

# PSICOLOGIA CLÍNICA

## Família, criança e clínica ampliada

27.2



# PSICOLOGIA CLÍNICA

Família, criança e clínica ampliada

27.2

2015

## PSICOLOGIA CLÍNICA — 27.2, 2015

PUBLICAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

### EDITORES RESPONSÁVEIS:

*Andrea Seixas Magalhães*

*Esther Avantes*

*Bernardo Jablonski (in memoriam)*

### EDITORES ASSOCIADOS:

*Helenice Charchat Fichman*

*Luciana Fontes Pessoa*

*Monah Winograd*

### COMISSÃO EXECUTIVA:

*J. Landeira-Fernandez*

*Andrea Seixas Magalhães*

### ASSISTENTES DE EDIÇÃO:

*Natália de Almeida Carneiro*

### CONSELHO EDITORIAL:

*Adriana Wagner*, PUC-RS, Porto Alegre, RS, Brasil

*Ana Maria Rudge*, UVA, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

*Cleonice Alves Bosa*, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil

*Ilana Strozenberg*, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

*Jefferson Machado Pinto*, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil

*Jurandir Freire Costa*, UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

*Luiz Augusto M. Celes*, UnB, Brasília, Distrito Federal, Brasil

*Luiz Eduardo Prado de Oliveira*, Université de

Bretagne Occidentale, Brest, Bretagne, França

*Maria Consuelo Passos*, UNICAP, Recife, PE, Brasil

*Maria da Graça Bompastor Borges Dias*, UFPE, Recife, PE, Brasil

*Marta Gerez Ambertin*, Universidade Nacional de Tucumán,

San Miguel de Tucumá, Tucuman, Argentina

*Nelson da Silva Junior*, USP, São Paulo, SP, Brasil

*Pierre Berghozi*, Université de Paris 8 – Vincennes

St Denis, Paris, Ile-de-France, França

*Renato Mezan*, PUC-SP, São Paulo, SP, Brasil

*Roland Gori*, Université Provence-Aix-Marseille

1, Marseille, Provence, França

*Silvia Helena Koller*, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil

*Teresa Cristina Carreiro*, UFF, Niterói, RJ, Brasil

### SECRETÁRIAS:

*Marcelina Oliveira de Andrade*

*Vera Lúcia L. da Silva*

REVISÃO: *Sandra Regina Felgueiras*

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA: *Abreu's System*

## Apoio:



SECRETARIA DE  
CIÊNCIA E TECNOLOGIA



Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da PUC-RIO

PSICOLOGIA CLÍNICA. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.  
Centro de Teologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. v. 27.2, 2015

CDD.157.9

ISSN: 0103-5665 (impresso)

ISSN: 1980-5438 (online)

### MISSÃO DO PERIÓDICO

Divulgar trabalhos originais na área da Psicologia Clínica, contribuindo para a qualidade da pesquisa, da produção de conhecimento e para a consolidação desse campo no Brasil.

### LINHA EDITORIAL

A revista *Psicologia Clínica* é uma publicação semestral de trabalhos originais que se enquadrem em alguma das seguintes categorias: relatos de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas da literatura, relatos de experiência profissional, notas técnicas e resenhas na área de Psicologia Clínica.

### PERIÓDICO INDEXADO NAS BASES DE DADOS:

#### NACIONAIS:

INDEX PSI [www.bvs-psi.org.br](http://www.bvs-psi.org.br)

LILACS/BIREME [lilacs.bvsalud.org/](http://lilacs.bvsalud.org/)

QUALIS (A2) [www.periodicos.capes.gov.br](http://www.periodicos.capes.gov.br)

#### INTERNACIONAIS:

CLASE: [www.dgbiblio.unam.mx/clase.html](http://www.dgbiblio.unam.mx/clase.html)

DOAJ (Suécia) [www.doaj.org/doaj](http://www.doaj.org/doaj)

Latindex (México) [www.latindex.unam.mx/index.html](http://www.latindex.unam.mx/index.html)

PsycINFO [www.apa.org/psycinfo/about/covlist.html#P](http://www.apa.org/psycinfo/about/covlist.html#P)

SCIELO [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

SCOPUS [www.scopus.com/home.url](http://www.scopus.com/home.url)

REDALYC [redalyc.uaemex.mx/](http://redalyc.uaemex.mx/)

Homepage <http://submission.scielo.br/index.php/pc>

Departamento de Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro  
Rua Marquês de São Vicente, 225 – Gávea  
22453-9000 – Rio de Janeiro – RJ  
Tel.: (021) 3527-2109  
Fax: (021) 3527-1187  
E-mail: [psirevista@puc-rio.br](mailto:psirevista@puc-rio.br)

# SUMÁRIO

EDITORIAL ..... 9

## SEÇÃO TEMÁTICA

FAMÍLIA, CRIANÇA E CLÍNICA AMPLIADA ..... 13

SENTIDOS CONSTRUÍDOS POR FAMILIARES ACERCA DE SEU  
PROCESSO TERAPÊUTICO EM TERAPIA FAMILIAR

*Meanings constructed by family members about  
your therapeutic process in family therapy*

*Significados construídos por familiares acerca de su  
proceso terapéutico en terapia familiar*

Marina Belelli Barbosa

Carla Guanaes-Lorenzi..... 15

A ESCRITURA COMO DISPOSITIVO CLINÂMICO

*Writing as clinamic apparatus*

*La escritura como dispositivo clínamico*

Renata Amélia Roos

Cleci Maraschin

Luciano Bedin da Costa..... 39

CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA ATENDIDA EM  
TERAPIA DE FAMÍLIA EM UMA CLÍNICA-ESCOLA

*Features of clients attended in family therapy in a school clinic*

*Características de los clientes atendidos en terapia  
familiar en una institución de formación1*

Angélica Paula Neumann

Adriana Wagner ..... 63

AS RELAÇÕES ENTRE TEMPERAMENTO E AS FUNÇÕES  
EXECUTIVAS EM CRIANÇAS DE 6 E 7 ANOS DE IDADE

*Relationships between temperament and executive  
functions in 6 and 7 years old children*

*Relaciones entre el temperamento y las funciones  
ejecutivas en niños de 6 y 7 años de edad*

Florencia Stelzer

María Laura Andrés

Sebastián Urquijo..... 83

CLÍNICA NOS BASTIDORES: O TRABALHO COM OS PAIS  
NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS

*Clinic behind the scenes: working with parents  
in psychoanalytic practice of children*

*Clínica entre bastidores: lo trabajo con los padres  
en la práctica psicoanalítica con niños*

Jamille Mateus Wiles

Andrea Gabriela Ferrari..... 103

CLÍNICA DOS PRIMÓDIOS E PROCESSOS DE SIMBOLIZAÇÃO PRIMÁRIOS  
*Clinic of the early infancy and the primary processes of symbolization*

*Clínica de los comienzos y los procesos de simbolización primarios*

Silvia Maria Abu-Jamra Zornig ..... 121

## SEÇÃO LIVRE

DESEMPENHO COGNITIVO EM PACIENTES COM  
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE* COM E  
SEM HISTÓRICO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO

*Cognitive performance in patients with Borderline Personality  
Disorder with and without history of suicide attempts*

*Desarrollo cognitivo en pacientes con Trastorno de Personalidad  
Borderline con y sin histórico de tentativas de suicidio*

Edilson Pastore

Carolina Lisboa..... 139

SÍNDROME DE BURNOUT: INDICADORES PARA A CONSTRUÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO <i>Burnout Syndrome: indicators for the construction of a diagnostic</i> <i>Síndrome de Burnout: indicadores para la construcción de un diagnóstico</i> Liciane Diehl Mary Sandra Carlotto .....	161
ANOREXIA E PULSÃO: ENLACES E DESENLACES ENTRE O SUJEITO E O OUTRO <i>Anorexia and drive: links and unlinks between the subject and the Other</i> <i>Anorexia y pulsión: enlaces y desenlaza entre el sujeto y el Otro</i> Dayane Costa de Souza Pena Roberto Calazans .....	181
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL EM UM CASO GRAVE DE ANOREXIA NERVOSA: A CONSTRUÇÃO DA NARRATIVA CLÍNICA <i>Individual psychotherapy in a severe case of anorexia</i> <i>nervosa: the construction of clinic narrative</i> <i>Psicoterapia individual en un grave caso de anorexia</i> <i>nerviosa: la construcción de la narrativa clínica</i> Daniel Magalhães Goulart Manoel Antônio dos Santos .....	201
O LUGAR DA TOXICOMANIA NA ECONOMIA DA DOR PSÍQUICA <i>The place of drug addiction in the economy of psychic pain</i> <i>El lugar de la toxicomanía en la economía psíquica</i> Patricia Rutsatz Mônica Medeiros Kother Macedo .....	229
O SUJEITO DA PSICANÁLISE E O SUJEITO DA CIÊNCIA: DESCARTES, FREUD E LACAN <i>The subject of psychoanalysis and the subject of</i> <i>science: Descartes, Freud and Lacan</i> <i>El sujeto del psicoanálisis y el sujeto de la ciencia: Descartes, Freud y Lacan</i> Ingrid Vorsatz .....	249
SOBRE OS AUTORES.....	275



## EDITORIAL

Reunindo 12 artigos divididos igualmente em duas seções, o número 27.2 da Revista Psicologia Clínica traz como tema *Família, criança e clínica ampliada*, compreendendo que a noção de clínica ampliada pressupõe um olhar mais integral para o sujeito, considerando suas dimensões psicológica, biológica, social, histórica e política. A participação ativa do sujeito nos processos de saúde é valorizada, em busca de bem-estar e melhor qualidade de vida. O volume 27.2 traz a contribuição de um artigo internacional, como vimos fazendo nos últimos números.

O artigo que inicia a seção temática, *Sentidos construídos por familiares acerca de seu processo terapêutico em terapia familiar*, de autoria de Marina Belelli Barbosa e Carla Guanaes-Lorenzi, é definido como sendo um estudo de natureza qualitativa que visa compreender os sentidos produzidos por familiares, atendidos em terapia familiar com base nas propostas construcionistas sociais, sobre seu processo terapêutico. Foram feitas entrevistas individuais semiestruturadas, as quais foram audiogravadas, transcritas e analisadas por procedimentos de análise temática. Concluiu-se que o deslocamento dos problemas de uma perspectiva individual para uma relacional, a valorização de diversos modos de compreensão sobre uma situação e o trabalho com a equipe reflexiva constituíram-se recursos no desenvolvimento do processo terapêutico.

O segundo artigo apresentado na seção temática, *A escritura como dispositivo clínico*, dos autores Renata Amélia Roos, Cleci Maraschin e Luciano Bedin da Costa, problematiza o conceito de clínica propondo uma interlocução com a concepção filosófica de clinâmen. De uma concepção de clínica relacionada ao ato de se debruçar em um leito, repouso, passa-se para um fazer que envolve o desvio, a colisão e a criação conjunta. Apresenta a escritura dos movimentos de construção dos territórios relacionais entre psicóloga escolar e aluno do ensino médio de uma escola privada do Vale do Sinos no Rio Grande do Sul.

Em seguida, o artigo *Caracterização da clientela atendida em terapia de família em uma clínica-escola*, de Angélica Paula Neumann e Adriana Wagner, tem por objetivo caracterizar a clientela atendida em terapia familiar em uma clínica-escola de Porto Alegre (RS) a partir da percepção dos integrantes das famílias. Foram realizadas entrevistas estruturadas com 41 adultos encaminhados para terapia familiar. Os resultados do estudo demonstram que as famílias convivem

com os problemas por um longo período de tempo antes de chegar à terapia familiar. A maior parte das queixas está centrada nos filhos, no entanto as causas dessas queixas são atribuídas pelos participantes a dificuldades no exercício parental.

O artigo internacional em língua estrangeira, *As relações entre temperamento e as funções executivas em crianças 6 e 7 anos de idade*, de Florencia Stelzer, María Laura Andrés e Sebastián Urquijo, tem por objetivo analisar a relação entre temperamento e as funções executivas de controle inibitório, memória de trabalho, planejamento e tomada de decisão em crianças do primeiro ano do Ensino Básico. Um grupo de 289 crianças da cidade de Rosário, na Argentina, com idade média de 80,94 meses, com desvio padrão de 3,75 meses, foi avaliado. Os resultados indicaram que aquelas crianças com maior capacidade de autorregular a sua reatividade temperamental apresentam melhor desempenho no planejamento em comparação a crianças com maiores dificuldades para se autorregular. No entanto, não foram observadas relações entre temperamento e memória de trabalho, inibição perceptual e tomada de decisão.

Em seguida, o artigo *Clínica nos bastidores: o trabalho com os pais na clínica psicanalítica com crianças*, de Jamille Mateus Wiles e Andrea Gabriela Ferrari, parte do entendimento que a experiência da clínica psicanalítica com crianças traz consigo o constante questionamento sobre seus obstáculos e especialmente sobre a ética da psicanálise, implicando a reflexão acerca de questões que algumas vezes são evitadas, como a presença e o trabalho com os pais no tratamento. Utilizando três recortes clínicos como disparadores, tentou-se contornar algumas especificidades dessa clínica considerando a noção de constituição psíquica, demanda e transferência. Na esteira desses conceitos, alguns questionamentos foram trazidos sobre possíveis intervenções com aqueles que estão nos bastidores da cena clínica: os pais.

Finalizando a seção temática, o artigo *Clínica dos primórdios e processos de simbolização primários*, de Silvia Maria Abu-Jamra Zornig, traz uma reflexão sobre a clínica dos primórdios, o que permite, segundo a autora, revisitar as concepções psicanalíticas sobre a constituição do sujeito e ressaltar a importância das relações intersubjetivas na constituição do psiquismo, apontando para uma articulação entre a dimensão pulsional e a qualidade das relações entre sujeito e objeto no início da vida. Buscou-se, também, ampliar a noção de representação para nela incluir as experiências sensoriais e não verbais do bebê, visto que a subjetividade se constrói ao longo de um processo cujo elemento fundamental é a experiência compartilhada com o outro. Importantes para essa reflexão foram as contribuições de R. Roussillon e A. Green, que apontam para dois elementos que devem se articular para favorecer os processos de simbolização primários: a qua-

lidade de presença continente e sensível do objeto, assim como a importância da constituição do negativo, resultante do apagamento do objeto primário e de sua transformação em estrutura enquadrante. Nesse sentido, se a presença do objeto é imprescindível para possibilitar a representação de sua ausência, o trabalho do negativo é igualmente fundamental para permitir a instauração dos limites entre interno/externo e entre as instâncias psíquicas.

Abrindo a seção livre, apresentamos o artigo *Desempenho cognitivo em pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline com e sem histórico de tentativas de suicídio*, de Edilson Pastore e Carolina Lisboa. O estudo teve como objetivo avaliar o desempenho cognitivo, a impulsividade e a ideação suicida em 82 ( $M=31,80$ ;  $DP=0,96$ ) pacientes internados em uma clínica psiquiátrica de Porto Alegre, RS. Os pacientes foram divididos em dois grupos, sem ( $G1=33$ ) e com histórico de tentativa de suicídio ( $G2=49$ ), nos quais foram aplicados os seguintes instrumentos: a Escala Wechsler de Inteligência para adultos (WAIS III), a Escala Barratt de Impulsividade (BIS), a Escala Beck de Suicídio (BSI), a Escala FAST e um questionário sobre dados sociodemográficos. Os resultados sugerem similaridades entre os grupos de pacientes com e sem histórico de suicídio, representando um alerta e um desafio. Evidências acerca da impulsividade corroboram dados de estudos anteriores, assim como o que se refere às comorbidades identificadas.

A seguir, o artigo *Síndrome de Burnout: indicadores para a construção de um diagnóstico*, de Liciane Diehl e Mary Sandra Carlotto, aponta esta síndrome como um problema social de grande relevância, utilizando o estudo de caso como método de investigação. Os dados provenientes das entrevistas foram agrupados em quatro categorias de análise: Ilusão pelo Trabalho, Desgaste Psicológico, Indolência e Culpa, que refletem as dimensões do modelo proposto por Gil-Monte (2005). Como conclusão, aponta-se a necessidade de esclarecimento sobre os sintomas e sinais da síndrome ao trabalhador, assim como a dos profissionais de saúde para seu correto diagnóstico. Sugere-se planejar medidas de intervenção eficazes, principalmente informativas sobre seus fatores de risco, possibilidades de afastamento para tratamento e compensação financeira.

O artigo *Anorexia e pulsão: enlaces e desenlaces entre o sujeito e o Outro*, de Dayane Costa de Souza Pena e Roberto Calazans, apresenta a anorexia como um sintoma que coloca em cena as particularidades do sujeito em relação à alimentação, corroborando que esta não se reduz a um ato de ingerir nutrientes para satisfazer uma necessidade biológica e garantir a sobrevivência do organismo, pois tem uma função erótica para o sujeito por implicar um direcionamento ao Outro. O sujeito lida não com uma satisfação instintual, ligada às necessidades, e sim com uma exigência de satisfação que é pulsional.

Ainda sobre anorexia, o artigo *Psicoterapia individual em um caso grave de anorexia nervosa: a construção da narrativa clínica*, de Daniel Magalhães Goulart e Manoel Antônio dos Santos, tem por objetivo discutir os limites e possibilidades da intervenção psicoterápica individual em um caso grave de anorexia nervosa por meio da construção da narrativa clínica focada no desenvolvimento de recursos da paciente para lidar com seus conflitos. Utilizou-se como estratégia metodológica o estudo de caso e o enfoque psicodinâmico como referencial teórico para condução do processo terapêutico e análise dos dados. O caso foi seguido em contexto ambulatorial, sendo destacado por sua relevância clínica e implicações terapêuticas. O processo psicoterapêutico desdobrou-se em profícuo espaço relacional, que favoreceu a superação de dificuldades psicológicas, promovendo transformações nas condições de vida da paciente.

O artigo *O lugar da toxicomania na economia da dor psíquica*, de Patricia Rutsatz e Mônica Medeiros Kother Macedo, apresenta a problemática do abuso de substâncias lícitas e ilícitas no cenário contemporâneo, evidenciando o recurso compulsivo à intoxicação como uma forma precária de enfrentar o mal-estar. Buscou-se abordar a relação entre a toxicomania e as modalidades de economia psíquica predominantes na sociedade contemporânea. Para tanto, foram retomados os conceitos freudianos de “experiência de satisfação” e “experiência de dor” como vivências constitutivas do humano. Explora-se a intensidade traumática que dá a essas experiências um caráter predominantemente destrutivo na estruturação do Eu e em seus investimentos psíquicos.

Finalizando a seção livre, o artigo *O sujeito da psicanálise e o sujeito da ciência: Descartes, Freud e Lacan*, de Ingrid Vorsatz, parte da problematização proposta por Lacan acerca do sujeito da psicanálise enquanto o correlato antinômico do sujeito da ciência moderna, procurando destacar os elementos que constituem o cerne de sua argumentação. O sujeito da ciência emerge da *démarche* cartesiana conhecida como o *cogito* no momento em que o procedimento metodológico da dúvida encontra seu ponto de basta numa asserção insofismável: “sou”. O sujeito da psicanálise, suposto ao inconsciente (*das Unbewusste*), inferido por Freud a propósito do elemento duvidoso do sonho, é tributário do procedimento cartesiano. A certeza é o ponto para o qual convergem os encaminhamentos de Descartes e Freud. Mas enquanto o primeiro recua e institui Deus como garante da verdade, o fundador da psicanálise avança exortando o sujeito a se responsabilizar por aquilo que advém como injunção inconsciente.

Andrea Seixas Magalhães  
Esther Arantes

# SEÇÃO TEMÁTICA

## Família, criança e clínica ampliada

Sentidos construídos por familiares acerca de seu  
processo terapêutico em terapia familiar

A escritura como dispositivo dinâmico

Caracterização da clientela atendida em terapia de família em uma clínica-escola

As relações entre temperamento e as funções executivas  
em crianças de 6 e 7 anos de idade

Clínica nos bastidores: o trabalho com os pais  
na clínica psicanalítica com crianças

Clínica dos primórdios e processos de simbolização primários



## SENTIDOS CONSTRUÍDOS POR FAMILIARES ACERCA DE SEU PROCESSO TERAPÊUTICO EM TERAPIA FAMILIAR

*MEANINGS CONSTRUCTED BY FAMILY MEMBERS ABOUT  
YOUR THERAPEUTIC PROCESS IN FAMILY THERAPY*

*SIGNIFICADOS CONSTRUÍDOS POR FAMILIARES ACERCA  
DE SU PROCESO TERAPÉUTICO EN TERAPIA FAMILIAR*

*Marina Belelli Barbosa\**  
*Carla Guanaes-Lorenzi\*\**

### RESUMO

Nas últimas décadas, o campo da terapia familiar sistêmica tem recebido a influência dos pressupostos epistemológicos do construcionismo social, os quais têm dado sustentação para abordagens terapêuticas que valorizam uma prática pautada em processos conversacionais, reflexivos e dialógicos. Este estudo qualitativo visa compreender os sentidos produzidos por familiares, atendidos em terapia familiar com base nas propostas construcionistas sociais, sobre seu processo terapêutico. Para isso, foram feitas sete entrevistas individuais semiestruturadas, as quais foram audiogravadas, transcritas e analisadas por procedimentos de análise temática. Por meio dessa análise, foram construídas as seguintes categorias temáticas: construção do problema, expectativas sobre o atendimento; processo terapêutico; construção da mudança; e relação com os terapeutas. Essa análise permitiu reconhecer algumas ênfases construcionistas presentes nos atendimentos, tais como foco no significado, na polissemia, na polivalidade e no processo conversacional. Através dessa análise, conclui-se que o deslocamento dos problemas de uma perspectiva individual para uma relacional; a valorização de diversos modos de compreensão sobre uma situação; e o trabalho com a equipe reflexiva constituíram-se recursos no desenvolvimento do processo terapêutico.

Palavras-chave: terapia familiar; construcionismo social; processo terapêutico.

\* Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

\*\* Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

**ABSTRACT**

In the last decades, the field of systemic family therapy has been influenced by social constructionist epistemological principles. These principles have been supporting therapeutic approaches that value practices based on conversational, reflexive, and dialogical processes. This qualitative study aims to understand how family members make meanings about their own therapeutic process. These family members were seen in family therapy sessions based on social constructionist propositions. For this purpose, seven semi-structured individual interviews were conducted, audio recorded, transcribed and later analyzed through qualitative procedures of thematic analysis. Through this analysis, the following thematic categories were constructed: construction of the problem; expectancies about treatment; therapeutic process; construction of change; and relationship with the therapists. This analysis allowed the recognition of some social constructionist emphases presented in the treatment, such as the focus on meaning, on polysemy, on polivocality, and on the conversational process. The analysis shows how the dislocation of the problems from an individual perspective to a relational one, the appreciation of various modes of understanding about a single situation, and the work with a reflecting team, were important resources in the development of the therapeutic process.

Keywords: family therapy; social constructionism; therapeutic process.

**RESUMEN**

En las últimas décadas, el campo de la terapia familiar sistémica ha sido influenciado por los presupuestos epistemológicos del construccionismo social. Estos presupuestos han dado apoyo a los enfoques terapéuticos para valorar una práctica basada en procesos conversacionales, reflexivos y dialógicos. El propósito de este trabajo cualitativo es comprender cómo personas asistidas en terapia familiar, basada en las propuestas construccionistas, dan sentido a su proceso terapéutico. Fueron hechas siete entrevistas individuales semiestructuradas, que fueron audio grabadas y analizadas por procedimientos cualitativos de análisis temático. Las siguientes categorías temáticas fueron propuestas: construcción del problema, expectativas sobre el tratamiento; procedimiento terapéutico; construcción de lo cambio; y la relación con los terapeutas. El análisis permitió reconocer algunos énfasis construccionistas presentes en el servicio prestado, como centrarse en el significado, en la polisemia, en la polivocalidad, y en el proceso conversacional. Este análisis muestra cómo el desplazamiento de los problemas de una perspectiva individual a una más relacional, la apreciación de diferentes formas de entender

una situación y el trabajo con el equipo reflexivo emergieron como recursos importantes para el desarrollo del proceso terapéutico.

Palabras clave: terapia familiar; construccionismo social; proceso terapéutico.

## Introdução

A Terapia Familiar (TF) teve origem na década de 50, impulsionada, entre outros fatores, pela insatisfação com relação às práticas psicoterápicas tradicionais centradas no indivíduo. Assim, surge desafiando a noção do indivíduo como locus do problema e propondo uma compreensão mais abrangente das pessoas, vistas como parte de suas relações e inseridas em contexto (Grandesso, 2009). Desde então, o campo da TF se expandiu, ganhando reconhecimento como uma modalidade terapêutica adequada para o tratamento de diferentes problemas individuais e relacionais (Carr, 2009).

Embora estudos sobre eficácia tenham contribuído para afirmar a utilidade da TF (Pynsof & Wynne, 2000), pesquisadores apontam como um limite dos estudos quantitativos nesse campo a distância entre as intervenções avaliadas em um delineamento experimental e a prática clínica cotidiana (Diniz Neto & Féres-Carneiro, 2005). O reconhecimento dessa limitação tem incentivado o uso de métodos qualitativos de investigação, vistos como apropriados à compreensão dos significados atribuídos pelas pessoas a suas vivências em TF e melhor compreensão de seu processo terapêutico. Conforme assinalam Gehart, Ratliff e Lyle (2001, p. 267), o desenvolvimento de pesquisas qualitativas no campo da TF tem contribuído com o aprofundamento teórico e prático da TF e com o entendimento de sua utilidade no mundo real. Para os autores, “a pesquisa qualitativa tem tido um efeito humanizador para a pesquisa nesse campo, na medida em que as vozes dos clientes e dos terapeutas são trazidas para o diálogo formal da profissão”.

Assim, pesquisadores têm ressaltado a necessidade de mais pesquisas sobre o processo terapêutico em TF como forma de auxiliar os profissionais a “tomarem decisões sobre o que fazer com clientes particulares em pontos particulares no tempo, no curso de uma terapia” (Pynsof & Wynne, 2000, p. 5). Essa necessidade de pesquisa se torna ainda mais significativa quando se considera que o campo da TF se inova constantemente a partir do impulso criativo de seus terapeutas, que constantemente divulgam novos recursos para ação a partir dos conhecimentos que produzem em sua prática cotidiana e em seu contato com novos referenciais teóricos e epistemológicos.

É o que tem acontecido, por exemplo, no campo das propostas sistêmicas em TF, sobretudo com o advento das contribuições pós-modernas ou construcionistas sociais (McNamee & Gergen, 1998). Ainda são poucos os estudos científicos que buscam compreender o processo terapêutico nessas abordagens (Grandesso, 2000; Rasera & Guanaes, 2010; Willot, Hatton, & Oyeboode, 2010), apesar da grande visibilidade que as mesmas vêm adquirindo na prática dos terapeutas familiares mundialmente (McNamee & Gergen, 1998). Essa visibilidade se deve, em grande medida, ao empenho dos terapeutas familiares em relatarem suas experiências clínicas como forma de produção de conhecimento, tornando acessível aos profissionais o entendimento de *como* praticam a TF e as justificativas do *porquê* a praticam dessa maneira.

Considerando os objetivos deste estudo, apresenta-se, a seguir, uma síntese sobre as propostas construcionistas sociais em TF, situando seus principais conceitos e orientações para a prática.

## As propostas construcionistas sociais na TF sistêmica

O campo da TF sistêmica tem passado por algumas mudanças epistemológicas nas últimas décadas (McNamee & Gergen, 1998), sobretudo a partir das contribuições do movimento do construcionismo social em ciência (Gergen, 1985), cujos pressupostos afirmam: a centralidade da linguagem e dos relacionamentos na construção do conhecimento; a ênfase em seu caráter local e historicamente situado; e a compreensão do conhecimento como forma de ação social, destacando-se os efeitos dos discursos na configuração de práticas sociais e formas de vida.

As ideias construcionistas marcaram um rompimento com os pressupostos de uma epistemologia moderna, pautada na crença de uma realidade externa passível de observação e representação na linguagem (McNamee & Gergen, 1998). Alguns autores nomeiam essa mudança como a emergência de um pensamento “pós-moderno” na TF, que se caracteriza, sobretudo, pela crítica às metanarrativas explicativas sobre o mundo (Moscheta, 2014).

Com base nos pressupostos construcionistas, alguns terapeutas familiares passaram a questionar a ideia do terapeuta como capaz de acessar a realidade de forma neutra e objetiva, diagnosticar os problemas da família e intervir para que esta se torne mais funcional. Alternativamente, propuseram que o terapeuta fosse visto como parte integrante do sistema terapêutico, participando ativamente da definição do problema com a família e construindo conjuntamente

as possibilidades de mudança terapêutica (Grandesso, 2009). Dentre as abordagens mais usualmente associadas ao construcionismo, destacam-se: a Abordagem Colaborativa (Anderson, 2009; Anderson & Goolishian, 1998); a Terapia Narrativa (White & Epston, 1990) e os Processos Reflexivos (Andersen, 1991, 1998).

A Abordagem Colaborativa apresenta uma importante mudança no conceito de sistema usualmente adotado em TF. Segundo Anderson e Goolishian (1998) o sistema terapêutico deve ser considerado como um sistema linguístico. Assim, não são os sistemas que organizam os problemas, mas o contrário: são os problemas que organizam determinados sistemas (Anderson, 2009). Além disso, a Abordagem Colaborativa baseia-se em uma posição filosófica em que as palavras e ações do terapeuta surgem em resposta aos clientes, de uma forma autêntica e espontânea (Anderson, 2012). Nessa proposta, o terapeuta, guiado por uma curiosidade genuína, faz perguntas a partir de uma “posição de não-saber”, convidando os clientes a se questionarem sobre as situações que os levaram a procurar a terapia e criando, assim, oportunidades para a emergência de novos modos de compreensão acerca da situação que vivenciam. Nessa abordagem, o terapeuta é descrito como um especialista do processo conversacional ou como um “arquiteto do processo dialógico” (Anderson, 2009).

A Terapia Narrativa considera que, no esforço de dar sentido às suas vidas, as pessoas organizam sua experiência em relatos coerentes. São essas narrativas ou histórias, organizadas em sequências temporais, que oferecem a estrutura a partir da qual a experiência é interpretada, modelando a vida e os relacionamentos das pessoas (White & Epston, 1990). Como a experiência vivida é sempre muito mais rica que qualquer possibilidade de relato sobre ela, o objetivo da Terapia Narrativa consiste em facilitar o desenvolvimento de histórias alternativas, permitindo que os clientes descrevam a si mesmos e suas vidas a partir de uma perspectiva não saturada pelo problema (White & Epston, 1990). Assim, a experiência é reeditada a partir de novos marcos de sentido e, ao mudarem suas histórias, os próprios narradores modificam-se (Grandesso, 2000). Essa proposta valoriza a multiplicidade das narrativas de *self*, rompendo com uma visão essencialista de pessoa e problema.

Por fim, os Processos Reflexivos referem-se a uma prática clínica que tem por objetivo estimular a construção de novas descrições dos problemas no contexto terapêutico a partir da ampliação das vozes em diálogo e do revezamento entre as posições de fala e escuta, sendo um dos modos mais usuais o trabalho com a “equipe reflexiva” (Andersen, 1991). Nessa proposta, um grupo de observadores (equipe reflexiva) é convidado a participar das sessões de TF inicialmente em uma

posição de escuta, sensíveis a possíveis aberturas na conversação entre terapeuta e clientes. Após um tempo, a equipe é chamada para compartilhar com a família e o terapeuta suas reflexões, que passam da posição de fala à de escuta. Nessa proposta, observa-se a exploração da polivocalidade (multiplicidade de vozes) e polifonia (diversidade de sentidos) como recursos terapêuticos.

Buscando contribuir com o conhecimento sobre o processo terapêutico nas práticas em TF inspiradas pelo construcionismo social, alguns pesquisadores oferecem algumas reflexões úteis sobre o significado atribuído pelos clientes a essas práticas. Grandesso (2000), por exemplo, entrevistou clientes que haviam participado de sessões de TF em um enfoque construcionista social e chegou a interessantes conclusões. Embora a autora situasse sua prática dentro de uma epistemologia pós-moderna, seus clientes usualmente usavam de uma epistemologia moderna para avaliar os efeitos da terapia sobre suas vidas, por exemplo valorizando resultados objetivos e a solução de problema. Processos de mudança eram geralmente associados à desestabilização de antigas narrativas, gerando uma quebra de sentido que trazia a possibilidade de organizar a experiência em novos marcos de significação. Além disso, um dos principais aprendizados descritos como consequência do processo terapêutico por seus clientes foi a ampliação da capacidade para o diálogo, bem como o aumento da disponibilidade para escuta, gerando maior sensibilidade aos posicionamentos do outro. Do conjunto dessas mudanças a autora destaca o próprio entendimento, feito pelos clientes, de que a TF é um processo que envolve constante reflexão, negociação e revisão de narrativas.

Rasera & Guanaes (2010), por sua vez, desenvolveram um estudo sobre o processo terapêutico de uma família atendida em TF de base construcionista social. A partir da análise de sessões de atendimento e de entrevistas realizadas com o casal, os autores apontam dois processos centrais na narrativa de mudança terapêutica construída por essa família: a passagem de um entendimento individual para um entendimento relacional do problema; e o entendimento de que a solução seria uma construção colaborativa de toda a família e não dos terapeutas. Discutem esses dois processos ilustrando como os mesmos permitiram à família atendida a revisão de suas expectativas sobre a TF, ampliando o espaço de reflexão e diálogo no contexto familiar.

Na mesma linha de investigação adotada por esses pesquisadores, o presente estudo tem como objetivo compreender os sentidos produzidos por familiares, atendidos em terapia familiar com base nas propostas construcionistas sociais, sobre seu processo terapêutico.

## Metodologia

### *Participantes*

Participaram da pesquisa sete pessoas, as quais foram atendidas em TF em um serviço-escola de Psicologia entre 2011 e 2012: uma mulher (Marta), atendida em TF com sua filha; e três casais, o primeiro atendido em terapia de casal (Paulo e Lurdes), o segundo, em TF com os filhos (Cláudia e Armando) e o terceiro, atendido em TF inicialmente com os filhos e, depois, em terapia de casal (Tâmara e Bruno). Dos sete participantes, apenas um foi atendido sem equipe reflexiva (Marta). Todos os nomes são fictícios para preservar o anonimato dos participantes. As crianças atendidas no serviço (Taís, Graziela, Vinicius, Vitor e Gabriel) não foram convidadas a participar da pesquisa.

**Tabela 1:** Caracterização dos participantes quanto à idade e profissão, o formato de atendimento e o tempo de duração da TF.

Participantes da pesquisa	Profissão	Tipo de Atendimento	Familiares Atendidos	Presença da Equipe Reflexiva	Duração da Terapia	Em atendimento por ocasião da entrevista
<b>Paulo</b>	Aposentado	Terapia de casal	Paulo e Lurdes	Sim	2 meses	Não
<b>Lurdes</b>	Do lar					
<b>Marta</b>	Empregada doméstica	Terapia familiar	Marta e Taís	Não	6 meses	Não
<b>Bruno</b>	Professor	Terapia familiar e de casal	Bruno, Tâmara, Graziela e Vinicius	Sim	12 meses	Sim
<b>Tâmara</b>	Do lar					
<b>Armando</b>	Policial	Terapia familiar	Armando, Cláudia, Vitor e Gabriel	Sim	12 meses	Sim
<b>Cláudia</b>	Policial					

Conforme descrito na Tabela 1, das quatro famílias atendidas, duas (Paulo e Lurdes; Marta e Taís) haviam encerrado a terapia familiar em 2011 e não estavam em processo terapêutico no momento de realização das entrevistas da pesquisa. As demais famílias (Bruno e Tâmara; Armando e Cláudia) continuavam a TF em 2012, porém atendidas por outra equipe de terapeutas por ocasião da realização das entrevistas de pesquisa.

Os atendimentos de TF desenvolvidos na clínica escola eram gratuitos, realizados por estagiários dos últimos anos de formação do curso, sob a supervisão

de um profissional e terapeuta familiar, docente da instituição. Os atendimentos eram feitos com base nas propostas construcionistas sociais e adotavam o trabalho com equipe reflexiva (Andersen, 1991), contando com a presença de dois terapeutas de campo e dois terapeutas da equipe reflexiva em cada atendimento.

### *Procedimentos de coleta e análise dos dados*

A pesquisa foi delineada com base nas contribuições do construcionismo social para a prática de pesquisa, as quais ressaltam a participação ativa do pesquisador na construção do conhecimento (McNamee & Hosking, 2011). Com base nesse entendimento, adotou-se o uso de entrevistas como estratégia metodológica para produção de conhecimento. Conforme descreve Pinheiro (1999), a entrevista pode ser concebida como uma prática discursiva, isto é, como uma interação que se dá num contexto específico e por meio da qual entrevistador e entrevistado negociam e produzem sentidos, construindo conjuntamente versões sobre a realidade (Pinheiro, 1999).

Os familiares foram convidados a participar da pesquisa após a aprovação da mesma por um Comitê de Ética em Pesquisa. Após assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, participaram de uma entrevista individual desenvolvida com base em um roteiro semiestruturado cujas questões abarcavam: queixa inicial e expectativas sobre a TF, impressões sobre o atendimento realizado e mudanças, e momentos marcantes no processo terapêutico. Optou-se pela realização de entrevistas individuais como forma de valorizar as possíveis diferenças de sentido atribuídas pelos familiares ao seu processo terapêutico.

As entrevistas foram conduzidas pela primeira autora deste estudo, a qual participou dos atendimentos dos participantes, seja como terapeuta de campo ou como membro da equipe reflexiva, com exceção da participante Marta. Cinco entrevistas foram realizadas na clínica escola e duas delas na residência dos participantes (Cláudia e Tâmara), por preferência deles. As entrevistas tiveram duração média de 47 minutos, foram audiogravadas e posteriormente transcritas na íntegra, preservando a fala coloquial dos participantes.

A análise das transcrições foi realizada por procedimentos qualitativos de análise temática a partir dos seguintes passos: 1) leitura em profundidade das transcrições; 2) organização do material em categorias temáticas que dessem visibilidade às construções do pesquisador acerca dos principais assuntos conversados com os participantes sobre seu processo na TF, a saber: Construção do problema; Expectativas sobre o atendimento; Processo terapêutico; Construção da mudança; e Relação com os terapeutas; 3) explicitação dos sentidos produzidos em cada cate-

goria, apontando regularidades (aspectos comuns) e irregularidades (diversidades) nas entrevistas; e 4) escolha de trechos que ilustrassem os diferentes modos como os participantes significaram sua participação na TF. Para este artigo, os trechos transcritos foram editados, sendo os trechos subtraídos sinalizados com o sinal (...).

## Resultados e discussão

### *Construção do problema*

Diversos foram os motivos referidos pelos participantes para a busca por TF, desde a melhora na convivência entre o casal até problemas de comportamento dos filhos. Comum à forma de apresentação dessas queixas foi a tentativa inicial de localizar os problemas em um ou outro membro da família. Contudo, no decorrer do processo terapêutico, as concepções sobre os problemas foram modificando-se, passando a serem narradas de um modo mais relacional:

Bruno: Olha, a gente começou a conversar sobre o que causou a nossa preocupação maior, um problema de comportamento de Graziela, o que fez com que a gente buscasse o serviço. E a partir daquela causa, quer dizer, daquela suposta causa (risos), a gente foi olhando nossa vida e viu que o problema não era a Graziela, que aquilo era uma consequência de uma série de coisas que a gente tava fazendo, que a gente não queria fazer e continuava fazendo, né? Comportamentos da gente, que a gente prejudicava o outro, prejudicava os filhos, um prejudicava o outro no casal, né? (...) Através de qual era o problema da Graziela a gente foi encontrando os reais problemas, que estavam em vários lugares, não só nela.

Tal mudança na compreensão dos problemas vividos pela família, do individual para o relacional, é indicada por Rasera e Japur (2007) como uma das ênfases das propostas construcionistas de terapia: o foco no relacionamento. Esse aspecto foi também identificado no estudo realizado por Rasera e Guanaes (2010) acerca do processo terapêutico de uma família. Em sua análise, os autores discutem que, ao caminharem em direção a uma compreensão relacional dos problemas, os familiares atendidos puderam redefinir suas posições, ampliando o entendimento das situações por eles.

De forma semelhante, os participantes do presente estudo indicaram que, a partir do momento em que os demais membros da família começaram a se des-

crever como também participando da construção do problema, a queixa inicial perdeu sua centralidade nas narrativas, tornando-se apenas um problema como todos os outros. Conforme sugerem White e Epston (1990), ao mudarem-se as histórias, as pessoas acabam revendo sua relação com os problemas, experimentando uma nova capacidade de agir sobre o mundo. No caso, a ampliação das narrativas sobre o problema inicial (o problema não está mais centrado sobre apenas um dos membros) possibilitou o reconhecimento da influência de todos os familiares sobre este, ampliando as formas de enfrentamento das situações vividas.

A partir da transformação das narrativas opera-se uma mudança de um discurso “saturado pelo problema” (White & Epston, 1990), em geral associado a uma perspectiva de culpabilização individual, para um discurso de responsabilidade relacional (McNamee & Gergen, 1999):

Armando: Quando nós viemos pra cá [terapia], o quê que era o pensamento, ele [Vitor] é o problema, e tem que resolver o problema dele, ele é que tem que mudar, a gente tem que mudar ele, tem que orientar pra ele mudar e quando nós viemos pra terapia nós percebemos que o problema somos todos nós (risos) na verdade. Todos nós temos os nossos erros e na verdade, nós todos tínhamos que nos corrigirmos, em muitos aspectos, não era só o Vitor o culpado. A gente tinha que alterar muita coisa... (...) todos nós estávamos, né, embutidos na grande problemática, e cada um com uma parte a ser corrigida.

Conforme assinalaram Armando e Bruno, na TF puderam problematizar a ideia do indivíduo como lócus do problema. Porém, ao mesmo tempo que houve o deslocamento de um discurso individualista para um mais relacional, os relatos dos participantes estavam ainda marcados pela busca das verdadeiras origens/causas das problemáticas apresentadas, que, com a TF, passaram a ser descritas em uma visão relacional: a responsabilidade não era de apenas um, mas de todos. Assim como Grandesso (2000) concluiu em sua pesquisa sobre processo terapêutico, apesar de a prática ter sido conduzida a partir de uma epistemologia construcionista ou “pós-moderna”, os clientes frequentemente adotaram uma epistemologia moderna para avaliar seu processo terapêutico.

### *Expectativas sobre o atendimento*

Os participantes relataram ter, antes de iniciar o processo terapêutico, diversas expectativas sobre a TF. Uma destas refere-se à quantidade de pessoas en-

volvidas no contexto terapêutico, algo que foi mencionado por Lurdes, Cláudia, Tâmara e Bruno e que é ilustrado no trecho a seguir:

Cláudia: Pra nós foi uma surpresa, no primeiro atendimento eu fiquei, ficamos, assim, um pouco, surpresos, porque nós deparamos com vocês quatro [terapeutas] lá, então a gente acreditava que não sabia como que era. Se era uma, se era duas, achava que era uma psicóloga só, e de repente a gente chega lá e se depara com quatro!

Essa expectativa é compatível com uma visão amplamente difundida da Psicologia clínica tradicional, sobretudo do atendimento individual. Essa visão permite aos participantes anteciparem uma série de elementos que integram o *setting* terapêutico, dentre estes a presença de apenas um terapeuta. Além desse aspecto, Paulo, Lurdes e Tâmara mencionaram expectativas sobre a eficácia da terapia, referindo crer na Psicologia e/ou nos benefícios que poderiam ter ao participarem do atendimento psicológico. Nas palavras de Tâmara: “Como que eu imaginava? (...) Acho que a primeira coisa que todo mundo pensa é isso: nossa, eu vou lá pra resolver o problema!”.

