização das redes neurais artificiais para a simulação do modelo de aparelho psíquico proposto por Freud no "Projeto"

**Maria Clara Nassif** - Psicoterapia e neuropsicologia

## **MR15 – Crise e Trauma**

Coordenação: **Claudia Sodrê Vieira**

Relatores:

**Eduardo Ferreira-Santos**

**Othon Vieira Neto**

**Plínio Montagna**

## **Seminários Clínicos**

**11/Outubro - 3ª feira – 12:30 às 14:00 horas**

**Ana Maria Serra**

**David Epelbaum Zimerman**

Coordenação: **Maria Rosa Spinelli**

**José Fonseca**

**Plínio Montagna**

**Rosa Maria Macedo**

**Fátima Vasconcelos**

Coordenação: **Antonio Geraldo da Silva**

---

## **Simpósios**

**11/Outubro – 3ª feira – 16:00 às 17:30**

Tema: **Mudança Psíquica**

Coordenação: **Fernando Gomes**

**Cristiano Nabuco de Abreu**

**Ively Taralli**

**Luis Carlos Mabilde**

**Maria Amália Faller Vitale**

\* \* \* \* \*

Tema: **Psicoterapia e Sexualidade**

Coordenação: **Ana Maria Costa**

**Carmem Santana** - Arte-terapia e sexualidade

**Carmita Najjar Abdo** - Psicoterapia de tempo limitado para disfunção sexual

**Luis Altenfelder** - Sexualidade no paciente psicótico

\* \* \* \* \*

Tema: **Formação em Psicoterapia**

Coordenação: **Waldemar Fernandes**

**Irismar Reis de Oliveira**

**José Fonseca**

**Luiz Alberto Hanns**

**Mario Lúcio Alves Batista**

\* \* \* \* \*

Tema: **Junguiano**

Coordenação: **Álvaro Ancona de Faria**

**Dartiu Xavier da Silveira**

**Iraci Galiás**

**Maria Odila Butti de Lima**

## **Plenária 1**

**10/Outubro - 2ª feira - 11:00 às 12:30**

### **Pesquisa em Psicoterapia – Diferenças e Complementaridades**

Coordenação: **João Alberto Gomes de Carvalho**

**Irismar Reis de Oliveira**

**Luiz Alberto Hanns**

**Marco Chiesa**

**\* \* \* \* \***

## **Plenária 2**

**10/Outubro - 2ª feira - 14:00 às 15:30**

### **Convergências e Diferenças Visões de Futuro da Psicoterapia como Ciência e Profissão**

Coordenação: **Luis Alberto Hanns - Ana Bock**

**Alfred Pritz**

**Michel Heller**

**Oswaldo José Filidoro**

**\* \* \* \* \***

# **EXPERIÊNCIA EMOCIONAL, VÍNCULO E PSICOTERAPIA**

## **EMOTIONAL EXPERIENCE, LINK AND PSYCHOTERAPY**

Trabalho inédito, apresentado em Mesa redonda no I Congresso Brasileiro de Psicoterapia e II Encontro Brasileiro de Psicoterapia – Belo Horizonte, outubro/2005.

**Autor:**

*Waldemar José Fernandes*

Médico psiquiatra credenciado no Departamento de Psicoterapia da ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria; Membro fundador e docente da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo e do NESME - Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares. Fundador e diretor de eventos da ABRAP - Associação Brasileira de Psicoterapia. Coordenador Geral do evento conjunto: I Congresso Brasileiro de Psicoterapia [ABRAP] e II Encontro Brasileiro de Psicoterapia [Dep. Psicoterapia da ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria].

**Endereço:**

Rua Turiaçu, 143, conjunto 134, CEP 05005-001, São Paulo, SP  
Fone cs. (55.11) 3825-5305; fone / fax res. (55.11) 3873-4105

**Endereço Eletrônico:** [wbfernandes@terra.com.br](mailto:wbfernandes@terra.com.br)

## EXPERIÊNCIA EMOCIONAL, VÍNCULO E PSICOTERAPIA

### RESUMO:

Na moderna psicanálise vincular as expressões - experiência emocional, vínculo, psicoterapia - que intitulam este trabalho, na verdade são indissociáveis. O autor inicialmente discorre sobre cada uma dessas expressões, mostrando sua influência bioniana e enfatizando a ligação entre experiência emocional e fantasia inconsciente.

As Fantasias Inconscientes, inatas, serão estudadas como correlato mental das pulsões, sendo experimentadas como acontecimentos físicos reais, representantes dos mecanismos de defesa contra as demandas pulsionais e derivadas da matriz do Id, de acordo com Susan Isaacs.

É conceituado Vínculo e suas dimensões intra-subjetiva, intersubjetiva e transubjetiva. O conceito de psicoterapia e o referencial psicanalítico são apresentados, assim como o dispositivo grupal do processo.

Discute-se sobre a grupalidade interna e aspectos vistos por Freud da psicologia individual e da psicologia social.

A seguir, o autor mostra que o desenvolvimento do movimento psicoterápico soube vencer suas crises e que pode contribuir com o pensar, mesmo neste período de resultados imediatos. Assim, são conhecidas atualmente grande diversidade de psicoterapias individuais e grupais, muitas baseadas na compreensão psicanalítica.

É enfatizado que, apesar dos avanços biológicos, parece válida a máxima de Henri Ey: “Se a psicoterapia nem sempre é suficiente, pelo menos é sempre necessária”.

Finaliza propondo que o foco da atenção do psicoterapeuta não esteja no indivíduo, mas sim no vínculo, que é um espaço, um ponto de contato que, tal como o hífen, separa e une.

**Unitermos:** Experiência emocional; vínculo; fantasia; psicoterapia; Psicanálise dos vínculos.

## EMOTIONAL EXPERIENCE, LINK AND PSYCHOTERAPY

### SUMMARY:

In Modern linking Psychoanalysis the expressions emotional experience, link, psychotherapy - that entitle this work - are indeed indissociable. The author explains each expression, showing us his bionian influence and emphasizing the connection between emotional experience and unconscious fantasy.

The unconscious fantasy, inborn, will be studied as mental correlate of impulses that are experienced as real physical events, representing defense mechanisms against impulse demands and derived from the id matrix, according to Susan Isaacs.

It is given the concept of linking and its intra-subjective, inter-subjective and trans-subjective dimensions. The concept of psychotherapy and the psychoanalytical basis are presented as well as the group disposal of the process.

It discusses about the internal group and aspects reported by Freud about individual and social psychology.

Afterwards, the author shows that the development of psychotherapeutic movement won its own crisis and can contribute with thoughts, even nowadays when immediate results are expected. Therefore, we know today a great number of individual and group psychotherapies based upon the psychoanalytical comprehension.

It's pointed out that, in spite of biological progress achievements, it seems very accurate the statement of Henri Ey: “If psychotherapy is not always enough, at least it is always necessary”.

He ends by proposing psychotherapists to focus their attention not upon the individual, but on the linking, which is a place, an approaching point, that like a hyphen, separates but gathers too.

**Key-words:** Emotional experience; link; fantasy; linking Psychoanalysis.

# EXPERIÊNCIA EMOCIONAL, VÍNCULO E PSICOTERAPIA

Waldemar José Fernandes

“Não se prestou atenção suficiente ao fato de que, na expressão ‘relação objetal’, a palavra ‘relação’ era a mais importante.. Em outras palavras, o estudo das relações é antes o dos elos que o dos termos unidos por eles”.

André Green (1988)

## Introdução

Na moderna psicanálise vincular as expressões - *experiência emocional*, *vínculo*, *psicoterapia* - que intitulam este trabalho, na verdade são indissociáveis. Embora venham sendo muito usados em artigos científicos e na linguagem diária, nem sempre sua conceituação tem sido clara. Pretendemos discorrer e refletir sobre os mesmos.

Na abertura do livro *O aprender com a experiência*, de 1962, Bion (1) afirma que: “...este livro terá fracassado se a própria leitura não for uma *experiência emocional*. Minha esperança é que seja uma experiência que conduza a uma ampliação da capacidade do analista para mobilizar os próprios recursos de conhecimento, observação clínica, construção teórica...”

Se fizermos uma leitura ampla das obras de Bion verificaremos que para esse autor experiência emocional é uma expressão-chave, “que destaca enfaticamente a diferença que há, na situação analítica, entre o aprender *acerca* das coisas e o aprender emocionalmente *com* a experiência das coisas”, como esclarece Zimmerman (2). Vale a pena separarmos a expressão nas duas palavras que a compõem – *experiência* e *emocional*.

A palavra experiência, nos diversos dicionários, tem os principais significados: - Ato ou efeito de experimentar; - conhecimento adquirido graças aos dados fornecidos pela própria vida.

Já o adjetivo *emocional* refere-se à emoção, que segundo o Dicionário etimológico de Cunha (3) vem do francês *émotion*, derivado do latim *emovere* - pôr em movimento, ou seja, forma-se, a partir de certa ação pulsional, um *movimento na mente*.

Para nós, emoção se relaciona com as pulsões, que estão no limite mente - soma, representando na psique aquilo que se origina no interior do organismo. A meta das pulsões é sempre a satisfação. Como diz Zimmerman: (2)

“O representante mental da pulsão ligada ao objeto é a fantasia inconsciente e o impacto da pulsão sobre o objeto gera a *experiência emocional* no inconsciente. A partir daí, Bion sugere que a emoção busca uma forma de expressão e uma representação simbólica para ser pensada”.

Assim, a ligação entre experiência emocional e fantasia inconsciente vai se esboçando.

## Fantasias Inconscientes

As fantasias inconscientes, correlato mental das pulsões, são ativas e onipresentes. Dependendo da sua natureza e de como se relacionam com a realidade externa teremos alterações nas características psicológicas individuais (4).

As “idéias” que representam a pulsão são as fantasias primitivas originais. A ação de uma pulsão é representada pela fantasia de satisfação desse instinto por um objeto apropriado, sendo experimentados como acontecimentos físicos reais.

Se a experiência emocional for um sentimento de dor, a psique pode ter uma imagem visual de alguém chorando, gritando, algo assim, um *ideograma*, o que pode gerar narrativas de situações traumáticas reais ou assistidas em um filme violento, por exemplo.

David E. Zimerman, em seu *Vocabulário contemporâneo de psicanálise* de 2001 (2) refletindo sobre Klein e especialmente Susan Isaacs, enfatiza (em minhas palavras): a) as fantasias, além de representarem as pulsões na mente, são também representantes dos mecanismos de defesa contra as demandas pulsionais; b) são inatas e primariamente inconscientes; c) são crenças na atividade de objetos internos, sentidos como se fossem palpáveis.

Para Susan Isaacs, as fantasias são derivadas da *matriz do Id*

“..., a fantasia é o vínculo que existe entre o impulso do id e o mecanismo do ego, o meio pelo qual um se transforma no outro... Quero comer aquilo e, portanto comi-o é uma fantasia que representa o impulso do id na vida psíquica; ao mesmo tempo, é a experimentação subjetiva do mecanismo ou função de introjeção”. (5)

As experiências de realidade influenciam e são influenciadas pelas fantasias inconscientes, que acompanham invariável e inevitavelmente as experiências reais, com quem estabelecem interação. Estão constantemente influenciando e alterando a percepção e interpretação da realidade, a qual, da mesma forma, exerce um impacto sobre a fantasia inconsciente, seja reforçando-a, alimentando-a ou a contrariando.

O princípio da realidade é apenas o princípio do prazer modificado pelo teste da realidade. O pensar é uma *modificação da fantasia inconsciente, processada, evoluída*. Esse item foi exaustivamente estudado por Bion, com relação ao vínculo do conhecimento.

“A riqueza, a profundidade e a acuidade do pensar de uma pessoa dependerão da qualidade e da maleabilidade da vida de sua fantasia inconsciente e de sua capacidade para submetê-la ao teste da realidade”. (6)

### **Vínculo e Processos Vinculares**

Frequentemente se usa a expressão Vínculo, mas há divergências e certa confusão conceitual, a respeito. Para nós, “Vínculo é uma estrutura relacional entre duas ou mais pessoas e também entre partes da mesma pessoa, situação em que ocorre uma experiência emocional”, como podemos encontrar em Fernandes, WJ.; Svartman, B.; Fernandes, B.S., em texto de 2003 (7). O conceito de vínculo abrange a transferência e a contratransferência.

Nessas inter-relações que estudamos na concepção do vínculo, há sempre três espaços ou dimensões, podendo predominar qualquer uma delas, dependendo do momento: intra-subjetiva, intersubjetiva e transubjetiva:

1. A dimensão **intra-subjetiva** abrange a inter-relação dos objetos internalizados, como se vinculam consciente, pcs e ics, os pensamentos com os sentimentos, id, ego e superego, os grupos internos entre si etc.
2. A dimensão **intersubjetiva**: envolve as diferentes formas de como cada um de nós se relaciona com os outros.
3. Já a dimensão **transubjetiva** tem a ver com as diversas modalidades de vinculação com as regras, leis e valores, com a sociedade e a cultura de cada região e com as fantasias inconscientes que todos compartilhamos, contidas nos mitos, lendas, e demais narrativas de origem e produção grupal.

Alguns importantes pensadores argentinos, como Puget, Berenstein, Bernard, entre outros, entendem o vínculo como entidade **apenas interpessoal**. (8). Em qualquer de suas acepções, em psicanálise dos vínculos damos muita importância à presença do “outro real externo”, esse outro, que é diferente de nós, e com quem teremos de conviver, na cultura, nas instituições e na sociedade.

O vínculo não é palpável, nem visível, e tem no cerne de sua conceituação a **experiência emocional**, intimamente relacionada com a **fantasia inconsciente** - tudo isso não é nada concreto. Como trabalhar então? Penso que na relação grupal os vínculos analista-pacientes e os vínculos dos pacientes entre si se manifestam principalmente através

da comunicação verbal, além de todas as outras formas de comunicação. É por aí que podemos trabalhar, sem nos prendermos a abstrações teóricas.

É através da comunicação que podemos estudar as vinculações, e apreender o colorido de amor, ódio, busca de conhecimento, gratidão, reconhecimento privilegiado etc., que caracterizam cada vínculo.

Entretanto, temos de ter cuidado com as palavras, pois parte da diversidade de pensamentos aparecem no grupo através das expressões verbais de cada um. Assim, tem-se dito com frequência que as palavras não significam o mesmo para todas as pessoas. “É mais exato dizer que as palavras não significam absolutamente. Apenas as pessoas significam, e as pessoas não querem dizer o mesmo com todas as palavras”. (9)

Na comunicação grupal, tanto quanto no dia-a-dia, é muito comum se ouvir algo diverso do que se espera, com a imediata reação de má-vontade em reconhecer a possível qualidade do outro e de sua comunicação. Nesse caso, a desqualificação é freqüente, havendo um mal-entendido que poderia ser explicado assim: se é diverso de minha expectativa, então está *contra mim*, como fica fácil de compreender dentro da teoria kleiniana da posição esquizoparanóide. (10)

Um casal dizia: marido – Você deu um escândalo porque eu não te dei um prato de sobremesa quando fui me servir. Esposa – Você não se desculpou e ainda disse que eu é que deixo as portas abertas e que não faço nada do que você pede! Neste fragmento está contido algo muito simples: em vez de cada envolvido pensar quanto é responsável pelo que está acontecendo e como poderia tentar melhorar as coisas, é mais fácil acusar o outro, mesmo que isso só alimente o processo violento de acusações e conseqüente desgaste no relacionamento.

Diferenças culturais e raciais podem ser interpretadas da mesma forma, dando a certas populações excluídas, a conotação de inimigas, que devem ser evitadas, sendo que tão forte preconceito afeta a convivência diária e favorece tanto a violência como a exclusão.

## **Psicoterapia**

Estamos considerando que psicoterapia é um tratamento - que ocorre através de meios psicológicos - de questões de natureza emocional, numa relação entre um ou mais psicoterapeutas com treinamento adequado, e um ou mais clientes motivados, com setting presidido pelo(s) psicoterapeuta(s), em que se procura remoção, modificação ou retardo dos sintomas existentes, dos padrões perturbados de comportamento e promoção do crescimento mental dos participantes.

As psicoterapias podem ser mais ou menos diretivas, com abordagens teóricas diversas, individuais ou grupais, sempre valorizando o Encontro Terapêutico.

Nosso referencial teórico é psicanalítico, portanto valorizando o inconsciente, a repressão, a resistência, a transferência e a contratransferência. Sendo Bion, um dos autores que mais apreciamos, é natural que seja valorizado ainda o pensar, o crescimento pessoal, verdadeiro *universo em expansão*, que a experiência psicanalítica pode promover.

As psicoterapias psicanalíticas ocorrem com objetivos semelhantes à da psicanálise tradicional, embora com menor ambição quanto aos resultados, pois muitas vezes sucedem em tempo muito menor e com menor número de sessões semanais. Algumas vezes são realizadas de forma multipessoal, quando se trabalha com famílias ou instituições, por exemplo. De uns quinze anos para cá uma expressão vem surgindo e se fortalecendo no meio psi, *psicanálise vincular*, referindo-se ao trabalho psicanalítico multipessoal ou vincular, como veremos a seguir.

A Psicanálise dos Vínculos ou Psicanálise das Configurações Vinculares é uma forma de organizar conhecimentos já existentes e de abrir um campo de estudo amplo a respeito da Psicanálise, abrangendo os grupos em geral, famílias, casais e instituições. Pode ser a base do estudo dos grupos tanto com finalidades terapêuticas quanto não terapêuticas, ou seja, a partir

de uma compreensão psicanalítica dos fenômenos grupais, iremos trabalhar de acordo com os objetivos e finalidades propostas em cada grupo.

Mas, e a grupalidade interna?

A psicologia individual e a psicologia social que didaticamente aparecem separadas, se examinadas mais de perto, mostrarão que apenas raramente e em condições excepcionais, a psicologia assim chamada individual, se acha em posição de desprezar as relações desse indivíduo com os outros.

“Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que, desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado, mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social”, como já dizia Freud, em 1921, (11).

Além disso, desde o nascimento vai-se internalizando e registrando uma série de personagens que têm importância vital - como pais, irmãos, avós e outros - que formam um grupo interno, interagem nesse espaço intra-subjetivo e interferem nas escolhas e decisões do dia-a-dia.

Casal, família, grupo e instituição são configurações de manifestações intersubjetivas. Quando falamos de vínculos intersubjetivos, estamos falando numa ligação em nível de egos e também de id, incluindo o fato de que o indivíduo porta dentro de si partes alheias, *em fantasia*.

No mundo intra-subjetivo, os conteúdos psíquicos, ou seja, as *fantasias inconscientes*, têm uma configuração grupal, formam um grupo interno e, conforme se configuram, produzem as *configurações mentais*, como as posições kleinianas, por exemplo.

Assim, na abordagem psicanalítica vincular, nós estaremos interessados no indivíduo, com sua grupalidade interna, no grupo e suas comunicações interpessoais, valorizando o outro real externo, assim como o mundo externo onde grupo e indivíduos estão inseridos.

## **O trabalho com grupos**

Originalmente, a fantasia pertence ao funcionamento em termos do princípio do prazer - sofrimento. Desde cedo, o bebê sadio tem algum conhecimento de suas necessidades e certa capacidade de comunicá-las à sua mãe. Quando interage com o mundo precisa testar suas fantasias numa espécie de cenário da realidade. Para Hanna Segal, a origem do pensamento reside no processo de testar a fantasia nesse cenário da realidade. Ou seja - “o pensamento não apenas contrasta com a fantasia, mas nela se baseia e dela deriva” (6).

A experiência psicanalítica de Bion mostrou que na mente existe uma função vinculadora que dá sentido e significado às experiências emocionais - o Vínculo K, do conhecimento. Conhecer é um processo criativo, é uma parte do pensar, mecanismo que é ativado a partir da necessidade instalada pela percepção de que não se sabe alguma coisa, sendo o processo psicoterápico grupal ideal para a aprendizagem a partir da diversidade grupal.

As fantasias têm uma qualidade interessante que é a capacidade de serem dramatizadas, especialmente em forma visual. A dramatização do conflito será transformada em um relato dirigido ao grupo e ao terapeuta, engendrando novos vínculos novas interações e possibilidades de trocas.

Dessa forma, o vínculo é eficaz, não só na ancoragem e na sustentação das especificidades sintomáticas singulares, mas também nas suas possibilidades de transformação, de acordo com a idade, tipo de vínculo e modalidades psicopatológicas implicadas.

O sujeito, que se constitui nestas vinculações primordiais, obtém no seio de outro vínculo, que é a transferência analítica, uma de suas maiores possibilidades de mudança, mais

ainda nos dispositivos vinculares, especialmente desenhados para destacar a potencialidade transformadora das relações humanas.

Atualmente, fazem parte de nosso dia-a-dia com a grupalidade, todas as formas de trabalho com grupos, terapêuticos ou não, e não faltam exemplos, como os grupos de apoio, os operativos, de reflexão, de psicoterapia breve, de discussão, grupos homogêneos de reabilitação social com portadores de HIV, de pais, de gestantes, de discussão sobre relacionamento profissional - clientes, e tantos outros.

### **Finalizando**

Mais do que este ou aquele método psicoterápico e independentemente se a psicoterapia é individual ou grupal, o importante é a *atitude psicoterápica*, isto é, a tentativa de entender o paciente integralmente e a constante busca do que acontece na relação psicoterapeuta - cliente. Os conhecimentos da psicodinâmica mostram que é fundamental a qualidade do vínculo emocional que mantemos com os clientes, o real apoio que necessitam e o respeito a certas defesas essenciais.

Todas as teorias psicodinâmicas podem ser úteis. Certamente ajudarão o terapeuta a trabalhar. Entretanto, as grandes dificuldades nessa atividade estão no campo das transferências-contratransferências. Sendo assim, em nossa opinião, o psicoterapeuta deve ter passado pelo processo psicanalítico, vá ou não trabalhar psicanaliticamente, pois, para lidar com aspectos psicóticos seus e dos pacientes dependerá de si mesmo como ferramenta principal.

Estamos vivendo um momento onde muitas vezes se receita a mesma gama de medicamentos, seja qual for o sintoma. A sociedade atual quer tirar de sua frente a realidade da violência, da angústia e do conflito. Se há sofrimento psíquico, a primeira idéia é que haverá uma anomalia no funcionamento da célula nervosa ou glandular, que tem de ser eliminada.

Por outro lado, o desenvolvimento do movimento psicoterápico mostra que soube vencer suas crises e que pode contribuir com o pensar, mesmo neste período de resultados imediatos, daí advindo a grande diversidade de psicoterapias individuais e grupais, inclusive baseadas na compreensão psicanalítica, que temos hoje em dia.

Assim, apesar dos avanços biológicos, parece válida a máxima de Henri Ey: “Se a psicoterapia nem sempre é suficiente, pelo menos é sempre necessária”. (12).

O que nos espera nestes dias, em contrapartida ao diagnóstico único, com raciocínio puramente químico, é a tentativa de integração dos avanços da psicofarmacoterapia com abordagens psicoterápicas - que possam ajudar aos que, cada vez mais, nos procuram com queixas relativas a transtornos de ansiedade, depressivos, somatizações, insucessos profissionais, conjugais e tantos outros - sempre valorizando o Encontro Terapêutico, o Pensar, a Experiência Emocional e o Crescimento Pessoal.

Desse modo, o foco de nossa atenção em nossa opinião, não deveria estar no indivíduo, mas sim no **vínculo**, que é um espaço, um ponto de contato que, tal como o hífen, separa e une.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Bion (1962) O aprender com a experiência. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1991, p.135-136.
- (2) Zimerman, D. E. (2001). Vocabulário contemporâneo de psicanálise. Porto Alegre: Artmed, 2001, p.119 e 135-136.
- (3) Cunha, A. G. (1982) Dicionário etimológico “Nova Fronteira” da língua portuguesa. Rio de Janeiro: 1982, p.292.
- (4) Fernandes, W. J. (1995) Articulação Vínculo - fantasia inconsciente. Anais do III Encontro Luso-Brasileiro de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo; II Encontro Luso-Brasileiro de Saúde Mental; I Congresso de Psicanálise das Configurações Vinculares. Guarujá: Edição NESME - Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares, 1995, p.288-290.
- (5) Isaacs, S. (1952). A natureza e função das fantasias. In Klein, M.; Heimann, P.; Isaacs, S; Riviere, J. Os progressos da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978, p.119.
- (6) Segal, H.(1964 - 1973) Fantasia. In Segal, H. Introdução à obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975, p.34.
- (7) Fernandes, W. J.; Svartman, B.; Fernandes, B. S. (2003) Grupos e configurações vinculares. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.44.
- (8) Puget, J.; Berenstein, I. (1986) Psicanálise do casal. Porto Alegre: Artmed, 1993, p.15-6.
- (9) Berlo, D. K. (1985) O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática. São Paulo, Martins Fontes, 1985, p.173.
- (10) KLEIN, M. (1946) Melanie Klein. Inveja e gratidão e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p.20.
- (11) Freud, S. (1921). Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, v.XVIII, 1976, p.91.
- (12) Ey, H; Bernard, P.; Brisset, C. (1978) Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Masson Ed., 5. edição, 1981, p.1072.

# **PSICOTERAPIA DE GRUPO: O QUE É O GRUPO INFANTIL – E O QUE PROMOVE**

## **GROUP PSYCHOTHERAPY: WHAT'S THE CHILDREN'S GROUP IS AND WHAT IT PROMOTES**

Trabalho apresentado no Pré-Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Belo Horizonte, outubro de 2005, no evento conjunto: I Congresso Brasileiro de Psicoterapia e II Encontro Brasileiro de Psicoterapia.

**Autora:**

*Beatriz Silverio Fernandes*

Psicóloga clínica, membro fundador e docente do NESME – Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares e SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, membro da ABRAP – Associação Brasileira de Psicoterapia.

**Endereço:**

Rua Turiaçu, 143, conjunto 134, CEP 05005-001, São Paulo, SP  
Fone cs. (55.11) 3825-5305; fone / fax res. (55.11) 3873-4105

**Endereço Eletrônico:** [wbfernandes@terra.com.br](mailto:wbfernandes@terra.com.br)

## **PSICOTERAPIA DE GRUPO: O QUE É O GRUPO INFANTIL – E O QUE PROMOVE**

### **RESUMO:**

Trata-se de uma experiência vivida como psicoterapeuta infantil, a partir do que é revelado algo sobre o mundo infantil, o universo dos grupos terapêuticos e dos vínculos.

A autora, através de fragmentos de sessões de psicoterapia de grupo, tece algumas reflexões que revelam indícios de como podemos observar, segundo a teoria e a prática, o crescimento dentro do trabalho grupal.

A idéia de pesquisar sobre este assunto surgiu diante de inquietações da autora frente a determinados desenhos realizados em um determinado grupo. Dúvidas surgiram sobre o que realmente estaria colaborando para o desenvolvimento dos grupos e dos indivíduos que pertenciam a este grupo.

**Palavras-Chave:** Grupo; criança; desenvolvimento.

## **GROUP PSYCHOTHERAPY: WHAT'S THE CHILDREN'S GROUP IS AND WHAT IT PROMOTES**

### **SUMMARY:**

The study relates the author's experience as a Childhood Psychotherapist, her ideas on what childhood reveals and her thoughts on world of therapy groups.

The writer, through fragments of group psychotherapy sessions, offers some reflections on how we can observe, according to theory and practice, growth in a working group.

The idea for this research project sprang from the author's inquietude with drawings done in a specific group.

Questions came up about what really might be helping with the group's development. There were also doubts as to the individuals who belonged to the group.

**Key words:** group, child; development

## **PSICOTERAPIA DE GRUPO: O QUE É O GRUPO INFANTIL – E O QUE PROMOVE**

*Beatriz Silverio Fernandes*

### **INTRODUÇÃO**

O objetivo deste trabalho é mostrar o que é um grupo, especialmente um grupo infantil, e refletir sobre o que promove crescimento no mesmo, como elemento de trabalho. Discutirei sobre como as crianças agem no grupo, como expressam seus conflitos e como se desenvolvem, tendo como objeto de estudo a linguagem gráfica e os sentimentos contratransferenciais.

O desenho dentro da psicoterapia de grupo com crianças está presente em meu trabalho clínico, quase que em todas as sessões. As crianças de 4 a 12 anos, em geral, desenhavam com muita frequência e facilidade. Falavam pouco, isto é, utilizavam mais a linguagem gráfica, do que a verbalização.

Foi a partir de observações como estas que um universo filosófico de questionamentos e dúvidas preencheu minha mente: O que é o desenho para as crianças? Para que serve? E, dentro da Psicoterapia Analítica de Grupo infantil, qual a síntese de seu emprego?

### **A Criança**

Quando tratamos de crianças, estamos tratando de um psiquismo em formação. É um psiquismo que ainda requer ser significado para poder desenvolver-se. Esta função vital de significação se realiza pelo estabelecimento de um vínculo que se instala como centro operativo da construção do aparelho psíquico.

A mãe é portadora do privilégio de ser ela a primeira matriz de significações, atua como uma verdadeira operadora e intervém na organização da estrutura mental.

É a partir deste vínculo, e através do interjogo das significações que a criança irá construir suas vinculações com o mundo. Colocará em exercício algumas discriminações e completará sua identidade. Através de renúncias e perdas sucessivas e necessárias no desenvolvimento vai incorporar e transformar a realidade.

A infância é um período rico: as possibilidades de simbolização dos fatos estão repletas de características dos vínculos mantidos com os pais, assim como das possibilidades de cada criança de abandonar seus velhos recursos e funcionar segundo o desenvolvimento alcançado.

Toda criança em qualquer situação nova, seja por troca na economia pulsional, seja por necessidade do meio, terá de construir novos modelos para poder metabolizar a nova experiência. Terá de recorrer a uma representação anterior à organização de seu mundo fantasmático e às interpretações primárias que os pais lhe propiciaram.

Este é um processo não só de desenvolvimento como também de criação. Não encontramos cópias de pais nas crianças que atendemos, mas mesclas de traços familiares, acrescidos de suas próprias individualidades psíquicas e biológicas.

A criação envolve um processo de transformação do que já foi adquirido, de obter uma brecha no sistema de representação, de conseguir um espaço para incorporação de objetos novos, assim como de perdas. A Ancoragem do psiquismo, conforme desenvolveu Kaës, em 1984 (1) e de todo o sistema vincular é a base desse processo.

Daí vem a questão: que tipo de psicoterapia ou de processo psicoterápico poderia ter os requisitos necessários para dar conta disso. Poderia ser o grupo?

## **Psicoterapia de Grupo**

Creio que há necessidade de um dispositivo que seja um bom continente para todo esse processo. O grupo terapêutico concebido como espaço de transicionalidade é um espaço de convergência e articulação de vínculos primários e secundários, do velho e do novo, do mundo imaginário e do mundo de objetos novos, de progresso e de regressão.

O vínculo, que para nós é intra, inter ou transubjetivo, pode ser segundo Pichon-Rivière (2) “um conceito operacional, configura uma estrutura de relação que inclui um sujeito, um objeto, a relação do sujeito frente ao objeto e a relação do objeto frente ao sujeito, cumprindo os dois uma determinada função”.

O vínculo é motor do desenvolvimento mental, atua desde o início da vida psíquica e vai encontrar no grupo seu lugar privilegiado para atualizar-se.

Nos grupos de crianças encontramos repetições constantes visíveis nos jogos e desenhos, o que não quer dizer um estancamento da criatividade, mas um fator característico dessa modalidade de grupos. A criança, no seu desenvolvimento, convive com numerosas funções que emergem dos vínculos, e que requerem um ritmo particular, um tempo personalizado, um espaço, prática e exercício dos mesmos para metabolização e inscrição em sua estrutura em formação.

Nenhuma repetição é exatamente igual à fantasia que a originou. A cada repetição encontramos “algo mais” devido à presença do outro real externo. Concordo totalmente com Janine Puget no seguinte aspecto: seja qual for o conceito de vínculo, o que importa é enfatizar que nossa vida é extremamente diferente, assim como nossa capacidade comunicativa, quando consideramos ou não o outro real externo! (3).

Crianças brincam; raramente falam no grupo, e é comum encontrarmos a descarga afetiva na ação. Se o processo regressivo mostra-se intenso a linguagem não se instala como mediadora entre fantasia e jogo. Vence a ação.

Nestas ocasiões, nós terapeutas de grupo, vemos nosso lugar sendo colocado em cheque, pois temos que arcar com uma função de limite frente aos rompantes dos pequenos. No entanto, é a partir do jogo grupal que se produz uma acomodação da estrutura psíquica, desde as relações com objetos, canais de descarga pulsional, desequilíbrio das defesas, crenças e até as identificações. Abre-se lugar para um aprendizado com as novas experiências.

O grupo atua como um espaço que delimita o ego. O brincar oferece possibilidade de apoio à criação de novos recursos funcionais e a expressão do desejo que se faz presente nas manifestações grupais através do interjogo de vínculos e papéis.

À medida que o grupo se desenvolve, observamos as crianças estabelecerem seus limites, especialmente no que se refere ao espaço e tempo. Reconhecem a cadeira ou o canto de cada um, e o tempo que podem fazer uso para a atenção do terapeuta.

Esses elementos se transformam em depositários da necessidade de limites e contenção frente à angústia que propicia o dispositivo grupal. A organização e regras particulares de cada grupo se transformam numa tarefa indispensável de proteção e através delas vai transcorrer todo o processo de simbolização.

Sem dúvida, é necessário que a criança possa atravessar processos de luta, de dor frente a sucessivas renúncias, para alcançar o desenvolvimento e o processo de pensamento. Necessitará encontrar uma saída do mundo narcísico, um desligamento da união intensa com as figuras primárias para poder compartilhar o terapeuta e não incrementar a fantasia de ser ele o objeto único de amor do terapeuta.

Dentro da diversidade de materiais, tintas, papel, lápis e canetas são os preferidos. Desenham, e o desenho “é o modo de expressão da criança, constitui uma língua que possui seu vocabulário e sua sintaxe”. (4).

## MATERIAL CLÍNICO

Trata-se de um grupo de quatro crianças, duas meninas e dois meninos. Uma das meninas acabou ausentando-se por um período, pois perdeu o pai, e a família não conseguia trazê-la.

João, Pedro e Maria como se pode ver na Fig. 1, desenhavam com frequência garatujas muito primitivas. Cada um criava suas figuras ou criavam coletivamente uma série de figuras. Estas eram formadas por esferas ou palitos, revelando seus aspectos primários, sua dificuldade de contato com o mundo, sua constante permanência num mundo fantasioso.

No que se refere ao conteúdo imaginário da terapeuta, era difícil entrar em contato com o mundo emocional das crianças, que pouco falavam, repetiam muitos desenhos, não conseguiam criar. Como terapeuta achava-me impotente, e um pensamento permeava minha mente - “será que estes encontros servem para alguma coisa?”.

Apenas uma constatação me alimentava. Eram os olhares que pareciam me dizer muito, mas em grego ou árabe, idiomas que eu desconheço. Portanto, a linguagem do olhar, das mãozinhas, do desenho, é que permitia alguma comunicação com meus interlocutores, era a mola propulsora do trabalho.

A caracterização foi ficando mais rica, o contato com o mundo real parecia mais presente, suas figuras estavam mais completas (Fig. 2).

Comecei, deste então, a desenhar junto com eles e criar histórias sobre os meus personagens, revelando o que eles pensavam. O meu desenho era tão primitivo quanto o deles, mas eram meus, e os pensamentos destes meus personagens, eram fruto de fantasias grupais das crianças: “Xi, ele não pode jogar, tem o pé torto. Ele queria, mas não pode. Ele é como minha mãe. Quer correr e brincar, comigo, mas não pode”. (Fig 3)

Em outros momentos de sua produção, quando eles já conseguiam falar melhor de seus mundos e os desenhos coletivos começaram a aparecer, surgiram também imagens do grupo, o que também revela crescimento e integração. Observei que apesar de permanecerem no mesmo plano, seus mundos ampliados saem do quarto fechado e vão para o mundo real externo. Eu também provavelmente saí do meu imaginário, retirei expectativas, entrando mais em contato com eles.

Num primeiro momento eles estavam impossibilitados de associar seus desenhos aos seus conteúdos imaginários, mas na medida em que era eu quem desenhava, eles iam associando mais facilmente. Juntavam-se ao meu redor e falavam todos juntos, querendo dar suas colaborações.

Gradativamente foram tomando posse de seus lápis, canetas e papéis, e puderam começar eles mesmos a construir seus desenhos e suas histórias. Introduziram cores.

Apesar de o grupo estar vivendo um clima de separação, percebemos uma evolução: a presença do pai e da mãe ou do sol e da terra - o sol como representante da figura paterna e a terra, da mãe. (Fig.4)

Após as férias, em seu retorno, retomaram seu trabalho em outra perspectiva, outra estética e outro colorido.

Cheguei a me ver, em algumas ocasiões, como um outro membro do grupo - eu desenhava sem muito conteúdo intelectual ou atenção seletiva. Eu apenas desenhava, e parece que retomava minha posição de terapeuta à medida que tinham início as histórias sobre os personagens desenhados.

Interpretava as histórias dos desenhos, como por exemplo: “Joãozinho fica triste, com raiva, com a possibilidade da mamãe dele não poder brincar junto, de estar sempre ao seu lado, tanto para ajudá-lo como para protegê-lo” (Fig. 5)

## **DISCUSSÃO DOS FATOS OBSERVADOS**

Observei com frequência como o desenho atuava frente às crianças. Algumas vezes percebia claramente que atrás do desenho se escondia uma atividade inconsciente profunda. Ora, sendo assim, penso tratar-se o desenho de uma produção no inconsciente, do objeto representado. Creio ser também em outros momentos a expressão de um gesto mágico e, algumas vezes, reparador.

M. Klein (5) “supõe que a realidade primeira de uma criança é inteiramente fantasmática”. Sendo assim, quando de posse da magia do desenho pode até projetar partes de seu ego e de seu mundo interno.

Winnicott (6) dizia que “a partir da metáfora plástica nascida do encontro do pré-consciente do terapeuta e da criança, reabilita-se o sentido inconsciente da produção contida na representação”, que no mundo infantil não pode ser vinculada à palavra. Observando estas vivências terapêuticas e ligando-as com as influências ambientais e com os processos hereditários de maturação, acabará por firmar-se uma área intermediária entre o mundo externo e interno, que vem a ser de grande importância para a vida da criança hoje, e posteriormente, amanhã, quando adulto.

Com a ajuda do terapeuta e dos demais elementos do grupo, poderemos apreender das figuras desenhadas uma série de representações que irão se configurar numa elaboração fantasmática, posteriormente permeando a realidade exterior e interior de cada um.

Com relação à contratransferência - sendo um trabalho impregnado de instabilidade e fragmentação, em função do psiquismo infantil - provoca-nos ressonâncias das fantasias inconscientes infantis.