Por outro lado, Bruno referiu ter expectativas de que não receberia nenhum tipo de ajuda, justamente por ter dúvidas quanto à eficácia do atendimento psicológico:

Bruno: Eu vim aqui com muitas dúvidas, se ia ajudar, se ia ser positivo, se eu ia aguentar ficar, permanecer por muito tempo. Então eu tava em dúvida mesmo, sobre a eficiência dessas reuniões, desses encontros, né? Se isso realmente ia fazer com que eu mudasse alguma coisa, se as coisas iam melhorar, se eu ia ficar melhor, então eu tinha dúvidas mesmo...

Quanto à participação/postura dos terapeutas, Marta, Armando e Cláudia esperavam receber orientações nos atendimentos sobre como agir para solucionar seus problemas, esperando por um profissional especialista (Anderson, 2009), que detém o saber sobre o problema e sobre sua solução:

Marta: Eu imaginava que a psicóloga fosse um médico (risos) na realidade, como se fosse um médico, que eu ia chegar, ia fazer uma reclamação, e ela ia falar “Não, você vai fazer isso, vai fazer...” (...) machuquei a perna, vamo falar assim, que ele vai falar “Ó, cê vai fazer curativo, vai usar esse remédio, entendeu?”

Paulo e Tâmara, por sua vez, referiram acreditar que a presença de um “terceiro” ou de uma “ajuda de fora”, isto é, de um terapeuta, poderia contribuir na resolução dos problemas ao assumir um papel de mediador nas conversas dos casais, facilitando a comunicação:

Paulo: Eu achei que dialogando com mais pessoas com opiniões diferentes, eu achei que fosse uma chance de talvez ter um resultado melhor, né? Não sei, de convivência, entre eu e ela [Lurdes]. É uma ideia assim, a partir de uma opinião de uma terceira pessoa, né... porque a convivência entre os dois tava um pouco difícil (...) às vezes a mesma coisa que eu poderia tá pedindo, talvez ela [Lurdes] não enxergasse com eu pedindo, mas com outra pessoa talvez ela... eu pensei que ela pudesse entender.

Assim, os participantes basearam suas expectativas do atendimento no discurso médico ou psicológico hegemônico, em que a hierarquia profissional-paciente, informada por uma postura de especialista, é vista como fundamental para a descoberta da causa do problema e proposta de uma solução (Anderson, 2009). Nesse sentido, o contato com os terapeutas no serviço-escola quebrava essas expectativas, levando os participantes a procurarem por novos termos para definir a relação terapêutica.

### *Processo terapêutico*

Os participantes relataram que se adaptaram ao formato de atendimento oferecido, seja porque o número de pessoas envolvidas na terapia era maior do que imaginavam (no caso, Armando, Cláudia, Bruno e Tâmara), seja porque a postura dos terapeutas era diferente da que esperavam (no caso, Armando, Cláudia e Tâmara).

Quanto à quantidade de pessoas envolvidas, Lurdes, Armando e Tâmara disseram se adaptar não apenas à situação de serem atendidos por quatro terapeutas, mas ao modelo de atendimento com todos os familiares, algo que era novo para eles e que gerava certo desconforto inicial:

Lurdes: Eu falava uma coisa e na hora, tinha uns certos momentos que ele [Paulo] falava outra e eu precisava ter um jogo de cintura pra lembrar ele que não era do jeito que ele falou mas do jeito que eu tinha falado. Isso pra mim, dentro de mim, causava um medo dele ficar com vergonha. (...). Então quando saía daqui eu tinha medo de comentar no assunto (risos) e

ele falar pra mim que ele não vinha mais [na terapia]. (...) Não por causa de vocês, mas desta situação entre nós, de constrangimento.

Armando: [No início da terapia] você fica meio receoso, até onde que eu posso ir, até onde que eu posso falar, até onde que eu posso me abrir, e até que ponto essa abertura vai me ajudar (...) A gente fica assim apreensivo realmente com o que falar, que imagem que vai passar ali pra pessoa que tá fazendo aquela terapia e como aquilo vai repercutir. Mesmo porque a gente tá, né, com a família, com a mulher e com os filhos. E às vezes a gente fala coisas ali, que a gente num falou em particular com eles.

O receio de Lurdes parece estar associado a situações de confronto entre os pontos de vista dela e de seu marido, um dos quais, em sua concepção, havia de ser o “correto”. Por acreditar que o seu ponto de vista estava correto e, portanto, que o de seu marido estava errado, tais situações eram geradoras de tensão e a faziam pensar que Paulo poderia não voltar à terapia. Porém, como assinala Anderson (2009, p. 82), “o terapeuta não é um detetive que descobre a verdade, ou o que é verdadeiro ou mais verdadeiro, ou o que é falso ou mais falso”, seu papel, ao contrário, é o de encorajar múltiplas versões de realidade. Portanto, uma tarefa central, no modelo de atendimento adotado, é a de flexibilizar o diálogo, valorizando a multiplicidade de entendimentos possíveis sobre uma mesma situação e, assim, mostrando como um mesmo aspecto pode ser descrito de diferentes modos.

A fala de Armando, por sua vez, remete a outro receio – o de que o próprio contexto terapêutico funcionasse como disparador de conversas incomuns na família, como se alguma novidade pudesse surgir do encontro entre familiares e terapeutas e colocar em risco a visão que a esposa e os filhos tinham dele. Ao mesmo tempo, relata o receio de ter seu comportamento julgado/avaliado pelos terapeutas, aspecto que será discutido adiante, no item “Relação com os terapeutas”.

No tocante à participação/postura dos terapeutas, embora esta tenha sido diferente do que esperavam, Armando, Cláudia e Tâmara referiram ter se acostumado/adaptado ao “jeito” dos terapeutas, além de estarem conseguindo resultados positivos com o formato de atendimento proposto:

Armando: A gente pensava mais assim, né, vamos trazer os problemas e eles [terapeutas] vão dar uma ou duas solução [...] a gente vai seguir uma linha de orientação e vai dar certo. Esse era o pensamento inicial. No decorrer da terapia, a gente começou a ver que não era assim, que nós trouxemos os problemas, trouxemos as dificuldades, mas nós fomos convidados a refletir

e nós também buscarmos uma solução. [...] Refletir sobre o assunto, analisar, né, não só o ponto de vista meu, mas o ponto de vista de todos da família e buscar uma solução em conjunto, isso foi muito bom.

Ainda que Armando não tenha recebido orientações explícitas dos terapeutas sobre como agir em relação aos problemas, na terapia pôde refletir sobre estes e buscar uma solução em conjunto com a família, algo que viu como positivo. Desse modo, embora os terapeutas não tenham dado sugestões, conseguiram contribuir para que os problemas fossem resolvidos na própria família. Tal postura remete à abordagem terapêutica do não-saber, a qual, segundo Anderson e Goolishian (1998, p. 39), refere-se à construção de uma parceria colaborativa com os clientes em que “as ações e atitudes do terapeuta expressam a necessidade de saber mais a respeito do que está sendo dito, em vez de transmitir opiniões e expectativas pré-concebidas sobre o cliente, o problema ou o que deve ser mudado”. Assim, os terapeutas parecem assumir uma postura de colaboração em vez de uma postura de especialista nos atendimentos, isto é, não se colocam como alguém que, por entender mais sobre os clientes e seus problemas, tem um lugar privilegiado para a construção das mudanças, mas como alguém que é coconstrutor das mudanças alcançadas na terapia.

Rasera e Guanaes (2010) discutem um processo semelhante no contexto terapêutico em que a construção das soluções do problema passa a ser de responsabilidade também da família e não somente dos terapeutas. De acordo com os autores, nesse processo a busca por um conteúdo inicial prescritivo (o que fazer/ como agir perante uma determinada situação/problema) dá lugar a uma reflexão criativa e dialógica acerca de como lidar com os problemas trazidos nos atendimentos, permitindo o desenvolvimento de um maior senso de autoria por parte dos familiares na construção da mudança.

Como situações recorrentes no contexto terapêutico, os participantes referiram aquelas em que puderam entrar em contato com as opiniões dos demais membros da família e assim, poder conhecer o outro e/ou compreender seu ponto de vista:

Armando: Eles [os filhos] começaram também a indicar os defeitos que a gente [pais] tem, às vezes a gente num enxerga, são atos pequenos, são coisas pequenas que a gente acha que tá certo, a gente sempre acha que tá com a razão. (...). Então a gente começou a repensar o modo de agir: “Não, será que só eu tô certo? Mas eles tão falando isso.” (...) Isso foi muito importante, em perceber como as pessoas veem a gente, como que os filhos veem o pai, como que a esposa vê o marido, que a gente tem só a visão nossa e num

consegue às vezes perceber como eles nos enxergam, como eles pensam que a gente é, e isso foi muito importante.

Ao entrar em contato com o ponto de vista dos outros, os participantes começaram a rever seus comportamentos e passaram a se ver de outra forma, já que também tinham falhas que poderiam ser corrigidas ou atitudes que poderiam ser modificadas, visando o bem-estar de todos os familiares. O reconhecimento dos próprios problemas vem acompanhado de uma mudança na própria concepção do problema, sendo considerado o ponto de partida para a mudança:

Cláudia: Você começa a prestar atenção em você. (...) O problema que é colocado lá [no atendimento], é, quando você fala o que incomoda, que você incomoda o outro, o outro fala “Ó, você incomoda, você faz desse jeito, agindo dessa maneira, eu não concordo, incomoda, irrita”, então na hora que você vai fazer, você já... é como se fosse um freio, que você não consegue fazer mais, entendeu?

Assim, a valorização dos diversos pontos de vista sobre um determinado problema/pessoa na terapia, em oposição à busca de um único ponto de vista mais correto ou verdadeiro, aparece como um recurso importante. Dar visibilidade às diferentes formas possíveis de descrever um mesmo problema/pessoa é uma das ênfases presentes nas práticas que se apoiam no construcionismo social, chamada por Raser e Japur (2007) como ênfase polivocal.

Outro aspecto importante do processo terapêutico refere-se à ressignificação da busca pelos culpados por um determinado problema. Armando, Bruno e Tâmara apontam que a TF ajudou-os a perceber que um problema apresentado por um familiar não era culpa dele mesmo. No trecho a seguir, Tâmara conta como deixou de ser “culpada” por seu marido pelo ciúme/insegurança que tinha em relação a ele, problema que passou a ser entendido como uma dificuldade com que ambos tinham que lidar: “Ninguém é ciumento porque quer. Ninguém tem insegurança porque quer, concorda? Então, esses momentos lá, foi bom, por eu poder me expressar. Não sou assim [ciumenta] porque eu quero ser, entende? (...) Pra ele [Bruno] ver o meu lado, entende?” (Tâmara).

Esse exemplo ilustra como uma mudança de uma compreensão individual dos problemas para uma relacional pode ser libertador para o “membro possuidor do problema”, promovendo uma mudança no posicionamento dos familiares em relação a este, de uma perspectiva de culpabilização individual para uma de responsabilidade relacional (McNamee & Gergen, 1999).

### *Construção da mudança*

De maneira geral, todos os participantes referiram ter observado mudanças nos familiares e/ou no relacionamento entre eles após início da terapia. Entretanto, enquanto Paulo e Lurdes disseram ter alcançado todas as mudanças que julgavam necessárias na terapia, todos os demais participantes referiram ter os problemas parcialmente resolvidos, seja porque alguns foram solucionados e outros não, seja porque, apesar da melhora de alguns problemas, estes continuaram a existir.

Para ilustrar essa diversidade de sentidos sobre as mudanças conquistadas no atendimento familiar será apresentada primeiramente uma fala da participante Lurdes, na qual relata como seu marido, Paulo, começou a mostrar interesse em participar de alguns assuntos que eram importantes para ela, no caso suas idas ao advogado para tratar de alguns processos:

Lurdes: Quando eu expus essa situação [do advogado na terapia] como exemplo que ele [Paulo] não me acompanhava nas minhas coisas, eu acredito que ele se deu conta da minha dificuldade [em tratar dos processos], que talvez ele não desse conta que eu não conseguia [fazer isso sozinha], né? No atendimento, ele teve uma noção disso daí, porque, depois disso daí, ele foi no advogado comigo, ele (risos) ele tentou me acompanhar na situação. Mas eu vi que ele não conseguia, era pior [se ele fosse](...) Hoje eu tô lidando sozinha, mas eu tô tão bem, eu não carrego nenhuma mágoa [dele]. O atendimento aqui mostrou e fez com que ele fosse comigo, e eu vi que ele não dava conta, que ele teve boa vontade. E o que eu queria era ver a boa vontade.

Embora Lurdes tenha optado por Paulo não acompanhá-la até o advogado, a participante mostrou-se satisfeita com o resultado, pois conseguiu “ver a boa vontade” do marido. O comportamento de Paulo deixou de ser significado como um desinteresse/descuido em relação a ela, sendo então significado como uma dificuldade do mesmo em tratar de alguns assuntos. Assim, esse trecho é ilustrativo de como a terapia funcionou como um contexto para a reconstrução conjunta de significados, tornando possíveis algumas mudanças (Grandesso, 2009).

Por outro lado, a participante Marta, apesar de relatar algumas mudanças conquistadas na terapia, referiu esperar uma maior ajuda, sentindo-se frustrada com o que foi alcançado:

Marta: [A Taís] melhorou muito. Ao final da terapia ela tava bem melhor, ela tava fazendo xixi [na cama] uma ou duas vezes na semana. Eu não que eu esperava que ela sáisse assim daqui [terapia] curada, não, mas eu esperava uma melhora mais, sabe?(...) E muito importante também, a partir do momento que eu comecei a fazer o tratamento com ela aqui eu fui brigando menos com ela. (...) Antigamente era aquelas briga de roupa de cama, de banho, de tudo, sabe? Ficava brava, hoje eu não falo nada pra ela, perto do que eu falava, perto do que eu brigava, hoje eu liguei pra ela, hoje eu falo assim “Cê fez xixi na cama?”, ela falou assim “Fiz, hoje eu fiz”. “Então, põe o seu colchão no sol”.

Apesar de Marta observar uma melhora no problema de Taís de “fazer xixi na cama”, bem como mudanças no relacionamento com a filha, como a diminuição de cobranças e brigas, ambas relacionadas à queixa inicial, ela se mostra desapontada com o resultado obtido na terapia, considerado por ela aquém do esperado. Assim, é possível pensar que, embora essas dificuldades no relacionamento entre Marta e Taís tenham sido tomadas como importantes pelos terapeutas, estas não eram consideradas como problema para a participante Marta.

É possível que tanto as expectativas de Marta, de uma terapia mais diretiva, como a dificuldade dos terapeutas de construírem um pedido relacional para a terapia possam ter contribuído para a criação de um distanciamento entre o que era esperado pela participante e o que era oferecido pelos terapeutas. É possível, também, que a dificuldade de construção de uma relação de ajuda nesse caso esteja associada ao fato de os atendimentos serem desenvolvidos por alunos em formação. Talvez, na busca por aplicarem corretamente os recursos teóricos estudados, os terapeutas tenham assumido uma postura mais técnica, sentindo-se menos confiantes para flexibilizarem suas posturas no atendimento, o que prejudicou sua responsividade à situação (Guanaes, 2006).

Além das queixas iniciais que motivaram a busca pela TF, os participantes relataram outras mudanças alcançadas na terapia e que não eram almeçadas, tais como melhora na convivência familiar, maior aproximação/união na família e, especialmente, melhora do diálogo entre os familiares:

Bruno: O diálogo, eu acho que ele foi amadurecendo. (...) A gente começou [a terapia] com diálogos até de discussões, eu lembro que a gente chegava até meio que dar umas ranhetadas um com o outro, eram diálogos assim não muito produtivos. (...) Essa talvez seja a mais importante conquista da gente, né? Quer dizer, hoje a gente conversa pra chegar a

alguma... algum ponto, não uma conclusão, mas alguma coisa que concretamente a gente possa fazer, né? Ações que a gente possa desencadear, não simplesmente conversar por conversar, pra matar o tempo ou pra descarregar coisas um no outro...

Nesse sentido, um dos aspectos mais valorizados pelos participantes foi a função, exercida pelos terapeutas, de mediar o diálogo entre os familiares. Aparece, então, a especialidade do terapeuta como “arquiteto do diálogo” (Anderson, 2009), na medida em que é capaz de ajudar no desenvolvimento de um espaço conversacional livre, que facilite a emergência de novos sentidos e, assim, novas realidades.

Todavia, a participante Cláudia faz um apontamento importante, que é a dificuldade em manter o espaço de diálogo/escuta fora do contexto terapêutico:

Cláudia: A impressão que dá é que se você conversar lá [na terapia], lá você consegue conversar porque, vamos supor, se você for falar com um filho, se você tá aqui em casa, ele “Ê, não é assim!” (fala imitando um grito) ele vai te responder. E você não vai ficar quieta, isso vai gerar, vai gerar a confusão. Lá [na terapia] não. Lá ninguém vai querer brigar na frente de vocês [terapeutas], entendeu? Então lá a gente quer ficar bem comportadinho (risos), quer ficar tudo bonzinho na frente de vocês.

Portanto, um dos desafios que se coloca para a prática da TF é justamente o de fazer com que os familiares consigam transpor o espaço de diálogo/escuta que é possível na terapia, para além do contexto terapêutico, sem a necessidade de mediação do terapeuta. Segundo Grandesso (2000), ao término da terapia é como se os clientes pudessem levar consigo o terapeuta internalizado, podendo dialogar com o mesmo em suas conversações internas. Ou, pode-se dizer também, dialogar com os outros através da perspectiva que o terapeuta lhe deixou como possibilidade.

### *Relação com a equipe de terapeutas*

Como mencionado, vários participantes referiram um sentimento de desconforto/apreensão no início da terapia diante da situação de ser atendido por uma equipe formada por quatro terapeutas, devido ao receio de ser julgado/analisado por estes. Nesse sentido, Tâmara, por exemplo, refere que “Quatro [terapeutas] já inibe mais que uma, né? É até assim, às vezes você tem medo até de falar, sair alguma besteira (...) o que vocês [terapeutas] vão pensar da gente?”.

Porém, ao mesmo tempo que se nota esse receio/insegurança inicial, a presença de quatro terapeutas pareceu também transmitir a esperança de maior ajuda, trazendo conforto e segurança. Os participantes expressaram isso de diversas formas, referindo-se, por exemplo, às terapeutas como “anjos de Deus” (Lurdes), ou descrevendo a situação de atendimento como de “extremo cuidado”:

Bruno: Aqui [na TF] a gente fica, eu acho que numa situação até contrária [à da terapia de grupo], a gente tem mais profissionais do que as pessoas que tão ali buscando, né, um apoio, né? Então, eu acho que é uma situação assim de extremo cuidado. Eu, eu sinto... Você tem todo o tempo pra falar... Então isso eu acho que faz muita diferença.

Dessa forma, a presença de uma equipe de atendimento formada por quatro terapeutas parece ser tanto significada de forma positiva, como capaz de oferecer uma maior ajuda/cuidado, quanto de forma negativa, pelo receio de ser mal avaliado pelos terapeutas. Guanaes-Lorenzi et al. (2012) fazem uma discussão semelhante a respeito do atendimento com a presença da equipe reflexiva em um Serviço público de saúde mental, apontando como, ao mesmo tempo que os pacientes sentem um receio por serem avaliados ou julgados por esta, sentem-se bem por serem assistidos por tantas pessoas, preocupadas em compreender e auxiliá-los quanto ao problema que os trouxe ao serviço.

No presente estudo, a participação da equipe reflexiva parece ser significada também dessas duas formas diferentes, ora com a função de analisar todos os gestos/falas dos familiares para melhor identificar o real problema/situação a ser resolvida/modificada na terapia, que se optou por chamar de “equipe especialista”, ora com a função de introduzir novas perspectivas sobre um determinado problema/situação, que se optou por chamar de “equipe colaboradora”. A contribuição da “equipe especialista” consiste justamente no fato de que por estar deslocada da conversa (na posição de escuta) ela consegue perceber melhor detalhes/particularidades dessa conversa que não foram percebidos nem pelos terapeutas e nem pelos familiares e apontá-los, para que tudo possa ser analisado e discutido:

Armando: Elas [as terapeutas da equipe reflexiva] pegavam as particularidades, pegavam pontos que às vezes não tinham sido abordados pelas terapeutas, elas pegavam esses pontos e... pra gente discutir todos, e num deixava, pra num passar nada em branco realmente, pra abordar todos os assuntos, todas as peculiaridades, todos o assunto ali que tava sendo tratado, acho que isso foi muito bom.

Ainda que os participantes valorizem a posição ocupada pela equipe reflexiva no atendimento, a visão que eles têm sobre esta difere da que é proposta teoricamente. Enquanto essa posição é descrita por Andersen (1991) como um recurso para refletir sobre aberturas ainda não pensadas na conversa entre terapeutas e clientes, os participantes parecem valorizar tal posição pela possibilidade de melhor apreensão do verdadeiro problema ou, ainda, pela oportunidade de esgotar todas as possibilidades de análise sobre uma situação. Assim, mesmo quando concebida com base em uma epistemologia pós-moderna, crítica à visão de uma realidade objetiva passível de ser observada, os discursos dos participantes ainda foram atravessados pelo discurso moderno, sendo seus atendimentos avaliados a partir desse entendimento (Grandesso, 2000; Guanaes-Lorenzi et al., 2012).

Ao mesmo tempo que é vista como especialista, a equipe reflexiva também é vista como colaboradora, ao acrescentar pontos de vista diferentes sobre uma situação, confirmar ideias e fazer comentários, algo também visto como possível pelo fato de a equipe estar distante da conversa:

Bruno: [A contribuição] das meninas [da equipe reflexiva], como eu disse, é esse olhar externo, é bacana o jeito que é feito porque dá essa impressão de alguém que tá ouvindo de fora [...] A gente ouve parece que é alguém de fora que tá falando, “Olha, eu tô vendo vocês todos aí conversar...” e inclusive comenta, né, comentários, faz comentários sobre os comentários dos terapeutas, né? Eu acho que é, é uma coisa que complementa de uma forma muito importante o que é feito durante a terapia.