Os aspectos não verbais, corporais, concretos, precedem cada representação. Tem-se que aceitar esse funcionamento, senão há o risco de não se conseguir ligar as comunicações não verbais às palavras, nem contribuir para a elaboração das fantasias.

Devemos levar em conta, na contratransferência, o interesse pela plasticidade, o encantamento imagético, tolerância a uma produção carregada de imagens. Esse reconhecimento do belo nesta forma de expressão nem sempre é percebido pela criança, mas ajuda na fluência de cada sessão grupal e na elaboração.

Didier Anzieu, em 1989 (7) mostrou a necessidade de se levar em conta, na vida psíquica, a existência do que chamou de “significantes formais”, isto é, representações de configurações do corpo e dos objetos do espaço, assim como dos seus movimentos. Seriam de constituição precoce, talvez anterior às fantasias. Organizar-se-iam na junção de três séries de fatores: experiências corporais (ritmos, sensações), possibilidades de comunicação da criança e respostas maternas.

## **IDÉIAS FINAIS**

O vínculo estabelecido entre o grupo e o terapeuta - em que a continência e a capacidade de ambos podem produzir desintoxicação da crueldade do conteúdo fantasmático - pode ser um recurso inestimável para o desenvolvimento e crescimento emocional.

É neste contexto grupal que as mudanças podem ocorrer. O grupo relatado foi um espaço continente para toda espécie de desorganização e de organização que com o decorrer do tempo resultaram em crescimento.

Estas notas, já pensadas e escritas juntamente com minhas reflexões, foram de grande utilidade para mim, possibilitando ver na prática a ação conjunta do amor e do ódio que, graças ao predomínio do instinto vital, leva lentamente o indivíduo no curso de sua vida até que consiga alguma maturidade. Estes fatores, aliados à análise das resistências que impedem

o insight, nos levam a mudanças importantes e duradouras e, todos juntos, promovem crescimento no grupo e do grupo, pois é na comunicação que os vínculos se transformam.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Kaës, R. Étayage, Revista da Asociación Argentina de Psicoterapia e Psicología de Grupo, Buenos Aires, 1992, n. 2., p.20.
- (2) Pichon-Rivière, H. (1983) Teoria do Vínculo, in Fernandes, W.J.; Svartman, B.; Fernandes, B.S.; Grupos e Configurações Vinculares. Porto Alegre: Artmed, 2003, p.66.
- (3) Fernandes, W.J. Vínculos e comunicação (2003) In Fernandes, W.J.; Svartman, B.; Fernandes, B.S. Grupos e Configurações Vinculares. Porto Alegre: Artmed, 2003, p.45
- (4) Méredieu, F. (1974) O Desenho Infantil. São Paulo: Cultrix, 1975, p.14.
- (5) Klein, M. in Decobert, S.; Sacco, F. (1995) O Desenho no Trabalho Psicanalítico com a Criança. Lisboa: Climepsi Editores, 2000, p.15.
- (6) Winnicott, D.W. (1996) Os Bebês e suas Mães. São Paulo: Martins Fontes, 1996, p.49.
- (7) Didier. A. (1989) O Eu-Pele. São Paulo: Casa do Psicólogo, SP, 1989, p.44.

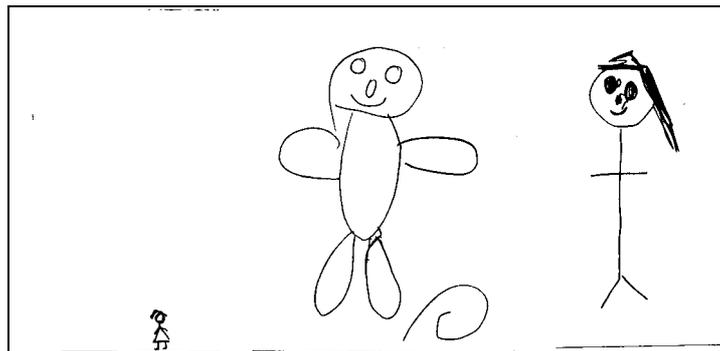


Fig. 1

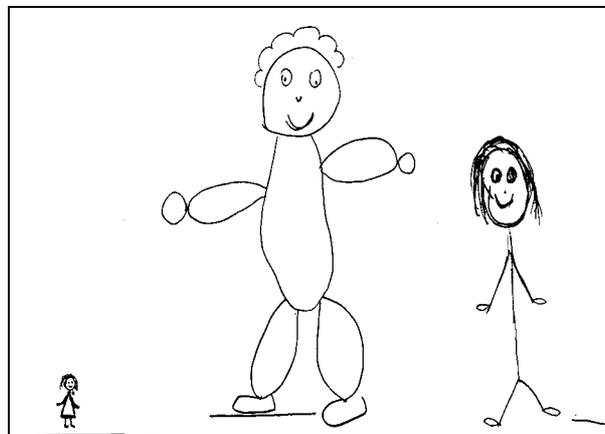


Fig. 2

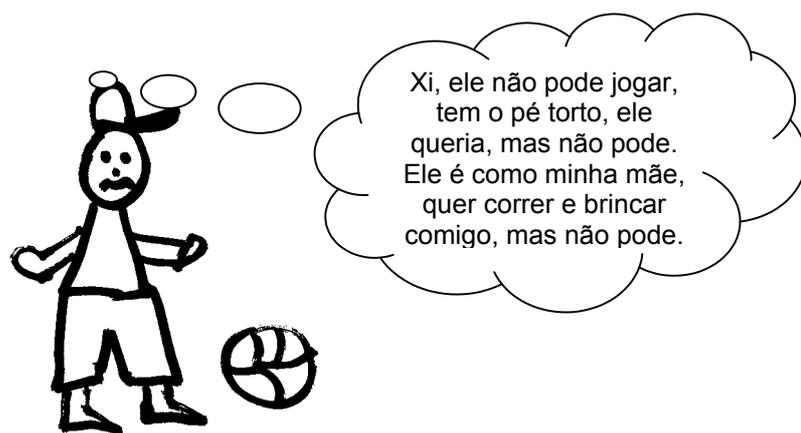


Fig. 3

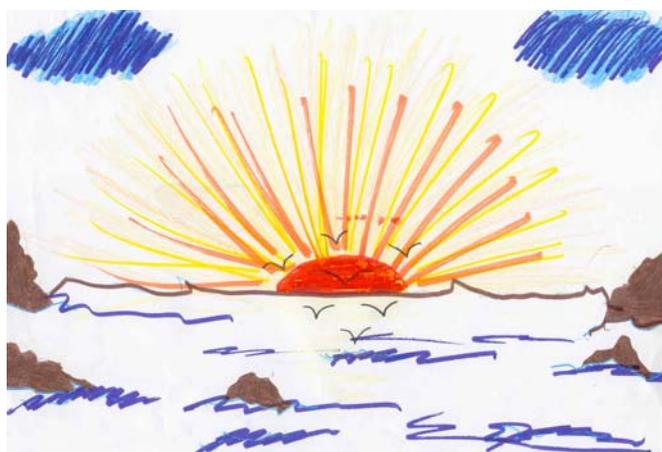


Fig. 4



Fig. 5

# FORMAÇÃO EM PSICOTERAPIA

## PSYCHOTHERAPIST TRAINING

**Autora:**

*Mário Lúcio Alves Baptista*

Médico, Analista didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro e do Núcleo Psicanalítico de Belo Horizonte; Diretor do Conselho Profissional da Associação Brasileira de Psicanálise.

**Endereços:**

Consultório: Rua Alagoas, 1314 - Sl. 309; Savassi. 30.130-160 - Belo Horizonte - MG.

Tel, (31) 3227-8611

Residência: Rua Alagoas, 829 - Apto. 31. Savassi. 30.160-160 - Belo Horizonte - MG.

Tel.: (31) 3261-6201. Cel.: (31) 8886-6201.

**Endereço Eletrônico:** [mariolucio@sbpsp.org.br](mailto:mariolucio@sbpsp.org.br)

## FORMAÇÃO EM PSICOTERAPIA

### RESUMO:

Embora o autor esteja intimamente ligado à Formação Psicanalítica, não tem a mesma relação com a Psicoterapia. Diante disto procurou traçar algumas diferenças entre Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica e daí extrair algumas diferenças e semelhanças quanto à formação. Toca de leve em algumas outras Psicoterapias nas quais aprofunda-se ainda menos, pela maior distância entre elas e sua prática clínica diária e de ensino.

**Palavras-chave:** Psicanálise e Psicoterapia; Psicanalista e Psicoterapeuta; Formação e Informação.

## FORMAÇÃO EM PSICOTERAPIA

Quanto à minha apresentação neste I Congresso Brasileiro de Psicoterapia, cometi duas faltas; uma comigo mesmo, pela qual devo pagar. Outra, porém devo penitenciar-me junto aos colegas da ABRAP.

Recebi inicialmente um convite para coordenar uma mesa do Congresso de Psiquiatria que aceitei prontamente, mas depois recebi um convite para ser o relator desta mesa tomado por não sei que ato falho, entendi sempre ser o mesmo convite anterior e deixei de responder mesmo depois de vários lembretes. Somente me dei conta quando, já no limite do prazo para entrega dos textos, achei estranho que recebesse novos alertas quanto ao limite de prazo. Quanto a esta indelicadeza não posso senão penitenciar-me.

O ato falho penso que possa ser atribuído a que minha formação tenha sido exclusivamente em Psicanálise e nunca me detive em refletir sobre Formação em Psicoterapia Psicanalítica embora todos nós a pratiquemos em meio à maioria das Psicanálises, mas neste caso sempre com o objetivo de alcançar as condições necessárias para o estabelecimento da transferência psicanaliticamente utilizável.

Neste momento da evolução da Psicanálise e das Psicoterapias houve uma grande diversificação de teorias Psicanalíticas, mas principalmente das Psicoterapias embora estas, se não estavam no horizonte de minhas preocupações quanto à formação, estavam sem dúvida no horizonte de minha curiosidade como praticante da Psicanálise e, ocasionalmente, da minha prática cotidiana.

Diante disto optei por traçar algumas diferenças entre a prática Psicanalítica e a prática da Psicoterapia Psicanalítica deixando de lado outras práticas psicoterápicas embora elas sejam tocadas de leve.

A primeira e mais importante ou mais significativamente grande diferença entre Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica diz respeito ao manejo que se deve da à transferência. Enquanto a psicanálise tem na análise da transferência o núcleo de seu método, a Psicoterapia Psicanalítica deve manter a transferência no horizonte de sua atenção, mas distante de sua interpretação. Ou seja, o Psicoterapeuta deve manter-se distante da interpretação da transferência a não ser que pretenda adentrar o campo da Psicanálise. Isto porque a transferência, embora se instaure em qualquer relacionamento humano, é objeto primordial da Psicanálise que, como Freud nos informa, funciona per via de *levar*, ou seja, é exatamente no trabalho de desconstrução da transferência que se concentra o trabalho psicanalítico. Enquanto, o trabalho da psicoterapia, que se dá por per via de *porre*, deve utilizar-se da transferência não para desconstruí-la, mas para, beneficiando-se dela, buscar mudanças no paciente.

Quanto a isto reconheço existirem divergências, pois muitos colegas Psicanalistas ou Psicoterapeutas consideram a Psicanálise uma forma de Psicoterapia com o que evidentemente discordo exatamente pela forma como concebo o Método Psicanalítico e o Método das Psicoterapias.

A Psicoterapia, portanto, espera e busca mudanças imediatas do paciente uma vez que é um tratamento enquanto a Psicanálise busca mudanças mediatas pela desobstrução das vias de acesso ao conhecimento de si mesmo através da experiência viva da compreensão da transferência fenômeno que a dupla psicanalítica deve observar permanentemente à medida que ela vai se estabelecendo. É escopo da Psicanálise acompanhar também os detalhes de sua flutuação e de suas mudanças já que não é um fenômeno fixo.

A transferência uma vez estabelecida será objeto da análise até o final. A transferência que a psicanálise busca desconstruir é a transferência psicanalítica que não pode ser confundida com os sentimentos nutridos pelo paciente em relação a seu analista. Evidentemente este trabalho poderá e deverá trazer mudanças para o paciente, mas não como objetivo imediato da

Psicanálise. A desobstrução far-se-á pela via da desconstrução da transferência e procurará instaurar uma organização representacional do paciente que seja mais ampla e não restrita à representação sintomática, por exemplo.

Assim, como estas questões interferem num processo de formação?

Seria necessário ao Psicoterapeuta submeter-se a psicoterapia como parte da formação?

Se não é, como conhecerá seus próprios obstáculos ao conhecimento?

De que conhecimento teórico necessita o Psicoterapeuta ter à sua disposição?

A Supervisão, ou seja, lá que outro nome lhe tenham dado, deve fazer parte do treinamento do Psicoterapeuta?

1. A psicoterapia do terapeuta. Se estiver correto em minha afirmação de que a Psicoterapia busca mudanças do paciente como a seu objetivo imediato, ou seja é um processo de tratamento, deve aplicar-se a pessoas com sofrimento mental que deve ser aliviado pela via do tratamento. Decorre daí que o Psicoterapeuta somente há de procurar a Psicoterapia com esta finalidade. Ora, se não registra nenhum distúrbio que lhe esteja causando sofrimento mental e que necessite tratamento, não há de necessitar de uma Psicoterapia. Isto a excluiria do processo de formação. Com a Psicanálise é diferente, pois é um procedimento que independe de sofrimentos sintomáticos já que é um processo de autoconhecimento.

2. Recuperando meu alerta, se o profissional vai dedicar-se à Psicoterapia Psicanalítica e se necessita conhecer as limitações ao seu autoconhecimento, provavelmente deverá procurar uma Psicanálise e não uma Psicoterapia. Assim qualquer tipo de “tratamento” a que se submeta o Psicoterapeuta deverá ser por objetivo pessoal e não se tornar parte de sua formação. Repito: estou trabalhando dentro do campo da Psicoterapia Psicanalítica.

3. Os conhecimentos teóricos de que necessita um Psicoterapeuta farão evidentemente parte de sua formação. Mas qual mente o Psicoterapeuta necessita conhecer? Se um Psicoterapeuta que pratica a Psicoterapia Psicanalítica, evidentemente deverá ter um conhecimento da Mente inventada pela Psicanálise e assim com outras Psicoterapias, ou seja, da Mente inventada pelo Cognitivismo, da Mente inventada pelo Humanismo, da mente skineriana para o Behaviorismo etc. Esta afirmação decorre de minha convicção de que a mente não é nenhuma das mentes inventadas por qualquer das correntes que a abordam sob o ponto de vista terapêutico ou não. A mente que cada corrente psicoterápica trata é a mente que ela foi levada a inventar como instrumento de observação e simultaneamente como o objeto ao qual vai dedicar-se. A mente propriamente dita não é nenhuma das mentes inventadas com este propósito. Será, muito provavelmente, muito mais que o conjunto de todas as mentes assim inventadas. Não tenhamos dúvida, a mente Psicanalítica não está contida em algum lugar dentro de nós seja como um Inconsciente, um Pré-consciente e um Consciente ou como um Id, um Ego e um Superego para limitar-me apenas aos dois modelos de mente inventados pela Psicanálise.

4. A Supervisão, ou o acompanhamento da condução de uma Psicoterapia por outro Profissional da área, mais experiente parece-me, sem sombra de dúvidas, um meio eficaz seja de aprendizado, de correção de rumos, de aprimoramento. Ora, não foi isto o que fizemos Durante nossos cursos de Medicina? Examinar um paciente acompanhados por um Professor? Ali aprendemos a melhor forma de percutir um tórax, de palpar um abdome, de melhor compreender os misteriosos sons do coração ou dos pulmões, de sentir na ponta dos dedos a dureza de uma artéria se dentro dos limites da normalidade ou se apresenta algum endurecimento, alguns grupos e de interpretar melhor o significado dos toques que sentíamos na ponta dos dedos: uma falha ou uma extra-sístole? Ali também aprendemos a melhor forma de indagar o paciente para melhor compreendermos a origem de suas queixas. Ali aprendemos a

melhor forma de pegar num bisturi, de melhor posicioná-lo entre os dedos e de como dosar a pressão de nosso punho no momento de uma incisão de forma a obter a maior precisão e a profundidade correta de que necessitamos. Assim na Medicina, assim nas Psicoterapias.

Para alguns exemplos simples extraídos da literatura das diferenças de manejo da transferência na Psicanálise e na Psicoterapia Psicanalítica. Vou recorrer a um exemplo de Freud. Se o ato de fechar a porta da sala de atendimento fica ao encargo do paciente, um psicoterapeuta, não dará ao fato de o paciente deixar a porta da sala de atendimento aberta maior atenção que a de praxe, talvez lhe perguntando se não se incomoda de mantê-la aberta. Já o psicanalista terá por obrigação indagar e tentar trabalhar o sentido transferencial deste ato. O mesmo com um ato falho que poderá informar ao Psicoterapeuta que sistemas de defesa o paciente está usando naquele momento, mas ao Psicanalista interessará o sentido transferencial do mesmo. A escuta do Psicoterapeuta é horizontal, informativa, que busca o sentido cotidiano do sentido. Por outro lado a escuta Psicanalítica, é vertical busca o sentido transferencial da fala. Utilizando-me da forma de descrever esta escuta de Bianco Ferrari, a escuta do Psicanalista é intersíquica enquanto a do Psicoterapeuta é intrapsíquica.

Resumiria tudo isto dizendo que o Psicanalista precisa ser formado enquanto o Psicoterapeuta precisa ser informado embora possam assemelhar-se muito.

Em síntese, é isto o que tenho a propor aos colegas para iniciarmos uma conversa.

# **SOBRE NEUROSE DE TRANSFERÊNCIA EM GRUPANÁLISE**

## **ABOUT THE TRANSFERENCE NEUROSIS IN GROUPANALYSIS**

Apresentado no Pré-Congresso do XXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Belo Horizonte  
- 2005

**Autor:**

*Edilberto Clairefont Dias Maia*

Médico psiquiatra especialista pela ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria; Psicanalista; grupanalista; Presidente do CEPPAG-PA - Centro de Estudos em Psicanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo do Pará; representante da ABRAP – Associação Brasileira de Psicoterapia no Pará.

**Endereço:**

Consultório: Av. Almirante Wandelkolk, 1243/606 66055-030 - Belém, PA  
Fone: 91 3223-8493

**Endereço eletrônico:** [efmaia@interconnect.com.br](mailto:efmaia@interconnect.com.br)

## **SOBRE NEUROSE DE TRANSFERÊNCIA EM GRUPANÁLISE**

### **RESUMO:**

Como introdução, o autor mostra que o fenômeno transferencial foi estudado pela primeira vez por Freud, concebendo como uma forma de resistência que atrapalharia o tratamento. Mostra também que foi o próprio Freud quem, posteriormente veio a reconhecer o valor do que denominou “neurose de transferência”, vindo a considerá-la como resultante de reimpresões e novas edições de antigas experiências traumáticas.

Melanie Klein redimensionou o conceito de transferência ao introduzir a noção de modelos inconscientes de relações objetais primitivas onde a base da relação paciente-analista se constituiria numa repetição de protótipos de imagens.

Depois o autor relata que a transferência nos grupos se manifesta em quatro níveis que são: a1) transferência parental; 2) transferência grupal; 3) transferência fraternal; 4) transferência de pertencência.

Com relação ao seu manejo técnico, mostra a importância de se reconhecer e discriminar as suas distintas formas de aparecimento e de significação.

Em seguida, traz um fragmento de sessão como forma de exemplificar o tema e conclui mostrando que, as figuras que o analista vem a representar na mente do paciente sempre pertencem a “situações” específicas e é só levando em consideração essas situações que podemos compreender a natureza e o conteúdo dos sentimentos transferidos para o analista.

**Palavras-chave:** neurose; transferência; grupanálise.

## **ABOUT THE TRANSFERENCE NEUROSIS IN GROUPANALYSIS**

### **SUMMARY:**

In the introduction, the author tells that the transference phenomenon was first studied by Freud. He understood it as a kind of resistance which would disturb the treatment, the author also shows that it was Freud who recognized the value of what he called “transference neurosis”, and after some time he considered it as a result of old and new impressions of old traumas.

Melanie Klein gave a new dimension for the transference concept when she introduced the idea of unconscious standards of primitive object relationships in which the basis of the patient-analyst relationship would be the repetition of image prototypes.

After that the author tells that the transference in the groups appears in four levels, which are: 1) parent transference; 2) group transference; 3) brotherly transference; and 4) belonging transference.

Referring to the way of dealing with it in a technological way, the author shows the importance of recognizing and understanding its different ways of appearing and what it means.

In order to show an example, he tells about part of a session, and as a conclusion he shows that the roles that the analyst has in the patient’s mind belong to specific situations and we can only understand the feelings which are transferred to the analyst if we consider these situations.

**Key-words:** neurosis; transference; groupanalysis.

## **SOBRE NEUROSE DE TRANSFERÊNCIA EM GRUPANÁLISE**

*Edilberto Clairefont Dias Maia*

### **INTRODUÇÃO**

Como este evento conjunto que ocorre no pré-congresso de psiquiatria, têm como tema central “Tendências Atuais em Psicoterapia – convergências e diferenças”, resolvi, então, falar sobre um tema de convergência, pois, é de consenso entre os psicoterapeutas que o fenômeno essencial em que se baseia o processo de qualquer terapia analítica é o da transferência.

O fenômeno transferencial foi estudado pela primeira vez por Freud, que o via como uma modalidade do deslocamento de afetos entre uma representação e outra, e num obstáculo ao trabalho de rememoração. Freud, então, o concebeu como uma forma de resistência que atrapalharia o bom andamento do processo analítico. Laplanche mostrou que foi o próprio Freud quem, posteriormente, veio a reconhecer o valor essencial do que denominou “neurose de transferência”, vindo a considerá-la como resultante de reimpressões e novas edições de antigas experiências traumáticas psíquicas (1).

A neurose é um estado no qual as representações penosas são reprimidas, isto é, separadas do afeto que as torna penosas, o qual contudo virá investir outras representações, associadas de diversas maneiras às originais. Estas representações articulam-se em fantasias, que por sua vez co-determinam, junto com as defesas, os sintomas. “Resolver” uma neurose é, portanto, desfazer as repressões, ou, restaurar as ligações rompidas por aquelas. Este trabalho depara-se com as resistências opostas pela instância repressora, de tal sorte que elas obstaculizam a rememoração. Ora, para deter o movimento regrediente das associações, nada melhor do que uma forte vivência atual centrada na pessoa do terapeuta. Eis como surge uma transferência.

Melanie Klein redimensionou o conceito de transferência ao introduzir a noção de modelos inconscientes de relações objetais primitivas, nas quais a base de relação paciente-psicanalista constituir-se-ia numa repetição de protótipos de imagos, ou seja, seriam cópias das relações primitivas, e que se processam através do que Melanie Klein conceituou como “identificações progetivas”, e cuja matriz está na primitiva união criança-mãe, como podemos encontrar em Barros (2).

### **Transferência nos Grupos**

Em qualquer campo grupal, seja terapêutico ou não, é inevitável que surjam manifestações transferenciais, surgindo então, uma multiplicidade de vetores transferenciais, que se costuma denominar “transferências cruzadas” e que em função disso, na grupanalise as transferências acabam por se manifestar em quatro níveis que são:

1. de cada indivíduo em relação à figura central do grupanalista, e que é chamada de “transferência parental”;
2. do grupo como uma totalidade em relação a figura central do analista, que é chamada de “transferência grupal”;
3. de cada indivíduo em relação a outro ou outros determinado ou determinados indivíduos. Esta é a “transferência fraternal”;
4. de cada indivíduo em relação ao grupo como uma entidade abstrata. Esta é chamada de “transferência de pertencência”.

Isso mostra a complexidade que é falar e vivenciar a transferência em grupanálise, porém, na realidade, esta subdivisão em quatro vetores se processa simultaneamente, embora haja momentos em que algum prevaleça com maior nitidez (3).

### **Manejo dos Aspectos Transferenciais**

Um manejo técnico acertado, diante do surgimento de manifestações transferenciais consiste em reconhecer e discriminar as suas distintas formas de aparecimento e de significação. Então, podemos dizer que o surgimento de uma situação transferencial está longe de representar que esteja havendo a instalação de uma “neurose de transferência”, ou seja, é acertado dizer que em uma grupanálise há transferência em tudo, porém nem tudo é transferência a ser trabalhada.

Concordamos com Zimerman que em uma passagem de seu “Fundamentos Básicos das Grupoterapias” (4) diz:

“... Um aspecto que está adquirindo uma crescente importância técnica é o fato de os sentimentos transferenciais não representarem exclusivamente uma mera repetição de antigas experiências emocionais com figuras do passado: elas podem também estar refletindo novas experiências que estão sendo vivenciadas com a pessoa real do grupoterapeuta e de cada um dos demais”.

### **Fragmento da Clínica**

Este fragmento de sessão visa exemplificar como a neurose de transferência pode processar-se na situação grupoterápica.

Este é um grupo psicoterápico analítico e aberto, que vem funcionando há 13 anos, às sextas-feiras, das 18 às 19 horas.

Naquele momento, o grupo estava composto de quatro membros, F, do sexo feminino, 49 anos, comerciante, participa do grupo há aproximadamente 3 anos. Quando chegou no grupo apresentava problemas psicossomáticos e depressivos. Há 8 anos atrás esteve participando deste mesmo grupo por um período de mais ou menos 6 meses, quando abandonou o tratamento. Neste novo período fez dois anos de tratamento medicamentoso junto com a grupanálise. Hoje, permanece fazendo somente a grupoterapia.

M, do sexo masculino, 38 anos, técnico em informática. Optou por grupoterapia em função de dificuldades em seu relacionamento conjugal. Não faz tratamento medicamentoso. Está no grupo há 8 meses.

D, do sexo feminino, 55 anos, advogada, funcionária pública, divorciada, mantém um complicado relacionamento afetivo com um sujeito. Vive só com uma filha de 18 anos. Está no grupo há 1 ano e meio.

I, do sexo feminino, 63 anos, dona de casa, procurou-nos num quadro depressivo. Fez tratamento medicamentoso junto com a grupanálise. Está no grupo há 3 anos, e no presente momento, só com tratamento grupanalítico.

Dois fatos devem ser relatados, pois marcaram o grupo. Um é que o grupoterapeuta, em função de um curso de especialização que vinha participando na UFPA, não atendia o grupo uma vez no mês, em função das aulas, então não atendera na semana anterior a esta sessão que, a seguir, será utilizada como ilustração, o outro é que no último encontro, foi proposto ao grupo a entrada de um novo paciente.

A sessão começa com o paciente M fazendo um detalhado desabafo contra o jeito agressivo e submetedor de sua esposa, e com um emocionado discurso diz que sua esposa “caga e anda pra ele”.

A paciente D o interrompe e num tom de exaltação lembra que sua mãe sempre teve um jeito submetedor e que sempre funcionou como um “general”, como um verdadeiro “Hitler”, e que, portanto, ela estava autorizada a dizer que o caso é irreversível e que a separação imediata é a única solução.

A seguir, a paciente F conta que teve também uma mãe tirânica e que sempre a tratou com hostilidade, e que muito de suas somatizações vinham dos conflitos emocionais não resolvidos com ela, porém, com o tratamento conseguiu elaborar muitas dificuldades desse relacionamento e hoje sente que perdoou a mãe, por isso ela aconselha M a esperar mais tempo até melhorar bastante com o tratamento e só então decidir se convém ou não se separar da mulher.

D e F começam uma discussão acirrada em defesa de seus respectivos pontos de vista, até que D que se mostrava intolerante e irada, “ordena” que é o grupoterapeuta quem vai dar a palavra final.

Eu, assinalo então, as queixas contra a figura feminina e interpreto o fato de que as pessoas do grupo sentem-se abandonadas, pelas minhas faltas, e traídas pelo anúncio da entrada de um novo membro.

Alguns pacientes discordam, porém, I confirma que se sentiu traída pelo fato de que o novo paciente é um jovem e que, portanto, deve ser uma pessoa agressiva.

Eu, assinalo que I expressa, pelos demais, o medo que cada um deles tem dos seus aspectos agressivos, sendo que estes surgem, especialmente, quando se sentem humilhados por pessoas submetedoras, tal como aconteceu em relação às figuras parentais no passado, e como está acontecendo no aqui-agora da sessão em relação a mim, terapeuta, investido pelo grupo no papel de uma mãe tirânica.

A sessão prossegue com esse tema, quando alguns lembram situações do passado familiar em que se sentiram maltratados, assim como assinalam algumas semelhanças entre o comportamento das pessoas que eles estavam criticando e o deles próprios.

## **Conclusão**

Se, durante o curso de um tratamento analítico, formos constantemente guiados pela situação transferencial, estaremos seguros de não negligenciar as experiências reais do presente e do passado do paciente, pois elas são vistas repetidamente por meio da situação transferencial.

Um outro aspecto é que as figuras que o analista vem a representar na mente do paciente sempre pertencem a “situações” específicas e é só levando em consideração essas situações que podemos compreender a natureza e o conteúdo dos sentimentos transferidos para o analista.

O fragmento da clínica exposto mostra, claramente, a presença de uma neurose de transferência, pela qual os pacientes do grupo estão revivendo, com a pessoa do terapeuta, os mesmos sentimentos que, no passado infantil, cada um deles sentiu em relação às respectivas figuras parentais que agora estão internalizadas.

O exemplo evidencia que devido a esse reviver transferencial, o terapeuta está revestido de um papel de mãe que, ao mesmo tempo em que é admirada e necessitada, também é alvo de ataques agressivos, os quais surgem quando os pacientes sentem que não estão sendo atendidos e entendidos. É como se fosse um ressentimento.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- (1) Laplanche, J. (1992) *Novos Fundamentos para a Psicanálise*, São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- (2) Barros, E.M.R. (1989) *Melanie Klein: Evoluções*, São Paulo: Escuta, 1989.
- (3) Maia, E. (2002) *Sobre Neurose de Transferência*, aula preparada para o CEPPAG-PA, BELÉM: 2002.
- (4) Zimerman, D. E. (2000,) *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*, Porto Alegre: Artmed, 2000, p. 163.

# UMA VISÃO DA NEURO-PSICANALISE

**Autor:**

*Yusaku Soussumi*

Psicanalista e neuropsicanalista

Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.  
Presidente do Centro de Estudos e Investigação em neuropsicanálise.

Trabalho apresentado no Evento Conjunto, no dia 11 de outubro de 2005 em Belo Horizonte,  
na Mesa Redonda: “Psicoterapia e Neurociências”

**Endereço:**

Rua Pais de Araújo 29 conj.176

Tel.(11) 3078-8902

Fax (11) 30789896

**Endereço eletrônico:** [soussumi@terra.com.br](mailto:soussumi@terra.com.br)

## UMA VISÃO DA NEURO-PSICANALISE

### RESUMO:

O autor tece breves considerações a respeito das dificuldades epistemológicas que dificultam uma abordagem de interpenetração transdisciplinar entre a Neurociência Cognitiva e a Psicanálise. Dentro do pouco espaço disponível, o autor aborda a questão do que chama de epistemologia defensiva que está mais preocupada em preservar os paradigmas identificatórios de cada disciplina por parte dos seguidores, do que propriamente buscar livremente uma abordagem mais consentânea com os objetivos de validação e refutação científica. O autor traz uma tentativa de abordagem neuropsicanalítica dentro de uma postura de não comprometimento com preservação de paradigmas de uma ou outra ciência, mas com o encontro de uma abordagem integrada de um fenômeno que se manifesta concomitantemente sob a forma de duas expressões distintas.

### SUMMARY :

The author has briefly considered about the epistemological difficulties that encumbers a transdisciplinary interpenetrating approach between Cognitive Neuroscience and Psychoanalysis. Within the available little space, the author has addressed the issue, which he has called *defensive epistemology*, that has been more concerned in preserving the identity paradigm of each subject by his or her followers than exactly and freely search for a more adequate approach with the objectives of scientific validation and refutation. The author has brought a trial of Neuropsychanalytic approach within a posture of non –commitment with the preservation of paradigm of one or the other science, but with the encounter of an integrated approach of a phenomenon that manifests concomitantly under the format of two distinct expressions.

## UMA VISÃO DA NEURO-PSICANÁLISE

*Yusaku Soussumi*

Eu gostaria de tentar apresentar neste trabalho, da forma sucinta que o espaço permite, um trabalho de Neuropsicanálise, para além do simples levantamento de correlações entre conceitos e achados investigatórios neurocientíficos, de um lado, e conceitos e achados psicanalíticos originários do trabalho de investigação clínica, do outro, traçando um paralelismo coincidente entre eles, como temos feito na maioria dos trabalhos que relacionam Neurociência e Psicanálise.

Os colegas neurocientistas e psicanalistas que têm apresentado importantes contribuições aceitam a validade dos conceitos e achados neurocientíficos e psicanalíticos, mas têm como eu, muita dificuldade de superar os impasses resultantes da epistemologia nascida da dicotomia mente-corpo, que concebe dois objetos de investigação de natureza diferente e postula duas metodologias de investigação científica distintas para essas duas realidades separadas e irreconciliáveis.

Na perspectiva da Neurociência Cognitiva, é preciso lembrar que ela nasceu da junção entre a Neurociência e a Psicologia Cognitiva Comportamental e adquiriu a identidade desta, o que tem levado os neurocientistas formados nesse paradigma a buscar legitimamente a preservação dessa identidade, depurada de quaisquer concepções estranhas às suas formulações básicas. Por sua vez, os psicanalistas que criaram o edifício da Psicanálise a partir das concepções rígidas e fechadas de Freud e seguidores, mantendo-se isolados historicamente de quaisquer influências que pudessem levar a modificações de suas teorias, em especial influências biologizantes, também vêem nessa aproximação uma ameaça, que pode vir a alterar seu constructo teórico pelas contribuições da Biologia, apesar de o próprio Freud ter conjecturado que isso poderia acontecer no futuro, se necessário. Não vamos entrar nos detalhes dessa discussão que envolve, em essência, fundamentos básicos incompatíveis, que determinam, de parte a parte, epistemologias defensivas cujo objetivo naturalmente é a preservação dos próprios princípios e a manutenção da prevalência dos próprios conceitos, epistemologias essas que só conseguem incorporar as contribuições de outras disciplinas quando estas referendam o que já é reconhecido e consagrado no seu próprio campo de investigação.

O último Congresso Internacional de Psicanálise, realizado no Rio de Janeiro, em julho de 2005, foi muito importante para aqueles que, como nós, aceitam a unidade mente-corpo e têm buscado divulgar a compreensão dos fenômenos psíquicos como expressão de uma realidade biodinâmica que acontece no nível dos tecidos neurais. Foi curioso observar que, em grande número dos trabalhos que versavam sobre o tema dos traumas, as concepções e os achados das investigações neurocientíficas foram trazidos por psicanalistas respeitáveis, de renome no cenário psicanalítico, para dar suporte às concepções psicanalíticas. Diversas mesas tratando de temas especificamente neuropsicanalíticos também foram programadas e contaram com a participação de grande número de psicanalistas. Nos últimos quatro congressos internacionais de psicanálise observamos uma conquista gradativa de espaço por parte da neuropsicanálise.

Antecedendo o Congresso Internacional de Psicanálise, tivemos o VI Congresso Internacional de Neuropsicanálise, realizado também no Rio de Janeiro, ocasião em que pudemos perceber nitidamente uma maior integração entre os trabalhos apresentados por neurocientistas e psicólogos cognitivistas e os trabalhos apresentados por neuropsicanalista e psicanalistas. Existe, ao que parece, por parte de uma parcela significativa de neurocientistas e neuropsicólogos, a compreensão de que existem fenômenos psíquicos que ocorrem fora da

consciência e obedecem a motivações inconscientes, e que, em relação aos seres vivos, existe uma motivação intrínseca básica de natureza inconsciente que os leva a buscar a satisfação de necessidades determinadas e pré-programadas de sobrevivência, como era o postulado fundamental de Freud, necessidades essas que vão se manifestar na auto-regulação, nas ações na vida de vigília e no sonho. E, como propunham alguns neuropsiquiatras, as manifestações psicóticas nada mais são do que formas de funcionamento que visam, em última análise, a sobrevivência.

Animado por esses dados, vou apresentar as minhas conclusões, relativas a uma apreensão mais avançada do que uma simples correlação e do que uma aproximação interdisciplinar, de fatos neurocientíficos e fatos psicanalíticos, na medida em que parto da premissa de que os fenômenos apreensíveis pela Neurobiologia dizem respeito a *um* aspecto de uma realidade que apresenta concomitantemente *também* o aspecto psicanalítico. Entendo que o neurobiológico e o psicanalítico são aspectos de uma única e mesma realidade, que só pode ser apreendida a partir de uma abordagem transdisciplinar. Isso posto, é preciso considerar que:

1- como psicanalista, essa postura implica o descompromisso com o paradigma psicanalítico, no sentido de que trabalho com as concepções psicanalíticas como hipóteses científicas transitórias, que poderão ceder lugar a hipóteses que se comprovem mais próximas da verdade;

2- os fenômenos psíquicos de que a Psicanálise se ocupa são as manifestações qualitativas cujas manifestações quantitativas que lhe correspondem são objeto de estudo da Neurociência;

3- a Neurociência se ocupa de manifestações que ocorrem no nível das estruturas biológicas, procurando desvendar as inter-relações dinâmicas que se processam entre elas, com metodologia investigatória que lhe é própria. A Psicanálise se ocupa dos fenômenos psíquicos que emergem das atividades dinâmicas dessas estruturas biológicas, com metodologia própria, da mesma forma que a luz é uma emergência das inter-relações entre as estruturas de tungstênio, quando uma corrente passa por elas provocando um inter-relacionamento dinâmico;

A abordagem transdisciplinar que postulo, permite que certas proposições de uma disciplina possam ser gradativamente aceitas, e, mais do que isso, incorporadas ou fundidas, de tal forma que atuem como fatores de modificação de teorias e hipóteses consagradas, mas que, com o avanço das investigações em outros campos, se revelam ultrapassadas.

Estando livre de qualquer compromisso com a epistemologia defensiva psicanalítica, tenho levantado certas proposições psicanalíticas que não encontram respaldo em teorias consagradas e referendadas por autoridades reconhecidas pelo *establishment*. Tenho observado que elas invariavelmente sofrem incompreensão, rejeição e ataques, como é natural, até que por outras vias do conhecimento, com o correr do tempo, se tornem palatáveis e sejam reconhecidas como aceitáveis.

No momento, insisto numa abordagem neuropsicanalítica que leva em conta as questões fundamentais na existência do homem, de como ele existe, do motivo pelo qual ele procura uma psicoterapia, e o que em essência ele busca.

Julgo que, sem essa compreensão simples, o acesso a todas as teorias, métodos e técnicas psicanalíticas e psicoterapêuticas não faz sentido nem efeito, e, na minha investigação dos últimos trinta anos, tenho podido observar quanto esses fundamentos básicos são desconhecidos pelos profissionais.

Trabalhando com uma abordagem que privilegia o enfoque evolucionista (filogenético) e desenvolvimentista (ontogenético) e incorpora concomitantemente as

contribuições tanto da Neurociência quanto da Psicanálise para explicar uma mesma dinâmica que tem como pano de fundo a sobrevivência, tenho buscado evidenciar como em cada ser, em cada momento, se organizam e trabalham as diversas estruturas neurais e as funções psíquicas para realizar a auto-regulação adequada à manutenção das funções vitais, no contexto das suas relações com o meio externo no qual está imerso.

Neste trabalho, tentarei descrever, de maneira sucinta, um dos caminhos que percorro para elucidar essas questões.

Os seres humanos, como todos os seres vivos do reino animal, são estimulados por impulsos que chamamos de impulsos motivacionais intrínsecos, que surgem no interior do seu organismo e os levam a buscar a satisfação de necessidades básicas para a sobrevivência. Tais necessidades e impulsos constituem, na realidade, o que podemos chamar de instintos, que são disposições orgânicas automáticas, pré-programadas, herdadas filogeneticamente. Esses aspectos estão sendo profundamente estudados pela Neurociência das Emoções, e hoje, a partir da compreensão de que afetos, emoções e sentimentos estão fundamentalmente ligados, em suas origens, à regulação orgânica, por meio da homeostase, podemos detectar nos animais as emoções básicas que regem a sobrevivência desde os primórdios da vida.

Como uma fonte de emoção positiva básica, temos o *seeking system*, que pode ser perfeitamente identificado no cérebro como uma cadeia neuronal que tem origem na área tegmentar ventral e se orienta em direção ao lobo pré-frontal, tem como mediador de suas funções a dopamina, ramificando-se em dois subsistemas: o mesolímbico, que enerva o sistema límbico, e o mesocortical, que enerva áreas do córtex pré-frontal, como a região ventromedial. Podemos salientar que o sistema dopaminérgico mesolímbico-mesocortical vai enervando o núcleo *accumbens*, o tálamo, o hipotálamo, a amígdala, os núcleos basais do cérebro anterior, o cíngulo anterior e a região ventromedial do lobo pré-frontal. Esse sistema é responsável pela procura, pela movimentação e pela curiosidade do animal, que o leva a buscar fora de si, no meio externo, no outro, o que a necessidade vai determinando, para, em primeiro lugar, realizar os ditames do princípio do prazer, qual seja, eliminar o mal-estar, o desequilíbrio orgânico, para alcançar o estado de equilíbrio, e, secundariamente, buscar a realização do prazer pela recompensa por meio da satisfação das necessidades fundamentais à sobrevivência, as quais, já no princípio, estão pré-programadas. Esse é o sistema responsável pelos impulsos de busca motivacional, sem o qual o indivíduo se volta para si mesmo, como em estados patológicos narcísicos e de autismo.

Vai ser por intermédio desse sistema motivacional de busca, que podemos identificar aos impulsos libidinais de Freud e que, em língua inglesa, foram traduzidos por *drives*, que os estímulos que nascem internamente dos estados do organismo vão atingir o tronco cerebral.

Esses estímulos, que nada mais são senão determinados dinamismos herdados filogeneticamente e que Freud identificou como *id*, obedecem ao imperativo da preservação da vida, por meio da manutenção do equilíbrio do meio interno, e estão submetidos ao princípio do prazer. No tronco cerebral, que é a região em que os estímulos são identificados, podemos salientar os núcleos da substância cinzenta periaquedutal, o núcleo ceruleus, o núcleo do trato solitário, o núcleo da raphe, o núcleo da área tegmentar ventral, e, avançando mais para a base do cérebro anterior, o hipotálamo, os núcleos basais do cérebro anterior, o tálamo, o cíngulo anterior, e outros núcleos mais, todos envolvidos na dinâmica das representações dos estados internos do organismo e em sua regulação, traduzidas por afetos e emoções. Quando alterados, esses estados buscam a restauração do equilíbrio perdido no processo homeostático, tentando encontrar no meio externo os recursos para a satisfação imediata de necessidades pré-programadas filogeneticamente. A resposta do organismo se faz dentro do que Freud denominou de processo primário, por intermédio de um ego extremamente imaturo.

Por outro lado, os estímulos provenientes do meio externo entram no organismo via receptores sensoriais que alcançam o córtex cerebral nas áreas primárias, como o occipital para a visão, o córtex temporal para a audição, e a área parietal sensorial primária. Dessas áreas, em função de experiências emocionais prévias que permitem uma prévia categorização, formam-se áreas sensoriais associativas nas regiões frontal, temporal e parietal. É com essas áreas que as experiências decorrentes do meio interno, sob a forma de afetos e emoções, se relacionam em busca da realização homeostática sujeita ao princípio do prazer. Dessa forma, podemos ter, sob a forma de dinamismo neural, a experiência vivida emocionalmente e num nível de consciência que corresponda ao processo primário, de encontro entre as necessidades instintivas, que podemos chamar de pré-concepções, e as situações ou objetos pré-programados para satisfazê-las, do que poderá resultar um estado de satisfação e, portanto, de prazer, ou uma frustração, com a conseqüente continuidade do estado de desprazer, acompanhado do cortejo de outras emoções decorrentes desse estado.

Nas situações favoráveis de desenvolvimento ontogenético, a Psicanálise nos mostrou que no ser humano vão surgindo gradativamente mecanismos psíquicos, como a repressão, que vão possibilitar que as respostas imediatas, automáticas, mobilizadas pelos estados afetivo-emocionais no processo primário, sejam inibidas, dando ensejo a um espaço de tempo no qual surge a função de representar a resposta ou o objeto ausente. Isso permite que a resposta ou a ação que o ego vai dar seja considerada em face da experiência prévia, introduzindo a capacidade de escolha e de decisão. É o surgimento do pensar, da função de cognição. A esse processo chamamos de processo secundário.

As investigações neurocientíficas nos mostram que, no lobo pré-frontal, vamos encontrar as regiões cerebrais que parecem desempenhar as funções desse ego do processo secundário e que denominamos de funções executivas. Especificamente na região ventromedial do pré-frontal, vamos encontrar o núcleo órbito-frontal, que é considerado o senhor executivo do sistema límbico, no qual as emoções sofrem um processo de elaboração e consciência maior, com o acoplamento ao simbólico e à palavra, com o que alcança a condição de ser pensável devido à conexão que se estabelece com a região dorsolateral do pré-frontal. Vamos encontrar nessa região ventromedial e na região mediana a função de inibição da resposta motora, essencial para abrir o espaço no qual vai surgir a representação, que, em princípio, não se diferencia do alucinar o objeto ou a situação ausente. Instala-se, assim, a possibilidade de funcionamento da mais desenvolvida forma de regulação orgânica pela autoconsciência e autocontrole.

# LINGUAGEM VERBAL E NÃO VERBAL NA TERAPIA DE CRIANÇAS

Trabalho apresentado no evento conjunto ABRAP – ABP / Outubro de 2005, Belo Horizonte.

**Autora:**

*Gilca Zlochevsky*

Membro Associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

**Endereço:**

Rua Carlos Sampaio, 304/42.

Telefone: (11) 32855331.

**Endereço eletrônico:** [gilcaz@sbpsp.org.br](mailto:gilcaz@sbpsp.org.br)

## LINGUAGEM VERBAL E NÃO VERBAL NA TERAPIA DE CRIANÇAS

### RESUMO:

A autora comenta aspectos da psicanálise criada por Freud e das adaptações kleinianas à análise de crianças.

Acredita que se deve considerar o significado psicológico do brincar, não como um simples prazer funcional, ou uma preparação para o futuro, nem mesmo imitação, como foi tratada pela psicologia antes do advento da psicanálise, mas algo além de tudo isto que constitui a sua essência.

É através da atividade lúdica que a criança manifesta seus conflitos e deste modo pode-se reconstruir seu passado.

Dois experiências clínicas são apresentadas para ilustrar o que foi exposto, especialmente sobre linguagem verbal e não verbal.

Como conclusão relata um episódio que está relatado no livro “A vida e a obra de D.W.Winnicott” de Brett Kahr em que Winnicott parece ter “compreendido tanto” que o menino não podia acreditar que ele não falava a sua língua.

## LINGUAGEM VERBAL E NÃO VERBAL NA TERAPIA DE CRIANÇAS

*Gilca Zlochevsky*

A análise de “Uma fobia de um menino de 5 anos”, publicada por Freud em 1909, foi o ponto de partida da psicanálise de crianças.

Rapidamente observou-se que não era possível adaptar para as crianças o método criado por Freud das associações verbais, que servia para o tratamento de pacientes adultos.

Melanie Klein, criadora da técnica do brincar na análise de crianças substitui as associações livres pelo brincar. Sustenta que a criança expressa suas fantasias, desejos e experiências por meio dos jogos e do brincar. É a mesma linguagem que nos é tão familiar nos sonhos. Podemos compreender o brincar se nos aproximarmos dele como Freud nos ensinou a compreender a linguagem dos sonhos.

Durante a análise de crianças se observa frequentemente que um mesmo brinquedo ou um jogo adquire diferentes significados de acordo com a situação total e, é por isso que só se compreende e interpreta uma brincadeira quando se leva em conta a situação analítica global.

O conteúdo das brincadeiras, a maneira como brinca, os meios que utiliza, o lugar que nós terapeutas ocupamos nesse brincar, as mudanças nas brincadeiras, o motivo pelo qual deixa de brincar, tudo isso tem um sentido e devemos interpretar com se interpretam os sonhos, nos seus aspectos manifestos e latentes, assim como nos processos de condensação e deslocamento.

Na nossa experiência observamos que as crianças falam enquanto brincam; desenham e comentam aspectos do seu brincar, como o adulto faz com os elementos do seu sonho. Portanto, suas palavras têm o valor de associações.

Acredito que devemos considerar o significado psicológico do brincar não como um simples prazer funcional, ou uma preparação para o futuro, nem mesmo imitação, como foi tratada pela psicologia antes do advento da psicanálise. Há algo além de tudo isto que constitui a sua essência. A criança expressa nas suas brincadeiras as fantasias inconscientes reprimidas e, é por isso que mediante a análise da atividade lúdica (linguagem não verbal) temos acesso às experiências mais profundamente reprimidas da criança e estamos em condições de exercer uma influência sobre o seu desenvolvimento.

Segundo Winnicott, o brincar é a área potencial de um complexo de fantasias e ilusões criado no espaço intermediário entre o mundo interno e externo. No entanto, como Melanie Klein enfatiza também acredito que a análise de uma criança de qualquer idade só pode ser considerada concluída quando esta puder utilizar toda sua capacidade de falar; pois a linguagem verbal é um dos pontos de contato do indivíduo com o mundo externo. Mas, a linguagem não verbal permanece presente em todas as etapas posteriores nas quais outras possibilidades vão se somando e sobrepondo.

O ego não atingiu seu completo desenvolvimento nas crianças e, portanto, elas estão muito mais sob a influência do seu inconsciente. É deste que devemos nos aproximar e é ele que devemos considerar como sendo o ponto central do nosso trabalho.

Encontramos repetidamente resistências que se manifestam sob a forma de ansiedade. Somente interpretando e suavizando a ansiedade da criança, quando conseguimos apreendê-la, é que teremos acesso ao seu inconsciente e poderemos levá-la à fantasia. Então, se acompanharmos até o fim o simbolismo contido na fantasia das crianças logo veremos reaparecer a ansiedade e assim garantiremos o progresso do trabalho. Dessa forma, o brincar, linguagem não verbal, se transforma num instrumento para o domínio de situações penosas, difíceis e traumáticas que são criadas na relação com os objetos reais.

Freud interpretou o brincar de uma criança de 18 meses. O pequeno fazia aparecer e desaparecer um carretel, tratando dessa maneira de dominar sua angústia frente ao

aparecimento e desaparecimento de sua mãe, simbolizada pelo carretel. Ao mesmo tempo podia deixá-la ir sem o perigo de perdê-la, uma vez que o carretel voltava quando ele o desejava. Esta brincadeira lhe permitia descarregar fantasias agressivas e de amor em relação à sua mãe sem risco algum uma vez que era dono absoluto da situação. Além disso, elaborava suas angústias diante de cada despedida da mãe. Nessa brincadeira vinha associada a linguagem verbal incipiente através da expressão: *for-da*.

A criança ao brincar desloca para o exterior seus medos, angústias e problemas internos dominando-os mediante a ação. Repete no brincar todas as situações excessivas para o seu ego frágil e isto lhe permite pelo domínio sobre os objetos externos que estão ao seu alcance tornar ativo o que sofre passivamente, mudar um fim que lhe foi penoso e também repetir à vontade situações prazerosas. Por exemplo: O ciúme que desperta o nascimento de um irmão pode ser comunicado no brincar porque neste pode personificar os objetos reais e a ação sobre os brinquedos pode se realizar sem a angústia e a culpa que despertaria se a descarga de sentimentos agressivos e de ciúmes recaísse sobre os objetos reais. Não esqueçamos que a criança não só rejeita o seu irmão, sua mãe e seu pai, mas também os ama, necessita e quer conserva-los.

Através da atividade lúdica, portanto, a criança manifesta seus conflitos e deste modo podemos reconstruir seu passado.

Vou ilustrar com duas experiências clínicas o que tentei expor sobre linguagem verbal e não verbal. O primeiro caso clínico é o de uma menina de 7 anos com um funcionamento psicótico. O segundo caso é o de um menino de 4 anos num registro neurótico.

Primeiro Caso: Trata-se de uma menina de 7 anos com um nível de excitação e incontinência emocional atordoantes. Seus movimentos rápidos e totalmente imprevisíveis me confundiam. Aproximava-se como se fosse dar um abraço, mas, o que acontecia era um chute ou uma cusparada.

Eu não podia pensar, ser outra pessoa. Ela entrava dentro de mim mobilizando-me sentimentos de pavor, ódio, amor e dor na sua forma mais primitiva. Parecia que se não fora dessa maneira eu não seria capaz de compreendê-la. Qualquer limite que eu colocasse era sentido como vingança da minha parte e desencadeava uma violência maior. Era o próprio caos, um mundo de emoções difícil de configurar. Por exemplo, num momento parecia que ia se ater em alguma atividade, no minuto seguinte jogava tudo, querendo arrebentar janelas, cadeiras e mesa.

A ruptura do setting não era experienciada por mim como um afastamento, mas eu me sentia engolida, arrastada para o seu mundo, no qual eu não podia pensar ou tomar decisões. Nesse primeiro ano de análise eu tinha a impressão de que não fazia a menor diferença o conteúdo daquilo que eu dissesse. Ela não tinha uma reação de pânico ao meu não entendimento; a tentativa de eu falar ou ficar de fora da brincadeira, que apontava para a possibilidade de eu poder pensar por conta própria, era simplesmente sentida como muito disruptiva.

Aos poucos começa haver certa configuração do espaço interno. Cantava uma estrofe da música do “Super Fantástico”: o “Balão Mágico” era assim: “Sou feliz porque estou aqui, no balão mágico”. Enquanto cantava, cobria as janelas com folhas de papel. Meu comentário era o de que ela desejava estar fechada num balão, só ela e eu, sem aberturas. A isso ela respondia com grande desespero: que eu era só dela, jogando cadeiras, objetos, cuspiendo, numa tentativa de me fechar novamente nesse balão.

Alguns aspectos começam a se delinear. Estar separada de mim é a morte. Não existia um bebê na mente de uma mãe, nem uma mãe na mente de um bebê. Seja a separação na própria sessão (balão mágico), finais de sessão, fins de semana, feriados, férias, despertava pavor de ficar sem o indispensável. Então as situações de separação, limite, são sentidas por ela como tirar o seu alimento, que ficaria para mim ou eu daria para outras pessoas,

sobrecarregada ainda da sensação de que ela é ruim, por isso não quero estar com ela. Sentia que era impossível para mim ter prazer no relacionamento com ela. Só dentro de mim é que estaria segura.

Progressivamente começa a poder representar o desejo de me ter em exclusividade. Esse tipo de sentimento é ilustrado por uma sessão em que ela é dona de uma banca na feira onde ela tem tudo do melhor e eu não preciso procurar em outro lugar ou com outra pessoa, segundo suas próprias palavras. Aqui já podíamos trabalhar com representações simbólicas um pouco mais estáveis, numa linguagem verbal e não verbal das suas angústias e defesas.

O segundo caso clínico: Atendi um menino de 4 anos de idade. Nessa época havia perdido a visão. Foi um quadro progressivo que aos 4 anos culminou com a perda total da visão. Era pungente sua ansiedade de castração. Tinha medo de dormir e ser atacado por ladrões e bichos ferozes durante o sono, como ele próprio verbalizava..

No brincar expressava a fantasia de ter sido castigado com a cegueira pelos seus desejos incestuosos em relação à mãe. Mostrava ressentimento do pai não tê-lo poupado da castração. Nas suas brincadeiras blindava os carros envolvendo-os com muito *durex*.

Depois de algum tempo de análise conta feliz que conseguiu dormir naquela noite dizendo: “Sabe o meu pai viajou”. Só pôde dormir quando a “ameaça” se afastou. Assim prosseguimos com a análise tentando separar a tragédia ocorrida na sua vida, do sentimento de castração e, conseqüentemente de impotência para a vida.

Tem uma passagem esta relatada pela mãe que configura a plena vigência edípica na organização mental desse menino. Uma vez o pai também viajando liga para casa. O menino atende ao telefone, o pai pede que ele chame a mãe ao telefone. Ao que o meu paciente responde: Porque você não liga para a sua mãe?

Para concluir gostaria de contar um episódio que está relatado no livro “A vida e a obra de D.W. Winnicott” de Brett Kahr que ilustra de maneira inequívoca a possibilidade de se estabelecer uma comunicação profunda com uma criança. Winnicott, psicanalista inglês ao visitar um país de língua escandinava, a qual ele não conhecia, pôs-se a brincar com uma criança, filho de um de seus colegas desse país. Passado um tempo o pai dessa criança perguntou a ela como havia se entendido com Winnicott, uma vez que ele não fala a nossa língua. A criança ficou surpresa e retrucou: Ele não fala a nossa língua? Winnicott o havia “compreendido tanto” que o menino não podia acreditar que ele não falava a sua língua.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Aberastury, A. (1971). Aportaciones al Psicoanálisis de Niños. Buenos Aires: Paidós.

Aberastury, A.. (1971). El niño y sus juegos. Buenos Aires: Paidós.

Klein, M. (1970). Contribuições à Psicanálise. São Paulo: Editora Mestre Jou.

Winnicott, D. (1951). Objetos e Fenômenos Transicionais. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago,1975.

# **PSICOTERAPIA BREVE INFANTIL: AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO A PARTIR DO REFERENCIAL DO DESENVOLVIMENTO**

**Autora:**

*Iraní Tomiatto de Oliveira*

*Coordenadora do Curso de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie  
Doutorando em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP*

**Endereço eletrônico:** [iranitomiatto@terra.com.br](mailto:iranitomiatto@terra.com.br)

**Autora:**

*Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo*

*Profa. Associada do Depto de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP  
Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social APOIAR/PSC-  
IPUSP*

## **PSICOTERAPIA BREVE INFANTIL: AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO A PARTIR DO REFERENCIAL DO DESENVOLVIMENTO**

### **RESUMO:**

A partir de um amplo estudo sobre os diferentes modelos de psicoterapia breve infantil relatados na literatura, e dos critérios de indicação adotados por diferentes autores, este trabalho propõe a adoção de um modelo integrativo e flexível, a partir do desenvolvimento de parâmetros que auxiliem a adaptação da proposta psicoterapêutica às necessidades e possibilidades de cada caso particular. Para tanto, parte de uma avaliação diagnóstica que leva em conta não só as características psicodinâmicas da criança e da sua relação com os pais, mas a vertente do desenvolvimento infantil, com base na teoria epigenética de Erik Erikson. A dimensão do desenvolvimento enriquece a compreensão psicodinâmica do caso, permitindo considerar os desafios que a criança tem que enfrentar a cada nova etapa, e suas possibilidades de adaptação. Além disso, a localização do conflito básico em termos do curso do desenvolvimento facilita a compreensão da relação entre as dificuldades da criança e as dos pais, possibilitando o estabelecimento de focos e objetivos complementares para o atendimento dos pais e da criança.

**Palavras-chave:** psicoterapia breve infantil, psicodiagnóstico, planejamento terapêutico.

# **PSICOTERAPIA BREVE INFANTIL: AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO A PARTIR DO REFERENCIAL DO DESENVOLVIMENTO**

*Irani Tomiatto de Oliveira  
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo*

As psicoterapias breves nasceram e se desenvolveram a partir da necessidade de oferecer alternativas para a elevada demanda da população por assistência psicológica. Nos dias atuais somos cada vez mais confrontados com essa necessidade. A demanda sempre crescente e muito acima das possibilidades de oferta de serviços, a desatenção pública com a saúde da população, e em especial com a saúde mental, a carência de profissionais, a grande heterogeneidade de casos, com gravidade nitidamente crescente, as assim chamadas patologias da pós-modernidade, se acumulam como uma grande pressão sobre o profissional que se sente socialmente comprometido a procurar respostas e a oferecer sua contribuição.

A tentativa de ampliar o conhecimento acerca das modalidades breves de psicoterapia tem impulsionado um número expressivo de pesquisas, especialmente as dirigidas ao atendimento da população adulta, área que sofreu um desenvolvimento importante nas últimas décadas. O mesmo não se aplica ao trabalho dirigido às crianças. Embora estas representem uma parte significativa da população que procura atendimento psicológico, e boa parte da intervenção psicoterápica que se pratica com elas tenha duração limitada, a literatura e a pesquisa a respeito do assunto são ainda muito restritas. Consideramos, então, que é necessário ampliar esse conhecimento, para preencher uma lacuna importante, e contribuir para o desenvolvimento de uma proposta de intervenção que, por se dirigir a crianças, tem, inclusive, grande potencial preventivo.

Embora haja entre os autores uma concordância em relação ao fato da psicoterapia breve não se aplicar a todos os casos, há muita divergência em relação aos critérios de indicação utilizados.

De forma geral, sabe-se que crianças com dificuldades menos severas tendem a responder melhor ao tratamento. Isto não ocorre apenas em relação à psicoterapia breve, nem apenas em relação às crianças, mas a todos os tipos de psicoterapia em qualquer faixa etária. Quanto melhores forem os recursos do paciente e quanto menores suas limitações, em geral, mais ele poderá se beneficiar da intervenção. Esta, no entanto, como qualquer regra geral, não se aplica necessariamente a um paciente em particular, porque muitos outros fatores estão em jogo quando se fala em processo psicoterapêutico. A motivação do paciente para o tratamento é uma questão essencial; a aliança terapêutica que se estabelece é determinante nos resultados, e ela depende não só de características do paciente e do terapeuta, mas do tipo especial de combinação que se dá entre elas. Em nossa prática clínica temos observado a tendência geral citada acima, mas temos observado também um número expressivo de casos que fogem a essa regra, e cujos resultados surpreendem, seja positiva, seja negativamente.

Ao lado dessa tendência geral, cada autor tem sua própria concepção sobre a importância dos critérios de indicação, e sobre o que é mais importante levar em conta. Essas diferentes concepções têm também diferentes origens: a prática clínica do autor, suas observações empíricas, pesquisas ou hipóteses construídas a partir de seus referenciais teóricos e técnicos.

Consideramos, no entanto, que é possível dividir os autores citados em três grupos principais, no que se refere às suas concepções em relação a critérios de indicação para psicoterapia breve de crianças.

No primeiro grupo temos os autores que afirmam que o mais adequado é relacionar as indicações terapêuticas com categorias diagnósticas específicas, e que a psicoterapia breve estaria indicada para os casos menos graves, ou seja, quando não há estrutura psicopatológica estável, nem prejuízos importantes no processo de desenvolvimento. Entre estes autores encontram-se Mackay (1) e Lester (2). Sua visão está baseada na idéia de que haveria uma relação direta entre categorias diagnósticas e possibilidades de sucesso terapêutico, o que leva ao estabelecimento de critérios rigorosos, que reservam a psicoterapia breve aos casos com melhores recursos psíquicos. Ela foi posteriormente contestada por outros autores, especialmente porque resultava numa aplicabilidade restrita de uma forma de trabalho que surgiu com o objetivo exatamente oposto, ou seja, de estender a possibilidade de tratamento psicoterápico a um número maior de pessoas.

Palacio-Espasa (3), ao contrário, afirma explicitamente que o sucesso terapêutico não tem relação com a sintomatologia da criança ou com um quadro clínico específico, mas com a configuração dinâmica da relação pais-criança, que corresponde ao tipo de pré-transferência que os pais estabelecem com o terapeuta. Este autor, um dos membros do Grupo de Genebra, coloca como foco central de seus critérios a relação, tanto entre os pais e a criança, quanto entre os pais e o terapeuta. Como aqui a relação é também o foco do trabalho, o que se avalia como critério de indicação são as características dos padrões relacionais do paciente e sua possibilidade de se modificar. O grupo italiano de Muratori (4) segue estes mesmos critérios, pelo menos em seu artigo inicial.

Há ainda outros autores, que consideramos como representantes de uma forma integrativa de trabalho, que apresentam uma visão bem mais flexível sobre que casos podem se beneficiar de um tratamento psicoterápico breve. Eles afirmam que o sucesso terapêutico tem relação com a presença de características relacionais e psicodinâmicas ligadas ao processo, muito mais do que com a categoria diagnóstica à qual o paciente possa pertencer. Além disso, se referem ao assunto não no sentido de procurar critérios para selecionar pacientes, mas ressaltam a necessidade de se adaptar o trabalho às possibilidades de cada caso. Assim, a compreensão diagnóstica do caso visa dar ao terapeuta melhores condições para promover essa adaptação, e o que se considera como critérios de indicação são apenas as condições mínimas necessárias para permitir o estabelecimento de uma relação terapêutica, que possa resultar em algum benefício, mesmo que parcial e limitado. Essa é, em essência, a posição de Proskauer (5), Warren e Messer (6), Knobel (7), e também a nossa (8).

Quando se fala em adaptar o trabalho às possibilidades de cada caso, no entanto, seria desejável que se pudesse contar com alguns referenciais que auxiliassem nessa tarefa, servindo como parâmetros gerais organizadores do raciocínio clínico. Isso nos parece especialmente importante no caso do trabalho com crianças, pela complexidade que o caracteriza, já que se tem que levar em conta uma rede complexa de relações, que envolvem a criança, os pais e o terapeuta, e a heterogeneidade da população infantil, nos diferentes momentos do desenvolvimento.

É a esta última dimensão, a do desenvolvimento infantil, que damos especial atenção, concordando com Messer e Warren (9), que consideram que as teorias do desenvolvimento infantil podem oferecer uma contribuição significativa a este propósito, uma vez que permitem que os problemas infantis sejam identificados não só em termos de sintomas e estruturas da personalidade, mas também em termos de falhas para enfrentar os desafios determinados pelo curso do desenvolvimento. Assim, utilizada em conjunto com a visão psicodinâmica, a dimensão do desenvolvimento pode acrescentar contribuições essenciais à compreensão do caso, à formulação do foco e ao planejamento terapêutico. A própria psicopatologia infantil e a emergência de sintomas podem ser vistas como quebras ou impasses no processo de desenvolvimento, que prejudicam o funcionamento adaptativo frente às novas demandas com as quais a criança tem que se defrontar constantemente.

Assim, propomos incluir essa dimensão no diagnóstico de casos clínicos. Entre os vários estudos e construções teóricas sobre o desenvolvimento infantil, escolhemos a de Erikson (10), por inúmeras razões. Partindo do referencial psicanalítico, este autor acrescenta e integra aos aspectos intra-psíquicos os ambientais, não só familiares mas sociais. Analisa o desenvolvimento do ser humano assim contextualizado, abordando-o como um processo completo, que engloba as diferentes fases, desde o nascimento até a morte, e caracterizando diferentes aspectos de cada uma dessas fases.

Além de levar em conta como questão central a relação pais-criança, Erikson (10) amplia esta visão, incluindo a importância do contexto sócio-cultural onde esta relação tem lugar. Assim, considera o contexto social, as características familiares, em perspectiva histórica, os aspectos constitucionais, inclusive orgânicos, e o momento do desenvolvimento no qual todos esses aspectos se cruzam, numa verdadeira e atual concepção bio-psico-social.

Nossa proposta é que a compreensão diagnóstica do caso inclua:

**Aspectos dos pais:** características do funcionamento psíquico, relação que estabelecem com o psicólogo, motivação para o trabalho, expectativas em relação ao atendimento, o quanto se vêem como incluídos nas dificuldades da criança e nas possibilidades de solução.

**Aspectos da criança:** queixa, características do funcionamento psíquico, desenvolvimento (características de cada fase), fixações e regressões, aspectos positivos e potencialidades, conflitos, angústias e mecanismos de defesa.

**Aspectos da relação pais-criança:** configuração da relação, qualidade e intensidade das projeções e expectativas dos pais sobre a criança, conflitos transgeracionais, adaptação da criança às projeções e expectativas dos pais, quebras na regulação mútua.

A partir dessa compreensão e alicerçado nela, sugere-se o planejamento de um processo terapêutico adaptado às características e possibilidades do caso, do terapeuta e das condições externas, inclusive no que diz respeito aos tipos de intervenção utilizados, no contínuo suportivo-expressivo. A idéia não é ter um plano rígido de trabalho, mas estabelecer parâmetros compatíveis com a situação, em relação às áreas conflitivas com maiores necessidades e possibilidades de serem trabalhadas, aos tipos de intervenção mais adequados, a quem será atendido e com que frequência, e à duração do processo, considerando-se se há limites reais que impõem uma duração pré-estabelecida ou se é possível trabalhar em função dos objetivos propostos, utilizando-se o tempo necessário para atingi-los.

Todos estes aspectos giram em torno da questão essencial, que é a relação e a aliança terapêutica, e sua possibilidade de ser transformadora.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mackay J. The use of brief psychotherapy with children. *Canadian Journal of Psychiatry* 1967; 12: 269-279.
2. Lester EP. Brief psychotherapies in child psychiatry. *Canadian Psychiatric Association Journal* 1968; 13(4): 301-309.
3. Palacio-Espasa F. Indications et contra-indications des approches psychothérapeutiques brèves des enfants d'âge préscolaire et de leurs parents. *Neuropsychiatrie de l'Enfant* 1984; 32(12): 591-600.
4. Muratori F, Maestro S. La psicoterapia breve secondo la scuola di Ginevra: riflessioni attorno ad una casistica di bambini sotto i 6 anni. *Giornale di neuropsichiatria dell'età evolutiva* 1995; 15(3): 181-189.
5. Proskauer S. Focused time-limited psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1971; 10(4): 619-639.
6. Warren CW, Messer SB. Brief psychodynamic therapy with anxious children. In: Russ, SW, Ollendick, TH. (ed.) *Handbook of psychotherapies with children and families*. New York: Kluwer Academic/Plenum; 1999. p. 219- 237.
7. Knobel M. *Psiquiatria infantil psicodinâmica*. Buenos Aires: Paidós; 1977.
8. Oliveira IT. Critérios de indicação para psicoterapia breve de crianças e pais. *Psicologia: Teoria e Prática* 2002; 4(1): 39-48.
9. Messer SB, WARREN CS. *Models of brief psychodynamic therapy - a comparative approach*. New York: The Guilford Press; 1995.
10. Erikson EH. *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar; 1976.

# **FAMÍLIA, VIOLÊNCIA E INCLUSÃO: POR UMA CLÍNICA SOCIAL**

**Autora:**

*Anamaria Silva Neves*

Professora Adjunto 1, lotada no Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas/Campinas, SP. Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto, SP.

**Endereço:**

Av. Alexandre Ribeiro Guimarães, nº 281, apto. 702 - Bairro Santa Maria . CEP 38408-050 - Uberlândia/MG.

**Endereço eletrônico:** [anamaria@umuarama.ufu.br](mailto:anamaria@umuarama.ufu.br)

# FAMÍLIA, VIOLÊNCIA E INCLUSÃO: POR UMA CLÍNICA SOCIAL

Anamaria Silva Neves

## Família

A família pobre resulta da combinação de fatores que historicamente constituíram a periferia, o analfabetismo, o desemprego, o alcoolismo, o saneamento básico e a moradia precários, todos estes como elementos coadjuvantes na perpetuação e ampliação dos despossuídos e miseráveis no Brasil. O termo família desorganizada é um escapismo. É preciso des-construir o conceito e pesquisar a família, o que implica questionar fórmulas prontas de análise e descobrir as sutilezas dos discursos dos personagens que compõem os agrupamentos familiares. É pertinente esclarecer que o recorte e o ajuste teórico se faz aqui sobre as camadas populares, o que não exclui as camadas médias e outros segmentos sociais de serem acometidos por caos desagregadores, porém, de natureza diversa e que não serão neste estudo explorados.

A atenção e o investimento de pesquisadores (Gomes, 1998; Meneghel et al, 1998; Gianini et al, 1999; Barison, 1999) sobre as organizações familiares alertam para a prevenção do abandono de crianças, da institucionalização infantil e do rompimento de relações afetivas desgastadas mas, na maior parte dos episódios verificados, passíveis de serem reconstruídas e trabalhadas.

Numa perspectiva *social e comunitária*, cabe justificar e compreender a família como instituição primária, incondicionalmente importante na construção de identidades, valores, afetos e cidadania. Marcilio (1997) nos aviva a memória e lembra que o Brasil revela a cruel realidade de constituir o último país a abandonar as Rodas<sup>1</sup>, referendando, na atualidade, a herança impregnada no movimento compulsivo da institucionalização como recurso imediato frente aos desajustes familiares. É pertinente lembrar que a institucionalização infantil tem gerado, historicamente, crianças analfabetas com falta de perspectivas de vida autônoma e independente (Vicente, 1998).

Abordar a família, considerando as peculiaridades que o termo pressupõe, significa repensá-la na ordenação do passado, do presente e do futuro, numa perspectiva circular, estrutural, dialeticamente efetivada na relativização de parâmetros ditos universais. Por fim, nosso estudo qualifica a *subjetividade* e questões de cunho sociocultural enquanto complementares na compreensão das organizações familiares.

A família é um grupo primordial no âmbito do desenvolvimento de sujeitos psíquicos singulares, bem como na formação ideológica<sup>2</sup> dos cidadãos que a compõem. A discussão aponta para a família enquanto uma construção social, um grupo ativo na formação e transformação dos padrões culturais e afetivos. Biasoli-Alves e Simionato-Tozo (1998) ressaltam que a família, seja como conceito, seja como grupo primário, apresenta alterações ao longo dos diferentes momentos históricos e nas diversas culturas em que está inserida. A família, ao ser transformada, assimila, modifica e devolve à sociedade os elementos processados em seu interior que, por sua vez, os modifica. A diversidade dos arranjos familiares descritos nas diferentes culturas e em distintos períodos nos permite observar a importância da família na orientação dos filhos, em particular.

---

<sup>1</sup> As Rodas dos Expostos foram dispositivos utilizados no Brasil no período que vai do século XVIII até 1950, com o objetivo caritativo e religioso de abrigarem crianças e recém nascidos abandonados por seus familiares.

<sup>2</sup> Ideologia que, de acordo com Guareschi (1996), tanto serve para sustentar relações justas e éticas como serve para alimentar relações assimétricas, de dominação.

## Violência doméstica

Pensar a violência implica considerar as bases e o desenvolvimento histórico que determinam as formas que esta assume ao longo da organização das sociedades.

A prerrogativa de que o tema violência doméstica está relacionado à violência geral que impera na nossa sociedade foi um dos eixos principais na determinação da condução teórica a ser seguida. As tentativas de compreender o fenômeno da violência nas diferentes esferas de atenção, associam, reiteradas vezes, o termo violência aos conceitos de poder e agressão. May (1972) discrimina níveis de poder que se tornam presentes potencialmente no transcorrer da vida do ser humano. Segundo Gerald Chrzanowski, citado por May (1972), a agressão está associada a um objeto ao qual é direcionada a fúria, por assim dizer. Na violência, a relação com o objeto é danificada, e tal relação se desintegra. A maneira como o sujeito é capaz de interpretar o mundo a sua volta parece decisiva na disposição para rivalizar com o outro. A violência seria assim,

[...] uma organização dos poderes da pessoa a fim de provar o seu próprio poder, a fim de estabelecer o valor do eu [...] mas ao unir os diferentes elementos do eu, omite a racionalidade [May, 1972, p.153]

Apesar do progresso gradativo no estudo da violência ou maus tratos contra a criança, algumas questões permanecem. Explosões emocionais contra os que estão mais próximos e mais indefesos definem a *síndrome do pequeno poder*, em que a vítima do poder de um mais forte exerce o seu *pequeno poder* sobre um mais fraco (Guerra, 1998). A autora descreve como a violência doméstica, enquanto uma violência intersubjetiva consiste na violência interpessoal, com abuso do poder disciplinador, ocasionando um processo de vitimização e imposição de maus tratos.

Guerra (1998) diferencia quatro tipos de violência doméstica: violência sexual, violência psicológica, negligência e violência física. Apesar da divisão didática, as formas de violência doméstica ou intrafamiliar não são excludentes e, na prática, apresentam-se sobrepostas, com um ou mais tipos de violência verificadas em um mesmo caso acompanhado; mas a violência física tem se mostrado como a forma mais freqüente e mais facilmente identificada, com a marca do instrumento de agressão, como cintos, dentes, cordas, fios, cigarros e o uso do próprio corpo como instrumento de punição exacerbada.

A violência física no contexto da intimidade não é um mito. Mito é a história da infância feliz, da família continente e gratificadora. Prado (1999) esclarece que um mito não é uma quase-realidade e sim uma quase-história sustentada pelo discurso coletivo com razoável consenso. O tema violência doméstica não é um mito, portanto, é uma construção social decodificada em versões singulares a cada complexo familiar. Entretanto, alguns mitos freqüentes, fundados em representações sociais construídas historicamente foram identificados em estudos exploratórios sobre violência intrafamiliar. Corsi (1994), citado por Bringiotti (2000), relata os principais mitos identificados: os casos de violência familiar não são freqüentes e não representam um problema grave; os maus tratos psíquicos não são tão graves como os maus tratos físicos; a violência familiar é oriunda dos problemas de ordem psicopatológica; a violência familiar só ocorre nas camadas mais baixas; as vítimas dos maus tratos são responsáveis à medida que provocam a agressão; a conduta violenta é inata; se há violência, não há amor na família; o consumo de álcool é a causa das condutas violentas.

O autoritarismo dispensado à criança sofreu transfigurações mas continua vigorando. Aos olhos institucionais, a família, que idealizadamente deveria proteger seus agregados, tem sido denunciada por falhar e violentar seus descendentes, com a prática da crueldade retratada no papel coercitivo. Todavia, é preciso considerar que os agressores e as vítimas são prisioneiros da violência doméstica que está inserida na violência mais ampla, gerada no âmbito social.