Essa visão da equipe reflexiva como colaboradora se aproxima da proposta de Andersen (1991), pois parece ser tida pelos participantes como um recurso por ampliar as vozes em diálogo, trazendo novas perspectivas de entendimento sobre uma determinada situação, sem receber necessariamente o *status* de um entendimento mais correto ou verdadeiro. Vale destacar, no entanto, que, independente de ser significada como especialista ou colaboradora, a equipe reflexiva foi vista como um recurso de ajuda por todos os participantes da pesquisa justamente por estar em uma posição diferenciada dos demais, isto é, na posição de escuta.

## Considerações finais

O presente trabalho permite uma articulação entre a pesquisa e a prática desenvolvida em TF. Ao se propor a compreender como os familiares significam

seu processo terapêutico, este estudo contribui com a construção de conhecimento sobre a prática clínica em TF, dando maior visibilidade para a complexidade de seu processo. De modo geral, as entrevistas indicam que os participantes valorizaram muitos aspectos do atendimento realizado, os quais guardam semelhanças com algumas ênfases construcionistas que a literatura da área aponta.

Um dos aspectos mais valorizados pelos participantes foi o espaço de diálogo/escuta que foi possível estabelecer entre os familiares na terapia, em que todos puderam colocar suas opiniões, bem como ser ouvidos pelos outros. Assim, pode-se pensar no papel do terapeuta como especialista do processo conversacional, o qual teria o papel essencial de facilitar o processo dialógico, permitindo a negociação e a emergência de novos significados (Anderson, 2009).

O diálogo no contexto terapêutico foi fundamental por possibilitar a compreensão por parte dos participantes da multiplicidade de entendimentos possíveis para uma mesma situação, o que tornou possível que novos significados sobre os problemas surgissem. O contato com versões diferentes sobre uma mesma situação ou problema contribuiu para o deslocamento de uma perspectiva individual para uma perspectiva relacional de compreensão da queixa que os levou a terapia, o que levou a uma redefinição das posições ocupadas pelos familiares na construção do problema, gerando meios alternativos de enfrentamento destes (Rasera & Guanaes, 2010).

O deslocamento de uma perspectiva individual para uma relacional de entendimento dos problemas parece ter sido importante não somente ao promover uma atitude de responsabilização relacional (McNamee & Gergen, 1999) em oposição a uma de culpabilização individual, como também por favorecer que a queixa inicial, geralmente centrada em apenas um membro da família, perdesse um pouco de sua centralidade nas narrativas dos familiares, o que remete à ideia de “dissolução dos problemas” em vez de “solução de problemas” (Anderson, 2009).

Outro aspecto valorizado pelos participantes foi a presença da equipe reflexiva na TF, a qual foi significada tanto com a função de trazer perspectivas novas sobre um problema/situação (equipe colaboradora), quanto de auxiliar na descoberta do real problema a ser modificado na terapia (equipe especialista), mas, de qualquer forma, capaz de proporcionar um maior cuidado no atendimento.

É interessante destacar que, embora os participantes tenham assinalado vários aspectos positivos sobre o atendimento realizado, compatíveis com os pressupostos construcionistas ou pós-modernos para a TF, estes muitas vezes foram descritos em termos de pressupostos modernos, tal como observado por Grandesso (2000). Dessa forma, o deslocamento de um discurso individualista tradicional

para um mais relacional dos problemas passou por uma busca das verdadeiras causas/origens destes; pelo entendimento de que os terapeutas detêm um saber maior sobre os problemas e, nesse sentido, têm condições de conduzir os familiares à descoberta de como solucioná-los; e pelo fato de que a equipe reflexiva, apesar de ser significada como um recurso de ajuda, foi também compreendida em uma posição de avaliação e julgamento, causando certo desconforto, sobretudo no início da terapia.

Por fim, uma das mudanças assinaladas pelos participantes como decorrentes do processo terapêutico foi a melhora do diálogo entre os familiares, o que parece ter refletido em uma melhora na convivência e em uma maior aproximação/união entre eles. Contudo, também foram apontadas dificuldades no diálogo fora do contexto terapêutico, de modo que essa questão coloca-se como um dos desafios para a prática da TF.

Espera-se que este estudo possa fornecer indicações relevantes para os profissionais que trabalham com a TF ao apontar como algumas ênfases construcionistas podem contribuir para uma avaliação positiva ou negativa do atendimento, em termos das mudanças alcançadas, bem como ao explicitar como algumas dessas posturas são significadas pelos clientes. Assim como sugerem Gehart, Ratliff e Lyle (2001, p. 267), espera-se que este estudo qualitativo tenha um efeito clarificador sobre a utilidade da TF no cotidiano das famílias, trazendo “as vozes dos clientes para o diálogo formal da profissão”.

## Referências

- Andersen, T. (1991). *Processos reflexivos*. Rio de Janeiro: Noos.
- Andersen, T. (1998). Reflexões sobre a reflexão com as famílias. In S. McMamee, & K. J. Gergen (Orgs.), *A terapia como construção social* (p. 69-83). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Anderson, H. (2009). *Conversação, linguagem e possibilidades*. São Paulo: Roca.
- Anderson, H. (2012). Collaborative practice: a way of being “with”. *Psychotherapy and Politics International*, 10(2), 130-145.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1998). O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não-saber. In S. McNamee, & K. J. Gergen (Orgs.), *A terapia como construção social* (p. 35-50). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(1), 46-74.
- Costa, L. F. (2010). A perspectiva sistêmica para a clínica da família. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, (26) n. especial, 95-104.

- Diniz Neto, O., & Féres-Carneiro, T. (2005). Eficácia psicoterapêutica: terapia de família e o efeito “Dodó”. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 355-361.
- Gehart, D. R., Ratliff, Dan A., & Lyle, R. R. (2001). Qualitative research in family therapy: a substantive and methodological review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(2), 261-274.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
- Grandesso, M. (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Grandesso, M. (2009). Desenvolvimentos em terapia familiar: das teorias às práticas e das práticas às teorias. In L. C. Osório, & M. E. P. Valle (Orgs.), *Manual de terapia familiar* (p. 104-118). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Guanaes, C. (2006). *A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social*. São Paulo: Vetor.
- Guanaes-Lorenzi, C., Santos, M. V., Brunini, F. S., Ishara, S., Tofoli, S. M. C., & Real, E. M. (2012). A construção de um programa de assistência familiar em um hospital-dia psiquiátrico: desafios e potencialidades. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 43, 54-72.
- McNamee, S., & Gergen, K. (1998). *A terapia como construção social*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McNamee, S., & Gergen, K. (1999). *Relational responsibility: resources for sustainable dialogue*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- McNamee, S., & Hosking, D. M. (2011). *Research and social change: a relational constructionist approach*. New York/Oxford: Routledge.
- Moscheta, M. S. (2014). A pós-modernidade e o contexto para a emergência do discurso construcionista social. In C. Guanaes-Lorenzi et al., *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento* (p. 23-47). Rio de Janeiro: Editora do Instituto Noos.
- Pinheiro, O. G. (1999). Entrevista: uma prática discursiva. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (p. 183-214). São Paulo: Cortez.
- Pynsof, W. M., & Wynne, L. C. (2000). Toward progress research: closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(1), 1-18.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2007). *Grupo como construção social: aproximações entre construcionismo social e terapia de grupo*. São Paulo: Vetor.
- Rasera, E. F., & Guanaes, C. (2010). Momentos marcantes na construção da mudança em terapia familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 315-322.
- Vasconcellos, M. J. E. (2002). *Pensamento sistêmico. O novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus.

- White, M., & Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Buenos Aires: Paidós.
- Willott, S., Hatton, T., & Oyeboode, J. (2010). Reflecting team processes in family therapy: a search for research. *Journal of Family Therapy*, 34(2), 180-203.

Recebido em 21 de agosto de 2013

Aceito para publicação em 13 de outubro de 2014

# À ESCRITURA COMO DISPOSITIVO CLINÂMICO

*WRITING AS CLINAMIC APPARATUS*

*LA ESCRITURA COMO DISPOSITIVO CLINÂMICO*

*Renata Amélia Roos\**

*Cleci Maraschin\*\**

*Luciano Bedin da Costa\*\*\**

## RESUMO

Este artigo problematiza o conceito de clínica propondo uma interlocução com a concepção filosófica de *clinâmen*. De uma concepção de clínica relacionada ao ato de se debruçar em um leito, repouso, passa-se para um fazer que envolve o desvio, a colisão e a criação conjunta. Para isso, apresenta a escritura dos movimentos de construção dos territórios relacionais entre psicóloga escolar e aluno do ensino médio de uma escola privada do Vale do Rio dos Sinos no Rio Grande do Sul. A experiência desacomodou lugares hegemônicos da clínica tornando ambos, psicóloga e aluno, partícipes de uma escritura comum, entendida como dispositivo, realizada virtualmente por meio de uma ferramenta chamada Google Docs. O escrever junto que essa modalidade tecnológica favorece, permitiu a criação de novas possibilidades de relação, num território que, até então, fazia-se inacessível, esgotado e incrédulo. Para além da proposição de uma outra clínica, o clinâmico é compreendido como plano e operador de desvios, componente de passagem para aquilo que não está atualizado em uma relação, mas que se mostra vívido enquanto potência, acionado em cada novo encontro, a cada nova colisão.

Palavras-chave: clínica; clinâmen; escritura.

## ABSTRACT

This paper questions the notion of clinic by proposing a dialogue with the philosophical notion of *clinamen*. From a notion of clinic related to the act of leaning on a bed, repose, we shift to an action that involves detour, collision, a joint

\* Instituição Evangélica de Novo Hamburgo, Novo Hamburgo, RS, Brasil.

\*\* Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

\*\*\* Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

creation. In order to do so, we present the writing of movements of creating the relational territories between educational psychologist and high school student in a private school of Vale do Rio dos Sinos in Rio Grande do Sul. The experience has disarranged hegemonic positions in clinic causing them both, psychologist and student, to take part in shared writing, perceived as an apparatus, virtually performed by means of a tool called Google Docs. Shared writing, favored by this technological mode, has enabled the creation of new relation possibilities, within a territory that, till then, was unapproachable, exhausted and skeptic. Beyond the proposition of another clinic, clinamic is understood as a space and detour operator, a shifting component to what is not actualized in a relationship, but reveals to be vivid as potentiality, actuated at every new rendezvous, every new collision.

Keywords: clinic; clinamen; writing.

## RESUMEN

Este artículo problematiza el concepto de clínica proponiendo una interlocución con la concepción filosófica de clinamen. De una concepción de clínica relacionada a la acción de debruzarse en un lecho, reposo, se pasa a un hacer que involucra el desvío, la colisión y la creación conjunta. Para esto, la escritura presenta dos movimientos de construcción de los territorios relacionales entre la psicóloga escolar y el alumno de secundaria años finales de una escuela privada do Vale do Rio dos Sinos en Rio Grande Sul. La experiencia desacomodó lugares hegemónicos de la clínica haciendo de ambos, psicóloga y alumno, partícipes de una escritura común, entendida como dispositivo, la cual fue realizada virtualmente por medio de una herramienta llamada Google Docs. El hecho de escribir juntos, lo que esta modalidad tecnológica favorece, permitió la creación de nuevas posibilidades de relación, en un territorio que, hasta aquel entonces, se hacía inaccesible, agotado e incrédulo. Para más allá de la proposición de otra clínica, el clínico es comprendido como un plan operador de desvíos, componente de pasaje para aquello que no está utilizado en una relación, pero que se muestra vivido como potencia, accionado a cada nuevo encuentro, a cada nueva colisión.

Palabras clave: clínica; clinamen; escritura.

*Enquanto eu acompanhava rios impassíveis,  
Não me senti mais guiado pelos rebocadores.*

(Rimbaud, 2003, p. 59)

O artigo em questão associa-se às intersecções experimentadas entre a clínica psicológica, a escritura e o pensamento da diferença, intersecções que não encerram ou apaziguam o sentido, mas que, do contrário, disparam novas relações e sentidos possíveis para esses três termos. Para isso, faremos uso de uma concepção de clínica agenciada pelo conceito epicurista/lucreciano de *clinâmen* (Deleuze, 2003), contrapondo-a ao conceito de *clino/kliné*, etimologicamente associado a repouso e passividade. A partir dessa discussão etimológica/conceitual nos perguntamos se a cartografia, enquanto mapeamento e dispositivo produtor de linhas de criação, não poderia ser uma aliada nessa concepção de clínica-desvio, a que chamaremos clinâmica. Para operar em meio a esse plano conceitual compartilhamos uma experiência vivenciada no âmbito escolar, experiência que desacomodou lugares clínicos hegemônicos tornando, aluno e psicólogo, partícipes de uma escritura comum, esta realizada virtualmente por meio da ferramenta *Google Docs*<sup>1</sup>. O uso dessa modalidade tecnológica permitiu-nos a criação de um território relacional singular e, possivelmente, o mais potente entre as demais iniciativas.

A questão que nos parece primordial na clínica que vai sendo engendrada e que buscamos colocar em evidência seria o deslocamento de posições identitárias para uma posição inventiva, não polarizada, não estratificada, de modo a pensar, a partir de um jogo de alternâncias, os relevos desse mapa produzido no encontro potencialmente desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, insuflado, sobretudo, a partir do que se desvia, de suas linhas de fuga, superfície de registro e operador clinâmico.

Mesmo diante de um adolescente encaminhado ao serviço de psicologia de uma escola privada da Região do Vale do Rio dos Sinos (RS) que trazia consigo uma série de queixas e estereótipos já cristalizados – psiquiátrico (diagnóstico de depressão, a partir de algumas tentativas de suicídio, abuso no uso de videogames, restrições alimentares e distúrbio do sono); escolar (infrequência e dificuldade de integração com a turma, passando a maior parte dos recreios e aulas em isolamento por timidez); familiar (irmão, por parte de pai, internado por dependência química) –, a ideia seria pensar, fazendo uso de Orlandi (2007, p. 12), se seria possível criarmos “uma clínica que corresponda ao sofrimento de quem a procura e que seja capaz de buscar linhas de intensificação da vida, as únicas que, em última instância, agitando potências até mesmo inesperadas e impensáveis, poderão delinear trajetos eticamente mais dignos pelo vasto campo de dilacerações”?

## O clinâmico da clínica, *diabolus* clínico

*Quando com meus rebocadores acabou a gritaria,  
os rios me deixaram descer onde queria.*

(Rimbaud, 2003, p. 59)

Historicamente, a concepção de clínica a que temos mais acesso está relacionada a práticas curativas. Não por acaso, relaciona-se à matriz etimológica *clino*, elemento composto do grego *kliné*, leito, repouso; e *klino*, inclinar-se (Cunha, 2010, p. 156). Essa perspectiva, agenciada por práticas e saberes médicos disciplinares (Foucault, 1987), faz da clínica um território predeterminado, esquadrihado a partir de lugares prévios e estabelecidos. De um lado, a figura do clínico, aquele que se debruça (*klino*) sobre o leito (*kliné*), no qual a figura do paciente repousa, esperando desse outro alguma ação capaz de apaziguar seu incômodo, de retirá-lo da diabólica posição em que se encontra. O que se espera desse que se prostra é uma confissão, que seu corpo, ou mesmo sua fala, confesse os signos de sua doença, tendo em troca a promessa, explícita ou tácita, de um alívio ou remissão. O próprio *setting* clínico hegemonicamente favorece esse tipo de posição: paredes brancas, leito, poltronas, silêncio, divã. Muitas vezes, apartado de seu processo, o paciente torna-se, ele mesmo, espectador de seu próprio espetáculo, uma espécie de *spectator-spectrum* (Cunha, 2010, p. 264), aquele que assiste a si mesmo (*spectator*) ao mesmo tempo que fantasmagoricamente se desfaz nessa imagem assistida (*spectrum*). Resta-lhe, então, um espectro (visão), este materializado em um exame, diagnóstico, receituário ou mesmo em um prontuário evolutivo. Esse corpo-*spectrum* se aproxima do que Aragon (2007, p. 44) chama de “corpo-concebido-como-cadáver”, o qual voluntariamente entra no consultório para fazer exames de toda sorte a fim de se assegurar de sua condição de saúde, de um diagnóstico ou de uma doença.

O interessante é que, segundo o autor, quanto mais esse corpo é colonizado por tais ideias que o aprisionam numa imagem fixa, a do paciente, mais ele se torna potencialmente fragmentário. “Quanto mais se reproduzem concepções sobre o corpo, sem considerar a coletividade dos fatores, atuais ou potenciais – que estão em sua presença –, mais fragmentos formam-se, e com eles, mais angústia” (Aragon, 2007, p. 44-45). O que nos parece interessante nessa perspectiva, independentemente da angústia gerada, são os movimentos de resistência inerentes ao próprio ato clínico. Em outras palavras, trata-se de perguntar que formas e processos pedem passagem nisso que aparentemente repousa e se prostra? Que modos de re/existência são possíveis com a, e apesar da, clínica? Abrimos, pois,

um espaço para pensar o clinâmico da clínica, e é desse lugar que agora nos colocaremos a explicitar.

No Apêndice 2 de *Lógica do sentido* (2003, p. 273-286), Deleuze faz uma interessante leitura da teoria atômica de Lucrecio. Nesta, apresenta o conceito de clinâmen, potente intercessor para que possamos pensar a clínica por um outro viés. Ao invés de *klino-kliné*, par sógnico portador de fixidez/reposo/passividade, o clinâmen nos conduz a uma ideia de movimento, ainda que se trate de um movimento todo especial. De acordo com Deleuze (2003), a importância de Lucrecio para a filosofia está em pensar o diverso enquanto diverso e não apenas como um produto/soma subsumido a um Todo. Além de ter como princípio a diversidade, à Natureza também estaria incumbida a tarefa de produção do diverso. “A Natureza como produção do diverso não pode ser senão uma soma infinita, isto é, uma soma que não totaliza seus próprios elementos” (Deleuze, 2003, p. 274).

Na teoria de Lucrecio não há combinação que possa abranger todos os elementos da Natureza, ao mesmo tempo que não há um mundo único ou um ser totalizante. “A Natureza é como a capa de Arlequim, toda feita de cheios e vazios; cheios e vazio, seres e não-ser” (Deleuze, 2003, p. 274). O que há nessa capa é uma contínua variação entre seus componentes, um universo plural e excêntrico marcado por conexões, densidades, choques, encontros, enfim, movimentos nos quais toda e qualquer forma, seja esta física ou imaterial, é formada. Na medida em que não há uma totalidade, seja ela da ordem de uma moral prévia ou teleologia (capaz de abarcá-la), qualquer componente da natureza é potencialmente capaz de se conectar a outro, produzindo composições ou mesmo colisões. “A Natureza não é atributiva, mas conjuntiva: ela se exprime em ‘e’ e não em ‘é’. Isto e aquilo: alternâncias e entrelaçamentos, semelhanças e diferenças, atrações e distrações, nuances e arrebatamentos” (Deleuze, 2003, p. 274).

Todavia, para que pudesse ser pensado a partir da variação contínua, o naturalismo de Lucrecio precisou fazer uso de um princípio de causalidade capaz de dar conta da produção do diverso, algo necessariamente desvinculado da ideia de um Todo e de um ser uno criador-denominador de todas as coisas. Na tentativa de tornar o movimento como primeiro, faz uso da noção de clinâmen, a mínima parcela de desvio capaz de colocar um átomo em fuga. Fazendo uso da cosmologia epicurista, Lucrecio parte do pressuposto de que a Natureza é, antes de tudo, um sistema atômico. Para quem das formas definidas, há um universo de átomos em queda, um mundo atômico marcado por velocidades e lentidões, de átomos que caem verticalmente de forma linear e que, por um diferencial de matéria, por uma espécie de impulso, *conatus* (Deleuze, 2003, p. 276), produzem uma declinação, um desvio potencialmente capaz de produzir encontro ou coli-

são com átomos vizinhos. Esse *minimum* de inclinação e de tempo é chamado de clinâmen, intervalo infinitesimal onde o desvio é possível, antes mesmo do encontro. Desses encontros, colisões, é que as formas possíveis são produzidas. Portanto, ainda que o clinâmen marque um desvio, uma variação no movimento, há de considerar o jogo de dados envolvido na criação, ou não, de uma nova forma a partir da colisão. “O choque, na verdade, é tanto repulsivo quanto combinatório” (Deleuze, 2003, p. 274-275). Em outras palavras, não é porque há desvio que haverá criação. Eis o sentido trágico dessa teoria.

Na proposição III do platô 12, Deleuze e Guattari (1997b, p. 25) retomam essa concepção: “o clinâmen é o ângulo mínimo pelo qual o átomo se afasta da reta”. Segundo os autores, ao lado de Demócrito e Arquimedes, a teoria da natureza de Lucrecio cria condições para pensarmos numa ciência menor, em uma epistemologia nômade. Ao invés de se constituírem a partir de axiomas, ou de partirem de um mesmo ponto, de um único centro, tais concepções operariam a partir de uma ex/centricidade. Excêntricas, obedecem a um modelo hidráulico ao invés de a uma teoria dos sólidos, considerando os fluidos e fluxos como primeiros. “O atomismo antigo é indissociável dos fluxos, o fluxo é a realidade mesma ou a consistência” (Deleuze & Guattari, 1997b, p. 25).

No platô 11, Deleuze e Guattari (1997<sup>a</sup>) apresentam a consistência como aquilo que faz com que os heterogêneos coabitem um mesmo agenciamento apesar de suas diferenças de potenciais. “O problema da consistência concerne efetivamente à maneira pela qual os componentes de um agenciamento territorial se mantêm juntos” (Deleuze & Guattari, 1997<sup>a</sup>, p. 138). Isso nos faz pensar que as formas que ganham existência são sempre dinâmicas, pois necessitam de um fluxo que as mantenha, ou seja, são sempre processuais. Todavia, ao operar justamente nessa junção de diferenças, sendo o plano/território no qual as heterogeneidades se relacionam, a consistência só se mantém a custo de seu próprio escape, de seu potencial clinâmico. De acordo com os autores, da mesma forma que se considera o território, deve-se levar em conta também a maneira pela qual se mantêm os diferentes agenciamentos, e é, talvez, o componente mais desterritorializado, o vetor desterritorializante, que garante a consistência do território” (Deleuze & Guattari, 1997<sup>a</sup>, p. 138).

Ao considerarmos a clínica como constituição de territórios (relacionais, existenciais ou mesmo morais), um desafio que nos parece interessante é o de como situar e ao mesmo tempo potencializar seus vetores de escape, linhas de fuga, sem prendê-los ou submetê-los a sistemas interpretativos ou mesmo analíticos. Fazendo uso de uma imagem rimbaudiana<sup>2</sup>, o problema da consistência traz à tona o barco ébrio da clínica, ao que chamaremos aqui de clinâmico da clínica.

Ao invés de encerrar um processo ou de trazer para si, o clinâmico é aquilo que se desprende de uma rota esperada fazendo-nos navegar por outros mares e ventos. Poeticamente diríamos que o clinâmico é o lado diabólico da clínica, aquilo que, ao invés de sim/bolizar, de reunir os disparatados signos de uma relação num símbolo, opera por cisão. *Diabolus* como “aquilo que desune” (Cunha, 2010, p. 215), componente disjuntivo de uma relação que, não por acaso, torna-se ameaçadora. “Eu que tremia, ouvindo gemer de cinquenta léguas, o cio dos demônios e dos abismos estreitos” (Rimbaud, 2003, p. 61). Na tentativa de pensar a clínica não somente como forma ou enquadre, mas sobretudo enquanto potência clinâmica, há de se considerar um método que favoreça o acompanhamento do desvio ali onde ele se mostra mais vívido e emergente. Com a figura do cartógrafo-clínico, desse *diabulus* clínico, pensamos encontrar um meio possível para que o cio dos demônios da clínica se apresente enquanto força e não somente como algo a ser expurgado, resistido ou mesmo negligenciado. É esse movimento que agora nos colocaremos a expor.

## A clínica como cartografia

*A tempestade abençoou meus despertares marinhos.  
Mais leve que a rolha dancei sobre ondas  
Que são para as vítimas eternos redemoinhos  
Dez noites, sem lamentar o olho tolo dos faróis!*  
(Rimbaud, 2003, p. 59)

Pensar a clínica a partir do clinâmico é um desafio que tem nos acompanhado em nossos estudos (Teixeira & Barros, 2009; Barros, Benevides de Barros, & Passos, 2001) e práticas. Metodologicamente, estamos tentando articular estratégias que possam, ao mesmo tempo que circunscrever/mapear os desvios estabelecidos numa relação, potencializar/operar novos agenciamentos a partir dessa relação estabelecida. A clínica, nesse sentido, é entendida (por nós) como uma prática/ética para além de um exercício disciplinar exclusivo, não restrita previamente a saberes médicos, psicológicos ou de qualquer outro campo da saúde. Trata-se, segundo nossa compreensão, de movimentos operados e manejados a partir de uma relação, da constituição de um lugar – *ethos* clínico –, este podendo, ou não, ser curativo ou mesmo terapêutico. A partir disso, encontramos a cartografia enquanto possibilidade metodológica para mapear e potencializar esses movimentos, dando passagem ao que de potente se anuncia nos mesmos.

Ainda que funcione como uma metodologia às avessas, um *hódos-metá* (Passos, Kastrup, & Escóssia, 2009, p. 11), a cartografia nos suscita novas perguntas diante da realidade a ser pesquisada, uma postura ético-estética de valoração do processo ao invés da simples busca por resultados. Falamos, pois, de um pesquisador que é também clínico, um apoiador/facilitador/operador de desvios clínicos sempre que estes se tornam potencialmente criadores. O pesquisador/clínico assume o lugar de cartógrafo e leva consigo um leque de preocupações fomentadas e produzidas durante seu próprio percurso de pesquisa. De acordo com Deleuze e Guattari (1995), Passos, Kastrup e Escóssia (2009), Romagnolli (2009), Fonseca e Kirst (2003), Rolnik (2008), mesmo que não pesquise sustentado por uma rede de aprioris, o pesquisador levará consigo um roteiro de preocupações, focando-se nos processos e naquilo que irrompe na medida em que a própria cartografia é traçada. Trata-se, ao mesmo tempo, de um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo no qual a ideia é transformar para conhecer, diferente da suposta neutralidade reivindicada por uma tradição científica.

Nesse sentido, ao assumirmos a clínica enquanto exercício de intervenção e pesquisa, parece-nos possível pensar em uma clínica-cartográfica, esta entendida como construção de um plano comum, um comum consistente, capaz de comportar heterogeneidades, vias de escape, componentes de passagem.

Devemos construir um comum que não é pautado em relações de semelhança nem tampouco de identidade. O conceito de comum se define por sua consistência experiencial e concreta, e constitui um desafio a ser permanentemente enfrentado, não sendo jamais conquistado de modo definitivo. O comum é aquilo que partilhamos e em que tomamos parte, pertencemos, nos engajamos (Kastrup & Passos, 2013, p. 268).

Esse comum da clínica, que pode se dar numa relação a dois ou mesmo grupal, não diz respeito ao que é somente transitivo, comunicável, partilhável ou reconhecível. A construção desse comum é a própria expressão da consistência, disso que garante a coabitação das diferenças num mesmo espaço ou relação, um território. A clínica, enquanto cartografia, deve ser, sobretudo, uma aposta, um investimento na consistência das relações como agente disparador de movimentos, antes mesmo de um *setting* ou plano de intervenção bem definido. O desafio, nos parece, é pensar num *hódos-metá* clínico, num método clínico operado a partir de sua inversão, da operacionalização de um navegar que traça o caminho na medida em que se depara com aquilo que lhe impõe resistência, colisão.

Nesse sentido, ao comportar e se nutrir de imprevisíveis, os movimentos operados numa clínica se aproximam de uma prática cartográfica. O “método cartográfico, útil para descrever processos mais do que estados de coisa, nos indica um procedimento de análise a partir do qual a realidade a ser estudada aparece em sua composição de linhas. É pela desestabilização das formas, pela sua abertura (análise) que um plano de composição da realidade pode ser acessado e acompanhado” (Passos & Eirado, 2012, p. 109). Se, por um lado, a cartografia é experimentação, “pragmática” (Deleuze & Guattari, 1995), por outro é também analítica. De toda forma, trata-se de uma análise que opera a criação de fendas, que ao invés de encerrar – oferecendo um diagnóstico ou interpretação – lança-se ao sabor dos mares e dos ventos tempestuosos. A análise, ao comportar índices clínicos, deve também ser um exercício de consistência, um operador de vias possíveis para que os heterogêneos continuem a funcionar enquanto heterogeneidade.

Analisar é abrir as formas da realidade, aumentando seu *quantum* de transversalidade, sintonizando seu plano genético, colocando lado a lado, em uma relação de contiguidade, a forma fenômeno e as linhas de sua composição, fazendo ver que as linhas penetram as formas e que as formas são apenas arranjos de linhas de força (Passos & Eirado, 2012, p. 110).

Fazer uso da clínica enquanto cartografia nos parece uma possibilidade não só de demarcar, mas de acompanhar e facilitar o fluxo das imprevisibilidades que a habitam, territórios que o cartógrafo clínico não conhece previamente senão através de algumas pistas. Em meio aos acontecimentos, o cartógrafo-clínico segue linhas ao mesmo tempo que continua traçando-as. E nessa artistagem, em meio às individuações, compartilha sensibilidades com os agentes envolvidos na construção desse plano comum que dispara novos sentidos. Em outras palavras, como já havíamos escrito, trata-se de uma pesquisa. O cartógrafo-clínico é também um pesquisador, ainda que seu pesquisar reserve para si traços diferenciais bastante singulares. O pesquisar, segundo Simondon (2009), é um ato eminentemente marcado por encontros entre o pesquisador e campo de pesquisa. Cada um desses elementos se redefinem a partir da interação, do encontro. E, nesse sentido, a pesquisa é o próprio campo de constituição de possíveis, jogo de dados capaz de redimensionar e produzir novos sentidos na medida em que os acontecimentos se dão.

No que diz respeito ao plano de apreensão, não há como concebermos separadamente um sujeito observador e seu objeto visto. Ambos são marcados pelo *clinâmen*, constituem um plano comum na medida em que embarcam no espaço infinitesimal do desvio, nesse *minimum* de tempo em que se dá o exercício

próprio do pensamento. Tomando como critério essa existência marcada a partir, e no, *clinâmen*, não há como concebermos sujeito e objeto, ou mesmo terapeuta e paciente como existências *a priori*, preexistindo em essência (pré-existentes), mas entendê-los a partir de uma abordagem enativa, como produção: “a realidade não é dado: depende do percipiente, não em virtude de se construir por capricho, mas porque o que conta como mundo relevante é inseparável do que a estrutura do percipiente é” (Varela, 1992, p. 23). E assim, cada ação no mundo é uma dobra no caos, uma dentada, que implica uma política e uma ética na intervenção sobre a realidade (que pode ser tomada como atual e virtual; formas e forças).

Nessa perspectiva, considera-se possível uma pesquisa/clínica que se comprometa com o afeto do pesquisador, sem, no entanto, cair na confissão ou no egoísmo. Trata-se da posição de quem faz alguma coisa e não mais da de quem fala ou age sobre alguma coisa, trata-se do fazer com. O pesquisador-clínico-cartógrafo não apenas se debruça sobre seu objeto (*klino-kliné*), embora, por vezes, a relação assim necessite. Ele também se constitui na medida em que embarca nas cavidades não do jaleco branco, mas da capa de Arlequim que tece a realidade na qual ele mesmo é produzido. Mudam-se os componentes, um novo desvio é produzido e nesse desvio novas condições de existência e perceptibilidade são acionadas. Tal método corresponde, também, a uma questão trágica. A clínica-cartográfica é, ela própria, um método trágico. Assim, ao distanciar-se dos sistemas atributivos, ao método lhe resta uma construção permanente. Todavia, antes de um sujeito que quer construir, de alguém que quer curar ou mesmo ocupar o lugar de paciente, há de se considerar as forças que estão em jogo no plano de consistência que comporta a realidade.

Para tanto, há de se recuar nessa análise, pois os sujeitos, enquanto categoria, haverão de entrar apenas em outro momento. Antes de uma volição individual, há a construção de um desejo, um construtivismo todo especial que tensiona e delinea o próprio plano onde a clínica será operada.

A questão que nos parece pertinente numa relação clínica é pensar em estratégias cartográficas que possam facilitar a produção desse desejo enquanto agenciamento em conjunto, não restrito a um sujeito que quer ou mesmo que resiste. O método cartográfico, ao ser agenciado coletivamente na relação com o(s) outro(s), deve ser considerado a partir de sua força de produção desejante. Não se trata de desejar o método, mas de fazer do método um processo de construção de desejo, o que nos coloca diante de estratégias diferenciadas. Estamos pensando o desejo como aquilo que alimenta um percurso cartográfico, servindo-lhe também de produto. De toda forma é preciso algo que possa movimentá-lo, algo capaz de operar rupturas e criar novas sendas, servindo-lhe como dispositivo. É disso que agora trataremos.

## Cartografia e dispositivos

*Desde então mergulhei no Verso  
Do Mar, leitoso e de astros mesclado,  
Devorando os azuis verdes; onde, lívido imerso  
E arrebatado, desce um pensativo afogado.*

(Rimbaud, 2003, p. 59)

Para pensarmos essas questões seguimos algumas pistas dos estudos feitos a partir do método cartográfico. Entre eles aquele que afirma que “a cartografia, enquanto método, sempre requer, para funcionar, procedimentos concretos encarnados em dispositivos” (Kastrup & Barros, 2012, p. 77). Entendemos dispositivo como algo da ordem do tensionamento, movimento, deslocamento, capaz de operar a virtualização, produzindo brechas de vir-a-ser do pré-individuo que habita todo elemento que tomamos como indivíduo/instituído (Lévy, 1996).

Sujeitos são entendidos como uma constituição viável da relação, num corpo a corpo entre os seres vivos e os dispositivos. Nesse sentido, por exemplo, um mesmo ser vivo pode estar em relação e se produzir em múltiplos processos de subjetivação: “o usuário do telefone celular, o navegador na internet, o escritor de contos, o apaixonado por tango, o não global, etc (Agamben, 2009, p. 41-44). Trabalhar com dispositivos é “aliar-se aos processos de criação”, além de colocá-los em funcionamento, buscando acompanhar as linhas que os compõem – linhas de visibilidade, de enunciação, de forças, de subjetividade (Kastrup & Barros, 2012, p. 79).

A clínica também pode ser considerada como dispositivo, pois o que caracteriza um dispositivo é sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra bloqueado, é seu teor de liberdade em se desfazer dos códigos, que dão a tudo um mesmo sentido. Afinal, o dispositivo tensiona, movimenta, desloca, provoca outros agenciamentos. Ele é feito de conexões e, ao mesmo tempo, produz outras. Tais conexões não obedecem a nenhum plano predeterminado. Como no movimento clínico, elas se fazem em um campo de afecção onde partes podem se juntar a outras sem com isso fazer um todo (Kastrup & Barros, 2012, p. 90-91). Desse modo, ao assumirmos a clínica enquanto dispositivo, ou mesmo ao escolhermos determinado dispositivo clínico, devemos nos perguntar por quais modos de subjetivação estamos trabalhando, a que encontros estamos querendo dar passagem e o que queremos com eles. Mesmo que não saibamos previamente o que pode esse encontro com o dispositivo, há de se considerá-lo em nosso roteiro de preocupações.

## A escrita como dispositivo clínico

O uso da escrita enquanto ferramenta clínica não é nenhuma novidade. No entanto, o seu uso enquanto dispositivo nos parece um salto, e tanto em termos de concepção e de prática clínicas. Barros e Kastrup (2012, p. 76-91) relatam o uso de um caderno para uma pessoa que vinha trazendo as mesmas questões a cada sessão, referentes a viagem-medo-solidão-angústia, entendendo esse caderno como um dispositivo dentro de outro dispositivo, capaz de fazer aparecer novos regimes de enunciação e de subjetivação, explicitando as linhas em curso e os pontos de colisão. Assim como os autores, entendemos que a escrita partilhada, ao que chamaremos aqui de escritura (Barthes, 2004a; 2004b; 2010), também pode assumir contornos inventivos, lugar de invenção de si e do mundo, espaço coletivo, um fazer junto.

Antes mesmo de ser colocada a serviço da comunicação, a escritura seria isso que justamente embaralha os liames do que é comunicável, produzindo significações desviantes, circulando na medida em que dissemina sentidos. Nessa perspectiva, a escritura é uma desfuncionalização da linguagem e dos próprios discursos. O que barthesianamente chamamos de escritura consiste numa prática que, ao mesmo tempo que faz uso de signos linguísticos sociais, opera seus próprios desmoronamentos. Em outras palavras, aquele que se põe a escrever algo já está, por assim dizer, criando este algo. Ao pensarmos numa escritura não estamos considerando um real pronto, acabado, disponível a um narrador que, enquanto vidente, apresenta os acontecimentos da forma como supostamente aconteceram. Trata-se, antes, de um tecido, do texto enquanto superfície têxtil, tramado por zonas, linhas e gestos de costura/corte/amarração. De acordo com Perrone-Moisés (2012, p. 75), “*Écriture* é, na obra barthesiana, o significante maior: palavra fetiche, conceito operatório, instrumento de análise e de autoanálise, utopia. Objeto de desejo que sustenta a busca”.

A ideia de escritura, segundo Barthes (2004b, p. 10), diz respeito a uma terceira margem que a ciência, ou o discurso científico terá de conquistar, ou seja, o prazer. Todavia, o prazer implica uma experiência muito mais vasta e significativa do que a simples satisfação advinda do “gosto”. Para além de um ato egoísta de satisfação, o prazer aqui está ligado a um jogo de armar, algo que envolve encaixe, desencaixe, composição e aniquilamento. “O discurso científico acredita ser um código superior; a escritura quer ser um código total que comporte suas próprias linhas de destruição” (Barthes, 2004b, p. 10). Nesse sentido, pensando a escritura como processo de composição e aniquilação de mundos, ao que não se exclui certo “embaraço, até mesmo um certo dilaceramento” (Barthes, 2004b, p. 6), partimos para a cartografia de nossa experiência clínica.

## Escritura de um plano comum: cartografia de uma escrita em com/junto

Para esclarecer como chegamos a essa composição, convidamos o leitor a acompanhar o que nomeamos de escritura de um plano comum, constituída a partir de uma escrita conjunta, não sendo algo pensada *a priori* ou mesmo experimentada previamente com outros sujeitos. Tal dispositivo se fez no caminho, em nosso *hódos-metá* clínico, no percurso de um estudante – que nomeamos de Mike<sup>3</sup>, aluno da primeira série do Ensino Médio – que foi acompanhando pela primeira autora deste texto, que, na época, desenvolvia as funções de psicóloga escolar na instituição de ensino. Os encontros eram, inicialmente, assistemáticos, de acordo com o aceite do convite feito ao estudante.

Na medida em que a relação com Mike foi se estabelecendo, foi possível perceber que ele parecia mais solto, com um repertório rico em expressões, humor, e fluido, principalmente quando estava no espaço virtual. Então, ao mesmo tempo que se estabeleciam encontros presenciais (quando ia à escola), os momentos digitais tomavam consistência. Inicialmente com trocas de e-mails, para enviar informações sobre entrega de trabalhos, testes e recuperações; depois com múltiplos recursos da internet, *chats*, mensagens, que favoreciam a conversação driblando seus “talvez” e “não sei” que se multiplicavam presencialmente. Assim, o uso das tecnologias foi sendo incorporado, lentamente, até chegarmos à *escritura do plano comum* – a escrita do coengendramento, com a tecnologia, da memória compartilhada, da narrativa dos acontecimentos que foram sendo fabricados ao escrever com outro tempo, sensibilidade, cuidado, para criar ainda outra leitura de si mesmos, de modo coletivo, inventaram-se também naquela experiência.

Assim se deu a criação desse plano comum, capaz de operar fissuras no discurso e de estabelecer uma nova superfície para deslocamentos. A ideia era produzir uma escrita compartilhada, ou melhor, uma cartografia a dois, produzida por vozes e percepções em colisão, assim como essencialmente acontece em uma relação clínica presencial. A escritura atua, então, enquanto dispositivo, fazendo-nos pensar não num relato final (normalmente produzido pelo profissional/terapeuta, o suposto detentor de poder), mas nas colisões entre/vozes, no potencial clínico de produção de desvio quando as vozes de uma relação clínica são colocadas em confronto, em choque. Polifônica, e por vezes transfônica; a primeira pessoa, a voz que diz “eu”, é também aquela que entra em colisão com a voz do outro, produzindo fissuras. O leitor perceberá que, por vezes, essa voz é complementar, em outras desviante<sup>4</sup>. Eis o desafio e sabor dessa experiência para nós: a de nos reinventarmos a cada desvio, intrusão.

Em termos estruturais, a escritura é apresentada a seguir modulada por fragmentos entrecortados por três asteriscos, pensados para funcionar como o vazio necessário, aeração, pulsão respiratória, fantasma de Oxigênio (Barthes, 2005, p. 57). “Se não houvesse o espaço entre a matéria, todo o gênero humano caberia num dedal de costura”. Assim, cada fragmento funciona como um estilhaço de narrativa, de modo que o leitor possa perceber a intensidade da relação clínica estabelecida, em seus espaços de tensão, rupturas e composição.

\* \* \*

A escola está solar, final de março, alunos começam a se preocupar com as provas trimestrais. É nesse período que comumente os recebo, com questões referentes aos estudos e ao relacionamento com os colegas. No primeiro ano do ensino médio, são muitos alunos novos e não terminei de entrevistá-los. Essa é uma das minhas atribuições, dar conta das etapas de acompanhamento a alunos novos e, neste ano, mesmo com uma estagiária, estou bem fora do prazo. É verdade que é minha primeira experiência com uma estagiária em *locus*. Ela tem me acompanhado em quase todas as atividades, sempre que há anuência dos pais e alunos. Com a entrada no doutorado me foi concedida a possibilidade de contratá-la para o setor de Psicologia do Ensino Médio, onde atuo há cinco anos. Sei que a intenção era poder ter mais alguém ajudando nesse período de estudos, acúmulo de funções e carga horária, mas era evidente que os primeiros meses seriam difíceis. Não por conta dela, mas principalmente por me colocar em constante questionamento, no qual estava em jogo uma vontade de maestria, dentro de uma perspectiva representacional, almejando um ideal de ação que, ao mesmo tempo, fazia pensar o quanto essa relação é intensa, pois insere uma nova sensibilidade, perspectiva e nos coloca em análise permanente. O tempo vivido já começava outro nesse ano.

\* \* \*

Na agenda, há uma visita de familiares para transferência, penso que não é uma época comum, mas também não costumo fazer muitas hipóteses prévias. Eles chegam, mãe e filho, sentam e começamos a entrevista. Mike senta de forma ereta, braços ao lado do corpo, olhar inquieto e vibrante, aparelho nos dentes, e só fala quando é perguntado. Na verdade, ele apenas responde. A mãe se apresenta com os ombros mais curvados, cabelos amarrados, com mechas loiras e olhar

incrédulo. É ela quem começa contando o que os traz até a escola, dizendo que Mike se interessava pelos estudos, ouviu que é uma escola que exige bastante empenho, que ele esteve internado, por isso perdeu o ano anterior, mas tem facilidade com os estudos e, se fosse possível, precisaria de bolsa de estudos. Naquele dia, eu me lembro de estar mais animada do que o de costume e ter um pouco de dificuldade em entender a questão entre a internação e as escolas, apesar de não ter como estudar enquanto internado<sup>5</sup> (talvez nunca entenda exatamente). Pergunto por que ele esteve internado, a mãe diz que se apaixonou por uma colega, ficou depressivo *com o término do relacionamento*, trocou de escola, mas não conseguiu se adaptar. Não entro em mais detalhes. Olho pra ele e falo, num tom bem humorado, que fiz meu mestrado sobre o amor, que esse assunto sempre me interessou e que podemos conversar se ele quiser. Ele aperta os lábios, esboçando um sorriso, e ilumina o olhar com um interesse íntimo, provavelmente pensando que tem muito a falar sobre o amor.