## A psicanálise e os romances familiares

A psicanálise, aliada preciosa na organização das idéias e reflexões do estudo em questão, exibida primordialmente através de Sigmund Freud e alguns de seus seguidores que, a partir dos conceitos clássicos, contribuíram para a promoção da psicanálise contemporânea voltada para questões de ordem social e comunitária.

A família enquanto grupo ou agrupamento original é apreendida por Freud (1976a) com a obra *Totem e tabu*, em 1912, de forma que os legados da horda imprimiram traços ulteriores na história da descendência humana. Conforme o próprio Freud (1976b) confirma mais adiante, em 1921, com a obra *Psicologia de grupo e a análise do ego*:

Do mesmo modo como o homem primitivo sobrevive potencialmente em cada indivíduo, a horda primeva pode mais uma vez surgir de qualquer reunião fortuita; na medida em que os homens se acham habitualmente sob a influência da formação de grupo, reconhecemos nela a formação da horda primeva. Temos que concluir que a psicologia dos grupos é a mais antiga psicologia humana [p.156].

Para Freud, o homem contemporâneo, ao reunir-se em grupo, promove a reedição da horda primeva, com o homem primitivo sendo perpetuado potencialmente em cada ser. Ao participar de vários grupos, o ser humano partilha de várias mentes grupais – nacionalidade, credo, entre outras. Em *Totem e tabu* e *Psicologia de grupo e análise do ego*, Freud não opõe o indivíduo e a rede institucional; são lançados os paradigmas da descendência humana e da mente coletiva, onde o psiquismo humano não está centrado exclusivamente no inconsciente pessoal.

As redes vinculativas são inicialmente protagonizadas na família e posteriormente reeditadas nos espaços afetivos a serem conquistados pelo sujeito. Em *Romances familiares*, escrito em 1908, Freud (1976c) resgata o conceito e os estágios do romance familiar do neurótico que se caracterizam pelas fantasias infantis e as descobertas realizadas acerca das qualidades e dos atributos dos seus pais. Crescer e se tornar livre da autoridade dos pais é uma etapa dolorosa, mas primordial no desenvolvimento do sujeito; pois, segundo Freud, o progresso da sociedade está assentado na oposição entre as sucessivas gerações.

Ainda que Freud utilize termos ou definições que agregam as psicopatologias do neurótico à família de origem – o que é pertinente compreender com cautela para não utilizarmos um modelo psicopatológico de análise da família – é importante salientar que a obra traz à tona a família e seus genetogramas afetivos e não apenas hereditários ou biológicos. Na composição dos romances, os personagens adaptam-se a papéis e sofrem suas paixões, encenando enredos reparatórios ou mesmo dissimulados e destrutivos.

Apesar do modelo individualista de homem conceituado ao longo da teoria psicanalítica, no artigo intitulado *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise*, de 1932, em comentário sobre a análise de crianças, Freud (1976d) pontua que diante da resistência dos pais é pertinente um *influxo analítico* sobre eles. Tal expressão leva a repensar os alcances da psicanálise e o interesse freudiano pelo funcionamento da família. Kancyper (1999), ao escrever sobre a confrontação de gerações, retoma o clássico freudiano e questiona as conotações que o termo *influxo analítico* pode sugerir. Os clássicos freudianos foram retomados porque o intuito nesta pesquisa é ousar um influxo analítico sobre a família, sem desprezo à criança ou aos pais e com o foco na produção do processo de vitimização desencadeado pela violência física, vitimização dos pais e da criança. Compreender não apenas os aspectos que colocam os filhos como vítimas e os pais como algozes, mas percorrer o caminho da história dos pais através das gerações – avós maternos e paternos da criança – que os antecederam e desvelar os aspectos imaginários e reais que estruturaram os papéis atuais de pai e mãe.

## Considerações finais

Herrmann (1997) propõe que abandonemos a *passividade receptiva* e adotemos a *receptividade ativa* ao atender e escutar aquele que chega para contar a sua história (p.55). Ampliando a proposta de Herrmann, para a atenção voltada ao grupo familiar, entende-se que a denúncia de cada caso é específica, mas o que rege a violência doméstica envolve questões que devem ser esclarecidas, refletidas e questionadas pelos técnicos, para que não se convertam em meros reprodutores de condutas estigmatizantes. O técnico é usualmente visto pela família denunciada como um invasor, e a invasão ameaça a frágil organização familiar. A denúncia deveria provocar e incomodar a nós, os técnicos, impotentes e vitimizados também pela dimensão aterrorizante que a demanda da violência imprime na rotina de trabalho.

A psicanálise permite vislumbrar o sujeito contemporâneo que, essencialmente atrelado aos grupos, sofre as intempéries sociais impregnando a sua subjetividade; mas, ilumina também as diretrizes que conservam o homem na rede familiar, teia de artimanhas afetivas provocadoras de descompassos psíquicos únicos e diferenciados. A chamada *clínica social* contribui para que a psicanálise ouça os sotaques goianos, mineiros, os paladares e os olfatos regionais, os *uais* e toda a regionalidade que imprime nos sintomas, nas dores e nos conflitos uma peculiaridade que a antropologia muito me ensinou a distinguir. As violências não se repetem em suas origens, parecem idênticas nas evidências – vergões, cicatrizes, pancadas, cintadas, socos, pontapés e tantas outras barbáries – mas corporificam histórias de subjetividades ímpares. Violências, infâncias, famílias, subjetividades, cenários e histórias são palavras citadas no plural não somente pela quantidade que se soma através das gerações, mas porque se enriquecem na diversidade e na diferença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARISON, S. Z. P. *Famílias incestuosas de classes populares: seus personagens e dinâmica relacional*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia e Educação, USP-Ribeirão Preto, 1999.
- BIASOLI-ALVES, Z. M. M. e SIMIONATO-TOZO, S. M. P. O cotidiano e as relações familiares em duas gerações. *Cadernos de Psicologia e Educação Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 8, p.137-149, 1998.
- BRINGIOTTI, M. I. *La escuela ante los niños maltratados*. Buenos Aires: Paidós, 2000.
- FREUD, S. *Totem e tabu*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1976a. v. XIII.
- \_\_\_\_\_. *Psicologia de grupo e análise do ego*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1976b. v. XVIII.
- \_\_\_\_\_. *Romances familiares*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1976c. v. IX.
- \_\_\_\_\_. *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1976d. v. XXII
- GIANINI, R. J. et al. Agressão física e classe social. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, abr., 1999.
- GOMES, R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbi-mortalidade de crianças vítimas de violência. *Cadernos de Saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr., 1998.
- GUARESCHI, P. A. Relações comunitárias – relações de dominação. In: CAMPOS, R. H. de F. (Org.). *Psicologia social e comunitária: da solidariedade à autonomia*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- GUERRA, V. N. de A. *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.
- HERRMANN, F. *Clínica psicanalítica*. São Paulo: Brasiliense, 1997.
- KANCYPER, L. *Confrontação de gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- MARCILIO, M. L. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil: 1726-1950. In: FREITAS, M. C. de (Org.). *História social da infância no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.
- MAY, R. *Poder e inocência: uma análise das fontes de violência*. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.
- MENEGHEL, S. N. et al. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr., 1998.
- PRADO, M. do C. C. de A. *Destino e mito familiar: uma questão na família psicótica*. São Paulo: Vetor, 1999.
- VICENTE, C. M. O direito à convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção do vínculo. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). *Família brasileira: a base de tudo*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

**PSICOTERAPIA E NEUROPSICOLOGIA**  
**PSYCHOTHERAPY AND NEUROPSYCHOLOGY**

**Autora:**

*Maria Clara Nassif*

**Instituições:** Cari-Psicologia e Educação

**Endereço:**

Cari Psicologia e Educação, aos cuidados de Maria Clara Nassif  
Rua Pedro Morganti n 68, Vila Mariana, CEP 04020-070  
Fone: (11) 5575-7051 e Fax: (11) 3052-3452

**Endereço eletrônico:** [caripsico.educ@uol.com.br](mailto:caripsico.educ@uol.com.br)

**Agradecimentos:** Ao Prof. Germain Fajardo, co-autor dos Métodos Raimon e Dia-Log, por seu profundo interesse em criticar os originais do livro, da presente autora, Psicoterapia Raimon e a Busca da Realidade, 2004, no prelo, do qual o conteúdo do presente trabalho é parte.

## PSICOTERAPIA E NEUROPSICOLOGIA

### RESUMO:

É propósito do presente trabalho descrever a Psicoterapia Romain e seus eixos metodológicos, apresentando-a à comunidade científica, por haver poucos trabalhos publicados a respeito. Trata-se de um enfoque original pois propõe um processo de intensa mobilização cognitiva, "lato sensu", do intelectual e motor ao emocional e social, em grupo. Centrado no valor da experiência, constitui-se como meio ativo e rico, integrando *Epistémé* e *Práxis*, através da proposição de situações problemáticas inusitadas, que demandam o processo elaborativo na busca de sua resolução. Porém, ao destituir o objeto de qualquer caráter finalístico, resgata o estatuto do pragmático, enquanto expressão da subjetividade. A diversidade e o ineditismo de cada exercício proposto agem de modo a desestabilizar as estruturas mentais enrijecidas, desencadeando a mobilidade mental. O Método Romain visa a reestruturação equilibrada e orgânica do indivíduo, capacitando-o a compreender e a agir mais apropriadamente no mundo em que se encontra.

**Descritores:** Cognição, emoção, integração, mobilidade mental.

## PSYCHOTHERAPY AND NEUROPSYCHOLOGY

### SUMMARY:

The aim of the present paper is to describe and introduce the Romain Psychotherapy and its methodological array to the scientific community, in response to the scarcity of material on the subject. Its originality lies on the proposal of an intense "lato sensu" process of cognitive mobilization from the intellectual and motor to the emotional and social, in groups. Centered on the value of experience integrating *Epistémé* and *Práxis*, a problem set is presented to elicit corresponding algorithms for solution. Nonetheless, by depriving the object of any finalistic account, the method revives pragmatism as an expression of subjectivity. Each original and varied exercise attempts to get rid of rigid mental structures, leading to the development of mental mobility. The Romain Method aims towards a balanced restructuring of the individual, allowing the proper understanding to act more accordingly to the world around.

**Keywords:** Cognition, emotion, integration, mental mobility.

## PSICOTERAPIA E NEUROPSICOLOGIA

Maria Clara Nassif

### Introdução: Aspectos Neuropsicológicos

O Método Romain distingue-se de propostas baseadas em técnicas verbais apoiadas em diferentes suportes teóricos, por formular sua intenção psicoterápica através da integração *Epistémé e Práxis*, pensamento e ação, em uma situação grupal.

Propondo exercícios cognitivos rigorosamente concebidos sobre estruturas neuropsicológicas, cria uma dinâmica muito particular: introduz o valor da experiência emocional e ultrapassando todos os possíveis resultados, certamente obtidos sobre o plano das funções requeridas para a realização de cada exercício. Aspecto fundamental que abre o campo de ação ao aspecto psicoterápico foi a diretriz de que o objeto, exercício, constitui-se tão somente como um meio para criar um caminho na ordem do sujeito. Convergem nesse sentido, o caráter não finalístico de cada exercício e seu aspecto insólito; uma programação não linear dos mesmos, uma estrutura de trabalho que possibilita o desencadear da mobilidade mental, fundamental e necessária à descoberta de si, ao aprender a ser um “eu”; a idéia de desencadear o processo enquanto pesquisa que favorece o ato de criar, a elaboração.

Para propiciar essas condições Simonne Romain, criadora, e Germain Fajardo, co-autor, estruturaram várias programações de exercícios, que organizados em seu conjunto vieram a constituir os "dossiers". Em todo dossier a estrutura de sua programação está organizada para mobilizar os diferentes aspectos da atividade mental e corporal, desde o nível mais concreto ao mais abstrato, explorando ativamente a dinâmica espaço-tempo em suas mais amplas possibilidades. Embora cada “dossier”, com sua respectiva programação, esteja destinado, a populações específicas, em função de sua etapa evolutiva, nenhum deles apresenta um caráter finalístico cuja aplicação levasse a um fim pré-determinado, a não ser o de levar a pessoa a evoluir.

No trabalho terapêutico Romain, cada situação proposta solicita da pessoa a convergência simultânea das três vertentes fundamentais da personalidade, a intelectual, a conativa e a afetiva. Assim, ao integrar o substrato neurológico, ao qual se vincula cada atividade em particular, bem como as estruturas gerais referentes aos diversos processos psicológicos envolvidos, estimula os dinamismos para a ação.

Aprofundando esta análise do ponto de vista neuropsicológico, podemos apontar a solicitação de diferentes funções cerebrais, tais que: funções motoras, funções visuais superiores (percepção visual, orientação espacial, operações intelectuais no espaço) organização acústico-motora, processos mnésicos de retenção e evocação, processos intelectuais de atenção, raciocínio e compreensão. Ao atingir, no mínimo dois dos diferentes analisadores, visual, auditivo, tátil ou cinestésico, e em função de sua diversidade, os exercícios solicitam a integração funcional dos diferentes sistemas cerebrais e situam o Romain em consonância com as mais avançadas concepções sobre a dinâmica das funções superiores.

Visando contemplar essas condições, a programação dos dossiers, está concebida sobre uma estrutura e uma organização que considera as diferentes naturezas cognitivas dos exercícios, dispostas em nove agrupamentos e sua respectiva distribuição no tempo, conservando neste sentido uma relação não linear entre eles.

O trabalho de movimentos corporais constitui o eixo central dessa estrutura e age como meio extremamente ativo para desencadear “a percepção de si enquanto corpo agindo”<sup>(1)</sup>. Esse trabalho se dá a partir de exercícios de movimentos propostos aos

participantes do grupo, demandando a atenção interiorizada sobre certos segmentos ou articulações, ou ainda sobre o corpo todo; colocando em jogo problemas de diferentes ordens: tais que de equilíbrio, de tônus, de coordenação – imbricando as estruturas temporais – sucessões, simultaneidade, alternância, dissociação, em um ritmo próprio ou dado, explorando o espaço em suas mais amplas possibilidades.

A atenção difusa também será solicitada continuamente pois jamais é só que se vive tais solicitações, que bem amiúde envolvem a consideração da presença e ação conjunta dos outros participantes. Do ponto de vista emocional, o fundamental está na descoberta do corpo-lugar, enquanto sede de si-próprio, sítio constitutivo da própria identidade, que somente existe em relação consigo e com o outro.

Esse amplo leque de diferentes exercícios contém tarefas a realizar que distribuem-se por todos os planos do sistema nervoso desempenhando seus papéis em cada uma das áreas cerebrais no sentido de integrá-las funcionalmente<sup>(2)</sup>.

Na situação Romain uma ação precipitada possivelmente não levará à resposta demandada, impondo dessa maneira uma atitude de pesquisa, "...ativando a função frontal ligada à programação, à planificação da atividade, à projeção, que são desenvolvidas de forma intensa, em todos os momentos [...]"<sup>(3)</sup>, incorporando o pensamento na ação e a ação no pensamento.

### **Do Neuropsicológico ao Emocional: Do Exercício à Subjetividade**

A despeito do valor da palavra, intrínseco ao processo terapêutico, não se trata de uma proposta verbo-conceitual, mas sim, de uma *práxis* que envolve o verbo-conceitual, mobilizando sobretudo o processo de elaboração numa dada realidade. Essa dada realidade é configurada em parte pela unidade denominada exercício. Conforme Gibert temos que:

*"cada exercício propõe um resultado prático a ser obtido, situado originalmente num setor sensorial ou psicomotor determinado e permite ao sujeito por em jogo certas maneiras de ser (atitudes) na sua relação com a situação proposta"*<sup>(4)</sup>.

Ao mobilizar as funções neuropsicológicas e estendendo-se aos demais aspectos da personalidade do sujeito postos em jogo no decorrer da situação, o exercício, constitui-se como instância a partir da qual se desencadeará todo o processo terapêutico; o exercício situa-se tão somente como meio, despojado de qualquer caráter finalístico, guardando valor enquanto objeto apenas como meio para o desencadear da criação – construção.

O exercício apresenta-se como um suporte de relações; o objeto proposto ultrapassa a sua conformação, implicando a pessoa em sua totalidade, vindo a caracterizar o conceito de situação, a saber o jogo de relações entre sujeito - exercício - terapeuta, e conforme Fajardo (1995) entre sujeito, objeto e terapeuta, em vez de tarefa a realizar. O engajamento que se busca criar frente à proposta está centrado no processo e não no resultado em si. Entre indicação e resultado configura-se o ato onde o indivíduo autor, aprendendo a lutar, a decidir sobre suas ações, em um contexto dado, emerge na realidade da experiência atual.

Nassif (1999)<sup>(5)</sup> aponta que em uma situação Romain, o exercício aparece sempre como uma proposta inadaptada, estranha, face a qual a pessoa desorganiza-se pois seus recursos atuais aparecem como insuficientes à questão demandada. Segundo Houziaux (1995), *"a proposição configura-se como uma situação crítica, em ruptura, desorganizadora em relação ao conjunto de disposições motoras, afetivas ou intelectuais do indivíduo"*<sup>(6)</sup>. Irrompem as incertezas, e é a transgressão sobre o suposto, evidenciada nesse processo de desadaptação, que mobilizará o referido esforço de compreensão, de imaginação e de realização. Configura-se então uma situação de pesquisa, de busca de uma solução, que somente se dará por elaboração, por criação.

Cada “indicação”, complexa através de seu valor adverbial, solicita do sujeito uma atenção permanente, pois não se trata de acrescentar um elemento ao outro do enunciado ou levá-los em conta sucessivamente ou separadamente e sim de liberar uma nova resposta atual e inédita como o ato criativo, que surge da pesquisa e da disponibilidade interna. Utilizando-se de uma linguagem rica, através de coordenadas lingüísticas organizadas, as indicações correspondem precisamente a um resultado real, a uma solução, ela mesma rica em matizes.

Cada proposta mobiliza a criação de imagens mentais que dinamicamente ao serem transpostas para uma ação, tidas como pertinentes ao imaginado, serão então configuradas como um resultado, correspondente ou não à indicação. Não é o resultado em si o valorizado, mas todo processo de vivência de sua busca, num interjogo contínuo entre o imaginado, a partir do simbólico e o realizado, operatório.

A possibilidade de discriminar, de pesquisar, será trabalhada, para que através dela, o sujeito possa ir caracterizando o objeto, ir considerando os diversos fatores heterogêneos que compõem a realidade, a fim de estabelecer o maior número de parâmetros possíveis; por isso mesmo, é que as situações propostas são sempre diferentes. É necessário o sujeito pesquisar-se para poder discriminar-se em tantas diferentes situações e neste processo de reconhecimento de características os sentidos serão amplamente utilizados, sem privilegiá-los em si mesmo; aqui eles estarão a serviço da elaboração. Este refinamento perceptivo que se dá pela crítica que o sujeito faz de seus próprios meios é que vai ampliando a capacidade perceptiva a serviço da elaboração.

O fundamental é se criar o processo para se chegar a um resultado e não o obtendo possibilitar a reformulação do processo. O desencadear do ato criativo desvela por um movimento recursivo, a via de construção pela qual o próprio sujeito se constrói, ao construir a realidade de sua experiência.

Simonne Romain criou um Método que integra o pensar e o agir em um dado contexto, implicando esse processo em uma intensa vivência emocional. Entendemos que em sua concepção a *práxis* é em si a própria expressão da subjetividade, decorrente de uma elaboração interior, de uma criação. Resgatar o estatuto do pragmático, no Romain, é mobilizar esse estado emocional que entretece e compõe a própria complexidade “*do estar aí vivendo o aqui e agora. A complexidade da situação Romain se dá na medida em que a pessoa ao se constituir sujeito está ali mergulhada, inteira.*” (Germain Fajardo, *Comunicação Pessoal*, setembro de 2002)

### **O Grupo: Intersubjetividade, Autonomia e Alteridade**

Compreender a natureza da dinâmica do trabalho psicoterápico Romain em um contexto grupal, pressupondo as noções de intersubjetividade, heterogeneidade e complexidade, convoca implicitamente correlacionar as dinâmicas individual e grupal. A psicoterapia Romain apresenta-se como uma psicoterapia em grupo que não pretende desenvolver sua intenção através da investigação do inconsciente; baseia-se num “*desaprender*”<sup>(7)</sup>, nascido de uma realidade que toma o valor de experiência, à medida da ruptura de mecanismos inconscientes prevalentes na ação; assim, a um contato pretendido cada vez mais direto com o aqui e agora, favorece-se o apreender dessa experiência, vivida em uma situação grupal.

A situação Romain, por seu caráter insólito, põe a manifesto os diferentes aspectos que compõem a complexa experiência do existir humano; tempo, espaço, genética, cultura, sociedade, afeto, emoção, inteligência, linguagem, movimento..... A natureza e a abrangência da diversidade de situações propostas sustentam a percepção das diferenças e geram a

mobilidade criativa que se encontra na base desse processo; a percepção da singularidade de cada diferente expressão de si interpenetra-se à singularidade circunstanciada pelo momento presente; por sua complexidade, os múltiplos aspectos em jogo, são convocados à consideração e à inclusão; a práxis assim constituída cria na própria pessoa, uma via de comunicação integrativa entre esses diferentes aspectos, que, como a seiva de uma árvore, circula por todas as suas partes nutrindo seu crescimento; por esse movimento dissolvem-se as barreiras que fragmentam ; ampliam-se os processos associativos, integrativos; cria-se a unidade na diversidade.

É por essa via que emergem os diferentes aspectos que constituem o “eu”, denotando a diversidade interior e configurando a abrangência do universo-mental – relacional de cada um. Esse enriquecimento interior, alimentado pelo elo relacional que se vincula, na situação Raimon à qualidade da presença a si, ao outro, aos objetos, impulsiona a descoberta da própria heterogeneidade e a do outro porque toda essa experiência não é construída a sós. As opções metodológicas do trabalho Raimon de ser realizado exclusivamente em grupo e privilegiar a heterogeneidade em sua composição, constituem o enquadre do qual o próprio processo se nutre.

Retomando, temos que os diferentes aspectos que constituem o meu “eu” foram descobertos também pela multiplicidade expressa pelos meus pares e com meus pares, e todo esse labor nos tem promovido juntos nessa descoberta de ser sujeito. Assim, a própria natureza de minha evolução concerne também à evolução de meus pares; cada um de nós congrega em si mesmo diversos aspectos do eu descobertos no seio dessa experiência e, conforme Fajardo, *“daí meu eu é finalmente um pouco de cada um pelo qual eu me enriqueço, porém, meu eu é móvel, flutuante, inconstante, mas único, polifacético, talvez ambivalente, contraditório”* (Germain Fajardo, *Comunicação Pessoal, dezembro de 2003*). A experiência apela continuamente ao eu singular que inevitavelmente deve situar-se face a esse(s) outro(s); constitui-se, assim, a relação com o outro, em um limiar que não é nem pura interioridade, nem pura exterioridade; nessa experiência temos assim constituída a subjetividade e a intersubjetividade.

Assim constitui-se a diversidade perceptiva e relacional pretendida pelo trabalho terapêutico Raimon: essa conjunção, complexa, de descobertas simultâneas de si, da multiplicidade que concerne ao próprio si, a descoberta do outro e também da multiplicidade que concerne a esse outro. Porém, é sobretudo a descoberta de si enquanto sujeito existencial, que desperta na pessoa um novo e profundo interesse por si, um profundo interesse por tudo o que lhe concerne e concerne aos seus pares.

O grupo Raimon, espaço desta complexa rede relacional, lugar do desencadear de uma dinâmica limiar entre o eu e o outro, situa a questão do sujeito, do eu, da identidade e do outro; entrelaçamento sutil que congrega limiares entre cada um e o outro, como que por interstícios dados pela diferença nessa relação que contém inclusão de exterior no interior e ao inverso, expressões do interior que deslocam-se para o exterior; entrelaçamento sutil por situar a construção da identidade estreitamente ligada à da alteridade: - assim nesse interjogo entre o eu e o outro só se reconhece a si mesmo reconhecendo o outro.

## **Considerações Finais**

A partir desta breve descrição do *Método*, podemos considerar que o processo psicoterápico Raimon se passa através da ativação dos múltiplos sistemas do cérebro e do corpo, que estão distribuídos por toda a pessoa: a emoção integrada ao ato cognitivo. Tomando essa concepção, como opção básica de Simonne Raimon, podemos dizer que este método encontra-se em consonância com os pressupostos das neurociências: de uma base

biológica para a personalidade, o comportamento e os distúrbios mentais. A emoção e a cognição integram-se em um só ato, pelo qual o sujeito se manifesta.

Nesse sentido, Simonne Romain (1977) avança à visão cartesiana do dualismo corporeamente quando afirma: *"Porque o bíceps ou o perônio seriam mais corporais que o olhar, a fadiga, o desejo; a respiração mais que o grito?"* <sup>(8)</sup>... e mais ainda quando exprime:

*"Reduzir o corpo a um conjunto organizado de músculos, de ossos, de nervos, de vasos é como reduzir uma planta à raiz, caule, folhas, flores, enquanto ela é ao mesmo tempo tudo isso e jardim e crescimento, e sombra e murchidão e sede e estremecimento. Eu não quero um corpo dividido em psique e soma, nem a adição desses dois pólos; meu corpo é movimento, entrecruzamento de espaço e tempo, de genética e sociedade, de determinismo e vontade. Esta epiderme, este volume que uma série de fotos ou uma massa de cera poderiam captar, dizer que isto representa um corpo é como denominar círculo o traçado deixado por um giz sobre a lousa; o corpo é um lugar geométrico cuja definição não pode se formular senão em termos de relações"* <sup>(9)</sup>.

Parece-nos que para Simonne Romain há uma só realidade, vívida e abrangente, porém, una, integrada em um aqui e agora, através de uma continuidade de sucederes relacionais sujeito - realidade. Podemos apontar como concepção fundamental do Método Romain, a do indivíduo estar em relação permanente consigo e com a realidade exterior. Simonne Romain, tanto na perspectiva filosófica quanto na do método, convoca a interpenetração sujeito - realidade, o que pressupõe a noção de complexidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) RAMAIN, S., FAJARDO, G. *Perception de soi: par l'attitude et le mouvement*, Paris: Epi S.A., 1977; pp. 8-9
- (2) ANTUNHA, ELSA L.G.; *et cols. Uma Análise das "Reflexões Pedagógicas" de Mlle. Simonne Romain, Expostas na Obra "Structuration Mentale Par Les Exercices Romain"*, Revista Labyrinthe em português, nº 8, São Paulo, 1999; p. 10.
- (3) ANTUNHA, ELSA L. G. "*Romain: Neuropsicologia e Arte*", Revista Labyrinthe em português, n.º 2, São Paulo, Maio, 1995; p. 5.
- (4) GIBERT, L.F. apud *La Méthode Romain: Une démarche vers la mise en relation*, Paris: A.S.R.I., 1999; pp. 21-22.
- (5) NASSIF, M.C. in FAJARDO, G. *La Méthode Romain: Une démarche vers la mise en relation*, Paris: A.S.R.I., 1999; pp. 131-134.
- (6) HOUZIAUX, A. in FAJARDO, G. *La Méthode Romain: Une démarche vers la mise en relation*, Paris: A.S.R.I., 1999; p. 63.
- (7) FOUCAULT, M. *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970 – 1982)*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda., 1997; p.124.
- (8) RAMAIN, S., FAJARDO, G. *Perception de soi: par l'attitude et le mouvement*, Paris: Epi S.A., 1977; p. 8.
- (9) RAMAIN, S., FAJARDO, G. ; *Ibid.* pp. 7-8.

# **METÁFORAS NA FALA DO PACIENTE: ANALOGIA COGNITIVA OU EQUIVOCIDADE SONORA?**

**Autora:**

*Denise Teles Freire Campos*

Doutora em Psicopatologia Clínica

Université de Provence – França

Profa. da Universidade Católica de Goiás

**Endereço:**

Rua SB-13 Q.20 L20 – Condomínio Portal do Sol – Goiânia -GO

CEP 74884-599. Fone (62) 275-3117 e 9293-3807

**Endereço eletrônico:** [phd2001@terra.com.br](mailto:phd2001@terra.com.br)

## **METÁFORAS NA FALA DO PACIENTE: ANALOGIA COGNITIVA OU EQUIVOCIDADE SONORA?**

### **RESUMO:**

A tendência a aproximar o campo da linguagem como objeto de estudo e o da psicanálise foi inaugurada por Lacan, aparecendo então grande ênfase para o estudo das metáforas na prática clínica. A metáfora é uma espécie de paradigma para as outras figuras de linguagem. Condensação, deslocamento e simbolismo, são os mecanismos básicos dos sonhos (Freud, 1900), como também das outras formações do inconsciente e, na fala, das metáforas. O engodo terapêutico está em tratar as metáforas fora do seu valor inerente à comunicação intersubjetiva (transferência) e operar interpretações que realizam a desconstrução das metáforas, achatando o significado em proposições que respondem à lógica semântica e não à lógica do inconsciente. O desmembramento das analogias produz um conhecimento do qual o paciente, na verdade, já tinha uma certa intuição. As metáforas do sujeito não surgem por analogia cognitiva, elas dão suporte à evocação do afeto e das representações recalçadas. A cadeia simbólica expressa pelo paciente é organizada em torno de metáforas, mas a fala do sujeito não pode ser tratada como discurso, uma vez que ela é *fala dirigida ao Outro*. A solução para esse impasse é a escuta flutuante, aberta ao poder evocador das palavras e à sonoridade significante.

## METÁFORAS NA FALA DO PACIENTE: ANALOGIA COGNITIVA OU EQUIVOCIDADE SONORA?

O presente artigo busca contribuir para a reflexão acerca da prática psicanalítica, retomando a função de campo da fala e aponta para o fato que as cadeias simbólicas, marcadas pelas metáforas, são tributárias desta mesma fala, cujo trabalho de formação da cadeia sonora não pode ser negligenciado.

O campo de estudo das ciências da linguagem permaneceu estranho ao campo da psicoterapia e das ciências a ela associadas, até o final da primeira metade do século XX. Isto é particularmente válido em relação ao estudo das metáforas e sua articulação com a psicanálise. Deste período até o presente momento, este quadro se modificou radicalmente, sendo reconhecidos o papel e a função da linguagem na constituição do psiquismo e na inserção do sujeito na cultura. Para além de uma visão da linguagem como ferramenta *mater* da transformação do indivíduo (dado biológico) em sujeito (dado cultural), também a linguagem é a ferramenta *mater* da *talking cure*. A linguagem é reconhecida na psicanálise, à partir do trabalho vigoroso e exigente de Lacan, como instrumental incontornável para a compreensão do discurso do sujeito em sofrimento. Toda hermenêutica do sujeito ou da subjetividade exige uma hermenêutica da linguagem que lhe sirva de sistema de análise.

A complexidade da inscrição do sujeito no campo da linguagem reside no fato que, como sistema, ela é externa e anterior ao próprio sujeito. De algum modo o sujeito se “a-sujeita”, se aliena em regras sistêmicas que não lhe são próprias. O efeito da alienação é a impossibilidade do sujeito expressar sua totalidade através da linguagem, seja ela falada ou escrita: ela é um limite, um molde, uma forma. Quando o bebê nasce existe apenas um “aparelho fonador” para dois sujeitos. O aparelho fonador da mãe é o “aparelho de influenciar” como descreve Tausk (1), que vem como “Código do Outro” dar forma (em sua função significante, unificadora e totalizante) à expressão das necessidades do bebê. Deste modo, a língua materna “assujeita” o sujeito, (submete), a fala da mãe opera uma formatação (*mise-en-forme*) das necessidades do bebê, constituindo o protótipo através do qual o significante promove a *mise-en-forme* do desejo. Esta operação da fala materna produz a excentricidade do ser face à sua própria fala. Este código mais primário é composto de fonemas, depois de palavras-temas e sua interlocução é quase corporal, formando assim uma cadeia vocálica, mais exatamente uma cadeia sonora, que mais tarde será a base da cadeia semântica. Se o inconsciente é estruturado como linguagem, esta linguagem primária, sonora e corporal, não deixa de existir e participar na formação da fala, mesmo depois que o sujeito aprende o uso da língua, do código lingüístico instituído.

### *Symbolismos, Linguagem e Metáforas*

Do ponto de vista da psicologia como campo específico do conhecimento científico, é Brentano (2) que inaugura a tradição com a noção de representação psíquica. A noção de representação psíquica é fundadora, de tal modo que todas as psicoterapias são dependentes da função simbólica e operam por uma certa *tradução* (interpretação) do significado. Trata-se, em última instância, de recriar o significado. Esta noção de “re-criação” do significado depende da relação entre símbolo e conteúdo simbolizado. Desde o texto *Sobre a Interpretação das Afasias* (3-4) posteriormente em *A Interpretação dos Sonhos* (5), Freud inaugura uma nova tradição distinta das formulações de Brentano; ele derruba o mito da significação e da referência direta entre signo e objeto, na linguagem. O que será mais tarde confirmado pelo campo da filosofia da linguagem (6-7-8), muito embora, no campo das principais teorias psicológicas do desenvolvimento cognitivo (9-10), ainda permaneça a noção de uma referência semântica “verdadeira”, fundada e legitimada pelo código lingüístico.

Face à questão da verdade na fala do paciente, duas posições se apresentam: na primeira, quando o sujeito fala, há desde já uma verdade alojada nesta fala, verdade que se

apresenta distorcida, ou porque o sujeito a desconhece em seu significado pleno, ou porque ele não se reconhece nela. Neste sentido o dispositivo de tratamento (dispositivo de psicoterapia ou de escuta) é ancorado na teoria da referência, a fala do sujeito tem uma referência de significado que já está lá e que pode ser desvelada e partilhada. Uma segunda possibilidade é de conceber a verdade como dependente (inerente) do dispositivo, ou seja, da situação analítica, constituída da transferência: o sujeito constrói a verdade sobre si, à medida em que fala de si, no interior de relação de troca intersubjetiva que é a análise.

Pois nesse trabalho que faz de reconstruí-la *para um outro*, ele reencontra a alienação fundamental que lhe fez construir *como um outro*, e que a destinou sempre a lhe ser retirada *por um outro*. (p.114) (11)

A fala do paciente se apresenta na forma de uma cadeia simbólica (12), na verdade uma cadeia de significantes, que se manifesta por um desenrolar de metáforas. A participação das metáforas na fala do paciente é tributária da participação destas em toda a linguagem uma vez que elas (as metáforas) podem ser consideradas como uma espécie de figura de linguagem de base, definida como nomeação de algo pelo nome de um outro tipo ou pelo nome atribuído a uma outra coisa, pela operação de transporte do gênero à espécie, ou da espécie para o gênero, de uma espécie à outra ou ainda por analogia (13). Não se trata aqui de retomar um exame detalhado das metáforas, mas destacar que elas têm uma função cognitiva: a metáfora é algo que permite um conhecimento analógico. O alerta que faz Umberto Eco (13) não é isento de pesadas conseqüências no campo da análise: “O problema é que a metáfora verbal requer freqüentemente, para ser explicada (...), o reenvio à experiências visuais, auditivas, táteis ou olfativas.”(p.140). Dito de outro modo, as metáforas verbais, não se constroem por pura analogia cognitiva.

Pelo efeito daquilo que Freud chamou de complacência, a fala coloca em funcionamento duas cadeias, a semântica e a vocálica, esta última, composta de uma *ecofonia*, uma memória marcada pelo corpo e pela fala materna, cadeia dos fonemas que fazem eco aos sons do recalçamento, de onde se falará de uma “equivocidade sonora”. É neste sistema que o sujeito se faz presa dos efeitos sedutores e devastadores da fala no interior da relação *ao Outro*. É neste quadro que a posição lacaniana adquire todo seu senso: “A interpretação (...) não é interpretação de sentido, mas jogo por sobre o equívoco. É por isto que eu dei ênfase ao significante na língua.” (p.552) (14)

Uma conseqüência da inscrição radical da psicanálise no campo da fala é que as metáforas do paciente são carregadas, ao mesmo tempo das *analogias* que podem ser desconstruídas cognitivamente e de uma *sonoridade significativa*, que se refere ao poder evocador das palavras, como unidades fonêmicas. A cadeia vocálica participa às formações inconsciente, pela equivocidade sonora das palavras e através do poder evocador das palavras plenas, com a função de *trair* o conteúdo recalçado, de deforma-lo, esconde-lo. No espaço da cura analítica, o sintoma é inexoravelmente aquilo que “cai junto”, que “acontece ao mesmo tempo” (1). O recalçado se manifesta na ordem do possível, se manifesta no compromisso possível, na linha do sofrimento suportável, através da complacência dos sistemas operando na fala. Na cura analítica a escuta opera por uma renúncia aos sentidos, e isto em duplo *sentido*: renúncia ao significado aparente (o sentido simbolizado), à interpretação apressada pela desconstrução das metáforas; e renúncia à audição como forma de atenção concentrada. A atenção neste sentido é resultante de uma paixão pela causalidade, por um desconhecimento do lugar real que ocupa o terapeuta na vida psíquica do paciente, então poderíamos falar de uma audição (para fixarmos o sentido – a sensação – mais instrumental nas psicoterapias) focada, cujo os objetos seriam, obviamente, a queixa, o sintoma, o “distúrbio”, o sofrimento. Na *Escuta Flutuante* (1-15) o analista renuncia à onipotência da causalidade, renuncia a encontrar a causa, a querer suprimir o sofrimento.

A questão não é de negar o valor ou a função das metáforas, mas o que fazer delas, sem cair na *tentação* da atribuição de um sentido, “paixão pela causalidade”, na expressão de Roland Gori (1). Pode-se sinalizar este risco como um risco de desconhecer a função da fala na análise:

Que ela se pretenda agente de cura, de formação ou de sondagem, a psicanálise só tem um meio: a fala do paciente. A evidência do fato não desculpa que se o negligencie. (...) Mas, se o psicanalista ignora que as coisas se passam assim na função da fala, ele só sofrerá mais fortemente seu apelo, e se é o vazio que primeiramente aí se faz ouvir, é em si mesmo que o experimentará e é para além da fala que procurará uma realidade que preencha este vazio. ( p.112) (11)

Podemos então afirmar a posição radical da psicanálise, segundo a qual não se pode estacionar na interpretação *como se* a verdade do sujeito pudesse ser revelada pelo desvelamento de um significado que está obstruído. Na análise, o sujeito se inscreve em uma economia de trocas intersubjetivas (transferência-contratransferência), sem a qual nenhuma interpretação pode romper a barreira da resistência e permanece como interpretação *no sentido* e não na fala.

#### *A Fala Como Ato*

Pode-se dizer que a fala do paciente tem por finalidade “convidar” o representante do Outro a ocupar seu lugar, ela opera portanto uma sedução, sedução pela fala. Do ponto de vista, exatamente clínico, o paciente procura a análise pelas crises de suas próprias palavras face ao Outro, uma “crise sacrificial das palavras” (16) e uma busca de um encontro possível com este mesmo Outro. O paciente procura a análise para se “reinstalar”, em sua própria fala, em uma relação com o Outro, relação cujo núcleo é erotômico e se funda em uma recusa a reconhecer a falta, neste sentido, a fala, no interior da transferência é sempre um ato de valor sexual (17-18). A relação analista-analisando se ancora em uma inscrição radical no campo da fala:

“O analisando somente é seduzido pelo analista e o analista somente é seduzido pelo analisando porque eles são, um ou outro, ou um e outro, seduzidos pelas falas pronunciadas. A sedução pela fala, pela linguagem ou pela língua permanece indissociável de toda sedução intersubjetiva. A transferência somente é transferência sobre o objeto, porque ela é, antes de tudo, transferência na fala daquele que se desveste a ela.” (p.41) (16)

A psicanálise produz um efeito de permitir ao sujeito se re-posicionar face ao outro, se desvestir como ser em demanda, o ser da falta. As palavras pronunciadas adquirem sentido na dinâmica transferencial, em um quadro que Conrad Stein (15) chamou de “duplo encontro”, ou seja, “conjunção de duas análises”, onde se faz sempre presente um terceiro, como função, um *Outro*, cujo reconhecimento produz o efeito de reconhecimento que, tanto analista, quanto analisando, são seres *em falta*.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gori R. La preuve par la parole, sur la causalité em psychanalyse. Paris: PUF; 1996.
2. Cambridge Companions to Philosophy. The Cambridge Companion to Brentano. Cambridge University Press; 2004.
3. Freud S. Contribution à la conception des aphasies. Paris: PUF; 1987.
4. Garcia-Roza LA. Introdução à metapsicologia freudiana. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998.
5. Freud S. A interpretação dos sonhos (1900). In: Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro: Imago; 1987. Vols. IV e V.
6. Eco, U. Le signe. Bruxelles: Editions Labor, 1988
7. Quine WVO. Le mot et la chose. Manchecourt: Flammarion; 2001.
8. Putnam H. Raison, vérité et histoire. Paris: Les Éditions des Minuit; 1984.
9. Vygotsky, L. S. Pensamento e linguagem. Porto Alegre: Artes Médicas.
10. Piaget, J. A formação do símbolo na criança. Rio de Janeiro: EPU
11. Lacan J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). Escritos. São Paulo: Perspectiva; 1996, 101-187.
12. Martins, F. Psicopatologia II, semiologia Clínica. Vol.2. Brasília: ABRAFIPP, 2003.
13. Eco, U. Sémiotique et philosophie du langage. Paris: PUF.
14. Lacan J. Conférence du deuxième congrès de Rome. Paris: Lettres de l'E.E.P; 1974.
15. Stein, C. L'enfant imaginaire. Paris: Denoël.
16. Gori R. Logique des passions. Paris: Denoël ; 2002.
17. Stein, C. La parole comme acte sexuel, une introduction. Conrad Stein: le de la parole em psychanalyse. Cliniques Méditerranéennes, 43/44, 13-20.
18. Gori, R. Entre grito e linguagem: o ato de fala. D. Anzieu et al. Psicanálise e Linguagem. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997, 105-148.

# INTERVENÇÃO INSTITUCIONAL

**Autora:**

Regina Gribel

**Endereço eletrônico:** [regribel@uol.com.br](mailto:regribel@uol.com.br)

A psicodinâmica é uma forma de entender o ser humano em sua totalidade, constituída pela integração dinâmica dos aspectos bio-psico-relacionais. É um modo de pensar que considera, sobremaneira, os conteúdos inconscientes que se manifestam nos padrões de relação que o indivíduo mantém.

O modelo psicodinâmico aplica fundamentos teóricos provenientes da Psicanálise, associados a elementos derivados da Teoria Geral dos Sistemas e Teoria da Comunicação, bem como da Psiquiatria Dinâmica, produzindo uma forma de intervenção peculiar e específica, que incide tanto no indivíduo como nas relações em que ele estiver inserido.

É acreditando que a doença é DO vínculo e se manifesta NO vínculo, que embasamos nosso trabalho de Intervenção Institucional localizando as fontes de sofrimento no sentido de minimizar os conflitos existentes, provenientes das variadas zonas de atrito, que obstaculizam a eficácia do trabalho.

O trabalho de Intervenção Institucional investiga os processos grupais e institucionais, assim como atividades clínicas na área pública para com a comunidade.

Nosso projeto de formação de profissionais multiplicadores de Saúde Mental, visa atuação junto a instituições assistenciais, sejam elas de cunho público ou privado, destacando a importância da compreensão e aplicação dos processos bio-psico - relacionais na criação de modelos de tratamento e prevenção.

A função da Intervenção se constitui no campo de Saúde Mental visando a Qualidade de Vida, o sentido de pertencimento, e ao mesmo tempo, um sentido de individuação, como processo de permanente ampliação da condição humana.

Promover qualidade de vida é promover saúde.

A saúde é resultante de uma combinação entre o físico, as emoções e, hoje, os relacionamentos sociais, que traz para a pessoa, além da ausência da doença, um completo bem-estar.

Para que haja saúde são necessários cuidados permanentes de prevenção e manutenção. Tanto a pessoa como as instituições a que ela pertence são responsáveis pela saúde.

A qualidade de vida do funcionário depende, também, da saúde da instituição a qual pertence. Programas de promoção de saúde, que educam e habilitam indivíduos para gerenciar seus hábitos de vida de maneira saudável, são os mais valiosos investimentos de uma instituição.

O sucesso de um programa de qualidade de vida depende do grau de envolvimento de todos os participantes da instituição. O alicerce desse programa é o comprometimento de seus dirigentes.

A garantia dessa intervenção é dada por um interventor externo à instituição que, livre dos vícios de leitura e interpretação da mesma, poderá fazer um diagnóstico preciso, necessário para uma ação eficaz. É um trabalho de parceria realizado COM a instituição e não PARA a instituição.

A Intervenção Institucional considera que a instalação de hábitos e mudanças de comportamento só ocorrem quando são identificadas e trabalhadas as emoções envolvidas

A Intervenção Institucional não segue um padrão regular. É desenvolvida a partir dos conflitos existentes em cada instituição. Para tanto é necessário que se faça um Diagnóstico Institucional Psicodinâmico, onde são levantados os aspectos conflitivos que estejam interferindo no bom desempenho individual e sistêmico da instituição como um todo.

O principal objetivo é focar a atenção na pessoa atrás de cada cargo, função ou tarefa, na tentativa de fazê-la resgatar sua cidadania e melhorar sua qualidade de vida, e conseqüentemente, seu desempenho profissional.

Para isso, fazemos a avaliação das condições de saúde e qualidade de vida nos aspectos físicos (alimentação, stress, doenças, etc.) psíquico (saúde mental) relacional (competição, relações de autoridade, cooperação, lideranças, etc..) e sócio cultural (lazer, ..).

É um trabalho atuando em todos os níveis da pirâmide hierárquica, promovendo as interações entre si, sendo esta característica nosso principal diferencial.

Nosso trabalho consiste em atender, de forma vertical, todos os implicados no trabalho, capacitando funcionários para uma melhor execução de suas tarefas, proporcionando uma melhoria das comunicações, uma maior clareza de papéis, uma reflexão sobre as implicações emocionais no dia-a-dia e, conseqüentemente, restabelecendo um vínculo mais saudável com o seu trabalho.

Entende-se uma instituição como um sistema, com vários subsistemas interagindo simultaneamente, onde o próprio interventor faz parte e, utiliza-se de toda uma leitura contratransferencial e transferencial para a compreensão das dinâmicas relacionais nessa interação.

Nosso diagnóstico é realizado tanto em relação à direção da Instituição quanto em relação às unidades - alvo da intervenção.

Com a elaboração do diagnóstico psicodinâmico é possível acompanhar os diversos níveis hierárquicos de comunicação, possibilitando a emergência de questionamentos, reivindicações e uma maior discriminação das funções e papéis de cada um.

Este diagnóstico é realizado em etapas.

A partir da demanda, se faz um reconhecimento do objetivo da instituição, das suas instalações e de como está organizada. Quais são os cargos, como estão definidas as funções, a hierarquia, horários de trabalho, número de funcionários que ocupam cada cargo, enfim, é preciso ter um conhecimento prévio de como esta instituição funciona.

Num primeiro momento, se organizam entrevistas com os funcionários, individuais ou grupais, dependendo de seus cargos.

Neste momento, podemos, a partir da transferência e contratransferência, detectar os sentimentos que surgem em relação aos interventores, sendo que os mais detectados são os sentimentos de persecutoriedade, o medo de estar sendo analisado para uma possível demissão.

Nestas entrevistas, parcialmente dirigidas, são colhidas informações que propiciam o levantamento de dados, dos sentimentos que permeiam as relações, as lideranças, as alianças e as coalizões, as dificuldades de comunicação e clareza de funções e papéis, enfim, os possíveis conflitos interpessoais que possam estar dificultando uma melhor execução das tarefas.

Esta primeira etapa pode ser considerada como de sensibilização para um possível trabalho que poderá vir a ser executado.

A partir do levantamento dos dados colhidos nas diversas entrevistas, tendo como base a contratransferência e a transferência, é que podemos elaborar o diagnóstico psicodinâmico institucional que servirá como roteiro para a proposta de intervenção, proposta esta, sempre personalizada para cada instituição.

Uma vez apresentado o diagnóstico, a todos os participantes, é feita uma proposta de intervenção, mediante as necessidades percebidas pelos interventores.

A intervenção procura a conscientização dos funcionários para os problemas relacionais, podendo sugerir cursos de atualização e/ou informação, grupos de reflexão, atendimentos individuais, mostrando que, não podemos administrar aquilo que não somos capazes de conhecer, medir, avaliar.

A intervenção tem como meta a identificação dos problemas para que possam ser encontradas suas melhores soluções, valorizando a evolução em vez da revolução, oferecendo a todos, autonomia para a resolução dos problemas apresentados.

## PROMOVENDO QUALIDADE DE VIDA

### APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Dando continuidade ao que foi exposto, vou apresentar um caso clínico que foi realizado pelos professores do Departamento de Psicodinâmica do Instituto Sedes Sapientiae, de 1998 a 2002.

Trata-se da Instituição FEBEM.

Fomos contactados pelo diretor de uma Unidade da FEBEM que abriga adolescentes do sexo feminino, em regime de semi-liberdade.

Para esse trabalho, nos foi pedido que ajudássemos na capacitação dos monitores que lidavam diretamente com as adolescentes, que estavam apresentando dificuldades na execução da tarefa.

A queixa incluía também que as mudanças freqüentes da Instituição, afetavam a possibilidade de um trabalho continuado e sistemático daquela Unidade. As mudanças constantes, não eram só de pessoal, mas também de local, o que tinha acontecido na época do pedido.( 1998)

Uma das conseqüências destas mudanças era que afetava o desempenho do trabalho cotidiano dos funcionários e também suas vidas pessoais, pela dificuldade de atingir os objetivos propostos. Portanto, a qualidade de vida dos funcionários estava afetada, o que aparecia nos vários pedidos de afastamentos temporários e licenças médicas.

Os funcionários se sentiam desestimulados e frustrados, descrentes da eficácia da medida de semi-liberdade como processo de ressocialização..

A partir da elaboração do diagnóstico psicodinâmico institucional, foram levantados alguns aspectos.

O pensamento psicodinâmico leva em conta a instituição como um todo, portanto, se a Instituição apresenta aspectos disfuncionais, as Unidades que fazem parte dela como subsistema desse sistema maior, conseqüentemente apresentarão também uma disfunção.

Os principais aspectos levantados da Unidade em relação à Instituição foram os sentimentos de discriminação, desamparo e desvalorização que refletiam o espaço marginal do qual faziam parte e do qual se ressentiam.

Alem disso, a grande maioria não havia escolhido essa função como um trabalho qualificado, mas sim pela remuneração

Outros aspectos importantes eram a falha da comunicação da Instituição com as Unidades. As comunicações eram mais oficiosas que oficiais, fazendo com que o trabalho fosse sentido como esforço isolado, fragmentado, perdendo, portanto, a eficiência.

Os principais aspectos levantados dentro da Unidade eram o despreparo dos funcionários para atender as necessidades das adolescentes, em sua maioria faveladas, usando drogas, se prostituindo, com AIDS e apresentando desequilíbrio emocional não diagnosticado e tratado

Também apareceram sentimentos de medo, impotência, desamparo, raiva.

Figura do Diretor como principal fator de coesão e ameaça da perda dessa figura central, que tinha um papel organizador. Em função disso, a Unidade funcionava mais como uma família centrada na figura do pai protetor.

A partir desses dados, levantamos um hipótese diagnóstica desses sentimentos acima citados ( discriminação, medo, frustração, desamparo, incompetência, solidão ) como uma constante da cultura FEBEM.

Tendo em mãos a hipótese diagnóstica foi proposto um plano de Intervenção.

Aulas sobre o desenvolvimento da adolescência ( desenvolvimento normal, as patologias, a sexualidade, drogadição ), com o objetivo de informar os funcionários, dando maior segurança nos cuidados com as meninas.

Foram propostos grupos de reflexão com os funcionários das casas, para trabalhar as angústias inerentes ao trabalho, as definições dos papéis, os conflitos inconscientes que impediam a realização das tarefas e o pertencimento de cada um dentro da unidade e da instituição.

Apareceram sentimentos de persecutoriedade em relação a nós; de medo em relação às menores violentas; competição e rivalidade entre os monitores do período diurno e noturno e boicotes constantes entre eles, às decisões tomadas sem sua participação identificando-se o exercício de poder paralelo.

Foram propostos também, grupos de reflexão com a equipe responsável pela unidade perante a Instituição, com essa equipe e os funcionários das casas possibilitando a melhor comunicação entre os vários níveis hierárquicos tentando diminuir o sentimento de desamparo das pessoas envolvidas.

Esses grupos tinham a função de possibilitar a emergência de questionamentos, reivindicações e uma maior discriminação de papéis.

Foi proposto também atendimento individual ao diretor da unidade com o objetivo de propiciar um suporte em um espaço protegido, no sentido de fortalecê-lo para as mudanças necessárias.

Ao longo do processo de intervenção alguns indicadores apontaram mudanças ocorridas. Por exemplo: implantou-se uma dinâmica de reunião semanais com todos os funcionários; foi elaborado um código de normas de conduta com a participação das adolescentes; foi criada uma agenda para facilitar a comunicação entre os turnos; foi percebida uma mudança significativa na postura do diretor que de “ coringa” passou a delegar mais responsabilidades e a cobrar o cumprimento das tarefas; diminuiu o clima de persecutoriedade que caracterizava

as reuniões de grupo, melhorando a qualidade da comunicação e tornando mais verdadeira a relação entre os funcionários da unidade como também com a direção da instituição.

O trabalho foi feito também no sentido da diferenciação dos indivíduos para uma maior autonomia, podendo, dessa maneira, formar uma equipe.

Pensamos que o processo desenvolvido nesta Unidade teve um resultado positivo durante os anos de intervenção, apesar das dificuldades de se trabalhar nesta estrutura complexa que é a FEBEM.

Um dos indicadores desse resultado positivo foi o apoio da Secretaria da Assistência e Bem-estar Social, com a solicitação da continuidade deste trabalho ,com possível ampliação para outras unidades.

A forma de constante construção/desconstrução provoca ruptura, e prejuízo do desenvolvimento dos projetos.

Essa descontinuidade ( mudança de endereço, troca de pessoal, troca de Equipe técnica e administrativa, e principalmente a troca do Diretor da Unidade) trouxe, para a equipe do nosso Departamento, também um forte sentimento de frustração, ineficiência, raiva, desejo de abandonar o trabalho,identificando-nos com os funcionários da Unidade.

Em função desses sentimentos que surgiam na nossa equipe, em nossas reuniões pudemos tomar a distância adequada e nos diferenciar, para que fosse possível continuar o trabalho, possibilitando, com a nossa presença, constante, oferecer um padrão relacional, diferente do usual.

Hoje existe na FEBEM um projeto para a criação de casas que abriguem no máximo 30 internos, com a possibilidade de um verdadeiro projeto de ressocialização.

Este trabalho de qualidade de vida foi importante para nós, a equipe do Departamento, para os funcionários da Unidade em questão, e também para a clientela final, as adolescentes que se beneficiaram com as mudanças ocorridas.

# O VÍNCULO NA TEORIA DO AMADURECIMENTO DE WINNICOTT

**Autora:**

*Roberto Kehdy*

**Endereço eletrônico:** [betokehdy@uol.com.br](mailto:betokehdy@uol.com.br)

Toda a teoria do amadurecimento de Winnicott centra-se na relação — vínculo — do bebê com sua mãe. Cunhou uma frase que ficou célebre e sempre repetida, “não existe alguma coisa como um bebê”. Toda vez que vemos um bebê, alguém está cuidando dele. Na opinião deste autor existe uma tendência inata ao desenvolvimento e o bebê nasce num estado de dependência absoluta do cuidado materno. Descreve do lado materno, no final da gravidez, um estado de sensibilidade muito aumentada que chamou de “preocupação materna primária”. É este estado de sensibilidade ampliada que dará condições à mãe de “entender” o seu bebê.

Todas as necessidades do bebê deverão ser atendidas, tanto físicas como emocionais e a mãe consegue cumprir esta tarefa através deste estado de sensibilidade aumentado, a preocupação materna primária, como já mencionado.

Se a mãe falha nesta tarefa de forma repetida e insistente — de atender às necessidades do bebê — ele reagirá a essas falhas interrompendo o que Winnicott chamou de o “continuar a ser do bebê”. A essas falhas ambientais Winnicott chamou de “invasões” ou “intrusões” e perturbam o desenvolvimento do bebê. Ele reagirá a essas falhas organizando defesas, que dependendo do ponto de desenvolvimento do bebê poderão ir desde uma psicose até à organização de um falso-self ou falso si-mesmo.

Para este autor uma das causas das psicoses seria o desatendimento profundo e repetido nos primeiros momentos da vida do bebê.

No início da vida, portanto, para Winnicott o ambiente deve fazer uma adaptação absoluta às necessidades do bebê. Se esta adaptação falha o bebê deverá adaptar-se ao ambiente, perturbando seriamente o seu desenvolvimento.

É então invertido o movimento — em vez do ambiente adaptar-se ao bebê este é que tem que adaptar-se ao ambiente.

Como já mencionei o grau do desatendimento ambiental e a etapa de desenvolvimento do bebê é que determinarão as conseqüências futuras ao “continuar a ser do bebê”.

Estou repetindo estas questões, pois são fundamentais para que possamos compreender o pensamento deste eminente psicanalista, que foi também pediatra a vida toda e atendeu em torno de sessenta mil bebês ao longo de sua extensa atividade clínica.

Enfatizando a extrema importância do ambiente para o desenvolvimento do bebê, Winnicott muda a ênfase na forma de se ver o desenvolvimento das etapas iniciais da vida e traz também conseqüências na técnica de lidar com pacientes cujas dificuldades surgiram nesta etapa. Como exemplo de contribuição técnica, poderia citar o “manejo”. Desde Freud sabemos que todas as vicissitudes ao longo do desenvolvimento de um paciente ressurgem no vínculo transferência-contratransferência. Winnicott observou que para aqueles pacientes cujas dificuldades surgiram antes da percepção do eu e do não-seu, antes de um desenvolvimento consistente do ego a maneira de lidar com o paciente, o comportamento do analista será mais importante que as interpretações clássicas. Exemplo clínico\*.

Ambos Freud e Klein enfatizaram a vida instintiva do bebê, as pulsões de vida e de morte. Claro que ambos os autores consideravam o meio onde o bebê crescia, mas com Winnicott, a ênfase se desloca para o ambiente onde o bebê nasce e cresce e sobretudo como este bebê é cuidado — se suas necessidades foram atendidas ou não.

Se tudo corre bem, o bebê crescerá e passará para “a fase de dependência relativa” e evoluirá em “direção à independência”.

Nesta fase inicial de dependência absoluta o bebê não tem uma percepção de si como separado da mãe. Não se relaciona com um ser separado dele. Não tem uma idéia de eu e de não eu. Portanto as falhas ambientais nesta etapa não despertarão o ódio ou frustração no lactente, pois não tem idéia de alguém separada de si e que é o responsável pelo seu

---

\* Os exemplos clínicos serão dados durante a apresentação.

sofrimento. Nesta etapa viverá o que Winnicott chamou de angústias inomináveis ou de aniquilamento. O seu sentimento repito — não será de ódio pelo objeto pois não o percebe separado de si mas de aniquilamento. Todos nós que trabalhamos em consultório encontramos frequentemente paciente com este perfil, incapazes de odiar e de usar o seu ódio para fazer discriminações. Quero, não quero, me atende não me atende etc., mas vivendo as situações dolorosas com um profundo sentimento de desvitalização e de perda do sentido da vida. Exemplo clínico.

Retomemos, da fase de dependência absoluta ele passa para a fase de dependência relativa. Aqui já começa a ter uma noção de eu e de não eu, e já começa a reconhecer o ambiente como separado dele.

Até aqui o bebê experimenta o que Winnicott chamou de amor impiedoso — *ruthless love*. Ele se relaciona com o objeto mas sem considerar o objeto. É o amor excitado. Ele suga, morde, ataca o objeto, sem nenhuma consideração pelo mesmo, pois não tem percepção de sua existência separada dele. A grande tarefa da mãe para Winnicott nesta fase, como já mencionamos, além de atender a todas as suas necessidades é **sobreviver e não retaliar**, não respondendo a esses ataques. Se a mãe **sobrevive** (sem retaliar) ao longo do tempo, vai permitindo que o bebê aos poucos vá entrando numa outra fase — que ele chamou de **concernimento**. É a forma winnicottiana de nomear a posição depressiva descrita por M. Klein. Este autor considerava esta a mais importante contribuição de M. Klein à psicanálise.

Porque Winnicott usou o verbo “to concern” e não “to worry”? Porque **concernimento** alude a não só se preocupar com o outro, mas empatizar-se com o outro, colocar-se no lugar do outro. Para Winnicott quando o bebê atinge este estágio está já podendo perceber o outro separado de si. O outro começa a ter uma existência separada da sua, o outro começa a ter o mesmo “status” que ele. Reconhece-se, vendo-se separado do outro — que o outro é igual a ele e pode sentir o que ele sente. Neste momento surge a preocupação pelo outro e surge aí, neste momento, a raiz da moralidade. Não quero para o outro o que não quero para mim. Vemos pois, que para Winnicott a verdadeira moralidade não precisa ser ensinada, ela surge espontaneamente. Quando as coisas não correm bem é que então a moralidade deverá “ser ensinada”.

Percebendo o outro agora separado de si, surge também a ambivalência, a percepção de que ama e odeia o mesmo objeto, odeia quando é por exemplo frustrado pelo objeto. Surgem então as tendências reparatórias e com ela o sentimento de culpa. Está aí, portanto, a origem do sentimento de culpa. Poder atacar o mesmo objeto que ama. Surge então culpa, como já mencionei e o mecanismo de defesa típico desta etapa do desenvolvimento que é a reparação.

Se até este momento tudo correu bem evoluirá para a etapa seguinte que é a tendência em direção à independência. Mas se nesta etapa de dependência relativa, o bebê que vinha se desenvolvendo bem, sofre alguma perda, se o ambiente por alguma circunstância qualquer, que pode até ser o nascimento de um irmão, deixa de atendê-lo, ele pode começar a desenvolver tendências anti-sociais. Urinar na cama, roubar e mentir, por ex. Para este autor todas essas condutas são pedidos de socorro, formas de mostrar ao ambiente que está sofrendo, que alguma coisa que “tinha” até então lhe foi tirado e que ele quer de volta. Winnicott enfatizou e orientou, ao longo de toda a sua obra, que nessas situações os pais serão os melhores “terapeutas”. Desenvolveu um tipo de atendimento que chamou de consultas terapêuticas. As pessoas que assistiam a essas consultas e ainda hoje quando lemos esses atendimentos, ficamos às vezes com impressão de “magia negra” tal a sensibilidade e capacidade de Winnicott, em poucas, às vezes uma consulta, ajudar os pais e as crianças a superarem problemas que eram fonte de muito sofrimento. Para Winnicott se a tendência anti-social não é tratada e entendida como pedido de socorro poderá organizar-se numa delinquência.

Delinqüência é quando estas atitudes anti-sociais passam a ter lucros secundários e a estarem mais organizados. Exemplo clínico

Outra área que Winnicott estudou e que está diretamente ligado ao atendimento ambiental dado ao bebê é a área da criatividade — entendida aqui como o sentimento que o adulto terá de ter recursos para lidar com todos os desafios que a vida vai colocando para todos nós. Não está se referindo à criação artística. Winnicott situa a origem da criatividade também no início da vida. Assim ele descreve: “o bebê alucina um seio e seio está lá, colocado pela mãe, naquele momento, naquele lugar.

Esta experiência repetida, ao longo do tempo dará ao bebê uma vivência de onipotência, ele cria o seio, ele cria o mundo. Com o desenvolvimento o bebê irá aos poucos perdendo a ilusão que ele criou o mundo mas estará lá a crença na sua capacidade para enfrentar a vida, as frustrações e com a certeza e a esperança de que superará os percalços da vida.

No consultório, também, encontramos aquelas pessoas que precisam ter garantias o tempo todo, de que todos os seus passos e escolhas darão certo. Tão diferentes daquilo que o poeta ensina, “não existem caminhos, existem caminhantes”. Exemplo clínico.

Outra área que Winnicott também estudou e que penso ser importante mencionar, já que estamos falando de vínculo em Winnicott é a dos objetos subjetivos. Antes da percepção do eu e do não eu, o bebê não consegue, obviamente, se relacionar com os objetos da realidade. Relaciona-se com objetos de sua fantasia. Só na medida em que vai se desenvolvendo, caminhando em direção ao concernimento passará a se relacionar com os objetos da realidade e não com os de sua fantasia. Achei importante mencionar esta forma de se relacionar com a realidade pensando, também, nos nossos consultórios. Quantas pessoas atendemos que estão presas a funcionamentos com este perfil Não se relacionam com as pessoas reais, com características reais, mas estão sempre frustrados pois as pessoas, seus vínculos, nunca são como gostariam que fossem e ficam incapazes de lidar com a realidade. Fonte de frustração, atrás de frustração, presas num banco de areias movediças. Exemplo clínico.

Finalizo, lembrando o nosso poeta maior — Drumond — que numa frase de um poema, “*Campo de Flores*”, sintetiza de forma magistral, como só os poetas conseguem fazê-lo, tudo que eu disse até agora.

*“Onde não há jardim, as flores nascem de secretos investimentos em forma improváveis”.*

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

WINNICOTT, D. W. Psicoses e cuidados maternos (1952). In *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

\_\_\_\_\_. A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal (1954). In *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

\_\_\_\_\_. A preocupação materna primária (1956). In *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

\_\_\_\_\_. O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In *O Ambiente e os Processo de Maturação*. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

\_\_\_\_\_. Objetos transicionais e fenômenos transicionais (1953). In *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

# ESCUA PSICANALÍTICA PARA ADOÇÃO: ANÁLISE DE UM CASO CLÍNICO.

## PSICANALYTICAL EAR TO ADOPTION

**Autora:**

*Maria Salete Abrão Nunes da Silva*

**Endereço:**

Av. Piassanguaba 1568 - Planalto paulista – São Paulo – SP- CEP- 04060-002

Fone: 11- 55897587 - Fax: 11- 55497214

**Endereço eletrônico:** [saleteabrao@uol.com.br](mailto:saleteabrao@uol.com.br)

Venho por meio desta solicitar a publicação do trabalho que segue em anexo, intitulado: Escuta psicanalítica para adoção: análise de um caso clínico. Esclareço para tanto que este trabalho é parte componente da dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da USP, sob o título de: Em Busca do Elo Perdido, escuta psicanalítica para histórias de adoção. Esclareço que todo o material componente dessa dissertação, incluindo o material clínico que compõe o artigo que aqui apresento estão dentro dos padrões éticos exigidos pelo Instituto, e que foram tomadas todas as medidas cabíveis para que a privacidade das pessoas envolvidas fosse preservada.

## **ESCUITA PSICANALÍTICA PARA ADOÇÃO: ANÁLISE DE UM CASO CLÍNICO**

### **RESUMO:**

Este trabalho estuda aspectos psicodinâmicos de indivíduos que viveram a experiência de adoção. Para isso analisa o material composto por dados da história pessoal e trechos de sessões psicoterápicas realizadas em consultório particular com uma paciente adulta que foi adotada quando recém nascida. A análise do material relaciona os sintomas apresentados pela paciente, que são de caráter obsessivo-compulsivo, com a construção de suas relações afetivas com as figuras parentais. Aponta dificuldades relativas ao processo de identificação vivenciadas pela paciente. Conclui que a impossibilidade de elaboração por pais e filhos adotivos, dessa história diferente que inclui um momento de descontinuidade, é o que pode propiciar patologia em termos psicológicos. O referencial teórico usado para a análise do material é a teoria psicanalítica.

**Descritores:** Adoção, Psicoterapia, Identificação

## **PSICANALYTICAL EAR TO ADOPTION**

### **ABSTRACT:**

This paper studies psychodynamic aspects of individuals who have gone through adoption. Material derived from sections of psychotherapeutic sessions held in private office with one patient, who is adopted is analyzed. An analysis of the material points out the relation between the symptoms and the affective relations with her adoptive parents. It points out the difficulties lived by the patient in relation to the process of identification. It concludes that the impossibility of elaborating, on the part of the parents and the adopted children, this different history, which includes moments of discontinuity, is what may propitiate pathology in psychological terms.

**Keywords:** Adoption, psychotherapy, identification

## ESCUA PSICANALÍTICA PARA ADOÇÃO: ANÁLISE DE UM CASO CLÍNICO

A análise do destino e das vicissitudes psíquicas da adoção pode representar uma contribuição relevante para a compreensão da *psique* humana. A partir do material clínico aqui apresentado, pretendemos apontar alguns aspectos psíquicos que se destacam na filiação adotiva.

As identificações estão na base da constituição psíquica do sujeito. A maneira como elas se processam nas adoções precisa ser analisada para que se possa compreender o que ocorre na constituição psíquica nessa experiência <sup>(1)</sup>.

O Eu Real Primitivo, que é o primeiro eu decorrente da diferenciação endógena/exógena, constitui-se a partir do corpo pelos investimentos de órgão<sup>(2)</sup>. Surgem depois os investimentos em outras zonas da periferia exterior do corpo. Segundo a teoria freudiana, a figura materna está ligada a esse eu real primitivo; é essencial para sua constituição. A mãe é o elo essencial para as identificações <sup>(3)</sup>.

Por falta de convicção, a mãe adotiva vê muitas vezes abalada a possibilidade de ser este elo. A questão não é de deficiência; é de diferença. O que vai constituir o diferente na adoção, nesse sentido, é a presença de algo que falta e que acaba funcionando como algo que sobra no vínculo intrapsíquico entre os pais e o filho adotivo, em sua relação intersubjetiva.

O sentimento de ‘não reconhecimento’, que pode ocorrer entre uma mãe adotiva e seu filho, gera uma conduta ambígua. É uma situação de rompimento de uma linearidade. Trinca-se aquele que deveria ser um projeto único. Esse trincamento e a conseqüente tentativa de remendo funcionam do mesmo modo como delatores da culpa dessa mãe, que vive seu filho como diferente, que não faz parte dela mesma, por mais amado que seja.

A conseqüência disso para a criança é que vai ficar faltando um pedaço, um pedaço de reconhecimento, que constitui ao mesmo tempo falta e sobra, como postula Giberti (1992)<sup>(4)</sup>.

Ao se separar dos pais que o geraram, o adotivo tem de tentar arrancar uma parte de si, a que faz referência a quem o concebeu. Trata-se no entanto de um esforço vão, porque essa parte persiste nele, silenciosamente – o que faz do adotivo um sujeito inacabado, que convive com essa parte que sobra, uma parte sem ancoragem, solta, sem lugar de origem.

Diferenciar-se é firmar a identidade; para o adotivo, é ao mesmo tempo remeter-se às origens e ao desconhecido. O campo da diferença é, portanto, um campo de ameaça. As dificuldades de acesso à própria história e o lugar mítico e intocável que a origem acaba ocupando nas situações de adoção constituem elementos que complicam a formação da identidade para esses indivíduos. Para exemplificar e desenvolver as idéias apresentadas até aqui recorreremos a um caso clínico<sup>(5)</sup>.

Apresentaremos um breve histórico do caso e vinhetas de sessões psicoterápicas realizadas. O caso apresentado é o de uma jovem de 27 anos que passa por uma dupla adoção. Foi adotada nos primeiros 15 dias de vida por um irmão de sua mãe biológica. O pai adotivo toma essa menina como filha, registrando-a diretamente, com a condição que a mãe biológica não tente se aproximar dela. A menina vive até os 15 anos com os pais adotivos. Nessa época sua mãe adotiva adocece e vem a falecer.

Depois do falecimento da mãe adotiva, a paciente passa um período com uma tia materna. Passa depois a morar com uma outra tia, irmã do pai adotivo e da mãe biológica, que a adota definitivamente. Escolhe ficar com estes tios como segundos pais adotivos pela segurança afetiva e também financeira que eles representam para ela.

A mãe biológica, o primeiro pai adotivo e a segunda mãe adotiva pertencem à mesma família biológica. Esse fato poderia ter sido um elemento facilitador para o estabelecimento de uma continuidade e para inserção dos dois grupos na composição da história e das identificações. Mas isso não ocorre assim no decorrer dessa história.

Segundo relato da paciente, por volta dos cinco anos de idade começou a desconfiar de sua condição de filha adotiva.

*“Nessa época, minha tia (na verdade, a mãe biológica) já vinha eventualmente a minha casa e eu percebia que ficava sempre um tititi quando ela estava lá; percebia que minha mãe adotiva não gostava da presença dela”.*

Confirmou suas suspeitas:

“Quando tinha cerca de nove anos, minha prima me falou que minha tia (a mãe biológica) estava querendo me dar um presente no final do ano. Perguntei então: por que ela quer me dar um presente? Ela é alguma coisa minha? E a prima me respondeu: ela é sua mãe. Fingi que estava tudo normal. Quando chegou a noite, não consegui dormir, tive uma febre super-alta. Durante um ano não revelei a ninguém o que eu sabia”.

A partir dessa idade a paciente passa a apresentar vários sintomas, como medo de ficar presa, de estar perdida e a necessidade de guardar comida com medo de que não sobrasse para ela. Aos treze anos, a mãe adotiva adoece. Dois anos mais tarde, acaba falecendo. Depois disso, a paciente fica um período com uma tia materna, de quem ela gostava bastante. Mas não se sentia segura lá. Não gostava do bairro – que era o mesmo em que ela residira com os pais adotivos.

Desejava na verdade morar com uma tia paterna, que residia em bairro melhor, tinha uma família mais estruturada com a qual ela passava os finais de semana. Decide ficar com eles. A outra ala da família, a de poder aquisitivo mais baixo, começa, segundo o que ela disse, a considerá-la ingrata.

Passados alguns anos, inicia seus estudos universitários. Escolhe a mesma profissão do tio com quem mora. Para que possa ter direito ao convênio médico e à bolsa na universidade (pois o tio é professor), ela decide optar por ser adotada legalmente por eles. Sente-se mais uma vez culpada por ter rompido o laço – desta vez o laço legal inclusive, com a primeira família adotiva.

Quando decide se casar, novo impasse: quais seriam os pais cujos nomes deveriam constar do convite? Ela tem que optar mais uma vez. E acaba optando por colocar o nome dos pais que constam de sua atual certidão de nascimento – ou seja, os tios que foram responsáveis por sua segunda adoção. É esse tio que entra com ela na igreja:

*“Foi muito difícil tomar essa decisão: ver meu pai (primeiro pai adotivo) no casamento só como convidado. Fiquei triste de ver ele lá, fiquei com dó”.*

Passados dois meses do casamento, o primeiro pai adotivo se suicida. A partir do velório, ela começa a apresentar sintomas graves de compulsão. Em todo lugar que vai tem que levar para casa tudo o que vê de comida. Se não levar, ou provar a comida, tem uma sensação insuportável de angústia.

*“Não consigo tirar da cabeça, fico pensando naquilo o tempo todo. Tudo que eu vejo de comer parece que aquilo vai acabar e que eu nunca mais vou ter a chance de provar; parece que o mundo vai acabar”.*

Veio procurar a análise por orientação do psiquiatra que a está medicando desde que começou a crise. Ela traz para a análise uma angústia profunda com o sintoma que apresenta. Não consegue entender porque fica fixada nos alimentos. Não aceita que uma pessoa esclarecida como ela possa fazer uma coisa dessas.

*“Não entendo porque faço isso. Não queria pensar assim, mas não consigo. Tenho que provar ou levar um pedacinho, mesmo quando já não agüento mais. Entendo que não é racional. Mas toda minha formação, faculdade e tudo o mais não adianta nada nessa hora”.*

Com o passar do tempo de análise, Amanda vai trazendo dados sobre sua relação com a primeira mãe adotiva, seus medos e inseguranças de infância. No início, foi trabalhado o mais evidente, que era sua culpa por ter optado pelo segundo pai adotivo. Sente-se responsável pela morte do primeiro pai adotivo. Inconscientemente, é como se tivesse matado

esse pai. Quando ela vai se dando conta conscientemente dessas ocorrências inconscientes, o sintoma da compulsão alimentar se atenua .

Diz:

*“Sempre me senti culpada. Escrever o nome de outro pai no convite de casamento foi um dilema . Não queria ter que tomar essa decisão, mas teve que ser assim. Fiquei com muita dó do meu pai”.*

*“Essa história de guardar comida, eu já tinha desde pequena. Sempre tinha medo de que faltasse comida. Tinha medo de ficar longe de minha mãe, precisava estar grudada nela.”*

*“Fui crescendo e era muito respondona, não levava desaforo. Respondia para minha mãe, muitas vezes brigava com ela. Todo mundo dizia que eu era muito respondona, que puxei da minha mãe (biológica)”.*

Nesse caso, a continuidade em relação à figura que ocupa o lugar de mãe é quebrada duas vezes e em dois momentos cruciais de sua vida – no início do seu desenvolvimento e na adolescência. Pela história trazida, a partir do momento em que ela tem que se deparar com a adoção como um fato, é que começa a apresentar sintomas.

O sintoma de guardar comida é emblemático. Ela sente que é alguém que sobra e tem dificuldades em encontrar seu lugar. Fica o tempo inteiro insegura. O sintoma passa a mensagem: ela está “sobrando” e tem que cuidar para que a comida não “falte” para ela.

Os conflitos internos são intensos. Ela se sente uma menina má, respondona. A fantasia da má menina povoa seu mundo interno. Sofre uma grande perda com a morte de sua mãe adotiva, que significou a perda de uma das figuras afetivas de mais forte ligação. Perde a casa, a família se desestrutura.