\* \* \*

Eles decidem, mesmo sem bolsa de estudos, se matricular na escola. Digo que podemos ajudar com livros e uniformes. Mike, por mais que queira se opor, não se opõe e me acompanha até uma sala onde ficam alguns uniformes perdidos e, portanto, “doados”. Mike é alto e magro e nada serve. Isso se explica, já que os menores geralmente têm mais chances de extraviar suas coisas. A questão é que rimos juntos da minha falta de senso, quando pego uma peça minúscula e mostro pra ele dizendo pra provar. Ele se regozija com o fato de ser bem maior que todas elas e, provavelmente, com o fato de não ter como não ganhar um uniforme novo ou com o simples fato de não querer provar os uniformes.

\* \* \*

O tempo passa e o fato de ter chegado em meio ao primeiro trimestre fez com que os professores tivessem que adaptar a sistemática de avaliação para fechar as notas. Comentam, em conselho de classe, que é caladíssimo em aula, que não é de fácil integração e falta à aula em dia de apresentação de trabalhos e ainda que seus exames físicos foram preocupantes; com pouco fôlego, não conseguia cumprir com as atividades propostas, mas cumpriu com muito esforço e quase morrendo. Os seguranças e as auxiliares diziam que, durante o recreio, estava sempre sozinho sentado na arquibancada; mesmo com a insistência de alguns colegas em ir conversar, parecia não se engajar nos diálogos.

\* \* \*

Mas o que era perturbador em Mike não era saber sobre seus bloqueios fóbicos, nem a melancolia que cultivava em meio à histeria coletiva. O que me desnor-teava era a vontade de viver que se anunciava. Parece paradoxal, mas não o via com vontade de morrer, talvez com vontade de uma vida diferente da que tinha e, nesse sentido, a morte como alternativa de resistência ao *script* desenhado. Por mais que seus comportamentos fossem ao encontro de uma dor existencial insuportável, havia entre essas colunas de matéria ares menos rarefeitos, sinalizados em seu humor requintado e espirituoso, irônico, sagaz, que me fazem pensar que seus movimentos são por uma vida.

\* \* \*

Tinha acompanhamento de um psiquiatra residente da PUC de Porto Alegre e teria reiniciado a terapia. E eu não queria ser mais um profissional a investigar suas fragilidades, seus medos, impotências. Precisava pensar em alternativas, estava em uma escola, sentia que o tempo tensionava-nos. Sim, tenho que pensar com ele como vencer os prazos, as exigências, os compromissos educacionais. Precisamos criar o que é possível naquele momento na relação com a escola, uma vez que as infrequências aumentavam e quando chamava para conversar ele respondia as minhas perguntas com silêncios estendidos e muitos “não sei”. Quando perguntava como se sentia, a cada pergunta que eu insistia que respondesse ele dizia “normal”. E assim, desmoronava minha tese de que pudesse estar aflito em ter que se expressar, em meio a silêncios e hesitações insinua certa força e vontade de controle. O poder que possui ao não responder, sem sentir aflição, me intriga e me deixa hesitante.

\* \* \*

Iniciamos o terceiro trimestre, Mike agora falta semanas inteiras de aula. Resolvo chamar a mãe e ele para um encontro. Considerando que Mike não dorme mais durante as noites, precisamos considerar um horário no final da tarde. Eles chegam, falo o quanto me preocupo com a situação, e que talvez tivéssemos que pensar em novas alternativas juntos. Em mente tinha pelo menos duas, mesmo sem ter a menor ideia de como implementá-las. A primeira seria um Acompanhamento Terapêutico. Explico que seria alguém que estaria com ele durante a tarde e que buscaria inseri-lo no contexto social, agenciando outras alternativas

além dos games. A segunda seria encontrar uma vaga de estágio no contraturno na escola. Mas ambas não são bem aceitas por ele. Mike não costuma assumir compromissos que não possa cumprir e, nesse momento, está mais incrédulo do que de costume. Sugiro que a gente converse sem a presença da mãe. Quando ela sai, ele se sente mais leve pois gosta de conversar em particular com as pessoas, eu também saio daquele tom mais formal e me solto mais e digo que precisamos pensar juntos. Lembro que estou numa disciplina sobre videogames na pós-graduação, que tem muitos textos em inglês, muitos termos que não conheço e pergunto se ele não viria no contraturno com seu computador para jogar e me ajudar com os estudos. O sim foi redondo, após insistir muitas vezes. O que, imediatamente, me fez pensar em Nietzsche, na relação de poder que estávamos estabelecendo e que eu estava aceitando e até apostando.

\* \* \*

Chamamos a mãe e dissemos que combinamos assim, que à tarde ele estaria na escola comigo ou com alguma auxiliar. E que talvez fosse importante conversar com seu psiquiatra, o qual ele não via há meses, sobre a possibilidade de usar um indutor do sono por um tempo para evitar de vir sem dormir para as aulas. Nesse momento, eles não se mostram muito confortáveis, pareciam não terem tido experiências boas com medicação, na verdade péssimas experiências, mas não chegam a discordar, a mãe diz que vai atrás, mesmo achando (por preguiça de procurar um psiquiatra) que ele, quando quer, consegue acordar e dormir de forma mais regrada.

\* \* \*

Os encontros à tarde iniciam, Mike realmente está disposto a me ajudar, lê o material que encaminho, sugere games para análise, joga alguns para eu acompanhar, mas não traz seu computador. Admite que seria difícil durante os finais de semana, quando não tem o que fazer, porém na verdade nunca quis levar o computador porque não teria como fugir dos problemas. Então, vamos nos virando com os computadores da escola. Na minha sala, não conseguimos instalar, mesmo com a senha dos administradores do sistema. Passamos a procurar na escola salas “menos protegidas”. Conseguimos jogar alguns dos jogos sugeridos pelo grupo de estudos.

\* \* \*

Numa tarde, ele está sonolento porque não dormiu para não me decepcionar, pergunto como está passando as noites, se havia conseguido ir ao psiquiatra. Ele disse que não. Então pergunto se quer que eu me intrometa nisso. Diz que sim. Ligo para o psiquiatra do CAPSi<sup>6</sup> da cidade; atencioso, ele pergunta sobre as internações, quem eram seus médicos, se já havia passado na rede e se eu poderia retornar em outro horário para podermos falar mais detidamente. É nesse momento que tocamos, diretamente, no tema da internação. Descubro que foram três, duas por tentativa de suicídio, por uso de medicação, e uma por fugir de casa, recusando-se a usar as medicações prescritas por pessoas que apenas faziam testes, pois não o conheciam. Com o decorrer das semanas, Mike toma, minimamente, as rédeas do seu sono, após ficar dois dias sem dormir, e eu não retorno a mencionar o psiquiatra.

\* \* \*

É novembro, estamos chegando às provas trimestrais. Também tenho trabalhos para entregar no doutorado. Mike já se comunica comigo por e-mail com frequência, avisando-me quando não poderá comparecer à tarde. Os primeiros e-mails nem eram respondidos, quando começou a responder só colocava “OK”, ou melhor, na verdade eram frases curtas que passavam por uma revisão rigorosa. Mas isso foi mudando, até que, de tanto trocarmos e-mails simultâneos, sugiro que conversemos no bate-papo, recurso utilizado até hoje quando estamos online.

\* \* \*

Mike insiste com o fato de que, já que eu estudo sobre jogos, deva jogar mais, pois sempre prefiro ficar acompanhando. E, de maneira intensiva, nos auxilia com os trabalhos sobre games; além de mim, há a Caroline, uma aluna muito sorridente do curso de Psicologia, que faz a disciplina como ouvinte e que começa uma amizade com ele também. E nós três passamos boa parte de uma noite de quinta-feira, véspera de, algo que ele odeia, feriado, no Google Docs, discutindo no bate-papo e escrevendo o trabalho sobre videogames.

\* \* \*

Numa das tardes, pergunto como está a entrega dos trabalhos atrasados da escola. De sua mochila tira uma folha de ofício com um trabalho de filosofia para fazer. Nesse dia, estava mais prostrado, insisto dizendo que posso ajudar, pois gosto de filosofia. O trabalho era sobre Platão e o mito das cavernas, o professor queria

que ele relacionasse com algumas notícias sobre corpo ideal, medidas, consumo, etc. Começo a ler em voz alta o texto, ele diz que não precisava e toma o trabalho pra si, realizando-o enquanto eu saio da sala, pois não conseguiria fazer comigo na sala, uma vez que eu domino o assunto ele sentiu vergonha em fazer na minha frente.

\* \* \*

Com a data de entrega do trabalho sobre videogames prevista para terça, na segunda à tarde revisamos juntos e alteramos algumas considerações. Discutimos horas sobre o conceito de paradoxo e sobre os princípios para bons jogos em Paul Gee. Mike finje que não se conforma com algumas conclusões só para ter minha companhia e sugere reformulações. Então, reescrevemos e realmente o texto fica melhor.

\* \* \*

Seu nome está oficialmente no trabalho e então digo a ele que não podemos apresentar sozinhas. Afinal, a gente não conseguiu jogar e, talvez, nos façam questões que não saberemos responder. Ele diz “não estou preparado” e “é muito difícil pra mim”. Eu concordo, mas também brinco que lá quase todos são psicólogos e que, se não conseguir, pode esperar a gente no bar. Mas precisamos de um bilhete de autorização da mãe. Ele diz que eu devo mandar um e-mail, pois pode esquecer. Digo que ele não vai esquecer, pelo contrário, que vai pensar muito na possibilidade. Então, diz que a questão é que a mãe pode não acreditar, aí ele mostraria o e-mail a ela, na verdade ele não mostraria. Enfim, entendo que ele quer mesmo que eu fale com ela. Rindo, digo que na verdade está é me usando, como fez quando pediu para que eu falasse com seu avô sobre a possibilidade de ele levá-lo para fazer a matrícula no curso de mecatrônica (em uma das tardes, Mike conta que se interessa por mecatrônica, pesquisamos cursos técnicos na região, fizemos sua inscrição e lembramos que alguém precisava levá-lo, ele sugere o avô materno). Ele concorda que é isso mesmo, então eu ligo pra mãe, explico o que está acontecendo e peço o bilhete.

\* \* \*

Não aviso ninguém na escola. Apenas a secretária, pedindo para que ela não ligue para a mãe naquele dia se recebesse aviso dos professores sobre a ausência de Mike. Não sabia se ele viria e também não queria me justificar quanto ao fato de ele “perder” aula mais um dia. Enfim, a mãe me liga às 7h dizendo que ele iria, e passamos na escola para pegá-lo.

\* \* \*

Apresento-o à professora da pós-graduação e conto que ele nos ajudou com o trabalho e que sem ele teria sido impossível. Ao longo da apresentação, a professora dirige perguntas a ele, que responde confiante (muito mais do que eu). E o grupo de alunos se divide, alguns colegas dizem que precisávamos ter jogado também e invalidam o trabalho, outros entendem que fizemos um trabalho a partir da perspectiva de um jogador do grupo que também era autor. Enfim, tivemos que ouvir Mike nos dizer que havia nos avisado que devíamos ter jogado. Com um tom, do tipo “viu, eu disse” até porque ele realmente disse em alto e bom tom. Mas mesmo isso foi divertido. Saímos alegres, confiantes e debochados.

\* \* \*

No momento, Mike está fazendo as provas, acompanha as aulas e topou escrever comigo a narrativa do percurso que fizemos até aqui e do que ainda virá. Tomei a iniciativa de convidá-lo, dizendo que seria interessante se tentássemos escrever sobre o que vivemos. E nesse momento ele pergunta: “Por quê?”. Então eu digo que seria importante que outras pessoas pudessem ter acesso ao que construímos e ao que somos capazes de construir. Mas sei que escreveríamos, principalmente, para poder pensar, ressignificar, organizar e viver novamente, de outro modo, o possível. Afinal, como diz Henry Miller, “o escritor vive entre o mundo superior e o inferior: toma o caminho para no fim tornar-se o próprio caminho” (Miller, 1986, p. 21).

\* \* \*

Então, a ideia é que ele acompanhe a escrita pelo Google Docs, como fizemos no trabalho sobre os games, e tente interagir nela em outra cor (escolheu o azul) a partir das lembranças, pensamentos e impressões. A escrita seria uma outra zona de intervenção. Ele concorda e diz que realmente foi rápido, que ter ido na UFRGS foi algo grandioso e que... em uma relação limitada, como a de psicólogo e paciente, não seria possível isso acontecer, somente com um enxergando o outro como ser humano algo assim pode acontecer.

\* \* \*

Mike inventa um nome para si, concorda que pode se arriscar nessa parceria e iniciamos a viagem chamada *escritura de um plano comum*.

## E segue...

*Vi arquipélagos siderais! E ilhas  
Cujos céus delirantes se abrem ao vogar:  
– É nestas noites sem fundo que dormes e te exilas,  
milhão de pássaros de ouro, ô futuro Vigor?*  
(Rimbaud, 2003, p. 61)

Neste momento continuamos em contato com Mike; novas questões foram e estão sendo produzidas a partir da relação que estabelecemos e dos desvios por ela agenciados. A escritura em conjunto nos pareceu um importante dispositivo, mas é claro que não se sustentaria sem um plano de relação/vínculo que a tornasse viável, como nos disse Henry Miller (1986, p. 21): “é uma virada pelo avesso, uma jornada através de X dimensões, que resulta em descobrir, em algum ponto do caminho, que o que temos para contar não é tão importante quanto o ato de contar em si”. É assim, o interessante, para além dos “benefícios” ou “resultados”, é a constituição da clínica enquanto criação de território, este dotado de consistência, aberto aos heterogêneos que o habitam, disponível aos encontros e às colisões. Isto nos pareceu uma estratégia clínica diante da clínica, e uma forma de torná-la mais potente, desviante, principalmente quando nos dispomos a pensá-la a três e a compartilhá-la com o leitor através deste artigo. O barco segue.

## Referências

- Agamben, G. (2009). *O que é o contemporâneo e outros ensaios*. Trad. Vinicius Nicastro Honnesko. Chapecó: Argos.
- Aragon, L. E. P. (2007). *O impensável na clínica*. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS.
- Barros, R. B., & Kastrup, V. (2012). Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (p. 76-91). Porto Alegre: Sulina.
- Barros, R. D. B., Benevides de Barros, R., & Passos, E. (2001). Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Revista Psicologia Clínica*, 13(1), 89-100.
- Barthes, R. (2005). *A preparação do romance I: da obra à vida*. Trad. Leyla Perrone-Moisés. São Paulo: Martins Fontes.
- Barthes, R. (2004a). *O grau zero da escrita: seguido de novos ensaios críticos*. 2. ed. Trad. Mário Laranjeira. São Paulo: Martins Fontes.
- Barthes, R. (2004b). *O rumor da língua*. São Paulo: Martins Fontes.
- Barthes, R. (2010). *O prazer do texto*. São Paulo: Perspectiva.

- Cunha, A. G. da. (2010). *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. 4. Ed. Rio de Janeiro: Lexikon.
- Deleuze, G. (2003). *Lógica do sentido* (4. Ed.). Trad. Luis Roberto Salina Fortes. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*, v. 1. Trad. Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1997a). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*, v. 4. Trad. Suely Rolnik. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1997b). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*, v. 5. Trad. Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Fonseca, T. G., & Kirst, P. (2003). *Cartografias e devires: a construção do presente*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Foucault, M. (1987). *O nascimento da clínica*. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Kastrup, V., & Passos, E. (2013). Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal, Em. Psicol.* [online], 25(2), 263-280. Recuperado em 02 fev., 2014, de <<http://www.uff.br/periodicos/humanas/index.php/Fractal/article/view/1109/870>>.
- Lévy, P. (1996). *O que é o virtual?*. São Paulo: Editora 34.
- Miller, H. (1986). *A sabedoria do coração*. Trad. Lya Wyler. Porto Alegre: L&PM.
- Orlandi, L. (2007). Com que arte buscar o impensável na clínica. In L. E. P. Aragon, *O impensável na clínica*. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS.
- Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (2012). (Orgs.). *Pistas do método da cartografia – Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Passos, E., & Eirado, A. (2012). Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia – Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (p. 109-130). Porto Alegre: Sulina.
- Perrone-Moisés, L. (2012). *Com Roland Barthes*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- Rimbaud, A. (2003). *Uma estadia no inferno. Poemas escolhidos. A carta ao vidente*. Trad. Alberto Marsicano e Daniel Fresnot. São Paulo: Editora Martins Claret.
- Rolnik, S. (2008). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Romagnoli, R. C. (2009). A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Revista Psicologia & Sociedade*, 21(2), 166-173.
- Simondon, G. (2009). *La individuación*. Buenos Aires: Cactus-La Cebra.
- Teixeira, D. V., & Barros, M. E. B de. (2009). Clínica da atividade e cartografia: construindo metodologias de análise do trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 21(1), 81-90. Recuperado em 05 fev., 2014, de <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n1/10.pdf>>.
- Varela, F. (1992). *Sobre a competência ética*. Lisboa: Edições 70.

## Notas

- <sup>1</sup> Ferramenta virtual e online, a qual permite aos usuários, de forma gratuita, criar e editar documentos colaborativamente e em tempo real.
- <sup>2</sup> Fazemos referência ao poema O barco embriagado, de Arthur Rimbaud (2003, p. 59- 62), do qual extraímos alguns fragmentos, estes apresentados ao longo deste artigo.
- <sup>3</sup> Mike é o nome inventado pelo próprio adolescente partícipe da escritura.
- <sup>4</sup> Ressaltamos que a escritura é fruto da intervenção da primeira autora deste texto, que atua como psicóloga escolar na instituição em questão.
- <sup>5</sup> Toda escrita em sublinhado é do próprio Mike, que interfere no texto em caráter online, enquanto escrevo, direcionando, tensionando, desviando, enfatizando, discordando, reconfigurando. Inicialmente, ele havia escolhido a cor azul, mas, para fins de publicação, entendemos que o sublinhado seria mais adequado.
- <sup>6</sup> Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

Recebido em 19 de setembro de 2014  
Aceito para publicação em 11 de agosto de 2015



## CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA ATENDIDA EM TERAPIA DE FAMÍLIA EM UMA CLÍNICA-ESCOLA

*FEATURES OF CLIENTS ATTENDED IN  
FAMILY THERAPY IN A SCHOOL CLINIC*

*CARACTERÍSTICAS DE LOS CLIENTES ATENDIDOS EN  
TERAPIA FAMILIAR EN UNA INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*

*Angélica Paula Neumann\**  
*Adriana Wagner\*\**

### RESUMO

Este estudo teve como objetivo caracterizar a clientela atendida em terapia familiar em uma clínica-escola de Porto Alegre (RS) a partir da percepção dos integrantes das famílias. Foram realizadas entrevistas estruturadas com 41 adultos encaminhados para terapia familiar. As informações foram submetidas à Análise de Conteúdo e a análises descritivas. Os resultados demonstram que as famílias convivem com os problemas por um longo período de tempo antes de chegar à terapia familiar. As mulheres são as protagonistas da busca de ajuda e das estratégias tentadas anteriormente para solucionar os problemas. A maior parte das queixas está centrada nos filhos, no entanto as causas dessas queixas são atribuídas pelos participantes a dificuldades no exercício parental. Tais dados permitem reflexões sobre a prática clínica com famílias em clínicas-escola, especialmente no que diz respeito à necessidade de envolver todos os integrantes no processo terapêutico e de efetuar a transição da queixa para a demanda desde o período de avaliação inicial.

Palavras-chave: clínica-escola; terapia familiar; características da família.

### ABSTRACT

The study aimed to identify the features of clients attended in family therapy in a school clinic in Porto Alegre (RS). Structured interviews were realized

---

\* Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

\*\* Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

with 41 adults referred to family therapy in a school clinic. Data was analyzed by Content Analysis and descriptive statistics. Results showed that the families lived with their problems for years before beginning family therapy. Women were the ones who decided to seek help in most cases, and also were the ones who most tried to solve the problems previously. Most part of complaining was about children, but the causes attributed to these complaints were centered on parental behavior. These data allow us to reflect on the clinical practice with families attended in school clinics, especially about the need to involve all family members on the therapeutic process. Furthermore, it indicates that the transition of the complaint to the real demand of the families must begin during the evaluation period.

Keywords: school clinic; family therapy; family features.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo caracterizar las familias atendidas en terapia familiar en una institución de formación en Porto Alegre (RS), a partir del informe de uno de los miembros de la familia. Se realizaron entrevistas estructuradas con 41 adultos derivados a la terapia familiar. Las informaciones fueron sometidas a Análisis de Contenido y análisis descriptivos. Los resultados demuestran que las familias viven con los problemas por largo período de tiempo antes de venir a la terapia familiar. Las mujeres son las protagonistas de la búsqueda de ayuda y de los intentos previos para resolver el problema. La mayoría de las quejas se centran en los niños, sin embargo, las causas de estas quejas son asignadas por los participantes a las dificultades de los padres. Estos datos permiten reflexionar sobre la práctica clínica ejercida con las familias en las instituciones de formación, sobre todo en lo que respecta a la necesidad de involucrar a todos los miembros en el proceso terapéutico y hacer la transición de la queja a la demanda a partir de los primeros contactos con la familia.

Palabras clave: institución de formación; terapia familiar; características de la familia

## Introdução

Está amplamente documentada na literatura nacional a relevância de investigar a clientela que busca atendimento psicológico em clínicas-escola. Estudos nessa área possibilitam o planejamento de estratégias que atendam às necessidades

da clientela e enriqueçam a formação dos alunos (Romaro & Capitão, 2003), auxiliando na formulação de intervenções que visem à prevenção de riscos (Wielawicki, 2011) e permitindo a avaliação da efetividade do atendimento (Cunha & Benetti, 2009).

Desde a década de 80, inúmeras pesquisas foram realizadas com o intuito de conhecer quem são as pessoas que buscam esse serviço. Ao longo desse período, encontrou-se um perfil recorrente de público, caracterizado por meninos em idade escolar apresentando queixas de comportamento e dificuldades de aprendizagem e mulheres jovens com problemas emocionais (Campezatto & Nunes, 2007; Lopez, 1983). Nos últimos anos, porém, novos estudos têm sugerido mudanças nesse perfil, como o aumento na procura por crianças do sexo feminino e a crescente semelhança entre as queixas de meninos e meninas (Boaz, Nunes, & Hirakata, 2012).