De forma dramática ela acaba fazendo uma opção pelo nome do pai. Opta por aquilo que se lhe afigura como mais seguro em termos racionais, mas mais conflitivo em termos emocionais. A opção pelo mais seguro representa muitas coisas. Uma delas é que Amanda passa da condição de quem é abandonada para a de quem abandona. Ela opta por um lado da família que não está identificado nem com sua mãe biológica, nem como os primeiros pais adotivos. Significa também estar deixando o seu pai querido e erotizado por um pai sereno e seguro. A mãe biológica e os primeiros pais adotivos fazem parte da ala pobre e menos valorizada da família. Ela opta pela ala rica e é como se tivesse matado a outra ala. Fala sobre sua mãe biológica:

*“Sempre soube que ela era minha mãe. Nós somos muito semelhantes fisicamente. Não gostava de vê-la. Tinha raiva dela - inicialmente porque percebia que minha mãe não gostava dela. Mas depois não perdoava o que ela tinha feito. Não entendo isso até hoje, acho que seria incapaz de fazer isso com um filho meu”.*

O que vemos é que uma parte da identificação está com essa mulher que “agiu mal”. Ela também se acha uma má menina. Essa é uma adoção não revelada em princípio. Mesmo a partir do momento que a adoção é revelada, isso persiste como um tema intocado, mítico. O que é peculiar nessa situação é que a mãe biológica está presente ali a seu lado, mas ela não tem acesso a sua origem, a sua história inicial. A história inicial fica vetada e persiste com a versão do abandono. Mãe e filha não superam a essa barreira. A origem é mítica e intocada. O nome do pai permanece desconhecido. Só a mãe biológica tem acesso e não revela.

Compreender qual o lugar de todos esses personagens em sua configuração psíquica é uma árdua tarefa.

*“Falam que eu puxei minha mãe biológica, acho que estou assim por causa dela, ela é muito medrosa e eu também fui muito medrosa. Ela é encrenqueira e respondona, eu também. Tenho medo de ficar igual a ela”.*

A convivência com a mãe biológica a deixa muito aflita. Tem um sentimento ambíguo em relação a ela. Em seu processo de análise, ela pôde se dar conta de que as vivências

sucessivas de abandono ampliaram a dicotomia entre amor e ódio intenso pelas figuras. O ódio ocasionava muita culpa. Para evitar o contato com esse ódio, produziam-se os sintomas obsessivos-compulsivos.

A hipótese de ser filho adotivo é uma espécie de fantasma que assombra cada um no processo de construção da teoria sobre sua própria origem. O não-dito marca sua presença, as lacunas na história pessoal constituem traumatismos que dão origem à patologia. Observam-se dificuldades para estabelecer o sentimento de identidade. Sobrevém uma sensação de falseamento e de dúvida que se opõe à sensação de pertinência e de continuidade que deveriam estar presentes. Essa desconexão, que transparece na imagem de si mesma que reproduz, é reveladora dos elos trincados e não tocados que compõem a história. Estes elementos estão na origem da constituição psicodinâmica dos sintomas apresentados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freud, S. - Psicologia de Grupo e Análise do Ego - Rio de Janeiro, Editora Imago, 1977, ESB, vol. XVIII
2. Freud, S. Sobre o Narcisismo, Uma Introdução, Rio de Janeiro - Editora Imago, 1977, ESB, vol.XIV
3. Freud, S. Instintos e suas Vicissitudes, Rio de Janeiro - Editora Imago, 1977, ESB, vol.
4. Giberti, E.- La adopción, Buenos Aires- Editora Sudamericana, 1992.
5. Silva, M. S. A. N.- Em Busca do Elo Perdido - Escuta Psicanalítica para Histórias de adoção - São Paulo , 2001 – dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da USP.

# **A IMPORTÂNCIA DO OUVIR ATIVO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA**

## **THE IMPORTANCE OF THE ACTIVE LISTENING IN THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP**

### **Autores:**

*Adriana Guimarães Rodrigues*

Mestre em Psicologia Experimental – USP; Mestre em Educação – UNINCOR; Professora da PUC Minas – Arcos.

*Ailton Amélio da Silva*

Doutor em Psicologia Experimental – USP, Professor do Instituto de Psicologia da USP.

Este trabalho deverá ser apresentado no evento conjunto: I Congresso Brasileiro de Psicoterapia e II Encontro Brasileiro de Psicoterapia, no dia 11/10/05, na mesa: Integrando conceitos em psicoterapias, no horário de 08:30/10:00h em Belo Horizonte, MG. Este trabalho também é parte da Dissertação de Mestrado em Psicologia Experimental da primeira autora orientada pelo segundo. Defendida no dia 24/08/05, no Instituto de Psicologia da USP.

Autor responsável pela correspondência:

Adriana Guimarães Rodrigues

Rua: Coronel Augusto Alvarenga, 111.

Centro – Perdões – MG

Cep.: 37260-000

Fone/fax: 035 – 3864 4123. Cel.: 035 – 9103 9484

e-mail: [adriana@perdoesnet.com.br](mailto:adriana@perdoesnet.com.br) ou [adrianarodrigues@pucminas.br](mailto:adrianarodrigues@pucminas.br)

# **A IMPORTÂNCIA DO OUVIR ATIVO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA**

## **RESUMO:**

O objetivo deste artigo é fazer uma breve revisão das publicações sobre a habilidade de ouvir e refletir sobre sua importância. Atualmente, vem sendo publicado um grande número de estudos que visam identificar quais fatores contribuem para a obtenção de resultados positivos na terapia. Alguns desses estudos apontam os fatores específicos, referentes à aplicação de técnicas e procedimentos, apoiados em bases teóricas determinadas, enquanto outros, apontam os fatores inespecíficos, comuns a todas as terapias, e relacionados à qualidade do vínculo terapêutico entre o cliente e o terapeuta como os responsáveis pelo sucesso terapêutico. A habilidade de ouvir ativamente tem sido apontada como uma habilidade importante para a formação e manutenção de relacionamentos interpessoais satisfatórios e gratificantes, inclusive para a relação que se estabelece entre terapeuta e cliente na situação terapêutica. Embora essa habilidade seja importante para a formação do vínculo na terapia, existem poucos estudos que a abordem de maneira clara e objetiva. Essa habilidade também não tem sido enfatizada nos cursos de formação para profissionais de ajuda, ocasionando uma falha nesse campo de conhecimento e processo de formação, dificultando o desenvolvimento de pesquisas que visem desenvolver e aprimorar essa habilidade. Este artigo não tem a pretensão de esgotar o assunto sobre o ouvir na relação terapêutica, mas chamar a atenção sobre a falta de estudos empíricos sobre essa habilidade tão importante.

**Palavras-chave:** comunicação verbal, comunicação não-verbal, processos psicoterapêuticos.

## **THE IMPORTANCE OF THE ACTIVE LISTENING IN THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP**

### **ABSTRACT:**

The objective of this article is to make a brief review of the publications about the listening skills and think about their importance. Nowadays, a great number of studies have been published and they aim of identifying which factors contribute to obtain a positive result in the therapy. Some of these studies point at the specific factors, referent to the application of techniques and procedures, supported by determined theoretical basis, while others, point at unspecific factors, common to all therapies and related to the quality therapeutic entailment between client and therapist as responsible for the therapeutic success. The ability of the active listening has been pointed as an important ability to the formation and maintenance of satisfactory and rewarding interpersonal relationships, including the relation established between therapist and client in the therapeutic situation. Even though this is an important ability to form the entailment in therapy, there are a few studies that approach it in clear and objective way. This ability hasn't been emphasized in the professional helpers formation courses either, causing a flaw in the fields of knowledge and formation process, making the researches development that aim to develop and improve this specific ability something difficult to be done. This article doesn't have the pretension to extinguish the subject about the listening in the therapeutic relationships, but it aims to call attention to the lack of empirical studies about such an important ability.

**Keywords:** verbal communication, non-verbal communication, psychotherapeutic processes.

## 1. Introdução

O objetivo deste artigo é fazer uma breve revisão das publicações sobre a habilidade de ouvir do psicólogo durante o atendimento clínico e refletir sobre sua importância.

O interesse pelo tema surgiu devido ao contato dos autores com as evidências sobre a importância dessa habilidade para o estabelecimento e manutenção de relacionamentos interpessoais satisfatórios e gratificantes, inclusive para a relação terapêutica. Esse é um tipo especial de relacionamento interpessoal com características e funções específicas que requer do psicólogo a habilidade de ouvir atentamente seu cliente.

Embora a habilidade de ouvir seja apontada como importante para o estabelecimento de bons relacionamentos interpessoais, incluindo a relação terapêutica (Rogers, 1957<sup>(1)</sup>; Miranda e Miranda, 1996<sup>(2)</sup>; Levitt, 2000<sup>(3)</sup>; Hill, 2003<sup>(4)</sup>), são raros os estudos publicados que a definem e descrevem com clareza e objetividade.

De acordo com a literatura consultada, os poucos estudos que se preocuparam em descrever as habilidades de ouvir do terapeuta, focalizaram nos aspectos subjetivos da mesma, relacionados com os princípios de empatia, congruência e aceitação incondicional, apresentados principalmente pela teoria Rogeriana (Rogers, 1957<sup>(1)</sup>, Miranda e Miranda, 1996<sup>(2)</sup>; Levitt, 2001<sup>(3)</sup>; Freire, 2000<sup>(5)</sup>; Hill, 2003<sup>(4)</sup>) e nos princípios da “escuta analítica” da psicanálise (Baranger, 1992<sup>(6)</sup>; Scarpato, 2001<sup>(7)</sup>).

Até o momento, foram encontrados poucos estudos baseados em observações empíricas que procurassem descrever de uma maneira objetiva, quais seriam os comportamentos que indicam que o psicólogo está ouvindo seu cliente durante o atendimento clínico.

No presente estudo, entende-se que o comportamento de ouvir do psicólogo apresenta características diferentes do comportamento de ouvir preconizado pelo senso comum, que atribui ao ouvinte uma postura passiva e receptiva. As indicações mostradas por meio desse estudo são de que o ouvir do psicólogo deve ser ativo.

A expressão “ouvir ativamente”, adotada neste trabalho, foi mencionada anteriormente na literatura por outros autores: como Rogers, (1957)<sup>(1)</sup>; Burley-Allen (1995)<sup>(8)</sup>; Levitt (2001)<sup>(3)</sup>; Hill (2003)<sup>(4)</sup>; Kubota, Mishima e Nagata, (2004)<sup>(9)</sup>; Silva (2002)<sup>(10)</sup> e outros. Porém, a literatura ainda não ofereceu uma definição clara e precisa dessa habilidade. O que existe são descrições de alguns poucos comportamentos, nela envolvidos. Diante de tal dificuldade, tornou-se necessário elaborar um primeiro esboço daquilo que entendemos como ouvir ativamente, ou seja, uma habilidade social que envolve a emissão de um conjunto de comportamentos verbais e não-verbais específicos que demonstram que o ouvinte encontra-se envolvido na interação e que está procurando entender o ponto de vista do interlocutor e estimulá-lo.

## 2. A relação terapêutica

A psicoterapia é um processo complexo que envolve a interação entre terapeuta e cliente, cada um com suas peculiaridades, adquiridas através de suas histórias de condicionamento anterior e de seus objetivos no processo terapêutico.

Skinner (1991)<sup>(11)</sup> postula que a psicoterapia é um espaço que favorece o aumento na capacidade de auto-observação e auto-conhecimento do cliente. As indagações fornecidas pelo terapeuta sobre os possíveis motivos que o levaram a comportar-se de determinada maneira, “traz à consciência uma parcela maior daquilo que é feito e das razões pelas quais são feitas” (p. 47).

### **3. Fatores que influenciam no sucesso terapêutico**

Durante muito tempo, acreditava-se que a obtenção de bons resultados na terapia era diretamente proporcional ao conhecimento teórico adquirido pelo terapeuta e sua capacidade de aplicar as técnicas fornecidas pelo modelo teórico.

Para Silveira e Kerbauy (2000)<sup>(12)</sup>, ainda é comum alguns pesquisadores analisarem o sucesso terapêutico como consequência exclusiva da habilidade do terapeuta em aplicar técnicas apropriadas, visando modificar o comportamento do cliente.

De acordo com esse enfoque, a principal habilidade que o terapeuta deveria desenvolver seria a de escolher e manejar adequadamente as técnicas fundamentadas em determinadas bases teóricas.

Novas pesquisas que demonstram a importância dos fatores relativos à qualidade do relacionamento estabelecido entre terapeuta e cliente para o sucesso da terapia, têm questionado essa visão unidirecional e restrita do papel do psicólogo.

Meyer e Vermes (2001)<sup>(13)</sup>, em um estudo sobre a relação terapêutica, citam várias pesquisas sobre os fatores que influenciam no resultado terapêutico satisfatório. Algumas dessas pesquisas apontam os aspectos específicos do procedimento terapêutico como os fatores responsáveis pelo sucesso da terapia, enquanto outras apontam os aspectos não específicos ou inespecíficos.

Gavino (1996)<sup>(14)</sup>, em uma revisão dos estudos referentes aos fatores que influenciam no sucesso terapêutico, não encontrou relações significativas entre o tipo de comportamento do terapeuta e a forma do comportamento interpessoal e os resultados positivos na terapia.

Contrariando o estudo acima citado, Lambert (1992)<sup>(15)</sup>, em uma revisão de pesquisas em psicoterapia, identificou quatro fatores que contribuem para a melhora do cliente no processo terapêutico: 1) fatores que fazem parte do cliente e de seu ambiente que ajudam na recuperação; 2) a relação terapêutica, incluindo a empatia, o calor humano, a aceitação, dentre outros; 3) a boa expectativa do cliente com relação à terapia; 4) o uso adequado de técnicas específicas. O primeiro, contribuindo com 40% para o sucesso da terapia; o segundo, com 30%; o terceiro, com 15% e o quarto, com 15%.

Para Garfield (1982)<sup>(16)</sup>, é o comportamento do terapeuta que influencia o processo e os resultados da terapia e não as orientações teóricas do terapeuta. Para esse autor, nem sempre os terapeutas têm consciência da influência que seu comportamento exerce sobre o comportamento de seus clientes.

De acordo com Meyer (2001)<sup>(17)</sup>, ainda é necessário identificar quais aspectos favorecem os resultados positivos da terapia: os aspectos específicos relativos ao uso de técnicas que os terapeutas afirmam utilizar ou os aspectos não específicos compartilhados por quase todas as terapias, inerentes à relação terapêutica?

### **4. O comportamento de ouvir do terapeuta na relação terapêutica**

O trabalho terapêutico visa promover mudanças no cliente que levem a uma diminuição do sofrimento e aumento das contingências reforçadoras. Esse processo é facilitado por alguns procedimentos presentes na relação interpessoal entre o terapeuta e o cliente (Meyer; Vermes, 2001)<sup>(13)</sup>.

Para Alves (1999)<sup>(18)</sup>, as pessoas procuram por terapia para serem ouvidas, para se curarem da dor de não haver quem as escute. O que as pessoas mais necessitam é de serem escutadas de maneira calma e tranqüila.

Hill (2003)<sup>(4)</sup> aponta que o atender e o ouvir são habilidades básicas que os terapeutas deveriam utilizar durante todo o processo terapêutico para ajudar o cliente a sentir-se seguro e explorar seus pensamentos e sentimentos. Atender refere-se, entre outras coisas, à orientação

física do terapeuta para o cliente, comunicando que está prestando atenção nele. Ouvir envolve tentar escutar e entender o que o cliente está dizendo. Na terapia, o atender e o ouvir são comunicados através dos comportamentos verbais e não-verbais do terapeuta e são habilidades muito importantes para o estabelecimento do vínculo terapêutico entre terapeuta e cliente. Para essa autora, “alguns clientes necessitam somente de um ouvido que os ouçam para voltar-se para seu próprio processo de auto-ajuda” (Hill, 2003, p. 95) <sup>(4)</sup>.

No campo da psicoterapia não-diretiva, encontramos uma extensa obra sobre o “ouvir” na relação terapêutica, relacionando-o ao comportamento empático. Teóricos da abordagem humanista, como o psicólogo Carl Rogers (1902-1987), adotaram o conceito de empatia (o qual engloba a habilidade de ouvir) para descrever um dos mais importantes comportamentos do terapeuta durante a relação de ajuda.

Para Rogers (1967) <sup>(19)</sup>, empatia é a capacidade de se colocar no lugar da outra pessoa, de modo a sentir o que ela sentiria caso estivesse em seu lugar.

Miranda e Miranda (1996) <sup>(2)</sup> adotam o termo “escutar”, ao invés de ouvir, para designar esse tipo de comportamento do terapeuta. Segundo esses autores, para facilitar o “escutar”, o ajudador deve: 1) permanecer calado, uma vez que na relação de ajuda, o espaço maior pertence ao ajudado; 2) não interromper o ajudado, pois é ele quem administra o espaço da relação de ajuda; 3) evitar as distrações externas, impedindo que fontes de estimulação exteriores, presentes no ambiente, desviem sua atenção do ajudado; 4) evitar distrações internas, impedindo que alterações de ordem física e/ou psíquica impossibilitem o ajudador de permanecer por inteiro para o ajudado e 5) suspender os julgamentos, pois quando isso não ocorre, o ajudador ao invés de ouvir o ajudado, começa a avaliar seu relato, ouvindo a si mesmo.

Hill (2003) <sup>(4)</sup> aponta algumas características que acompanham o ouvir e que são importantes para o processo de ajuda, dentre essas: manter contato ocular e apresentar expressão facial compatível com a fala do ajudado; sorrir; assentir com a cabeça; apresentar postura corporal aberta; usar vocalizações de reconhecimento como “hum-hum”; tentar permanecer relaxado e ser natural, mas mantendo uma atitude profissional; emitir movimentos corporais ou gestuais; usar uma linguagem apropriada à cultura e nível educacional do ajudado; prestar atenção na mensagem verbal e não-verbal do ajudado e utilizar o espaço entre eles apropriadamente, oscilando entre a distância pessoal e a social, segundo a classificação de distância de E. T. Hall (1977) <sup>(20)</sup>.

Ainda de acordo com o enfoque não-diretivo, Amatuzzi (1990) <sup>(21)</sup> postula que o ouvir vem antes do falar, sendo que é o ouvir e não o falar que nos abre para o mundo e para os outros. O ouvir então seria um abrir-se para o outro, pré-verbal e experiencial.

Embora os estudiosos da abordagem humanista tenham sido os primeiros a reconhecer a importância da empatia e do comportamento de escutar para a relação de ajuda, os estudiosos da abordagem comportamental e da cognitivo-comportamental também passaram a estudar e a valorizar o comportamento empático, caracterizando-o como uma habilidade social.

Dentro dessa abordagem, Falcone (2000) <sup>(22)</sup> enfatiza que o ouvir sensível é fundamental para a manutenção da atenção aos pensamentos e sentimentos da outra pessoa e é condição essencial para a demonstração de empatia.

Sendo assim, o ouvir é uma habilidade que envolve a compreensão empática do outro. Esta autora divide essa habilidade em dois níveis: no primeiro, engloba a compreensão dos sentimentos e perspectivas da outra pessoa; e no segundo, consiste em comunicar essa compreensão de forma sensível. O primeiro, inclui prestar atenção e ouvir sensivelmente; o segundo, a verbalização sensível.

Voltar-se inteiramente para as perspectivas, desejos e sentimentos da outra pessoa; observar os comportamentos não-verbais que a pessoa está expressando enquanto fala; colocar-se em seu lugar, identificando seus sentimentos, desejos e percepções, e tentar identificar a relação existente entre o sentimento da outra pessoa, o contexto e o significado

desse contexto para a pessoa, são os comportamentos envolvidos no ouvir sensível para esta autora (Falcone, 2000) <sup>(22)</sup>.

Na terapia, o cliente que é ouvido dessa forma, sente-se fortalecido para se expor mais, pois quando alguém experimenta a presença empática do outro, torna-se mais empático consigo mesmo, reduzindo a auto-crítica excessiva e desafiando os pensamentos disfuncionais (Falcone, 1998) <sup>(23)</sup>.

Ao falar sobre o comportamento empático no processo terapêutico, Kerbaui (2001) <sup>(24)</sup> sugere que o terapeuta deve aceitar incondicionalmente seu cliente e ser também capaz de conhecer e aceitar irrestritamente as pessoas. Para ela, esses comportamentos empáticos do terapeuta devem ir além do simples “hum-hum”, podendo até mesmo se manifestar numa atitude silenciosa, acompanhada de expressão facial de compreensão e de algumas questões pertinentes ao problema.

Egan (1994) <sup>(25)</sup>, especifica determinados comportamentos que demonstram atenção empática, que se emitidos pelo ouvinte, encorajam o falante a abrir-se e a explorar as dimensões de seu problema. Tais comportamentos são: procurar manter contato ocular, evitando desviar o olhar com frequência; fitar diretamente, mas não fixamente a pessoa, adotando uma postura que indique envolvimento; inclinar-se levemente, com a parte superior do corpo em direção ao falante; adotar uma postura relaxada, mas sem ficar quieto ou se engajar expressões faciais distraídas; procurar identificar as mensagens não-verbais do falante que expressem emoções; estar atento às próprias reações corporais e emocionais provocadas pelo comportamento da outra pessoa, procurando controlá-las.

Esse autor ainda relata que a verbalização do ouvinte também é importante para que o falante sintam-se compreendido, sendo esta a forma mais eficiente de demonstrar compreensão acurada. Dentre os comportamentos envolvidos nas verbalizações do ouvinte, ele destaca: tentar explicar e validar os sentimentos e as perspectivas da outra pessoa, relacionando-as ao contexto; suspender o julgamento e demonstrar verbalmente compreensão dos sentimentos e pensamentos da pessoa-alvo.

Silva (2002) <sup>(10)</sup>, falando sobre o ouvir ativamente na terapia, enfatiza que essa forma de ouvir, durante o atendimento clínico, promove a oportunidade para o cliente explorar seus sentimentos, valores, conceitos e crenças, produz um efeito catártico - que é fruto das revelações manifestadas - e favorece o processo de mudança positiva do cliente.

Na abordagem psicodinâmica, Nichols (1995) <sup>(2)</sup> utiliza o termo contratransferência para referir-se à maneira como a subjetividade do ouvinte estrutura sua experiência da conversa.

Falando sobre o comportamento de ouvir do analista, Baranger (1992) <sup>(6)</sup> afirma que o analista exige de si mesmo uma escuta e interpretação de acordo com suas bases teóricas e experiências. Ele utiliza o termo “escuta analítica” para referir-se à atenção dirigida ao relato verbal do paciente, considerando também seu tom de voz, o ritmo de sua elocução, suas atitudes, seus movimentos, suas posturas no divã e as expressões de seu rosto.

Segundo Scarpato (2001) <sup>(7)</sup>, a terapia é um espaço de abertura protegido pelo vínculo terapêutico. Nesse espaço, o terapeuta move-se entre sensações, emoções, posturas, palavras e imagens. Ele escuta o paciente, que tenta dar voz aos afetos e novas formas ao mundo, que fala de seus temores secretos, dos desejos e das dores profundas.

## **5. Fatores que facilitam e que interferem na habilidade de ouvir**

Silva (2002) <sup>(10)</sup> identificou diversos fatores que facilitam e/ou que perturbam o ouvir ativamente. Dentre os que facilitam, foram apontados: a motivação para conversar sobre o tema abordado; considerar o falante como digno de ser ouvido; ter comportamentos que

facilitam o ouvir e não estar sofrendo alterações físicas e/ou psicológicas incompatíveis com o ouvir ativamente.

Estar muito emocionado; preocupar-se demais com a imagem que está projetando para o falante; ter pressupostos preconceituosos ou errôneos sobre si próprio, sobre o interlocutor ou sobre o que está sendo dito, e não conseguir concentrar-se na fala do interlocutor, são fatores que atrapalham o ouvir ativamente.

Silva (2002) <sup>(10)</sup> também aponta algumas atitudes e expectativas de um ouvinte eficiente. Tais atitudes são manifestadas através das suas expressões verbais e não-verbais. Sendo elas: criar uma atmosfera positiva; não tentar modificar o interlocutor; não criticar ou não interferir no que está sendo dito; ouvir com postura empática; permanecer neutro, sem deixar que emoções destrutivas interfiram na interação; adotar um clima de solução de problemas.

Embora os estudos citados apontem alguns comportamentos envolvidos na habilidade de ouvir, poucos deles são frutos de pesquisas empíricas fundamentadas em dados de observação do comportamento de ouvir. A maior parte desses estudos refere-se a outros aspectos ou comportamentos que secundariamente envolvem o ouvir como, por exemplo: estudos sobre empatia, habilidades sociais ou sobre a relação terapêutica. Tais referências bibliográficas foram utilizadas por serem as únicas encontradas até o presente momento.

Um fator importante, citado pela maioria dos autores consultados, é que a habilidade de ouvir ativamente ou empaticamente é complexa e exige treino constante, e não uma habilidade que o ser humano desenvolve naturalmente, sem a necessidade de um processo de aprendizagem.

## **6 Considerações finais**

É importante identificar quais fatores influenciam na obtenção de resultados positivos na terapia, para que eles possam ser estudados mais detalhadamente e ensinados nos cursos de formação para profissionais de ajuda, ocasionando uma melhor capacitação desses profissionais.

Tanto a aplicação de técnicas específicas, derivadas de uma determinada base teórica, como as características pessoais dos terapeutas que influenciam no sucesso da terapia devem ser investigados cuidadosamente.

No âmbito da qualidade do relacionamento interpessoal, verifica-se que a habilidade de ouvir parece exercer uma considerável influência positiva no estabelecimento de vínculos, inclusive na aliança terapêutica.

As pessoas necessitam ser ouvidas com compreensão, aceitação e respeito, pois isso promove um clima de confiança, fazendo com que a pessoa, que é ouvida dessa forma, sintase segura o suficiente para compartilhar e explorar aspectos dolorosos de suas vivências.

Embora a habilidade de ouvir seja tão importante para a formação e manutenção da aliança terapêutica, ela tem sido negligenciada nas pesquisas e nos cursos de formação para profissionais de ajuda, ocasionando uma falha no processo de formação desses profissionais.

De acordo com Alves (1999, p.79) <sup>(24)</sup>, “seria bom que nos cursos de psicologia se lesse menos livros e se ouvisse mais”.

Além de ser condição fundamental para o estabelecimento do vínculo terapêutico no processo psicoterápico, o comportamento de ouvir ativamente é necessário para o desenvolvimento bem-sucedido de inúmeras profissões. Psicólogos, médicos, advogados, professores, vendedores, administradores e inúmeros outros profissionais utilizam-se dessa habilidade como instrumento efetivo de trabalho, sem perceberem a importância que o ouvir exerce sobre o desempenho profissional bem-sucedido. Sendo assim, torna-se essencial que se estude com mais profundidade essa habilidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Rogers C. R.. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Consulting Psychology*.1957; 21: 95-103.
- 2 – Nichols M. P. The lost art of listening. New York: Guilford; 1995.
- 2 - Miranda C. F., Miranda M. L. Construindo a relação de ajuda (10a ed.). Belo Horizonte: Crescer; 1996.
- 3 - Levitt D. H. Active listening: and counselor self-efficacy: emphasis on one microskill in beninning counselor training. *The clinical supervisor*. 2001; 20: 101-15.
- 4 - Hill C. E. Helping Skills. Facilitating exploration, insight, and action. Washington: American Psychological Association; 2003.
- 5 - Freire E. S. A terapia é a relação e o cliente é o terapeuta. *Psico-USF*.2000. 5, 83-98.
- 6 - Baranger M. A mente do analista: da escuta à interpretação. *Revista Brasileira de Psicanálise*.1992; 26(4): 573-86.
- 7 - Scarpato A. T. Transferência somática: A dinâmica formativa do vínculo terapêutico. *Revista Hermes*. 2001; 6: 107- 23.
- 8 - Burley-Allen M. Listening: the forgotten skill (2a ed.). New York: John Wiley & Sons; 1995.
- 9 - Kubota S., Mishima N., Nagata S. A study of the effects of active listening on listening attitudes of middle managers. *Journal of Occupational Health*. 2004; 46: 60-67.
- 10 - Silva A. A. Ouvir ativamente. Universidade de São Paulo. No prelo; 2002.
- 11 - Skinner B. F. Questões recentes na análise comportamental. Campinas, SP: Papirus; 1991.
- 12 - Silveira J. M., Kerbauy R. R. A interação terapeuta-cliente: uma investigação com base na queixa clínica. In: Kerbauy R. R. (Org.) Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. Santo André: Set, 2000; p. 213-21.
- 13 - Meyer S, Vermes J. S. Relação terapêutica. In: Rangé B. (Org.) Psicoterapias cognitivo-comportamentais. Porto Alegre, RS: Artmed; 2001. p. 101-10.
- 14 – Gavino A. (1996). As variáveis do processo terapêutico. In: Caballo V. E.. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos Livraria Editora; 1996. p. 131 - 43.
- 15 - Lambert M. J. Implications of outcome research of psychotherapy integration. In: Norcross J. C., Gelfand M. R.. (Eds) Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books; 1992. p. 94-129.
- 16 - Garfield S. L. Eclecticism and integration in psychotherapy. *Behavior therapy*. 1982; 13: 572-93.
- 17 - Meyer S. A relação terapeuta-cliente é o principal meio de intervenção terapêutica? In: Guilhardi H. J. (Org.) Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade. Santo André, SP: Esetec; 2001. p. 95-8
- 18 - Alves R. O amor que acende a lua. Campinas: Papirus; 1999.
- 19 - Rogers C. R. et al. The therapeutic relationship and its impact: a study of psychotherapy with schizophrenics. Madison: The University of Wisconsin Press; 1967.
- 20 - Hall E. T. A dimensão oculta. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.
- 21 - Amatuzzi M. M. O que é ouvir. *Estudos de Psicologia*. 1990; 7(2): 86-97.
- 22 - Falcone E. Habilidades sociais: para além da assertividade. In: Wielenska R. C. (Org.) Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos. Santo André: Editora Set; 2000. p. 211-21.
- 23 - Falcone E. O. A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. (Tese), São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1998.
- 24 - Kerbauy R. R. O repertório do terapeuta sob ótica do supervisor e da prática clínica. In: Guilhardi H. J. (Org.). Sobre o comportamento e cognição: expondo a variabilidade. Santo André: Esetec; 2001. p. 443-52.
- 25 - Egan G. *The skilled helper. A problem management approach to helping*. Pacic Grove: Brooks/Cole; 1994.

**ABORDAGEM GRUPAL DE  
ORIENTAÇÃO PSICODINÂMICA PÓS-CONSULTA  
CLINICA EM AMBULATÓRIO PSIQUIÁTRICO.**

**GROUPAL BOARDING ON PSYCHODYNAMIC  
ORIENTATION AFTER CONSULTATION IN A  
PSYCHIATRY CLINICAL AMBULATORY.**

**Autores:**

*Gizela Turkiewicz\**

**Endereço:**

Rua Oscar Freire, 1364 - ap93 - 05409-010 - São Paulo – SP

**Endereço eletrônico:** [giturkiewicz@yahoo.com.br](mailto:giturkiewicz@yahoo.com.br)

*Célia Petrossi Gallo\**

*Eduardo São Thiago Martins\**

*Sonia Maria Duarte Sampaio\*\**

\*Médicos residentes em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo

\*\* Médica Psiquiatra Assistente e Supervisora do Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Analista Junguiana pela Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica de São Paulo.

Este trabalho será apresentado no I Congresso Brasileiro de Psicoterapia em 10 de outubro de 2005, sendo parte integrante da mesa “Políticas públicas e Psicoterapia”.

Agradecemos a nossos pacientes, pessoas que motivaram e possibilitaram a realização deste trabalho.

## **ABORDAGEM GRUPAL DE ORIENTAÇÃO PSICODINÂMICA PÓS-CONSULTA CLÍNICA EM AMBULATÓRIO PSIQUIÁTRICO.**

### **RESUMO:**

Em um serviço ambulatorial de Psiquiatria Clínica foi criada uma proposta de atendimento grupal de orientação psicodinâmica pós consulta clínica, visando atender a demanda dos pacientes de conversar por mais tempo sobre si mesmos com seus médicos.

Pacientes foram convidados a participar do grupo obedecendo a uma triagem. Aqueles identificados que não se beneficiariam de atendimento psicodinâmico foram excluídos.

O grupo ocorre após o atendimento ambulatorial, no mesmo dia deste. As reuniões são coordenadas pelos mesmos médicos responsáveis pelo atendimento clínico. O grupo é aberto, não havendo compromisso por parte dos pacientes em comparecerem a todas as sessões.

O objetivo deste trabalho é apresentar e discutir as observações iniciais feitas durante estes atendimentos, com base na teoria analítica de Jung.

O atendimento em grupo proporcionou uma visão mais completa da história de vida de cada paciente. No grupo observamos que os pacientes interagiram com seus médicos de forma diferente do atendimento individualizado. O contato com outros pacientes, o partilhar das histórias com os companheiros e as emoções mobilizadas por este convívio proporcionaram uma mudança de atitude, maior facilidade em identificar e falar sobre os sentimentos pessoais, assim como em lidar com situações do dia-a-dia.

**Descritores:** psicoterapia de grupo, assistência ambulatorial, individuação.

## **GROUPAL BOARDING ON PSYCHODYNAMIC ORIENTATION AFTER CONSULTATION IN A PSYCHIATRY CLINICAL AMBULATORY.**

### **ABSTRACT:**

In an ambulatorial service of Clinical Psychiatry was created a proposal of group attendance on psychodynamic orientation after clinical consultation, aiming to take care the demand of patients to talk more about themselves with their doctors.

Patients were invited to the group obeying a previous selection. Those identified that would not have benefit of psychodynamic attendance had been excluded.

The group occurs after the ambulatorial attendance, at the same day. The meetings are co-ordinated by the same doctors responsible for the clinical attendance. The group is opened, with no commitment from the patients for staying at all sessions.

The aim of this study is to introduce and discuss the initial observations done during this attendences, based on the analytical theory of Jung.

The group attendance afforded a more complete view of life history of each patient. In the group we observed that the patients interacted with their doctors in a different form compared with individual attendance. The contact with other patients, the share of histories with the companion and the emotions mobilized by this conviviality provided an attitude change, made it easier in identifying and speaking about personal feelings, as well as dealing with diary situations.

**Descriptors:** group psychotherapy, ambulatory care, individuation.

## **INTRODUÇÃO**

Em ambulatório assistencial de Psiquiatria Clínica no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo criamos uma proposta de atendimento psicoterápico em grupo de orientação psicodinâmica associado ao atendimento clínico.

A população atendida é constituída de adultos a partir de dezoito anos de idade, ambos os sexos, com diversos diagnósticos psiquiátricos. A maioria deles recebe tratamento medicamentoso, no entanto nosso enfoque não está nas síndromes clínicas ou nas medicações utilizadas, mas nas demandas pessoais de cada um, indivíduos que nos procuram em busca de acolhimento para suas angústias pessoais que, muitas vezes, não são devidamente abordados numa consulta clínica.

A dificuldade em acolher e abordar estes problemas em consultas ambulatoriais resulta de um sistema de saúde pública em que a oferta é menor que a demanda, os serviços assistenciais são sobrecarregados e as consultas, curtas e pouco freqüentes; o que não é diferente em nosso ambulatório. Refletindo acerca disto resolvemos criar uma alternativa para expandir os limites destes atendimentos.

Como expandir estes limites sem privilegiar alguns em detrimento de outros? Como não repetir o mesmo erro de um sistema de saúde que tem feito esta diferença? Muitos de nossos pacientes necessitam e querem fazer psicoterapia, chegando até nós com uma demanda por falar sobre questões pessoais; a partir daí e da observação da sala de espera, criamos um espaço para que eles tivessem esta oportunidade.

Na sala de espera já ocorre uma interação entre nossos pacientes. Muitos estão em acompanhamento há vários anos, já se conhecem e, enquanto aguardam, conversam entre si e trocam experiências. Por que não oficializar este espaço? Foi daí que surgiu o modelo para o grupo.

## **OBJETIVOS E METODOLOGIA**

A criação de um modelo de atendimento psicoterápico em grupo que atenda às demandas destes pacientes. O horário de atendimento está vinculado ao atendimento clínico, de maneira que eles possam comparecer à consulta e logo em seguida participar do grupo. Após o término do atendimento clínico é realizado o atendimento psicoterápico.

Trata-se de um grupo aberto em que os pacientes são convidados a participar e têm a liberdade de comparecer sempre que se dispuserem, não havendo compromisso em relação à freqüência. O atendimento ocorre semanalmente. Novos pacientes podem começar a participar em momentos diferentes. O convite é realizado durante as consultas, a partir de demanda percebida pelo próprio paciente ou pelo terapeuta. Excluimos do grupo os pacientes psicóticos, transtornos graves de personalidade e síndromes depressivas ou ansiosas em fase aguda, deixando a convocação destes para após a compensação do quadro clínico.

Os terapeutas são os mesmos médicos psiquiatras que realizam o atendimento clínico, coordenando o grupo em duplas. A equipe é constituída por três médicos residentes em psiquiatria e uma médica psiquiatra supervisora.

## **DISCUSSÃO**

A psicoterapia em grupo possibilita que maior número de pessoas seja atendido na mesma unidade de tempo, quando comparado ao atendimento individual. É uma excelente alternativa ao problema de grande demanda encontrado nos serviços públicos atualmente (1).

O papel terapêutico do grupo encontra-se na possibilidade de percepção de si mesmo, do outro e formação de vínculos afetivos. O desenvolvimento afetivo dentro do *setting* é terapêutico por levar a melhor percepção afetiva também em outras situações (2).

No início da proposta, esperávamos maior adesão, o número de pacientes que participa das sessões é reduzido quando comparado ao número atendido no ambulatório. Encontramos muita resistência por parte deles, utilizando-se de argumentos como: “*falta de tempo para esperar mais uma hora*”, “*afazeres domésticos importantes*”, “*não consigo falar de mim na frente de outras pessoas*”; perguntando “*posso deixar para a próxima vez?*” – sendo que, para alguns, não houve “próxima vez”.

Verificamos aqui, claramente, a resistência inerente a qualquer processo psicoterápico. São pacientes habituados a serem atendidos em consultas clínicas que visam ao controle dos sintomas através de medicações. Ainda que reclamem por mais tempo para conversarem, encontram dificuldades em sair de seu papel de doente e entrar em contato com seus conteúdos psíquicos.

Para a inclusão num grupo terapêutico, é indispensável capacidade prévia de formar vínculos; o que podemos observar através da verificação da história de vida de cada um. Também é necessária a capacidade de suportar triangulações relacionais, pois estas surgirão ao longo da terapia; e suportar conteúdos emocionais internos (2).