Além dessas, pesquisas revelam outras mudanças no público atendido pelas clínicas-escola. Estudos recentes têm investigado as especificidades de diferentes grupos que procuram e são atendidos por esse serviço, tais como crianças pré-escolares (Moura, Marinho-Casanova, Meurer, & Campana, 2008), pessoas divorciadas (Romaro & Oliveira, 2008) e homens adultos (Macedo, Silva, Giaretta, Ribas, & Druck, 2010). Outras investigações têm sido feitas conforme as modalidades de atendimento, investigando, por exemplo, o público atendido em terapia cognitivo-comportamental (Bortolini, Pureza, Andretta, & Oliveira, 2011) e em serviços de avaliação psicológica (Borsa, Segabinazi, Stenert, Yates, & Bandeira, 2013). Essas mudanças revelam maior versatilidade nos serviços oferecidos por essas instituições e no público que os utiliza. Apesar disso, ainda são poucas as pesquisas que versam sobre a população atendida em terapia de família.

Os estudos brasileiros direcionados a essa temática revelam que famílias das mais diversas configurações têm procurado ou sido encaminhadas para terapia familiar em clínicas-escola, apresentando problemas associados à sobrecarga emocional, a conflitos na parentalidade e a dificuldades nas redes de solidariedade familiar (Féres-Carneiro, 1998; Féres-Carneiro & Magalhães, 2008). Em geral, essas famílias apresentam queixas focadas nos filhos e dificuldades no exercício da parentalidade, as quais se apresentam, de forma recorrente, associadas a problemas na conjugalidade (Magalhães, 2009).

Pesquisas internacionais denotam um perfil de queixa semelhante. Em um centro urbano dos Estados Unidos, a maior parte das buscas foi feita devido a dificuldades escolares dos filhos, a problemas de comportamento de crianças e adolescentes e a dificuldades associadas à monoparentalidade (Smock, McWey, & Ward, 2006). Em casos mais graves, a chegada à terapia de família ocorreu através

do encaminhamento de serviços de proteção à infância e adolescência, devido a situações de infrações, problemas de comportamento, uso de drogas e violência doméstica (Ogden & Hagen, 2009). Nesses casos, bem como nas situações em que a criança ou adolescente já passou por vários serviços de saúde mental, Oliver, Searight e Lightfoot (1988) constataram maior tendência ao encaminhamento para terapia de família em comparação com terapia individual.

Essas informações a respeito das principais queixas e fontes de encaminhamento elucidam algumas características das pessoas que usufruem da terapia de família em clínicas-escola, contudo ainda há lacunas a respeito de quem são essas famílias e de como elas percebem os problemas que enfrentam. Frente a isso, este trabalho tem como objetivo caracterizar a clientela atendida em terapia familiar em uma clínica-escola da cidade de Porto Alegre (RS) a partir da percepção dos membros das famílias encaminhadas. Foram investigadas variáveis sociodemográficas e de configuração familiar, o processo de busca de ajuda, as percepções sobre o problema apresentado, as tentativas anteriores de ajuda utilizadas e as expectativas sobre o tratamento.

## Método

### *Participantes*

Foram entrevistados 41 indivíduos adultos encaminhados para terapia familiar em uma clínica-escola de Porto Alegre (RS). Esses participantes representavam 28 diferentes famílias, sendo que o número de pessoas entrevistadas por família variou de uma a três. Do total de entrevistados, 75,5% ( $n = 31$ ) eram mães, avós e tias, 19,4% ( $n = 8$ ) eram pais, padrastos, avôs e namorados e 4,9% ( $n = 2$ ) eram filhos. A amostra foi selecionada por conveniência.

### *Instrumentos e procedimentos*

A clínica em que esta pesquisa foi desenvolvida realiza um trabalho de formação, pesquisa e extensão universitária, atuando na formação de especialistas em atendimento clínico, incluindo terapeutas de família e casal, e oferecendo estágio em psicologia clínica a estudantes de graduação. Diferentes serviços são oferecidos à comunidade, entre os quais atendimento psicológico individual na abordagem psicanalítica, atendimento familiar e de casal na abordagem sistêmica, atendimento fonoaudiológico e atendimento psicopedagógico. Para determinar o

tratamento mais indicado para cada caso, os pacientes passam pelo processo de entrevistas iniciais, no qual é realizada a avaliação inicial dos casos e o encaminhamento para o atendimento mais adequado.

No decorrer da presente pesquisa, havia uma combinação entre os profissionais que realizavam as entrevistas iniciais e as pesquisadoras. Segundo essa combinação, quando os profissionais acordavam com os pacientes que o encaminhamento seria feito para a terapia de família, os mesmos explicavam brevemente o objetivo da pesquisa e convidavam os pacientes a participar de uma entrevista com uma das pesquisadoras. Tinha-se como critério que, para participar da entrevista, os indivíduos já deveriam ter clareza de que seriam encaminhados para terapia de família, mas não deveriam tê-la iniciado.

Antes de iniciar a entrevista, os objetivos da pesquisa eram explicados para os pacientes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após esses procedimentos, dava-se início às entrevistas individuais estruturadas, realizadas com integrantes adultos das famílias encaminhadas para terapia familiar. Optou-se por realizar entrevistas individuais, e não familiares, porque a realização de uma entrevista familiar por uma pesquisadora que não participaria, posteriormente, da terapia poderia mobilizar questões que careceriam de acompanhamento terapêutico imediato. Na clínica-escola em que a pesquisa foi realizada, há uma lista de espera para atendimento, que varia em tempo de acordo com a disponibilidade de terapeutas. Dessa forma, considerou-se que as entrevistas individuais seriam menos mobilizadoras e de condução mais fácil caso isso acontecesse.

A entrevista foi guiada por um protocolo com perguntas abertas e fechadas, desenvolvido especialmente para esta pesquisa. Esse protocolo foi criado com base nos aportes da teoria sistêmica sobre entrevistas clínicas iniciais com famílias (Bergman, 1996; Celano, Smith, & Kaslow, 2010; Chambers, 2012; Falceto, 2008; Karpel, 1994; Ríos González, 1994; Rodríguez-Arias & Venero Celis, 2006). Foram incluídas perguntas a respeito das características sociodemográficas e de configuração familiar, do processo de busca de ajuda, do problema apresentado, das tentativas anteriores de busca de ajuda e das expectativas sobre o tratamento. O protocolo foi avaliado por 11 juízes, terapeutas de família ou pesquisadores da área. Antes de iniciar a coleta de dados, uma entrevista piloto foi realizada.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (nº. 12692213.4.0000.5334), e todos os cuidados éticos de voluntariedade, sigilo e respeito foram tomados no decorrer do estudo.

### *Análise dos dados*

Por se tratar de um levantamento quantitativo, transversal, descritivo e exploratório, foram realizadas análises descritivas. Para as perguntas fechadas, foram calculadas frequências, percentagens, médias e desvios-padrão. Já as perguntas abertas foram analisadas através de Análise de Conteúdo, modalidade Temática (Bardin, 2011), visando à quantificação dos dados pela obtenção das frequências e percentagens dos temas identificados. Cada pergunta foi analisada por dois juizes e nos casos de divergências as respostas foram classificadas por um terceiro juiz. Devido ao caráter exploratório da pesquisa, as categorias de análise foram delineadas a partir dos dados.

As perguntas acerca das queixas, principal problema da família, causa do problema e mudanças necessárias para a solução do problema foram analisadas de duas formas. Primeiramente, buscou-se identificar quais foram as queixas, principais problemas, causas e mudanças necessárias em termos de seu conteúdo. Em análise posterior, identificou-se o foco central da queixa, do problema, da causa e da mudança necessária, ou seja, onde esses aspectos se localizavam na visão do participante – se em um membro da família em especial ou em um subsistema, por exemplo.

Todas as análises foram realizadas a partir da perspectiva individual dos sujeitos entrevistados. Dessa forma, as respostas apresentadas não expressam a percepção ou condição da família como um todo, mas sim o modo como alguns de seus membros a percebem.

Nem todas as variáveis investigadas neste estudo carecem de explicação devido ao seu conteúdo ser autoexplicativo. Contudo, considera-se importante explicitar as definições das variáveis queixa, motivo de busca, fase do ciclo vital e configuração familiar. A queixa está vinculada ao pedido de ajuda formulado pela família ao buscar tratamento. Ela é compreendida como as dificuldades, insatisfações e preocupações primeiramente mencionadas pelos sujeitos ao explicar o porquê da busca pela terapia (Machado, Féres-Carneiro, & Magalhães, 2008, 2011; Rodríguez-Arias & Venero Celis, 2006). O motivo de busca, apesar de relacionado com a queixa, expressa aspectos distintos. O motivo de busca é o elemento que desencadeia a procura pela terapia no momento exato em que ela acontece, revelando o que leva a família a buscar ajuda nessa ocasião, ao invés de tê-la procurado antes ou de tê-la postergado (Bergman, 1996).

Para classificar a fase do ciclo vital, utilizaram-se os estágios propostos por McGoldrick, Carter e Garcia-Preto (2011): Adultos jovens, Novo casal, Famílias com filhos pequenos, Famílias com adolescentes, Lançamento dos filhos, Estágio

tardio da vida e Proximidade com o fim da vida. Foram considerados adolescentes os sujeitos com mais de 12 anos ou aqueles com idades de 10 e 11 anos que apresentavam uma problemática específica da fase da adolescência. Considerando a possibilidade de sobreposição de duas ou mais fases do ciclo vital na mesma família, a classificação foi realizada de acordo com a fase a que a queixa estava vinculada.

Por sua vez, as diferentes configurações familiares foram classificadas a partir das seguintes definições: a) Família intacta: formada por um pai, uma mãe e os filhos de ambos (Wagner, Predebon, Mosmann, & Verza, 2005); b) Família separada: aquela na qual houve uma separação conjugal ou divórcio, mas o cônjuge que não possui a guarda do(s) filho(s) mantém contato regular com eles. Foi assim definida considerando o contexto clínico, em que o genitor que não detém a guarda do(s) filho(s) pode ser chamado para participar do processo terapêutico; c) Família monoparental: constituída por um adulto separado, viúvo ou que nunca viveu com o cônjuge e que vive com seus filhos (López & Escudero, 2003). Nos casos decorrentes de separação, o que definiu a classificação como família monoparental foi a inexistência do contato entre um dos pais e o(s) filho(s), ficando o cuidado com a criança apenas com um dos genitores; d) Família reconstituída: inclui a mulher, o marido e os filhos de casamentos anteriores de um ou ambos os cônjuges (López & Escudero, 2003; Wagner, Ribeiro, Arteche, & Bornholdt, 1999).

## Resultados

### *Variáveis sociodemográficas e familiares*

As famílias dos entrevistados tinham uma média de 4,07 ( $DP = 1,45$ ) integrantes e 2,3 filhos ( $DP = 0,9$ ). A renda familiar mensal média reportada pelos participantes foi de R\$ 1985,89 ( $DP = R\$ 1301,46$ ), o equivalente a 2,9 salários mínimos no momento da pesquisa. Para 31,7% ( $n = 13$ ) dos sujeitos, a principal provedora financeira da família era a mãe, seguida pelo pai (24,4%,  $n = 10$ ) e pelos avós (14,7%,  $n = 6$ ). Apenas quatro respondentes declararam que pai e mãe contribuíam igualmente para o sustento da casa (9,8%). Perguntados sobre a situação financeira familiar, cerca de metade dos respondentes avaliou-a como regular (53,7%,  $n = 22$ ), enquanto 34,1% ( $n = 14$ ) a avaliaram como ruim e muito ruim e apenas 9,8% ( $n = 4$ ) a avaliaram como boa. Grande parte dos participantes referiu ter alguma religião (85,4%,  $n = 35$ ).

No momento da entrevista, metade dos participantes vivenciava a fase do ciclo vital denominada Famílias com filhos adolescentes (48,8%,  $n = 20$ ). A se-

gunda maior proporção foi de Famílias com filhos pequenos (43,9%,  $n = 18$ ). Três participantes (7,3%) vivenciavam a fase de Lançamento dos filhos.

Em relação à configuração familiar, 31,7% ( $n = 13$ ) dos participantes viviam em famílias separadas. Aqueles que viviam em famílias intactas representaram 22% ( $n = 9$ ) da amostra, proporção igual à de famílias reconstituídas (22%,  $n = 9$ ). Cinco pessoas (12,2%) eram de famílias monoparentais maternas e outras cinco (12,2%) apresentaram outras configurações.

### *Processo de busca de ajuda*

No que diz respeito ao processo de busca de ajuda, para 58,5% ( $n = 24$ ) dos participantes, as mães foram as pessoas que fizeram o primeiro contato com a clínica, seguidas pelas avós (26,9%,  $n = 11$ ). Também foram as mães (43,9%,  $n = 18$ ) e avós (14,6%,  $n = 6$ ) quem mais tiveram a ideia de procurar atendimento psicológico segundo os respondentes, embora outros membros da família, amigos e instituições de saúde e ensino tenham sugerido a busca para 41,5% ( $n = 17$ ) dos participantes.

Apenas 26,8% ( $n = 11$ ) dos entrevistados já buscavam terapia de família ao procurar a clínica-escola. Entre o restante, 46% ( $n = 19$ ) esperavam que um ou mais membros da família seriam atendidos individualmente, 14,6% ( $n = 6$ ) não sabiam que tipo de atendimento receberiam e três pessoas (7,3%) esperavam mais de um tipo de atendimento, como por exemplo, terapia individual e terapia familiar. Apesar desses dados, 90,2% ( $n = 37$ ) dos entrevistados ficaram satisfeitos com o encaminhamento para a terapia de família.

Ao imaginar quais pessoas da família deveriam participar dos atendimentos, 41,5% ( $n = 17$ ) dos entrevistados consideraram que todos os membros da família deveriam comparecer às sessões. No entanto, a mesma proporção de respondentes reportou que apenas um subsistema precisaria participar do tratamento (41,5%,  $n = 17$ ).

### *Problema apresentado*

As principais queixas reportadas pelos entrevistados no momento da procura foram preocupações, dificuldades ou insatisfações com o comportamento ou personalidade de um membro da família (32,9%,  $n = 25$ ), como por exemplo, estudar pouco, desobedecer, parar de trabalhar, “incomodar” e ser egoísta. A segunda maior proporção foi de queixas associadas a dificuldades no exercício da parentalidade (13,2%,  $n = 10$ ) e brigas e insatisfações com o relacionamento familiar (13,2%,  $n = 10$ ), seguidas por doenças (11,8%,  $n = 9$ ), como o alcoolis-

mo (Tabela 1). Em sua maioria, essas queixas estavam localizadas em um ou mais filhos (47,4%,  $n = 36$ ), seguidas por queixas centradas em um dos progenitores (32,9%,  $n = 25$ ). Como pode ser visto na Tabela 2, das queixas localizadas em um dos progenitores, apenas 10,5% ( $n = 8$ ) foram reportadas pelo próprio genitor, que assumiu suas dificuldades. Na maior parte dos casos, o sujeito informante reportou insatisfações referentes ao outro progenitor (22,4%,  $n = 17$ ).

**Tabela 1:** Conteúdo das queixas, principais problemas e causas

Categoria	Queixa		Principal problema		Causa	
	n	%	n	%	n	%
Comportamento ou personalidade de uma pessoa	25	32,90%	17	24,30%	13	22%
Dificuldades na parentalidade	10	13,20%	10	14,30%	18	30,50%
Manejo dos filhos	7	9,20%	3	4,30%	3	5,10%
Divergências entre cuidadores	2	2,60%	5	7,10%	5	8,50%
Baixo envolvimento parental	1	1,30%	2	2,80%	10	16,90%
Relacionamento familiar e brigas	10	13,20%	17	24,30%	3	5,10%
Doenças	9	11,80%	4	5,70%	9	15,20%
Doenças: Álcool e drogas	7	9,20%	2	2,80%	3	5,10%
Doenças: Outras doenças	2	2,60%	2	2,80%	6	10,20%
Mudanças ocasionadas pelo rompimento conjugal	5	6,60%	5	7,10%	4	6,80%
Morte e tentativa de suicídio	4	5,30%	2	2,80%	3	5,10%
Problemas escolares	5	6,60%	2	2,80%	3	5,10%
Violência e problemas com a lei	5	6,60%	3	4,30%	–	–
Situação econômica	–	–	4	5,70%	–	–
Influência de terceiros	–	–	–	–	3	5,10%
Outros	3	3,90%	6	8,60%	3	5,10%
Total	76	100%	70	100%	59	100%

Ao investigar qual era o principal problema da família na opinião dos respondentes, encontraram-se resultados similares às queixas, porém com proporções diferentes. Percebe-se uma diminuição na taxa de reclamações a respeito do comportamento ou personalidade de uma pessoa (24,3%,  $n = 17$ ) e aumento nos problemas centrados no relacionamento familiar (24,3%,  $n = 17$ ; Tabela 1). Também se observa uma mudança na localização desses problemas (Tabela 2). Quando se considera a principal dificuldade da família, diminui para 20% ( $n = 14$ ) e 24,3% ( $n = 17$ ) o número de problemas centrados, respectivamente, em um ou mais filhos e em um dos progenitores, ao mesmo tempo que aumentam as reclamações sobre o relacionamento entre toda a família (10%,  $n = 7$ ) e entre subsistemas (21,4%,  $n = 15$ ), totalizando 31,4% de problemas considerados relacionais ( $n = 22$ ).

**Tabela 2:** Localização das queixas, principais problemas, causas e mudanças necessárias

Categorias	Queixa		Principal problema		Causa		Mudanças necessárias	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Em um ou mais filhos	36	47,40%	14	20%	11	18,60%	10	18,20%
Filho/a criança	17	22,40%	5	7,10%	2	3,40%	2	3,60%
Filho/a adolescente	15	19,70%	7	10%	7	11,80%	7	12,70%
Filho/a adulto/a	4	5,30%	2	2,80%	2	3,40%	1	1,80%
Em um ou ambos os pais	25	32,90%	17	24,30%	18	30,50%	22	40%
Pai/mãe respondente	8	10,50%	4	5,70%	6	10,20%	5	9,10%
Pai/mãe não respondente	17	22,40%	13	18,60%	12	20,30%	17	30,90%
Em um subsistema familiar	8	10,50%	15	21,40%	8	13,50%	7	12,70%
Subsistema fraterno	2	2,60%	3	4,30%	–	–	1	1,80%
Subsistema parental	1	1,30%	4	5,70%	5	8,50%	4	7,30%
Subsistema conjugal	2	2,60%	2	2,80%	–	0%	1	1,80%
Outro subsistema	3	2,90%	6	8,60%	3	5,10%	1	1,80%
No sistema familiar	3	3,90%	7	10%	1	1,70%	7	12,70%
Externa à família	2	2,60%	6	8,60%	11	18,60%	0	0%
Em outro membro da família	2	2,60%	8	11,40%	7	11,80%	4	7,30%
Outro	–	–	3	4,30%	3	5,10%	5	9,10%
Total		100%	70	100%	59	100%	55	100%

Quando se investigam as causas atribuídas a esses problemas, ainda, percebem-se mais algumas diferenças. Aproximadamente 30% ( $n = 18$ ) das causas são atribuídas pelos participantes a dificuldades no exercício da parentalidade, sendo a maior parte ao baixo envolvimento parental de um dos genitores (16,9%,  $n = 10$ ). Esse aspecto teve baixa frequência na avaliação da queixa e do principal problema familiar. Outras causas comuns seguem sendo o comportamento ou personalidade de uma pessoa (22%,  $n = 13$ ) e a existência de alguma doença (15,2%,  $n = 9$ ). As causas localizadas nos progenitores mantêm-se como as mais frequentes (30,5%,  $n = 18$ ), e são seguidas por causas localizadas em um dos filhos (18,6%,  $n = 11$ ) e externas à família, como a escola e a influência de amigos (18,6%,  $n = 11$ ).

Para 61% ( $n = 25$ ) dos entrevistados, a família convive com a queixa há mais de um ano, e 48,8% ( $n = 20$ ) referem que esse período é maior do que cinco anos. As informações sobre o motivo da busca (Tabela 3), ou seja, o elemento que desencadeou a procura de ajuda no momento em que ocorreu, complementam estas informações. Segundo os participantes, o motivo mais frequente para a busca de ajuda foi o agravamento de um problema que persistiu ao longo do tempo (47,9%,  $n = 23$ ). Em segundo lugar, foi a sugestão ou o encaminhamento de terceiros (14,6%,  $n = 7$ ).

**Tabela 3:** Motivos da busca de ajuda

<b>Categorias</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Persistência de um problema:	27	56,20%
Não resolução espontânea do problema	2	4,20%
Agravamento do problema	23	47,90%
Falha nas tentativas anteriores de solucionar o problema	2	4,20%
Sugestão ou encaminhamento de terceiros	7	14,60%
Encontrar um lugar adequado	5	10,40%
Preocupação com as consequências de um problema	4	8,30%
Organização familiar para a busca da ajuda	3	6,20%
Busca de ajuda imediata	1	2,10%
Outro	1	2,10%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

### *Tentativas anteriores de busca de ajuda*

Os resultados revelam que 70,7% ( $n = 29$ ) dos entrevistados tentaram resolver o problema de outras maneiras antes de procurar ajuda psicológica. Apesar disso, grande parte dos participantes ponderou que, em uma escala de 1 a 10, essas tentativas solucionaram o problema que vinham enfrentando, no máximo, até o nível 5 (71,4%,  $n = 20$ ).

As principais estratégias de ajuda relatadas pelos sujeitos foram realizadas no ambiente familiar (66,7%,  $n = 22$ ), sendo o diálogo a principal dessas tentativas (45,4%,  $n = 15$ ). A busca de outros profissionais foi a segunda estratégia mais empregada (27,3%,  $n = 9$ ), seguida por tentativas de diferentes manejos no ambiente familiar, tais como castigar, reforçar comportamentos, formular regras, pedir ajuda e passar mais tempo com o membro da família que apresentava o problema (21,2%,  $n = 7$ ). Uma pequena parcela dos respondentes buscou ajuda espiritual ou religiosa na tentativa de solucionar o problema (6,1%,  $n = 2$ ).