Nem todos os nossos pacientes se enquadraram nos critérios de inclusão. Excluimos aqueles que apresentam dificuldade de vinculação e de suportar conflitos e angústias que seriam mobilizados pelo trabalho psicoterápico. Para exemplificar, citamos aqui uma de nossas sessões: N.G. foi encaminhada ao grupo em fase de luto, perdera um irmão recentemente. No início do atendimento ela começa a chorar e falar sobre o irmão, imediatamente todas as atenções voltam-se a ela. A maioria dos presentes estava no grupo pela primeira vez e, por mais que tentássemos dissipar o foco para questões de outros, o desespero de N.G. contagiou a todos, causando um desconforto geral que não pode ser elaborado adequadamente, já que o grupo não estava vinculado e pela própria limitação temporal. Após essa situação percebemos que as sessões esvaziaram-se, alguns não retornaram e só pudemos discutir acerca disto com os que vieram em sessões posteriores. A partir daí decidimos rever critérios de inclusão e passamos a ser mais rigorosos ao encaminhar pacientes ao grupo.

Alguns aderiram ao programa integralmente, comparecendo a cada semana, independente das consultas ambulatoriais, outros participaram apenas nos dias de consulta. Aqueles que estão totalmente vinculados iniciaram um processo de desenvolvimento, entrando em contato com suas angústias e trazendo-as ao grupo. Os participantes ocasionais vêem o grupo como um espaço em que podem conversar e falar sobre os problemas. Temos a impressão de que há um efeito paliativo, momentâneo, porém benéfico.

Inicialmente toda a equipe participava do grupo, o que causou certo desconforto aos pacientes. Éramos quatro terapeutas, muitas vezes estávamos em número igual ao de pacientes ou em maioria. O excesso de terapeutas dificultou a vinculação, não sabiam a quem se direcionar enquanto falavam, era como se fôssemos uma “platéia”. Ao percebermos esta dificuldade, optamos por um revezamento entre duplas, contribuindo para que eles se sentissem mais à vontade e facilitando a interação.

O papel do terapeuta na experiência de grupo deve ser bem definido para que o processo aconteça. Existe diferença entre terapeuta individual (agente único e direto) e terapeuta de grupo (agente indireto que desenvolve a coesão no grupo). O terapeuta é responsável pela manutenção do grupo e pela construção cultural que nele ocorre. É um objeto transicional, os pacientes são estranhos entre si e só conhecem a ele, que é a força unificadora. Além de empregar seu conhecimento técnico no preparo e desenvolvimento do

grupo, ele tem o papel de moderador, funcionando como um modelo para os demais participantes e facilitando as relações interpessoais (3).

O terapeuta é também membro do grupo e tem o objetivo de levá-lo a produtividade terapêutica e a estabilidade. O método mais antigo de psicoterapia de grupo é a forma interacional. Sua característica fundamental é o auxílio terapêutico mútuo dos membros. É necessária a interação livre e espontânea entre os pacientes e, entre estes e o terapeuta (2).

Em nossa experiência, o terapeuta encontra-se em dois papéis paralelos e simultâneos. Somos médicos e no momento seguinte, somos psicoterapeutas, passando a um papel de mediador, interagindo com o mesmo grupo de pacientes. Estes papéis se confundem para os pacientes e para nós, devido a nossa pouca experiência. No entanto, na prática eles não se separam, mas se complementam e coexistem. Um não anula o outro.

Enquanto trabalhamos com este grupo buscamos fortalecer nossas relações individuais como médicos destes pacientes e ao mesmo tempo observar suas interações. Esta proposta ajuda na relação psiquiatra-paciente no momento da consulta clínica, por haver maior contato entre ambos e por este contato colocar-se de maneira diferente daquela que ocorre em consulta, o médico sai de seu papel de curador e passa a mediador.

O paciente, no grupo, vivencia as queixas trazidas pelos outros, mobilizando sentimentos que vão desde a vontade de ajudar, empatia pela causa, até raiva e contrariedade. Estas emoções são trabalhadas na tentativa de se perceber a própria forma de reagir em determinadas situações e qual seria a mais adequada para cada um.

Através da aplicação da terapêutica de grupo em uma enfermaria de 14 a 16 leitos, Bion percebeu que é possível para o clínico voltar a atenção para a estrutura de um grupo e para as forças que atuam nessa estrutura sem perder contato com seus pacientes. Neste trabalho observou qualidades necessárias para um “bom espírito de grupo”:

- propósito comum;
- reconhecimento dos limites do grupo e de sua função em relação a grupos maiores;
- capacidade de absorver novos membros e perder outros sem perder a individualidade grupal;
- cada membro é valorizado por sua contribuição ao grupo e possui liberdade dentro dele;
- capacidade de enfrentar e lidar com o descontentamento dentro de si;
- tamanho mínimo de 3 pessoas; 2 membros têm relações pessoais, e 3 ou mais há uma mudança de qualidade da relação interpessoal (4).

Psicoterapia de grupo é a situação na qual cada indivíduo, e não apenas o terapeuta, pode atuar como agente curativo. A meta única é a saúde do grupo e de seus membros, atingida por métodos científicos como a análise, diagnóstico e prognóstico (2).

No centro da psicoterapia de grupo está o conceito de “encontro”, que significa estar junto, reunir-se, ver e observar, sentir, participar e compreender, conhecer intuitivamente através do silêncio ou do movimento. Abrange relações amáveis, hostis ou ameaçadoras. O reunir-se é despreparado, não planejado, realiza-se no instante (2).

Este encontro depende da existência de um *setting* adequado. O local de que dispomos atualmente está despreparado para isto, já que trabalhamos em uma instituição em que setores de psicoterapia e ambulatório são separados espacialmente. Os ambulatórios são constituídos por salas individuais com pouco espaço; dispomos, para o grupo, de uma sala de reuniões com uma grande mesa no centro, o que não é ideal. No entanto, nossos pacientes já estão identificados com este ambiente, quando chegam procuram pela sala, que apesar de pequena e apertada, é o local onde o encontro acontece.

Um grupo aberto envolve algumas dificuldades, alguns pacientes se queixam da impossibilidade de aprofundamento em sua problemática, uma vez que as pessoas envolvidas nas discussões são diferentes a cada sessão. Um dos pacientes que frequenta o grupo com

assiduidade, B.D., abordou a questão de que aqueles que comparecem menos “*roubam o foco*”, e os que comparecem mais “*são ouvintes do problema alheio*”. Acredita que isto, para ele, é também terapêutico, mas tem a sensação de que “*nunca podemos dar continuidade aos assuntos da semana anterior*”. Nesta ocasião, criticou os que não se “*esforçavam como ele*”.

“*É como se fosse sempre o primeiro dia*” – ouvimos certa vez deste mesmo paciente, o que nos remete a questão do encontro. É este o objetivo de um grupo aberto, a cada semana um novo encontro, uma surpresa, não há roteiro, é despreparado, não planejado e é o que faz com que seja terapêutico. Pessoas como B.D. aprendem a lidar com o desconhecido e surpreender-se com colocações alheias.

O grupo é uma marcha dialética, modifica e é modificado por seus integrantes, é um acontecimento, e não uma coisa. Sartre define-o como uma luta constante, e não um objeto estático; fazendo um paralelo com a liberdade. Desta forma, um grupo se constitui com o ideal de lutar contra a alienação e a serialidade; seres indiferenciados, equivalentes entre si, com caráter de “coisa”, o que não deve acontecer na experiência de grupo (5).

O grupo é uma unidade em si mesmo, ao mesmo tempo em que cada constituinte não deixa de ser um. Reunimos pessoas que têm histórias de vida, formações e tipologias diversas com o objetivo de observar e interagir com o outro, buscando o caminho para o próprio crescimento e desenvolvimento; cujo objetivo final é a individuação, o ser em si mesmo (6).

## REFERÊNCIAS

- 1- Massaro, G. Psicoterapia de grupo em instituições. In: Leite Netto, O.F. A psicoterapia na instituição psiquiátrica. São Paulo: Agora, 1999.
- 2- Moreno, J.L. Psicoterapia de grupo e Psicodrama. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1959.
- 3- Yalom, I.D. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. New York: Basic Books, 1970.
- 4- Bion, W.R. Experiências com Grupos – Os Fundamentos da Psicoterapia de Grupo. Buenos Aires: Imago Editora, 1968.
- 5- Rosenfeld, D. Sartre y la Psicoterapia de los Grupos. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1971.
- 6- Jung, C.G. Símbolos de Transformação. Petrópolis: Ed. Vozes, 1989. 2ªed.

# EMOÇÃO NO PROCESSO DE MUDANÇA EM PSICOTERAPIA

**Autora:**

*Heloísa J. Fleury*

Psicóloga, Professora do Departamento de Psicodrama do Instituto Sedes Sapientiae, Didata Supervisora nos Focos Sócio-Educacional e Psicoterápico, pela FEBRAP - Federação Brasileira de Psicodrama, Pós-Graduada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), membro do Board da IAGP - Associação Internacional de Psicoterapia de Grupo.

**Endereço:**

Rua Sergipe 401, conjunto 808, São Paulo CEP 01243-906; fone 11.3256.9928

**Endereço eletrônico:** [hjfleury@uol.com.br](mailto:hjfleury@uol.com.br)

# EMOÇÃO NO PROCESSO DE MUDANÇA EM PSICOTERAPIA

*Heloisa J. Fleury*

## **Mesa Redonda: EMOÇÃO E PSICOTERAPIA**

Emoção, na Psicologia, é definida como “reação intensa e breve do organismo a um lance inesperado, a qual se acompanha dum estado afetivo de conotação penosa ou agradável” (Ferreira, 1986, p.635). Na atualidade, a emoção (estados afetivos vivenciados com intensidade) vem ganhando um importante reconhecimento como um dos principais componentes dos mecanismos de mudança psicoterapêutica. Não poderíamos abordar o tema Emoção e Psicoterapia sem contextualizar algumas destas discussões.

A epidemiologia clínica tem ampliado o conhecimento relativo aos aspectos biopsicossociais envolvidos no comprometimento de muitas condições humanas, como por exemplo da saúde sexual. Também resultados de estudos da neurociência demonstrando mecanismos diferentes de ação de intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas, comprovando alterações neuronais decorrentes das psicoterapias, têm trazido uma valorização crescente da interdisciplinaridade na promoção de saúde, inclusive das práticas psicoterápicas. Porém, com a influência da Medicina baseada em evidências, tem sido grande a demanda por referenciais de avaliação de eficácia, influenciando todas as disciplinas a estudarem seus mecanismos de ação terapêutica.

A comprovação da eficácia das práticas psicoterapêuticas, pouco valorizada até recentemente pela complexidade desta área, assim como pela subjetividade das questões envolvidas, torna-se foco de muitos estudos recentes.

Neste contexto atual, abre-se um campo de discussão: o que é eficácia em psicoterapia? Como podemos avaliar se uma pessoa está obtendo bons resultados? A resposta, provavelmente, será condicionada pelos pressupostos filosóficos e metodológicos próprios de cada abordagem teórica, o que pode envolver temas polêmicos, que não é o objetivo desta discussão.

No entanto, alguns estudos têm demonstrado que há poucas diferenças entre os vários modelos psicoterápicos quanto a alguns destes mecanismos para mudança que, por serem praticamente consensuais em psicoterapia, foram denominados fatores comuns (Sprenkle e Blow, 2004).

Numa revisão de estudos relativos a estes fatores comuns, Piper (2004) destacou que a maioria deles refere-se às características do relacionamento terapeuta-paciente, ressaltando porém a importância de diferenciar aspectos relativos ao próprio paciente, ao terapeuta, além dos relacionais.

Estas considerações apóiam conclusões retiradas da minha experiência clínica, assim como da experiência como supervisora de atendimentos psicoterapêuticos de profissionais de diferentes abordagens teóricas. Observamos a importância da qualidade do vínculo terapeuta-paciente, o que geralmente não é determinada pela abordagem teórica de escolha. Havendo uma fundamentação teórica coerente, a pessoa do terapeuta vai condicionar sua habilidade e recursos para intervir sintonizado na pessoa de cada paciente, ou seja, para ativar mecanismos de ação terapêutica.

Pretendo, nesta apresentação, refletir sobre a emoção como elemento transformador na psicoterapia, analisando sua ação na dupla terapeuta-paciente e na ativação do processo de mudança terapêutica. A seguir, pretendo identificar alguns pressupostos da abordagem psicodramática relevantes para o tema, ilustrando com um caso clínico.

## O conhecimento relacional implícito

Em 1998, Stern e colegas psicanalistas constituíram um grupo para estudar o processo de mudança em psicoterapia, baseando-se em estudos observacionais do desenvolvimento infantil. Apoiavam-se em novo paradigma da psicanálise, caracterizado pela valorização do relacionamento transformador com o terapeuta, em substituição ao paradigma de fornecer informações transformadoras para o paciente. Concluíram que uma ação terapêutica poderosa ocorre numa dimensão do conhecimento relacional implícito.

A importância do conhecimento implícito, desenvolvido na experiência relacional, tem sido confirmada por estudos recentes (Fuchs, 2004). A ciência cognitiva diferencia dois domínios de aprendizagem, memória e conhecimento:

Explícito – domínio declarativo, verbal, consciente: a memória pode ser recuperada conscientemente (sistema de memória declarativa)

Implícito – domínio implícito de conhecimento para procedimentos ou relacional: não pode ser explicitamente ou conscientemente recuperado, mas influencia a experiência e o comportamento (modelos mentais implícitos).

Também a moderna ciência neural cognitiva identifica para cada uma destas duas formas de memória localização cerebral própria (a memória explícita principalmente no lobo temporal médio, especialmente no hipocampo e estruturas corticais conectadas, enquanto a memória implícita, no cerebelo, no gânglio basal e amígdala). Identifica que padrões de interação no mapeamento cerebral desenvolvem-se no vínculo mãe-filho, podendo a criança extrair destas experiências precoces (3 a 4 primeiros meses) protótipos e regras para organizar seu comportamento interpessoal. Assim, a memória implícita tem uma função de *link* entre experiências desfavoráveis na infância e o relacionamento interpessoal na vida adulta, desempenhando um papel decisivo no desenvolvimento de desordens mentais (Fuchs, 2004).

Desta forma, identificamos como relevante para a prática psicoterapêutica a função da memória implícita e do conhecimento decorrente, relativo a procedimentos e modelos relacionais, adquirido provavelmente de uma forma pré-verbal, permanecendo não disponível para reflexão. Diferencia-se também do conhecimento de fatos, mais consciente e verbal.

## O impacto do relacionamento implícito compartilhado entre terapeuta-paciente

Estabelecendo um paralelo entre o padrão de interação pais-criança e terapeuta-paciente, ambos caracterizados por ambientes improvisados, muitas vezes imprevisíveis, não lineares na busca de objetivos mútuos, Stern e colegas (2001) descreveram estes processos como sendo constituídos de “momentos presentes” ou *now-moments*, caracterizados como momentos afetivamente aquecidos, um importante sinalizador de movimento no processo terapêutico. Havendo uma resposta pessoal, autêntica da dupla, torna-se um “momento de encontro” nos quais os participantes interagem de forma a criar uma nova compreensão implícita, intersubjetiva do relacionamento, permitindo uma nova maneira de estar com o outro. Esta vivência relacional torna-se representada como esquemas de modos de ser com outro, resultando numa mudança interna que leva a uma expansão de consciência nos dois, o que altera o domínio do conhecimento relacional implícito. Estes momentos são elementos chave para promover mudanças neste domínio, assim como a interpretação é considerada um elemento chave para mudança no conhecimento explícito. Ambos os conhecimentos são importantes, podendo um domínio levar ao outro, porém a mudança mais duradoura relaciona-se ao domínio implícito.

A importância da emocionalidade na sessão é expressa na conclusão do grupo de Stern (1998), que considerou necessária uma postura mais emocional do psicoterapeuta, fugindo um pouco de padrões habituais, como uma condição necessária para desencadear estes “momentos de encontro” na dupla.

Estas considerações confirmam que a mudança terapêutica baseia-se na experiência da emoção compartilhada e presentificada do relacionamento terapêutico, que permite criar ou recriar novos modelos relacionais no domínio implícito, possibilitando novas maneiras de estar com o outro.

Esta afirmação traz um importante apoio para os mecanismos de ação terapêutica da abordagem psicodramática. Ainda no início do século passado, Moreno propôs uma postura para o psicodramatista pautada pelo que denominou Filosofia do Momento (Moreno, 1993; Fleury, 2002), que prioriza, logo ao início de cada sessão, a criação de condições para maior compartilhamento e envolvimento com o momento terapêutico. A ação dramática concretiza dimensões de tempo, espaço, possibilidades e desenvolvimento, presentificando o relacionamento humano e suas correntes afetivas de aproximação, rejeição e indiferença, criando o instante de transformação. Terapeuta e paciente constroem conjuntamente uma matriz, que é a vivência compartilhada, em *locus* específico e em processo contínuo de desvelamento, o *status nascendi* da experiência. O “aqui e agora” moreniano contém, em *locus* específico e em tempo concreto, tanto as experiências do passado como os projetos do futuro, constituindo a categoria do momento no ato criador, promovendo o processo de criação e desenvolvimento de papéis, ou seja, de novos modelos relacionais.

Exemplificando: Mulher de 45 anos, casada, uma filha adolescente. Fragmento da queixa: Frente a conteúdos desconhecidos ou em situações complexa, fica paralisada, “assustada”. Na sessão terapêutica, quando algo desconhecido é dito, fica calada, quase sem se mover, aguardando fazer sentido (ou forçando achar um sentido). Raramente dramatiza. Nestes momentos, vivencia o desconhecido como um sinal de perigo e reage segundo um padrão precoce de aprendizagem relacional, caracterizado por uma ruptura com o ambiente e distanciamento.

Dados históricos fornecem elementos para uma possível confirmação de um modelo implícito de padrões comportamentais: devido a uma “sobrecarga” dos pais, foi retirada do seu contexto (matriz de identidade, na abordagem psicodramática) por volta dos três meses, e transferida para a casa de uma tia por algum tempo. A experiência de perda destes referenciais precoces de relacionamento pode ter sido vivida como uma grande violência. Posteriormente, durante toda a infância, presenciava o relacionamento tumultuado dos pais, com brigas conjugais de muita violência. Nestas brigas, que geralmente terminavam com o pai agredindo fisicamente a mãe, se escondia atrás da porta por longos períodos, talvez “dormindo” segundo seu relato. Saía apenas quando tudo já tinha voltado ao normal (SIC).

Na atualidade, frente a uma situação difícil, fica como “atrás da porta” emocionalmente, aguardando a turbulência passar para sair de um estado anestesiado. Este estado coloca-se em substituição à possibilidade de elaboração da experiência emocional. Gradualmente, vem desenvolvendo novos recursos para acompanhar o desencadeamento e vivência destes momentos.

Paralelamente a qualquer outro trabalho envolvendo o domínio explícito, o vínculo terapêutico vem criando uma nova matriz, em *locus* diferente, possibilitando novo *status nascendi* da experiência relacional, desenvolvendo um novo modelo em substituição deste registro precoce do domínio implícito.

### A categoria do momento na dramatização

Na abordagem psicodramática, uma experiência transformadora depende da espontaneidade, condição importante para o envolvimento do indivíduo em novas experiências. Para isto, seu principal recurso técnico é a ação dramática. O manejo dos recursos técnicos e verbais acentua a experiência emocional da dupla terapêutica. Isto significa não apenas uma catarse de afetos, o que por si só não produz mudanças, mas a possibilidade de ampliar a consciência do paciente relativa ao contexto de suas dificuldades, envolvendo não só a expressão de emoções, novas formas de expressá-las e lidar com o sofrimento psíquico, como também a possibilidade de desenvolver novos padrões relacionais.

No caso relatado, além evidentemente de outras ações terapêuticas próprias da abordagem psicodramática, a experiência relacional com a terapeuta, vem sendo expressa em contínuas “cenas dramáticas” que refletem o vínculo terapêutico, vivenciadas concretamente na ação dramatizada como também reconhecida segundo o princípio da dramatização, tem favorecido o desenvolvimento gradual de recursos para a elaboração de seu estado emocional, criando novos registros relacionais.

Os momentos presentes sucederam-se, culminando em alguns poucos momentos de encontro. Um dos principais foi a ocasião em que encontrou recursos internos para expressar sua raiva com algo sendo dito pela terapeuta. O impacto de poder perceber-se com raiva provocou uma transformação interna. Se, no início, palavras como raiva ou agressividade não eram suportadas e desencadeavam o “susto”, naquele momento a raiva vivenciada estava sendo identificada e integrada em sua experiência emocional.

Exemplificando o desenvolvimento de novo modelo relacional do domínio implícito, ela relata recursos pessoais para acolher importantes mudanças na vida profissional do marido, mesmo quando desfavoráveis, assim como recursos para analisar com a filha decisões que implicam em grandes mudanças (estudo no exterior), podendo expressar os seus receios, compartilhados pelo casal, e a necessidade de tempo para digerir. Hoje, torna-se possível entrar em contato com aspectos de sua subjetividade, sem a experiência interna de alarme e paralisia.

A valorização da categoria do momento demonstra a atualidade da prática psicodramática, garantindo um padrão de vinculação fundado em experiência emocional e presentificado continuamente através do princípio da dramatização.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2 ed.rev.aumentada. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.
- Fleury HJ. Filosofia do momento na prática psicodramática. Rev Bras Psicodrama 2002;10(1): 149-51.
- Fuchs T. Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. Curr Opin Psychiatry 2004;17:479-85.
- Moreno JL. Psicoterapia de Grupo e Psicodrama. 2 ed. rev. Campinas: Psy; 1993.
- Piper WE. Implications of psychotherapy research for psychotherapy training. Can J Psychiatry 2004;49(4):221-8
- Sprenkle DH, Blow AJ. Common factors and our sacred models. J Marital Fam Ther 2004;30(2):113-29.
- Stern DN, et al. Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the something more than interpretation. Int J Psychoanal 1998;79:903-21.
- Stern DN, et al. The role of implicit knowledge in therapeutic change: some implications of developmental observations for adult psychotherapy. Psychother Psychosom Med Psychol. 2001;51(3-4):147-52. [Abstract]

# **A MISSÃO FAMILIAR E AS POSSIBILIDADES INDIVIDUAIS**

## **THE FAMILY MISSION AND THE INDIVIDUAL POSSIBILITIES**

**Autora:**

*Vanessa Pimentel Vargas Araújo*

Pós-graduanda em Psicologia Humanista Existencial  
Universidade Estácio de Sá

**Endereço para correspondência:**

Praça José do Canto Mascarenhas, 47 – Bairro Lia Márcia

Bom Jesus do Itabapoana – RJ - CEP: 28360-000

Telefone: (22) 3831-7552; Celular: (22) 9814-5277; Fax: (22) 3831-2500.

**Endereço Eletrônico:** [vanessa.pva@bol.com.br](mailto:vanessa.pva@bol.com.br)

## **A MISSÃO FAMILIAR E AS POSSIBILIDADES INDIVIDUAIS**

### **RESUMO:**

O objetivo deste trabalho é analisar as implicações entre a missão que é legada ao novo membro de uma família e sua necessidade de individuação. O conceito de missão familiar está relacionado ao conceito de delegação. Refere-se àquilo que é transmitido ao novo membro de uma família desde antes do seu nascimento, para que ele cumpra expectativas não satisfeitas por sua família nuclear e extensiva. As possibilidades individuais discutidas aqui, dizem respeito ao que é possível a um indivíduo apesar das delegações que lhe são feitas, mesmo que estas não atendam à sua necessidade de individuação.

**Descritores:** Relações familiares, Delegação, Individuação.

## **THE FAMILY MISSION AND THE INDIVIDUAL POSSIBILITIES**

### **ABSTRACT:**

The purpose of this paper is to analyze the implications between the mission that is legated to the youngest member of a family and his necessity of singularity. The conception of family mission is connected with family delegation. It refers to the things that have been transmitted to the youngest member of a family since his birth, so that he fulfills the expectations which have not been met by his nuclear and extensive family. The individual possibilities discussed here concern the ones that a person can have, in spite of the delegations that have been assigned to him, even if these ones do not meet his need of singularity.

**Keywords:** Family relations, Delegation, Individuation.

## A MISSÃO FAMILIAR E AS POSSIBILIDADES INDIVIDUAIS

*“Você mesmo é a continuação daqueles que não viveram em seu tempo e outros serão (e são) sua imortalidade na terra”.*

*Jorge Luiz Borges*

A importância de um conhecimento amplo e diverso torna-se cada vez mais necessário na prática do psicólogo em todos os seus campos de trabalho.

Reconhecer que cada indivíduo é parte de um sistema familiar, que ele afeta e é afetado pelo comportamento de todos os membros, e que o adoecimento de um é a representação circunstancial de uma disfunção desse sistema torna-se essencial nessa prática.

A família é a célula mater da sociedade. É um subsistema de um supra-sistema, ou seja, a sociedade é composta por um conjunto de famílias organizadas das mais diversas formas possíveis. A sociedade saudável que buscamos passa necessariamente pela construção de famílias saudáveis, portanto, indivíduos saudáveis.

A missão familiar é um importante componente para essa visão mais abrangente, pois refere-se àquilo que é passado pela família nuclear e extensiva (pais, avós, tios...) ao novo membro desde antes do seu nascimento: as expectativas sobre o seu papel e seus comportamentos que satisfarão necessidades recíprocas nessa relação. Essa missão pode ser explícita ou não, grande ou pequena, e até mesmo impossível de ser realizada. São conteúdos emocionais e simbólicos inscritos na matriz familiar de cada um de forma inconsciente, que comandam sua vida.

Conceitos como delegação, legado, projeção familiar e função estão diretamente relacionados ao conceito de missão familiar. Com base em Groisman (1) podemos dizer que a diferença entre missão e função familiar é uma questão de analisar de onde vem a delegação. A missão tem a ver com a história geracional familiar. Inclui pelo menos três gerações no processo. Refere-se àquilo que nos foi transmitido: tabus, mitos, segredos, valores e a história compartilhada. A função está relacionada à família nuclear. São as histórias que estão sendo construídas no momento atual. Essa função pode aparecer na forma de um sintoma para representar uma disfunção familiar. Esse sintoma oculta um mistério familiar.

Stierlin afirma que a delegação não necessariamente é patológica em todos os casos. Ela se dá por um processo legítimo: “ao desejarmos delegar, nossa vida adquire direção e sentido [...]” (2). Como delegados de nossos pais temos a possibilidade de demonstrar nossa lealdade e cumprir encargos que tem um significado mais que pessoal.

Segundo Groisman (3), através da investigação sucinta das famílias de origem dos pais do paciente referido pode-se chegar a descobrir qual a sua missão e o que ele está representando como enviado e como mistura das famílias de origem. O genograma (a árvore genealógica da família) é o instrumento perfeito para que se tenha uma visão panorâmica da organização familiar; como são e como foram os relacionamentos; qual a intensidade das relações afetivas do paciente referido com cada membro da família; e o que passou de um membro ao outro com a finalidade de realizar uma determinada missão para o sistema.

Portanto: O que é possível diante da aparente sentença dessa missão? Somos parte dessa árvore genealógica da qual adquirimos certas características, mas somos também resultado de um processo de interação biopsicossocial. Delegações nos são passadas, mas elas não nos aprisionam. Sempre há escolhas quando se têm relacionamentos saudáveis. Tereza Erthal diz que “o indivíduo se faz na medida em que ele é feito pelas situações e pelos acontecimentos” (4).

A existência, sem dúvida, precede à essência. A essência de cada um é construída na sua existência. Nesse caso, filho de peixe não é peixinho. Um filho, mesmo passando grande parte de sua vida tendo como essência hereditária, a existência de seus pais, poderá sempre fazer suas próprias escolhas, construindo assim a sua essência. Mabel Collens (apud Andrade), em um de seus pensamentos existencialistas afirmou que “cada pessoa é seu ditador absoluto, seu provedor particular de vitórias ou catástrofes; o governante da própria vida, sua recompensa, sua punição” (5). Segundo Sartre, “somos nossa própria escolha”; “o homem é aquilo que ele faz de si mesmo” (6). São essas escolhas que irão definir a essência de cada um. A perspectiva sartreana acredita que todos temos uma “constituição passiva”, mas podemos optar pela “personalização”. O primeiro termo salienta que “o papel da família é tão tremendo, que as estruturas desta são internalizadas e a criança tende a fazer de si o que os outros fizeram dela...”. A personalização é uma forma de superar ou não tal passividade. É uma ultrapassagem ou uma conservação daquilo que o mundo faz do indivíduo. O que define são nossas escolhas. “Ninguém pode viver sem se fazer” (7).

Voltando à família... É possível afirmar que uma individuação sem um bom relacionamento familiar não existe, pois é na família que as pessoas encontram a força necessária para suportar crises, adversidades e se recuperarem para seguir vivendo. Sonia Mendes (8), com base em suas experiências profissionais, afirma que, quando as pessoas são questionadas sobre o que fariam diante da morte em seu resto de vida, a resposta se volta sempre em função da família: despedir, resolver conflitos e pendências emocionais, contar segredos,..., ou seja, todos buscam uma reconciliação familiar.

Viorst (9) observa que fazer opções não representa um desafio ou uma desobediência. Seremos escravos de nossos pais enquanto o nosso caminho tiver de ser o que o deles não é. Stierlin (10) acredita que todo processo de individuação requer esforços de comunicação e reconciliação, pois o que ocorre é uma “*individuação relacional*”, ou seja, um nível mais alto de individuação exige, e por sua vez possibilita, um nível correspondentemente mais alto de inter-relação. As relações caminham lado-a-lado com a individuação. Individualizar-se não equivale a separar-se ou mesmo diferenciar-se, mas sim a uma tomada de consciência do próprio “eu”, ou seja, é o reconhecimento de si mesmo como um ser humano único, singular, repleto de possibilidades e capaz de gerir suas próprias necessidades.

Uma missão poderá ter uma conotação positiva ou negativa dependendo exclusivamente da forma de organização de cada família. Quando uma missão é impossível e a pessoa insiste em tentar cumpri-la, seu destino será certamente patológico, pois ficará condicionado ao sistema tornando-se “escravo” das relações vigentes, de forma a adotar comportamentos repetitivos ou reativos, sem conhecer a si próprio. Mas, se a missão for passível de realização, e estiver de acordo com as necessidades daquele que a recebeu, ou ainda, se a pessoa reconhece o seu aprisionamento e busca alcançar seus próprios objetivos, tornar-se-á um indivíduo autêntico e livre, propiciando com isso não só o seu próprio crescimento, mas de todo o sistema no qual está inserido.

O caso clínico de Alan ilustra bem a possibilidade dessa liberdade, pois apesar de viver num contexto familiar sem estruturas e de relações conflituosas, ele possui uma boa visão-de-mundo mantendo-se saudável.

Alan é o primeiro filho de Rita. Tem hoje onze anos de idade. Quando tinha oito meses de vida, Rita se separou de seu marido e voltou a morar na casa de sua mãe com Alan, onde permaneceu por alguns anos até que se casou novamente. Rita tem hoje mais dois filhos e mora com estes e seu atual marido. Alan há cerca de dois anos, voltou a morar com sua avó (mãe de Rita) por causa dos estudos, onde também moram seu avô e dois tios.

Alan tem muito pouco convívio com seu pai, mas sabe que tem pelo menos mais dezesseis irmãos por parte dele. Sua avó materna tem no total sete filhos, sendo três do primeiro casamento, e os outros quatro do seu atual marido. Este, por sua vez chegou no casamento trazendo outros quatro filhos pequenos. Esse homem não é o avô biológico de Alan, mas é de quem ele herdou o nome.

Como é possível observar, a organização dessa família é bastante confusa e numerosa. Vejamos: Alan tem várias famílias: aquela da qual ele veio, formada por seu pai, sua mãe e ele (família nuclear); a família do seu pai da qual fazem parte também os seus irmãos paternos (família uniparental); a família que integra com sua mãe, seu padrasto e seus dois irmãos (família recasada); e a família onde mora atualmente, formada por seus avós e tios (família extensiva).

A vivência familiar de Alan é uma experiência transgeracional; ao transitar pelas três gerações, recebe delegações e funções diferentes por onde passa. A falta de estrutura da família não foi para Alan um fator alienante ou desestruturante, mas, pelo contrário, parece tê-lo ensinado a se adaptar às diversas situações, lidando com cada uma delas de maneira consciente e não deixando de manter boas relações com todos os membros dessa família.

Alan é um exemplo das possibilidades individuais discutidas nesse trabalho. Apesar de sua pouca idade, a forma como se relaciona com os conflitos familiares nos leva a acreditar que não terá problemas em alcançar sua individuação.

## REFERÊNCIAS

- (1) Groisman, M.; Lobo, M. V.; Cavour, R. M. Histórias Dramáticas: terapia breve para famílias e terapeutas. 2. ed. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 2003.
- (2) Stierlin, H.; Rucker-Embden, I.; Wetzel, N.; Wirsching, M. Terapia de familia. La primera entrevista. Barcelona: Gedisa, 1999.
- (3) Groisman, M. (Org.). Além do paraíso: perdas e transformações na família. Rio de Janeiro: Núcleo Pesquisas, 2003.
- (4) Erthal, T. C. S. Treinamento em Psicoterapia Vivencial. Petrópolis: Vozes, 1995.
- (5) Andrade, Edson. Apostila de Terapia Humanista Existencial. Mimeo. Campos dos Goytacazes, 2003.
- (6) Sartre, J. P. O existencialismo é um humanismo. In: Os Pensadores. 3. ed. São Paulo: Nova Cultura, 1987.
- (7) Erthal, T. C. S. Treinamento em Psicoterapia Vivencial. Petrópolis: Vozes, 1995.
- (8) Mendes, S. Aprender a morrer ou a morte anunciada. In: Groisman, M. Além do paraíso: perdas e transformações na família. Rio de Janeiro: Núcleo Pesquisas, 2003.
- (9) Viorst, J. Perdas Necessárias. 22. ed. São Paulo: Melhoramentos, 2002.
- (10) Stierlin, H.; Rucker-Embden, I.; Wetzel, N.; Wirsching, M. Terapia de familia. La primera entrevista. Barcelona: Gedisa, 1999.

# **A MORTE NA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL**

## **THE DEATH IN THE PERSPECTIVE EXISTENTIAL PHENOMENOLOGY**

**Autor:**

*Ingridi Dias Calmon De Alencar*

Trabalho apresentado na conclusão da graduação de psicologia, em 03 de dezembro de 2004,  
na Universidade Estácio de Sá.

**Endereço:**

Rua Aurélio Francisco Gomes n. 112 - Apt. 201  
Flamboyant – Campos dos Goitacazes - Rio de Janeiro  
Telefone: (22) 2735-1225

**Correio Eletrônico:** [carlos.a.rol@terra.com.br](mailto:carlos.a.rol@terra.com.br)

## **A MORTE NA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL**

### **RESUMO:**

Neste trabalho procuro fazer uma retrospectiva histórica do que levou as pessoas a terem uma dada visão da morte. Para isso, analisarei o conceito morte, a relação dos povos com a morte e as alterações que o conceito desta sofreu ao longo da história. Usarei o referencial fenomenológico existencial, utilizando dois grandes filósofos, Heidegger e Sartre, para tentar compreender o medo da morte levando em conta a angústia, sentimento que foi estudado por estes autores, de forma a compreendermos melhor a visão que se tem da morte.

**Palavras-Chaves:** Morte. Fenomenológica Existencial. Angústia.

## **THE DEATH IN THE PERSPECTIVE EXISTENTIAL PHENOMENOLOGY**

### **ABSTRACT:**

In this work we look for to make a historical retrospect of that it took the people to have one given vision of the death. For this, we analyze the concept death, the relation of the peoples with the death and the alterations that the concept of this suffered to long from the history. We will use the existential phenomenology referential, using two great philosophers, Heidegger and Sartre, to try to understand the fear of the death leading in account the anguish, feeling that was studied by these authors. Of form better to understand the vision that if has of the death.

**Keywords:** Death. Existentialism. Anguish.

## A MORTE NA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL

A morte, como encará-la? De que forma podemos trabalhar a questão da morte com nossos clientes, se não trabalharmos nossos próprios fantasmas e mitos arcaicos que carregamos, acerca desse tema tabu em nossa sociedade?

Essas questões me vieram à mente no decorrer da prática de atendimento, onde percebi em meus clientes um medo da morte e, também, um medo de morrer, como se a morte não fizesse parte da vida. Queria descobrir como essa questão está tão presente em nossa sociedade. Diante de meu fascínio, procurei por escritores existenciais que desenvolveram conceitos que facilitassem meu entendimento sobre a morte e me ajudassem a compreender melhor o sentido da vida e da morte através dos tempos. Por isso, decidi estudar sobre o que Heidegger e Sartre haviam escrito sobre este tema.

Sendo a morte um símbolo de múltiplas facetas, cujo significado específico depende da natureza e dos fatos no desenvolvimento individual e contexto cultural de nossa sociedade. É necessário entendermos a própria história da humanidade, para entendermos a morte.

O que é a morte e o morrer para cada um é sempre uma questão relativa, pois, geralmente pretendemos nos referir a fenômenos situados fora ou além de nossas mentes e esta é excessivamente complexa, pois os conceitos com o passar dos séculos mudam, em um determinado instante no passado o conceito morte foi visto diferente do que é agora. É um conceito ambíguo, pois ainda está em construção, sendo que ele é influenciado pelo contexto situacional quando, dependendo do contexto, nós podemos modificar ou estereotipar o conceito de morte.

Para entendermos o conceito de morte devemos compreender todo o conjunto de conceitos e atitudes do indivíduo e como isso pode influenciar sua vida. Segundo Kastenbaum e Ainsenberg (1), existem duas formas de concepção da morte: a “morte-do-outro” e “eu morrerei”. Quando a morte está relacionada a um ente querido e o indivíduo sofre devido a essa ausência, sentindo-se abandonado acreditando que essa separação não tem limites. E “eu morrerei” implica em autoconsciência, operações de pensamento lógico, concepções de probabilidade, necessidade, de tempo físico e pessoal, de finalidade e separação. Segundo os autores citados acima, ao conceituar a morte adotamos muitas vezes atitudes transitórias quanto relativamente duradouras que nos ajudam a definir nossa posição com respeito à morte.

A história da humanidade nos demonstrará a relação dos povos com a morte e a sua relevância para vida desses, do ponto de vista da civilização ocidental. O homem é o único animal que tem consciência de sua mortalidade e almeja uma imortalidade.

De acordo com Morin (2), é importante fazer uma análise sobre as crenças, os ritos e magias, que envolve o simbólico na questão da morte, pois segundo ele os ritos estão associados às representações de morte, perpassando por várias épocas. Rituais esses que envolvem elementos da natureza como a água, a terra e locais considerados especiais como cavernas e grutas.

Veremos que a idéia de morte foi sofrendo alterações no decorrer da história por conta dos processos sócio-históricos.

Segundo Kovács (3) e baseando-se nos livros de Philippe Áries (4), deve-se fazer uma breve explanação histórica para um melhor entendimento do estudo da morte através dos tempos.

## Da pré-história à história da antigüidade

### A Pré-História

O homo sapiens – o homem que sabe – ao perceber seu destino de mortal desenvolve ritos de sepultamento ao longo de milênios. Na hora do sepultamento colocavam os corpos em posição fetal, reproduzindo assim a posição dentro do útero materno prontos para o nascimento. Reverenciando os ciclos da vida/morte.

### A história da Antigüidade:

Os Sumérios e os Egípcios davam a morte uma atenção especial, mumificando os corpos, colocando-os em impressionantes sarcófagos. Fascinados pelos grandes mistérios os Egípcios criam as primeiras escolas de iniciação onde tinham a crença de que a morte não era o fim, mas uma passagem.

### Do começo do cristianismo ao renascimento

Com a disseminação do cristianismo, uma nova visão se espalha, impondo-se ao paganismo ao propor uma prática interior salvadora ao invés de sacrifícios exteriores.

Ao longo da Idade Média, a Igreja Católica reafirmou sua meta: a salvação eterna. Com isso, a morte passa a ser considerada uma boa morte quando esta é “anunciada”, concedendo tempo de preparação para o encontro com Deus. A passagem da morte é um ritual muito solene, sendo vivenciada pelo próprio agonizante na presença de toda a coletividade, em sua própria casa.

O renascimento rompe com a idéia de morte macabra e idealiza no homem uma busca de seu potencial e novas perspectivas, relegando o assunto para segundo plano.

### Dos estados modernos ao romantismo

Neste período a morte passa a ser desejada, pois é considerada como um repouso, uma libertação, representa o reencontro no além de todos os que se amavam. Existe, portanto, uma crença na vida futura. Agora a preocupação e o medo relacionam-se com as almas do outro mundo, que vêm molestar os vivos.

### Na contemporaneidade

Com o desenvolvimento tecnológico e científico o homem acabou se distanciando dos ciclos naturais e da percepção do próprio corpo. Levando a nossa sociedade a ter dificuldades em lidar com os limites e a morte passando assim, a ser considerada inimiga e um tabu em nossos dias, conseqüentemente vivenciada com muita angústia e temor.

De acordo com Kübler-Ross (5) “deveríamos criar o hábito de pensar na morte e no morrer, de vez em quando, antes que tenhamos de nos defrontar com eles na vida”. Porque nossa sociedade tenta ignorar a todo custo essa questão tão importante. A morte foi expropriada do ser humano. E, assim, dificultando o luto e as manifestações de dor nos familiares.

Diante de tudo que foi apresentado observa-se que a morte representa, para os povos e em todos os tempos alguma coisa em comum, fascinante e ao mesmo tempo ameaçadora, influenciando a qualidade de vida e o comportamento das pessoas.

### A morte na visão heideggeriana

De acordo com Rothschild e Calazans (6):

A fenomenologia é um método de investigação da história do conhecimento, que propõe a volta às coisas mesmas [...] O existencialismo é uma corrente da filosofia, que toma como principal centro de interesse e consideração e experiência mais imediata do homem, ou seja, sua própria existência.

Para Heidegger, na abordagem fenomenológica-existencial a morte humana é como um caminho para a descoberta do ser. A morte pertence à própria estrutura essencial do ser, pois a existência humana é um ser-para-morte (Sein-Zum-Tode). Caminhamos para a morte dia a dia, passo a passo, porque morremos a cada dia. Pois, é na morte que temos a

possibilidade derradeira da existência, como fim para o qual o sujeito se dirige, em que o homem se totaliza. A morte é o supremo projeto humano.

De acordo com Penha (7):

A morte não é o fim da existência humana, entendida a palavra como sinônimo de chegada, término de uma jornada. Quando chegamos ao final de um itinerário ainda existimos, permanecemos vivos, temos a consciência de haver concluído algo [...] A morte, entretanto, é um fim que pode ocorrer repentinamente, pondo termo assim à existência individual.

Segundo Heidegger, cada homem tem que morrer a sua própria morte. É a possibilidade mais peculiar insubstituível e insuperável, intransferível do nosso ser. Não podemos jamais experimentar a morte alheia. Nós devemos enfrentar essa possibilidade, sendo que ela nos traz um sentimento de angústia e impotência. O ser humano só será autêntico (aquilo que cada um pode ser em relação a si mesmo, independente do outro) na medida que enfrentar essa possibilidade da morte.

Heidegger faz uma diferenciação de medo e angústia. Para ele, sentimos medo diante de algo determinado, enquanto a angústia não tem objeto determinado. A angústia é, para ele, a angústia da morte. Sendo assim, a morte é o aniquilamento do eu, o seu extermínio e é por isso que o homem a teme e angustia-se, temeroso de enfrentá-la e evitando assumir a realidade que ela representa.

Para Heidegger o homem somente atingirá a plenitude de seu ser através da angústia (forma autêntica do temor, que é nossa vivência mais cotidiana), pois, apenas o homem se angustia, fazendo com isso, que ele viva a cada instante sua vida inteira, refletindo sobre a totalidade de seu ser, penetrando no mais íntimo de sua existência levando assim o indivíduo a ter uma existência autêntica. Para isso, ele deve interiorizar o pensamento da morte, não com medo, mas sim, com reflexão de que deve aproveitar o aqui e agora, sendo autêntico em suas escolhas.

Segundo Maranhão (8):

A única maneira de o homem se realizar autenticamente, assumindo a responsabilidade da própria vida, é enfrentar fria e corajosamente a sua finitude e contingência, isto é, a sua inevitável morte.

Por isso, devemos aproveitar todos os momentos de nossa vida. Porque uma reflexão sobre a morte, é uma reflexão sobre a vida. Não é possível analisar o sentido da vida sem se deparar com o problema do sentido da morte, pois, a morte é que confere significado à vida.

A morte na visão sartreana

Para Sartre, a morte revela o caráter absurdo da existência humana, já que interrompe radical e violentamente todo o projeto original (a escolha que o indivíduo faz de si mesmo), toda a liberdade pessoal, todo o significado da vida. Existe uma diferença no que Sartre e Heidegger definem como angústia. Para esse é angústia de morte, o aniquilamento do eu, seu extermínio. Para Sartre a angústia é da liberdade, é a angústia de optar, de fazer escolhas, forçando a pessoa a assumir a responsabilidade pela decisão que tem que tomar.

Segundo Penha (7): “Sartre declara que o homem é angústia.”

Sartre, como Heidegger, fez uma distinção entre angústia e medo, ele diz que o medo existe diante de algo que lhe é externo. O medo decorre de alguma coisa objetiva, determinada. Segundo este conceito, ambos concordam sobre a questão medo. Mas divergem sobre o que é a angústia, pois ela para Sartre, brota do nada, é a consciência do nada que angustia.

Para Sartre, a morte é a destruição de toda a possibilidade (a crença de que todos podemos ser livres), ela é um limite externo com o qual podemos nos deparar inesperadamente, quando estamos perseguindo nossos projetos pessoais. Sartre cultivava uma indiferença pela morte, encarada como a nadaificação, pois para ele é a condição do homem de

nadificar as coisas, de imaginar o nada, que é a prova de sua liberdade. Quando se é livre, para que se preocupar com a morte? Ela é apenas o fim de suas possibilidades, se é o fim de seus projetos. Porque a morte permite que o ponto de vista do outro prevaleça, pois, é ele que passa a decidir sobre mim. E isso, para Sartre era inadmissível.

Estamos para Sartre na condição de condenados que, ignorando o dia da execução, preparam-se corajosamente para o último suplício, tomando medidas para se ter uma vida digna ou não, porém, podendo ser pego a qualquer momento pela morte. A finitude do ser para Sartre, é uma barreira da liberdade, que ocasiona o fim das possibilidades para o indivíduo.

De acordo com o que demonstrei acima, há entre eles uma discordância de como encarar a morte, como se fosse vida ou como encerramento de nossos projetos. Ambas nos fazem questionar e refletir: qual a melhor forma de encarar a morte?

Para alguns ficará a certeza que advém de Heidegger que é a morte que dá sentido à vida, que essa finitude nos proporciona fazermos e vivermos da melhor maneira possível, para quando a morte chegar possamos estar tranquilos pois tivemos uma existência autêntica.

Para tantos outros a certeza virá de Sartre, onde a morte é a destruição de todas as nossas possibilidades, e simplesmente o fim. Por isso, devemos nos preocupar com a vida, com aqui e agora, não com a nossa morte.

Apesar dos filósofos discordarem no sentido da morte, o que fica dessa reflexão é que devemos encarar a questão da morte de frente, não com temor mas como reflexão e sobretudo, amar a vida e vivermos plenamente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) KASTENBAUM, R.; AINSENBURG, R. **Psicologia da morte**. São Paulo: Pioneira, 1983.
- (2) MORIN, Edgar. **O homem e a morte**. 2º. ed. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1970.
- (3) KOVÁCS, Maria Júlia. (coord.). **Morte e desenvolvimento humano**. 2º. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- (4) ARIÈS, Philippe. **A história da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.  
\_\_\_\_\_. **O homem diante da morte**. 2º. vols. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- (5) KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 1º. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
- (6) ROTHSCHILD, Daniela; CALAZANS, Rauflin A. “Morte: abordagem fenomenológica-existencial”. In: Kovacs, M.J. (coord.). **Morte e desenvolvimento humano**. 2º. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- (7) PENHA, João da. **O que é existencialismo**. 1º. ed. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- (8) MARANHÃO, José Luiz de Souza. **O que é a morte**. São Paulo: Brasiliense, 1998.

# **A FENOMENOLOGIA DASEINSANALÍTICA NA APROXIMAÇÃO DA CONDIÇÃO AUTÍSTICA - RELATO DE CASO**

**Autora:**

*Patricia Ribeiro Zukauskas*

Psicóloga Clínica, Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Este trabalho será apresentado no evento conjunto I Congresso Brasileiro de Psicoterapia e II Encontro Brasileiro de Psicoterapia no dia 11 de outubro de 2005, entre 08h30min e 10h., na mesa intitulada 'As diferentes escutas: teoria e clínica'. O trabalho foi escrito como relato de experiência clínica.

**Endereço:**

Avenida Engenheiro Heitor Antônio Eiras Garcia, nº 943, apto. 81, bloco 5, Butantã - São Paulo - SP - CEP 05588-001

Telefones: (11) 3733-4392 ou (11) 9144-0148

**Endereço Eletrônico:** [patriciazukauskas@msn.com](mailto:patriciazukauskas@msn.com)

## A FENOMENOLOGIA DASEINSANALÍTICA NA APROXIMAÇÃO DA CONDIÇÃO AUTÍSTICA - RELATO DE CASO

### RESUMO:

O presente trabalho aborda um processo de acompanhamento psicoterápico a partir da proposta fenomenológica da *Daseinsanalyse* em um caso clínico caracterizado por um quadro autístico, mais especificamente de Síndrome de Asperger. O relato irá tratar de um garoto de 18 anos diagnosticado com essa síndrome, que iniciou acompanhamento psicoterápico aos 13 anos e que, neste período, manteve-se dedicado à compreensão de si e de seu modo de existir, transpondo e se apropriando de sua restrição autística na constituição de sua identidade e de sua autonomia. Na busca pela compreensão do paciente e pela aproximação de seu modo de ser, ocultado em sua condição patológica, a autora se propõe a discutir o método da *Daseinsanalyse* proposto por Medard Boss, que foi seguido no atendimento, bem como as possibilidades, os limites e as expectativas presentes no atendimento do caso abordado.

**Descritores:** *Daseinsanalyse, método fenomenológico, psicoterapia, síndrome de Asperger, espectro autístico*

### ABSTRACT:

This paper is about an analysis process in a *Daseinsanalyse* perspective. The case is about an 18 years old boy who had initiated his analysis at 13 years old. He is considered in the autistic continuum, specifically, Asperger syndrome. In the last five years since he initiate his analysis he has been dedicated at becoming closer to himself and to his autistic condition. His appropriation of himself allowed him to constitute his identity and autonomy. The author presents the *Daseinsanalyse* phenomenological method proposed by Medard Boss in the approach of his way of being that was hidden in his restricted condition in the world.

**Keywords:** *Daseinsanalyse, phenomenological method, analysis, Asperger syndrome, autistic continuum*

## **DASEINSANALYSE**

A *Daseinsanalyse* aparece como proposta terapêutica a partir do diálogo entre o filósofo alemão Martin Heidegger e o psiquiatra suíço Medard Boss a partir de 1947. Boss encontra no pensamento heideggeriano e, principalmente, em sua proposta de indagação fenomenológica do sentido do que é manifesto, a possibilidade de se aproximar do existir de cada paciente com uma escuta que não lhe ocorria quando se reportava a sua formação original em psicologia e psicopatologia.

Heidegger caminha basicamente na direção da questão do sentido do ser dos entes. No seu modo de compreender, o sentido do ser (e o próprio ser) se perde a partir do pensamento metafísico, que ao buscar a verdade fecha-se para os possíveis modos de manifestação do ser do ente. Heidegger pretende alcançar o fenômeno ôntico, ou seja, o ser do ente percebido e conhecido de imediato e sensorialmente, e seu sentido ontológico, ou seja, a extensão mais ampla na qual pode se mostrar. Para isso, considera que o caminho para essa investigação do sentido do ser seja o Método Fenomenológico, tendo sua fonte em Edmund Husserl.

A fenomenologia proposta por Heidegger visa a aproximar-se do sentido do ser do ente a partir dele próprio, no que se mostra. Conforme Heidegger mesmo explicita, *‘o que os fenômenos, isto é, aquilo que se mostra, exigem de nós é apenas que os vejamos e os tomemos assim como se mostram. “Apenas isto”’*(1). Continua, *‘na fenomenologia, não se tiram conclusões nem são permitidas intervenções dialéticas. Só se deve manter o olhar que pensa aberto para o fenômeno’* (2).

Nesse sentido a *Daseinsanalyse* privilegia fundamentalmente cada caso sem pressupor-se de uma perspectiva teórica ao aproximar-se do paciente e compreendê-lo. Difere-se, portanto, de uma abordagem psicológica que se sustenta em um repertório teórico-conceitual.

Quanto a essa questão, Spanoudis (3) propõe que *‘a Daseinsanalyse também não é uma nova teoria, se entendermos TEORIA como um conjunto de hipóteses e suposições para confirmar modelos pré-estabelecidos e baseada numa explicação causal e determinista. (...) Por outro lado, se considerarmos o conceito original do grego antigo onde THEORIA quer dizer “plenitude de desvelamento”, podemos então dizer que a Daseinsanalyse é uma teoria’*.

O daseinsanalista parte do próprio paciente, de seu modo de se apresentar, de seu existir e de sua história para reconhecê-lo em sua rede de significações. Ao relatar sua experiência e aprendizado com Heidegger, Boss comenta, *‘o mais essencial, no entanto, que aprendi de meu mestre Martin Heidegger, foi reconhecer a necessidade de encarar com simplicidade todas as coisas a nós manifestas, como sendo os dados e fenômenos que são, e contemplá-los de espírito recolhido’* (4).

O pensamento heideggeriano parte, então, da fenomenologia como o modo de compreender e chegar ao que considera a *‘estrutura ontológica fundamental do existir humano’*. Boss encontra em Ser e Tempo (5) a analítica de *‘Dasein’*, ou *‘ser-no-mundo’*, ou seja, essa estrutura ontológica fundamental da existência que embasa a *Daseinsanalyse*.

Heidegger considera o homem em seu cotidiano em interação com o mundo, sempre em coexistência. Constituído em essência por *Dasein*, termo alemão que significa “existência”, o *ser-aí*. Assim, em seu entender a existência é a própria essência de *Dasein*. O ser-no-mundo, *Dasein*, é a abertura para o emaranhado de significação que a ele se apresenta.

Desse modo, como característica crucial *Dasein* coexiste. Vive com outros. Está sempre em relação e lançado nesse emaranhado de significações que é mundo. Nesse sentido, ser-no-mundo é compartilhar com os outros, na condição de *‘ser-com’*, que faz parte de seu modo-de-ser. Portanto, o convívio aparece na proposta heideggeriana como fundamental, possibilitando o tornar-se autêntico, o compartilhar, o aproximar-se de seu existir, de sua existência e principalmente de sua própria história.

Na proposta daseinsanalítica a existência humana é considerada essa abertura. *Dasein* é aberto para o que lhe aparece, segundo Boss, ‘o tipo de abertura em que consiste o homem é de natureza muito especial. A existência humana é o aberto, livre, iluminado de um poder-entender a presença do que se lhe depara e de um ser-acessível por sua importância e por suas relações significativas. É na forma de tal abertura e possibilidade de ser-acessível a partir do poder-entender que ex-sistimos (ek-sistere) em sentido literal’. (6).

Essa abertura que é *Dasein* é na qual o ‘ser’ dos entes se manifesta e se desvela. A atitude fenomenológica, o *olhar que pensa aberto*, explicitado por Heidegger é próprio de *Dasein*.

Na abertura estamos afinados de uma forma ou de outra. Por afinação podemos entender nossos estados de humor, nossa disposição de estar em interação de determinado modo e acessar as significações que nos apresentam em nossa atitude fenomenológica.

A psicopatologia, a partir da *Daseinsanalyse*, é entendida como um modo restritivo da abertura de *Dasein*. O conceito de doença indica o modo privativo de ser-no-mundo, em que o ser-doente é compreendido como um modo restritivo do ser-sadio.

Para a *Daseinsanalyse*, o homem é considerado ser-no-mundo o que implica considerá-lo em seu emaranhado de relações e como as vivencia, como está afinado e como se expressa em relação a elas. A escuta daseinsanalítica, em sua atitude fenomenológica, se volta para o sentido da existir de cada paciente, o acompanhando no modo em que se apresenta e o aproximando de seu próprio existir.

### ***A SÍNDROME DE ASPERGER***

O caso que será relatado e discutido na perspectiva de acompanhamento daseinsanalítico apresenta diagnóstico médico psiquiátrico de Síndrome de Asperger. Essa síndrome é considerada um transtorno do desenvolvimento infantil pelos critérios diagnósticos utilizados na área médica (7, 8). Faz-se necessário, portanto, descrever sua caracterização histórica e clínica.

A síndrome de Asperger foi descrita pela primeira vez em 1943, em Viena, pelo psiquiatra suíço Hans Asperger (9). Em seus relatos ele evidenciou casos de crianças que apresentavam características como alteração no contato interpessoal, variação intelectual, interesse por objetos ou assuntos bem específicos e perseveração na fala e nos gestos. Asperger se referia à diversidade de manifestação e aos diferentes graus de prejuízos que poderiam ser apresentados. Na mesma época, nos Estados Unidos da América e sem o conhecimento do trabalho de Asperger, Leo Kanner (10) também descrevia casos de crianças que apresentavam, em diferentes níveis de comprometimento, grave isolamento, falta de contato afetivo, ausência de intenção de comunicação, alterações de linguagem como mutismo, ecolalia e compreensão literal da fala e excepcional capacidade de memorização.

Lorna Wing (11), em um trabalho minucioso, confronta as descrições desses dois autores e faz um levantamento das características comuns encontradas, entre as quais estão: maior incidência em indivíduos do sexo masculino; isolamento social e falta de interesse pelo outro; linguagem não pragmática; uso de pronome em terceira pessoa; entonação de voz peculiar (pedante, monótona ou cantada); dificuldades na leitura; prejuízo de comunicação não-verbal; evitação do contato visual (olho no olho); gestual peculiar; modo de andar desajeitado; dificuldades para efetuar jogo simbólico; padrões repetitivos de atividades; hipersensibilidade a barulho; interesse por alimentos de sabor forte; fascinação por objetos giratórios; problemas de inquietação; agressividade; negativismo com pessoas e objetos; habilidades especiais para números e boa memória.

Essas várias características comuns entre as duas descrições, de acordo com Wing (12), constituem uma tríade de déficits simultâneos nos âmbitos ‘social, comunicacional e simbólico, com conseqüentes comportamentos repetitivos e estereotipados’. Portanto,

constituem um *continuum* que reúne a condição autística em todos os seus níveis de manifestação, o que passa a chamar de *espectro autístico*.

### ***DISCUSSÃO DE CASO***

Márcio, aos treze anos, freqüentava o quinto ano do ensino fundamental e um Programa Pedagógico especializado no atendimento de crianças autistas. Na época os profissionais desse Programa foram surpreendidos por Márcio apresentar “crises de choro” em situações nas quais era solicitado a efetuar as atividades num período de tempo fixado. Márcio tinha metas a cumprir de acordo com o dia. Embora essa equipe considerasse que ‘autistas’ costumam ser resistentes, neste caso algo parecia sair do controle e optaram por chamar um profissional da área da psicologia, que estudasse ‘autismo infantil’ e se dispusesse a atendê-lo e, desse modo, a equipe solicitou o trabalho da psicóloga.

Os pais de Márcio não haviam participado dessa decisão inicial e a partir do primeiro contato com a equipe a psicóloga solicitou que a família fosse consultada e convidada para uma entrevista.

Nos primeiros contatos com Márcio e seus pais eles reconheceram que realmente Márcio tinha momentos de choro, mas também não entendiam o motivo. A proposta de atendimento foi aceita, porém no sentido de ser mais uma das atividades oferecidas pelo Programa: não parecia haver um interesse genuíno, no princípio. Márcio, por sua vez, concordou em encontrar a psicóloga individualmente para conversar. Desse modo, foram propostas sessões iniciais e posteriormente um novo contato com os pais para conversarem novamente sobre essa indicação.

Logo nesse primeiro contato com Márcio, a psicóloga constatou a presença de vários maneirismos autísticos: movimentos de balanceio, entonação estereotipada, uso de chavões, gestos perseverativos, andar desajeitado, aparente falta de interesse pelas pessoas, interação extremamente formal e aparentemente superficial.

Os pais pareciam confusos em relação ao filho. A mãe questionava se ele seria mesmo um autista, pois ela havido ouvido falar sobre a síndrome de Asperger e também anos antes um médico teria proposto um diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Além disso, os pais consideravam que ele estaria se tornando um adolescente e que deveriam esperar por reações de revolta e interesse por garotas.

Essa questão quanto à adolescência também incomodava a equipe que se sentia na obrigação de conversar sobre sexualidade com Márcio.

No primeiro atendimento apenas com a presença de Márcio o motivo da consulta foi retomado e foi esclarecido que nesses encontros ele teria a possibilidade de usar qualquer brinquedo da sala e conversar sobre o que quisesse. Naquele primeiro dia, porém, a psicóloga gostaria de conhecê-lo e faria algumas perguntas. Ele teria liberdade para responder ou não. Márcio correspondeu à primeira tentativa de conversa da psicóloga prontamente, contudo, brevemente. Tudo estava bem e nada foi detalhado em relação à escola, à família ou ao Programa.

Nos atendimentos seguintes ele cumprimentava a psicóloga, dirigia-se para algum objeto na sala e posicionava-se de costas. Em uma das sessões, a psicóloga o convidou para um jogo e ele aceitou. Jogaram uma partida, mas, ele não demonstrou interesse: pareceu ter apenas cumprido um protocolo social. Acabada a partida retomou o que estava fazendo antes e manteve-se de costas. Ele sempre optava por algo que não precisasse de outra pessoa para brincar. Esse modo como Márcio se apresentava despertava na psicóloga a sensação de que levaria um longo tempo para que ele se aproximasse. Pouco ainda se sabia sobre como seria sua relação com os pais e a escola.

No entanto, não levou mais do que dois meses de atendimento para Márcio parecer mais à vontade. Ele trocou mais olhares, sentou-se de lado e não mais de costas. Então, após a

psicóloga ter perguntado como havia sido a semana e ele responder que havia sido ‘tudo bem’, ela tornou a perguntar sobre seus pais: ‘*quais são as preocupações que sua mãe tem em relação a você, Márcio?*’. Márcio respondeu: ‘*Ah! Ela é muito preocupada!*’ Então, desatou a falar que ele que achava a mãe ‘*uma chata*’, pois não queria deixá-lo ir a uma excursão da escola, achando que ele não voltaria. Enquanto falava, Márcio não tinha mais aquele formalismo que sempre apresentava, estava muito emocionado, enfurecido.

A partir desse atendimento, Márcio reservava momentos da sessão revelando o que o afligia. A psicóloga apenas pedia para que ele contasse como as coisas estavam em casa, na escola ou com a equipe do Programa. Geralmente, havia intervalos de duas ou três sessões até contar algo novo. Passou a relatar sobre os colegas da escola que riam de alguns alunos. Contou que gostava de uma garota, mas antes se certificou se a psicóloga realmente não revelaria para ninguém, principalmente para a equipe do Programa, pois achava que se soubessem ficariam falando a novidade em voz alta. Falou sobre estar sem vontade de conversar com os estagiários que queriam conhecê-lo por ele ser um dos melhores alunos daquele Programa. Estava cansado de ter que seguir as regras e cumprir as metas das atividades que a equipe definia para ele. Também voltou a se queixar da mãe por tratá-lo como um menininho.

A angústia de Márcio ocultada em seu choro começava a se apresentar com as possibilidades de expressão que tinha. Pôde revelar como se sentia desprezado pelos colegas de escola e diferente de todos os jovens de sua idade (o que também foi descrito pela psicóloga escolar muito tempo depois). Ele idolatrava os garotos que se destacavam por serem mais espertos ou por atraírem as meninas. As muitas solicitações oriundas de qualquer convívio escolar eram sentidas por Márcio como se não estivessem ao seu alcance, além de sentir-se totalmente deslocado.

Márcio evitou por um longo tempo mencionar seu diagnóstico de autismo, mas não deixou de explicitar o quanto se incomodava por ser um destaque institucional sendo valorizado em suas características autísticas de “alto-funcionamento”. Por algumas vezes nomeou-se uma *aberração*. Márcio queria ser comum. Já não fazia sentido todo aquele aparato pedagógico ao qual era submetido para se desenvolver.

Ao longo dos primeiros dois anos e meio as sessões passaram a ser mais intensas. Márcio chegava, deitava nas almofadas do chão, como se estivesse em um divã e ao ser perguntado como ele estava, abria-se um mundo de sensações e emoções emaranhadas. Márcio se emocionava cada vez mais, chorava, ria, reclamava e principalmente compartilhava sem a necessidade de encobrir-se nas tais características autísticas. Em um determinado dia, a psicóloga percebeu como Márcio estava espontâneo e autêntico no modo em que se expressava. Ela já não estava mais diante de um autista. No entanto, sempre nas sessões seguintes a uma sessão na qual ele havia se emocionado intensamente, mantinha-se em silêncio, distante e com pouco contato visual. Para então, em uma nova sessão, mostrar-se ‘aberto’ a compartilhar.

Parecia em um movimento no qual tentava desvencilhar-se das características autísticas e reconhecer o que faria parte de seu modo próprio de ser. Porém, o sentido era de que se não fosse um autista nada mais seria. Márcio sabia, por exemplo, que de acordo com os critérios diagnósticos atuais ele era considerado portador da Síndrome de Asperger e que em artigos científicos um dos temas estudados se referia às habilidades específicas que caracterizariam essa síndrome. Assim, Márcio ao mesmo tempo em que tentava identificar em si as tais habilidades específicas, como estudar outro idioma e ter aprendido algumas funções de um instrumento musical eletrônico de teclas, manifestava querer se sentir uma pessoa comum. Em determinada sessão a psicóloga questionou se seria realmente possível considerar a participação em um curso de espanhol, por exemplo, ou qualquer outro curso comum a todas as pessoas, como sendo uma habilidade específica característica da Síndrome de

Asperger. Márcio ficou furioso. No entanto, semanas depois ele retomou o assunto dizendo que havia pensado melhor e que ele se considerava comum por fazer cursos como todos e por vontade própria, e não por ter, ou não, habilidades específicas.

Márcio estava mais atento sobre ser reconhecido apenas como autista pela maior parte das pessoas com as quais convivia. Ao mesmo tempo percebia que era capaz de vivenciar e compartilhar emoções que as pessoas consideravam não ser possível para autistas. Por diversas vezes nas sessões Márcio orgulhava-se de se emocionar e repetia para si mesmo: *eu consigo sentir como todo mundo!*

No contexto do atendimento sentia-se livre, uma pessoa ‘normal’, e iniciou uma proposta pessoal de conquistar relações parecidas fora da sessão. Márcio esforçava-se para mostrar aos pais que ele tinha vontade e opinião próprias, e passou a surpreender, apenas aos que podiam olhar para ele, Márcio, e não para o seu diagnóstico. Ao lançar-se, mesmo que cautelosamente, em novas situações percebia que algumas pessoas festejavam demais por uma atitude que lhe era banal, como ir até a esquina comprar algo. Porém percebia que aproximar-se de um colega de escola para entregar um convite de sua festa de aniversário era insuportável. Nessa ocasião Márcio descreveu que ele não sabia como abordar uma pessoa para oferecer algo seu. Sentia-se assustado, com muito medo, simplesmente não conseguia prever o que poderia acontecer.

Nas conversas com a psicóloga, até então, ele relatava de modo muito raivoso cada momento em que considerava ter sido reconhecido como um autista e valorizado por isso. Contudo começou a deparar-se com as restrições que pareciam não mais colocadas pelos outros que ele acusava, mas por ele mesmo. Márcio vinha mais compenetrado, pensativo, aproximado de seus limites e muito triste.

O encerramento do ensino fundamental veio acompanhado da proposta de seu desligamento do Programa, da mudança de escola e do ganho de autonomia para voltar de ônibus sozinho da escola. Nesses meses de transição e incerteza Márcio sentia-se extremamente tenso e experimentando um turbilhão de emoções que não conseguia nomear. Ele sentia pelo desligamento da escola que havia estudado desde a primeira série, passou a falar mais sobre alguns professores que ele considerava importantes, afirmava que iria sentir saudades e iria ter vontade de visitá-los. Essa mudança abria a possibilidade de estar em um novo ambiente escolar, com pessoas novas e que, principalmente, não saberiam de sua história como um garoto autista. Márcio passou a falar em passado, dizendo que tudo ficaria para trás. Imaginava que teria controle sobre tudo o que viriam a saber a respeito dele. Queria se aproximar aos poucos das pessoas. Afirmava que não era mais um autista e, desde então, Márcio nunca mais se definiu dessa forma. Obviamente, a equipe escolar do novo colégio soube de toda sua trajetória até aquele momento, mas Márcio cuidou para que seus pais fossem discretos e ele próprio conversou com a coordenadora para que fosse discreta em relação aos alunos e solicitasse o mesmo aos professores.

Conforme os meses iniciais seguiam Márcio chegava cansado às sessões e até cochilava por alguns momentos. Às vezes, mostrava-se pensativo, entristecido, porém amadurecido. Negava que houvesse algum tipo de conflito na escola, sentia-se tranquilo quanto ao ônibus e já havia inclusive tido que tomar decisões como pegar um outro ou andar um trecho a pé para chegar ao seu destino. Estava mais seguro. Em determinado atendimento Márcio disse havia percebido que ele não suportava a intimidade com as pessoas, por isso não conseguia ter amigos, apenas colegas. Considerava que estar sozinho era muito bom e confortável e queria ficar feliz com isso. Ainda sentia comentários ou piadinhas de colegas, mas chegou a revidar verbalmente algumas vezes, impondo-se e sentindo que passara a ser mais respeitado.

Atualmente, essa tem sido a grande meta de Márcio: aceitar seu modo de estar no mundo.

O ‘choro freqüente’ que despertou para a possibilidade do acompanhamento psicológico não foi mais necessário logo após o início das primeiras sessões. Márcio também manteve o acompanhamento por sua própria vontade. Ele sempre diz que a sessão é o momento de conversar sobre o que não pode conversar com as outras pessoas e sente que cresceu muito, no sentido do amadurecimento, desde que iniciou os encontros semanais com a psicóloga.

Neste relato, procurou-se explicitar de modo breve um trabalho que caminha há cinco anos aproximando Márcio de seu modo de ser, ocultado em sua condição autística e nas relações que estavam estabelecidas.

No decorrer dos atendimentos, a psicóloga manteve uma postura muito atenta ao movimento do paciente, na qual se aproximava conforme ele se abria e o reconhecia conforme ele permitia. As impressões autísticas, apesar de terem sido marcantes no primeiro contato, se dissiparam e até podiam desaparecer no compartilhar de cada encontro. Márcio não era um caso clínico que se apresentava, era uma pessoa que estava lá, naquele instante, e que se mostrava assustada diante da possibilidade de estar acompanhada. O interesse maior da psicóloga era reconhecer o que se passava com aquela pessoa.

Márcio chegou à terapia envolvido em relações familiares e institucionais nas quais as pessoas não se permitiam vê-lo, senão a partir de um aglomerado de características autísticas. Todos eram extremamente preocupados em prepará-lo para o mundo e minimizar seu sofrimento, porém fechados a qualquer possibilidade de autenticidade em Márcio. Quando não estavam ocupados em ajudá-lo a desenvolver suas ‘habilidades específicas’, estavam antecipando questões, como a sexualidade, que só veio a aparecer posteriormente. Márcio não encontrava abertura para aparecer e poder compartilhar. Márcio encontrou uma ‘brecha’, na medida em que mesmo mantendo uma relação autística com o mundo, pôde aproximar-se e nomear o significado do que vivenciava. A identificação de suas vivências e o sentido das mudanças que aconteciam em sua vida possibilitaram que reconhecesse em si mesmo um existir potencial. Ao abrir-se para o mundo, no compartilhar, pôde desvelar o significado do que lhe aparecia: seus sentimentos, suas emoções, suas atitudes, as pessoas, enfim todo o seu entorno.

A *Daseinsanalyse* propicia a compreensão desse processo uma vez que entende o existir humano, seja qual for seu modo de ser, sempre em relação e lançado em um emaranhado de significações que é mundo. Ser-no-mundo é compartilhar com os outros e esse convívio possibilita ao homem a aproximação de seu existir e de sua própria história, que deve ser entendida aqui como a identidade.

Márcio pôde libertar-se de um modo que aprendeu a ser: o modo autista comum à ‘comunidade dos autistas’, para então apropriar-se de sua condição autística própria e vivenciar a possibilidade de compartilhar e ser compreendido.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Heidegger, M. *Seminários de Zollikon*. Medard Boss. Trad. de Gabriela Arnhold e Maria de Fátima de Almeida Prado. São Paulo, EDUC. Rio de Janeiro, Vozes, p 89, 2001.
- 2) \_\_\_\_\_ *Seminários de Zollikon*. Medard Boss. Trad. de Gabriela Arnhold e Maria de Fátima de Almeida Prado. São Paulo, EDUC. Rio de Janeiro, Vozes, p 91, 2001.
- 3) Spanoudis, S. A tarefa do aconselhamento e orientação a partir da Daseinsanalyse. *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, nº 4, Associação Brasileira de Daseinsanalyse, São Paulo, p. 56, 1978.
- 4) Boss, M. Introdução à Daseinsanalyse *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, nº 8, Associação Brasileira de Daseinsanalyse, São Paulo, p. 7, 1997.
- 5) Heidegger, M. Ser e Tempo - Parte I. Trad. de Márcia de Sá Cavalcante. 5 ed. Petrópolis, Vozes, 1995 (1927).
- 6) Boss, M. Introdução à Daseinsanalyse *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, nº 3, Associação Brasileira de Daseinsanalyse, São Paulo, p.11, 1977.
- 7) American Psychiatric Association - *APA Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)*. Trad. de Cláudia Dornelles. 4. ed. revisada. Porto Alegre, Artmed, p. 98-110, 2002.
- 8) OMS — Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da classificação internacional de doenças - 10*. Trad. de D. Caetano. Porto Alegre, Artes Médicas, p. 252, 1993.
- 9) Asperger, H. Autistic psychopathy in childhood. In Frith, U. *Autism and Asperger syndrome*. 12. ed. London, Cambridge University Press, p. 37-92, 1999.
- 10) Kanner, L. *Child psychiatry*. 2. ed. Illinois, Springfield, p. 716-20, 1948.
- 11) Wing, L. Asperger's syndrome and Kanner's autism. In Frith, U. *Autism and Asperger syndrome*. 12. ed. London, Cambridge University Press, p. 93-121, 1999.
- 12) \_\_\_\_\_ *Language, social and cognitive impairments in autism and mental retardation. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, n. 11, p. 31-44, 1981.

# Índice de Títulos

## A

Abordagem Grupal de Orientação Psicodinâmica Pós-Consulta Clínica em Ambulatório Psiquiátrico. ....	110
---	-----

## E

Emoção no Processo de Mudança em Psicoterapia .....	117
Escuta Psicanalítica para adoção: Análise de um caso Clínico. ....	95
Experiência Emocional, Vínculo e Psicoterapia .....	19

## F

Família, Violência e Inclusão: Por uma Clínica Social .....	64
Fenomenologia Daseinsanalítica na Aproximação da Condição Autística - Relato de Caso, A . .	136
Formação em Psicoterapia .....	35

## I

Importância do Ouvir Ativo na Relação Terapêutica, A .....	102
Intervenção Institucional .....	84

## L

Linguagem Verbal e não Verbal na Terapia de Crianças .....	52
--	----

## M

Metáforas na Fala do Paciente: Analogia Cognitiva ou Equivocidade Sonora? .....	78
Missão Familiar e as Possibilidades Individuais, A .....	123
Morte na Perspectiva Fenomenológica Existencial, A .....	129

## P

Psicoterapia breve Infantil: Avaliação Diagnóstica e Planejamento Terapêutico a partir do Referencial do Desenvolvimento .....	58
Psicoterapia de Grupo: O que é o Grupo Infantil – E o que Promove .....	27
Psicoterapia e Neuropsicologia .....	70

## S

Sobre Neurose de Transferência em Grupanálise .....	40
---	----

## V

Vínculo na Teoria do Amadurecimento de Winnicott, O .....	90
Visão da Neuro-Psicanalise, Uma .....	46

# Índice de Autores

## A

Alencar, I. D. C. ....	129
Araújo, V. P. V. ....	123

## B

Baptista, M. L. A. ....	35
-------------------------	----

## C

Campos, D. T. F. ....	78
-----------------------	----

## F

Fernandes, B. S. ....	27
Fernandes, W. J. ....	19

## G

Gallo, C. P. ....	110
Gribel, R. ....	84

## H

Heloisa J. Fleury ....	117
------------------------	-----

## K

Kehdy, R. ....	90
----------------	----

## M

Maia, E. C. D. ....	40
Martins, E. S. T. ....	110

## N

Nassif, M. C. ....	70
Neves, A. S. ....	64

## O

Oliveira, I. T. ....	58
----------------------	----

## R

Rodrigues, A. G. ....	102
-----------------------	-----

## S

Sampaio, S. M. D. ....	110
Silva, A. A. ....	102
Silva, M. S. A. N. ....	95
Soussumi, Y. ....	46

## T

Tardivo, L. S. L. P. C. ....	58
Turkiewicz, G. ....	110

## Z

Zlochevsky, G. ....	52
Zukauskas, P. R. ....	136