De acordo com 46,4% ( $n = 13$ ) dos respondentes, foram as mães quem propuseram tais alternativas, seguidas pelas avós (14,3%,  $n = 4$ ) e por estratégias elaboradas por mais de uma pessoa (14,3%,  $n = 4$ ). Para 44,8% ( $n = 13$ ) dos participantes, nesses casos a família se engajou nessas estratégias. Cerca de 20% ( $n = 6$ ) dos respondentes considerou que esse engajamento foi parcial, e o restante considerou que não houve engajamento da família nas tentativas de solução dos problemas (34,5%,  $n = 10$ ).

*Expectativas e motivações para o tratamento*

No que tange às expectativas a respeito do tratamento, as maiores frequências foram de respostas genéricas, como, por exemplo, “espero que mude tudo” (23,6%,  $n = 13$ ), seguidas por respostas que denotam a expectativa de que o paciente identificado se desenvolva de maneira mais saudável (21,81%,  $n = 12$ ). Também apareceram expectativas dos entrevistados em aprender a agir frente às situações-problema que lhes causam sofrimento (18,2%,  $n = 10$ ). Outras expectativas identificadas foram receber orientações ou soluções para os problemas, esperar que um membro da família mude seus comportamentos, buscar mudanças pessoais, compreender uma situação e aprender a conviver com determinadas circunstâncias. Quando solicitados a ponderar a expectativa a respeito do tratamento em uma escala de 1 a 10, referindo o quanto esperavam que a terapia familiar os ajudasse no enfrentamento do problema, 70,7% ( $n = 29$ ) dos entrevistados referiram esperar que a terapia de família ajudasse de 8 a 10 na resolução do mesmo.

Em geral, os participantes assinalaram que, sem esse problema, a família seria mais próxima do “normal” (25%,  $n = 16$ ), teria um melhor relacionamento (17,2%,  $n = 11$ ), menos problemas (15,6%,  $n = 10$ ) e melhor desenvolvimento do paciente identificado (14,1%,  $n = 9$ ). Contudo, 18,7% ( $n = 12$ ) dos participantes não souberam especificar o que mudaria na família sem a existência desse problema.

**Tabela 4:** *Mudanças necessárias para a solução do problema*

<b>Categorias</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Comportamento ou personalidade	22	40%
Comportamento parental	17	30,90%
Relacionamento, afetividade e/ou comunicação	8	14,50%
Não sabe ou não especifica a mudança	5	9,10%
Outro	3	5,40%
Total	55	100%

Ao avaliar o que precisa ser modificado na própria família para resolver a dificuldade (Tabela 4), por sua vez, verifica-se que o comportamento ou personalidade de uma pessoa da família foi o item mais lembrado pelos entrevistados (40%,  $n = 22$ ), seguido pelo comportamento parental (30,9%,  $n = 17$ ), este relacionado especificamente aos cuidados com os filhos. Em terceiro lugar, os respondentes consideraram que o relacionamento familiar, a afetividade e/ou a comunicação entre os membros da família precisariam ser modificados (14,5%,  $n = 8$ ). Ao investigar a localização dessas possíveis modificações (Tabela 2), verifica-se que a maioria se referiu aos progenitores (40%,  $n = 22$ ), especialmente ao genitor que não o entrevistado (30,9%,  $n = 17$ ), seguida pelos filhos (18,2%,  $n = 10$ ).

## Discussão

As famílias com indicação para terapia familiar investigadas em uma clínica-escola da cidade de Porto Alegre (RS) apresentaram-se de forma bastante heterogênea no que diz respeito a sua configuração familiar, o que reitera a premissa de que não é a maneira como a família está composta que determina seu nível de saúde (Wagner, Tronco, & Armani, 2011). Em sua maioria, essas famílias vivenciavam as fases do ciclo vital da infância e adolescência dos filhos, o que denota o enfrentamento de tarefas diversas, como aceitação de novos membros no sistema familiar, educação dos filhos, mudanças nos papéis familiares e realinhamentos nas relações com a família ampliada, entre outras (McGoldrick, Carter, & Garcia-Preto, 2011). Outros estudos realizados com a população clínica brasileira também registraram essa diversidade de configurações familiares (Féres-Carneiro & Magalhães, 2008, Magalhães, 2009) e a predominância de famílias com crianças e adolescentes (Zuanazzi, & Sei, 2014).

A renda familiar média dos sujeitos entrevistados esteve um pouco acima da encontrada em outros estudos realizados em clínicas-escola brasileiras (Campezatto & Nunes, 2007, Cunha & Benetti, 2009, Macedo et al., 2010), sendo que o alto desvio-padrão encontrado denuncia a grande variabilidade nos rendimentos das famílias que procuraram essa clínica. Essa peculiaridade aparece uma vez que, na clínica-escola estudada, a renda não é um critério de exclusão no momento de realização das entrevistas iniciais. Entretanto, como norma institucional, quando se constata nessa avaliação que os sujeitos ou famílias têm condições de assumir um tratamento particular, esse encaminhamento é realizado. Mesmo com essa variação na renda familiar, porém, a grande maioria dos participantes avaliou sua situação financeira como regular ou ruim, denotando que, mais do que a renda bruta, a percepção que as pessoas têm sobre seu rendimento e a forma como se organizam financeiramente também são fatores presentes quando optam por buscar atendimento em clínicas-escola.

Evidencia-se o protagonismo feminino, tanto na busca de ajuda psicológica quanto nas estratégias de ajuda empregadas pela família antes de procurar a clínica. São as mulheres, em sua maioria mães e avós, quem tomam a iniciativa de busca de uma solução para os problemas familiares. Tais dados vão ao encontro de estudos sobre o exercício do papel parental, os quais revelam que, mesmo com a tendência de maior participação dos pais na educação dos filhos, ainda predomina o envolvimento materno no que se refere ao desempenho de diferentes dimensões da parentalidade (Grzybowski & Wagner, 2010, Reichert & Wagner, 2007).

Pode-se constatar, em geral, que as famílias percorrem uma longa trajetória até chegar à terapia de família. Em sua maioria, as famílias convivem há anos com o problema, buscando ajuda externa apenas quando o problema se agrava e ultrapassa um limiar de tolerância. Nesse percurso, muitas famílias lançam mão de estratégias intrassistêmicas, como o diálogo, para tentar solucionar o problema, porém assumem que tais tentativas têm tido baixos níveis de eficácia. Frente a esse processo longo e pouco resolutivo, pode-se compreender o alto nível de expectativas que os sujeitos entrevistados apresentaram a respeito do tratamento familiar.

Apesar dessa expectativa de que a terapia seja altamente eficaz para a resolução do problema, os dados revelam que uma parcela dos entrevistados não tem clareza sobre aquilo que esperam mudar ou melhorar a partir do tratamento. Além disso, percebe-se a convergência de diferentes tipos de expectativas, desde as que envolvem a esperança de que um único membro da família mude até a expectativa de receber do terapeuta a solução para os problemas. Nesse cenário, torna-se fundamental que as primeiras entrevistas de terapia avaliem as expectativas da família sobre o tratamento e a disponibilidade de seus integrantes em empreender mudanças para que tais objetivos sejam atingidos. Conforme apontam Nichols & Tafuri (2013), mais do que compreender que as interações familiares são parte do problema, para que mudanças efetivas possam ocorrer em terapia de família, as pessoas devem compreender e assumir que, individualmente, precisam fazer mudanças em seu modo de agir. Além disso, considerando o protagonismo feminino tanto na busca de ajuda quanto nas estratégias anteriores utilizadas para solucionar o problema, torna-se essencial que os terapeutas avaliem as expectativas e o envolvimento de todos os membros da família, estabelecendo vínculos com todos, para que a terapia familiar não se configure como “apenas mais uma tentativa” proposta pelas mães e avós dessas famílias. Tal investimento no envolvimento de todos os integrantes da família se faz importante, também, quando se considera que grande parte das famílias não sabe o que é e como funciona a terapia familiar, uma vez que muitas buscam atendimento individual para um de seus membros e, no processo de avaliação, deparam-se com a possibilidade de receber um tratamento conjunto.

Nesse sentido, é necessário ter em conta que, no início do processo terapêutico, as famílias não percebem a si mesmas como corresponsáveis pela formação e manutenção do sintoma apresentado por um de seus membros (Machado et al., 2008). Apesar disso, os resultados demonstram que existe certa consciência dos respondentes a respeito da importância da interação familiar na explicação e solução do problema. Isso se evidencia quando se avalia o que os participantes consideram como queixa, principal problema da família e suas causas. Por

exemplo, os comportamentos e/ou a personalidade de um membro da família são percebidos como a principal queixa no momento de buscar terapia. No entanto, quando os entrevistados avaliam qual é o principal problema de sua família, os comportamentos e/ou personalidade de uma pessoa têm sua proporção diminuída, sendo que esse percentual cai um pouco mais quando se considera qual é a causa dos problemas que vivenciam.

Quando se avalia o principal problema familiar, chama a atenção o aumento no índice de respostas que compreendem o relacionamento familiar e as brigas. Isso também se evidencia quando se avalia a localização da queixa e do principal problema familiar, uma vez que ocorre um aumento importante no número de pessoas que identificam que o principal problema familiar está localizado em um subsistema ou no sistema familiar, ao mesmo tempo que diminui a proporção de pessoas que considera que o principal problema está localizado unicamente em um filho, em comparação com a queixa. Tal informação remonta ao princípio sistêmico de que o paciente identificado, ou seja, a pessoa que apresenta o sintoma, denuncia uma problemática mais complexa que envolve a dinâmica familiar (Minuchin, 1982; Satir, 1974). Dessa forma, evidencia-se que as famílias identificam, em algum nível, que as dificuldades que vivenciam têm componentes sistêmicos e estão associadas às suas relações. Isso permite, já nas primeiras sessões, que se efetue a ampliação da queixa com o objetivo de elaborar uma demanda compartilhada de tratamento, ou seja, o delineamento de um objetivo terapêutico compartilhado entre os membros da família, que corresponda à sua real necessidade (Machado et al., 2008, 2011). A capacidade de fazer essa passagem da queixa para a demanda é um componente fundamental para o desenvolvimento do processo terapêutico, e a avaliação dessa capacidade desde as primeiras entrevistas pode ser um indicativo do envolvimento de toda a família no tratamento.

Essa percepção de que as relações familiares reverberam na queixa se evidencia ainda mais quando as causas dos problemas são avaliadas. A principal causa das queixas, segundo os participantes, são dificuldades no exercício da parentalidade, principalmente o baixo envolvimento de um dos pais com os filhos. Quando se considera quais mudanças são necessárias para que o problema seja resolvido, os participantes também destacam o comportamento parental. Tal dado corrobora a capacidade dos entrevistados em perceber que a queixa não é apenas um comportamento isolado, pois responde a outros elementos do sistema familiar. No entanto, são poucos os pais que assinalam suas próprias dificuldades como relacionadas aos problemas dos filhos, havendo uma tendência de que a falta e os comportamentos parentais inadequados do outro progenitor sejam avaliados como causadores das dificuldades. Essa informação leva a duas constatações

complementares: por um lado, denuncia uma realidade em que um dos genitores parece assumir os cuidados com os filhos e se encontra sozinho nessa tarefa, sem a colaboração efetiva do outro progenitor. Por outro, permite questionar se os pais atuantes no processo educativo têm conseguido avaliar criticamente o seu exercício parental, tanto quanto o fazem com as ações do outro genitor.

Cada vez mais, a literatura especializada provê evidências da relação entre as práticas educativas parentais (Marin, Piccinini, Gonçalves, & Tudge, 2012), as relações parentais (Campana, Gomes, & Lerner, 2014, Grzybowski & Wagner, 2010) e as conjugais (Cummings & Davies, 2010; Mosmann, Wagner, & Sarriera, 2008) com a manifestação de sintomas por parte dos filhos. Nesse sentido, a avaliação do exercício parental de cada genitor e das relações parentais e/ou conjugais dos progenitores é de grande importância nas situações em que os filhos se apresentam como os pacientes identificados. Isso se torna ainda mais importante considerando o atual momento sociocultural, no qual os valores que tradicionalmente embasavam o processo educativo passaram a ser questionados, sem que novos modelos tenham sido estabelecidos (Zanetti & Gomes, 2014).

De maneira geral, os resultados desta pesquisa ilustram elementos da trajetória percorrida pela família até o início da terapia familiar, demonstrando como os problemas familiares são percebidos na perspectiva dos pacientes. Nesse sentido, permite que se façam reflexões sobre a prática clínica com famílias em clínicas-escola, especialmente no que diz respeito à necessidade de envolver os clientes no processo terapêutico e de efetuar a transição da queixa para a demanda desde o período de avaliação inicial. Cabe, porém, ressaltar algumas limitações deste estudo. Em primeiro lugar, o número reduzido de participantes e o fato de todos serem oriundos de Porto Alegre (RS) não permite que se façam generalizações dos resultados. Um segundo ponto se refere à impossibilidade de entrevistar todos os membros da família e, na maior parte dos casos, de não ter podido investigar a perspectiva dos pacientes identificados. Em decorrência disso, os resultados deste estudo se limitam a descrever a perspectiva de alguns membros da família encaminhada para tratamento, não podendo ser considerados resultados da família como um todo. Nesse sentido, sugere-se que estudos futuros busquem abranger uma amostra maior, incluindo todos os membros das famílias entrevistadas. Adaptações que incluam um roteiro para crianças e/ou uma entrevista com toda a família podem trazer novos resultados e perspectivas no que se refere aos estudos sobre a clientela atendida em terapia familiar em clínicas-escolas.

## Referências

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*, Edição em. São Paulo: Edições 70.
- Bergman, J. J. (1996). Formulando hipóteses clínicas. In J. J. Bergman (Ed.), *Pescando barracudas: a pragmática da terapia sistêmica breve* (p. 53-72). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Boaz, C., Nunes, M. L. T., & Hirakata, V. N. (2012). A problemática do desenvolvimento de crianças assistidas por clínicas-escolas brasileiras mudaram no decorrer das décadas? *Psico*, 43(3), 334-340.
- Borsa, J. C., Segabinazi, J. D., Stenert, F., Yates, D. B., & Bandeira, D. R. (2013). Caracterização da clientela infanto-juvenil de uma clínica-escola de avaliação psicológica de uma universidade brasileira. *Psico*, 44(1), 73-81.
- Bortolini, M., Pureza, J., Andretta, I., & Oliveira, M. da S. (2011). Perfil de pacientes atendidos através da terapia cognitivo-comportamental em uma clínica-escola. *Contextos Clínicos*, 4(2), 132-138. doi: 10.4013/ctc.2011.42.07
- Campana, N. T. C., Gomes, I. C., & Lerner, R. (2014) Contribuições da clínica da parentalidade no atendimento de um caso de obesidade infantil. *Psicologia Clínica*, 26(2), 105-119.
- Campezatto, P. V. M., & Nunes, M. L. T. (2007). Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 376-388.
- Celano, M. P., Smith, C. O., & Kaslow, N. J. (2010). A competency-based approach to couple and family therapy supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 35-44. doi: 10.1037/a0018845
- Chambers, A. L. (2012). A systemically infused integrative model for conceptualizing couples' problems: The four-session evaluation. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1(1), 31-47. doi: 10.1037/a0027505
- Cummings, M., & Davies, P. T. (2010). *Marital conflict and children: an emotional security perspective*. London: The Guilford Press.
- Cunha, T. R. dos S., & Benetti, S. P. da C. (2009). Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. *Boletim de Psicologia*, 59(130), 117-127.
- Falceto, O. (2008). Terapia de família. In A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (p. 221-245). Porto Alegre: Artmed.
- Féres-Carneiro, T. (1998). Clínica da família e do casal: tendências da demanda contemporânea. *Interações*, 3(6), 23-32.
- Féres-Carneiro, T., & Magalhães, A. S. (2008). Novas configurações familiares e as repercussões em psicoterapia de família. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 10(2), 7-16.
- Grzybowski, L. S., & Wagner, A. (2010). O envolvimento parental após a separação/divórcio. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), 289-298.

- Karpel, M. A. (1994). *Evaluating couples: a handbook for practitioners*. New York: W. W. Norton.
- Lopez, M. A. (1983). Características da clientela de clínicas-escola de psicologia em São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 35(1), 78-92.
- López, L. S., & Escudero, C. V. (2003). *Familia, evaluación y intervención*. Madrid: CCS.
- Macedo, M. M. K., Silva, F. C. F., Giaretta, D. G., Ribas, R. F., & Druck, C. M. (2010). Atenção integral à saúde masculina: a busca por atendimento psicológico em uma clínica-escola. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(1), 154-170.
- Machado, R. N., Féres-Carneiro, T., & Magalhães, A. S. (2008). Demanda clínica em psicoterapia de família: Arte-Diagnóstico Familiar como instrumento facilitador. *Paidéia*, 18(41), 555-566.
- Machado, R. N., Féres-Carneiro, T., & Magalhães, A. S. (2011). Entrevistas preliminares em psicoterapia de família: construção da demanda compartilhada. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 11(2), 669-699.
- Magalhães, A. S. (2009). Conjugalidade e parentalidade na clínica com famílias. In T. Féres-Carneiro (Ed.), *Casal e família: permanências e rupturas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marin, A. H., Piccinini, C. A., Gonçalves, T. R., & Tudge, J. R. H. (2012). Práticas educativas parentais, problemas de comportamento e competência social de crianças em idade pré-escolar. *Estudos de Psicologia*, 17(1), 05-13.
- McGoldrick, M., Carter, B., & Preto, N. G. (2011). *The expanded family life cycle: individual, family and social perspectives*. Boston: Allyn & Bacon.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mosmann, C. P., Wagner, A., & Sarrieira, J. C. (2008). A qualidade conjugal como preditora dos estilos educativos parentais: o perfil discriminante de casais com filhos adolescentes. *Psicologia (Lisboa)*, 22, 161-182.
- Moura, C. B., Marinho-Casanova, M. L., Meurer, P. H., & Campana, C. (2008). Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do Child Behavior Checklist (CBCL). *Contextos Clínicos*, 1(1), 1-8.
- Nichols, M., & Tafuri, S. (2013). Techniques of structural family assessment: a qualitative analysis of how experts promote a systemic perspective. *Family Process*, 52(2). doi: 10.1111/famp.12025
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2009). What works for whom? Gender differences in intake characteristics and treatment outcomes following Multisystemic Therapy. *Journal of Adolescence*, 32, 1425-1435. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.06.006
- Oliver, J. M., Searight, H. R., & Lightfoot, S. (1988). Client characteristics as determinants of intervention modality and therapy progress. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(4), 543-551.
- Reichert, C. B., & Wagner, A. (2007). Autonomia na adolescência e sua relação com os estilos parentais. *Psico*, 38(3), 292-299.

- Ríos González, J. A. (1994). *Manual de orientación y terapia familiar*. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre.
- Rodríguez-Arias, P. J. L., & Venero Celis, M. (2006). *Terapia familiar breve: guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico*. Madrid: Editorial CCS.
- Romaro, R. A., & Capitão, C. G. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(1), 111-121.
- Romaro, R. A., & Oliveira, P. E. C. L. (2008). Identificação das queixas de adultos separados atendidos em uma clínica-escola de psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 780-793.
- Satir, V. M. (1974). La familia como unidad de tratamiento. In J. Haley (Ed.), *Tratamiento de la familia*. Barcelona: Ediciones Toray, S. A.
- Smock, S. A., McWey, L. M., & Ward, D. B. (2006). Rural versus urban clinical needs: Are there Differences? *Journal of Family Psychotherapy*, 17(2), 37-49. doi: 10.1300/J085v17n02
- Wagner, A., Predebon, J., Mosmann, C. P., & Verza, F. (2005). Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 181-186.
- Wagner, A., Ribeiro, L. S., Arteche, A. X., & Bornholdt, E. A. (1999). *Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1), 147-156.
- Wagner, A., Tronco, C., & Armani, A. B. (2011). Os desafios da família contemporânea: revisitando conceitos. In A. Wagner (Ed.), *Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisas e reflexões*. Porto Alegre: Artmed.
- Wielewicki, A. (2011). Problemas de comportamento infantil: importância e limitações de estudos de caracterização em clínicas-escola brasileiras. *Temas em Psicologia*, 19(2), 379-389.
- Zanetti, S. A. S., & Gomes, I. C. (2014). Relação entre funções parentais e o comportamento de crianças pré-escolares. *Boletim de Psicologia* 64(140), 1-20.
- Zuanazzi, A. C., & Sei, M. B. (2014). Psicoterapia familiar psicanalítica: reflexões sobre os fenômenos transferenciais e contratransferenciais em um serviço-escola de psicologia. *Vínculo*, 11(1), 16-24.

## Nota

- <sup>1</sup> Angélica Paula Neumann foi Bolsista de Mestrado CNPq durante a realização da pesquisa. Adriana Wagner é Bolsista de Produtividade em Pesquisa 1B pelo CNPq.

Recebido em 05 de agosto de 2014  
Aceito para publicação em 12 de outubro de 2014



## AS RELAÇÕES ENTRE TEMPERAMENTO E AS FUNÇÕES EXECUTIVAS EM CRIANÇAS DE 6 E 7 ANOS DE IDADE

*RELATIONSHIPS BETWEEN TEMPERAMENT AND EXECUTIVE FUNCTIONS IN 6 AND 7 YEARS OLD CHILDREN*

*RELACIONES ENTRE EL TEMPERAMENTO Y LAS FUNCIONES EJECUTIVAS EN NIÑOS DE 6 Y 7 AÑOS DE EDAD*

*Florencia Stelzer\**  
*María Laura Andrés\*\**  
*Sebastián Urquijo\*\*\**

### RESUMO

As funções executivas são um conjunto de processos cognitivos envolvidos no controle do pensamento, comportamento e afeto. Estudos em crianças pré-escolares indicam que esses processos estão associados às características temperamentais delas, no entanto, em crianças mais velhas, as relações entre essas construções têm sido pouco exploradas. O objetivo deste estudo foi analisar a relação entre temperamento e as funções executivas de controle inibitório, memória de trabalho, planejamento e tomada de decisão em crianças do primeiro ano do Ensino Básico. Um grupo de 289 crianças com idade média de 80,94 meses, com desvio padrão de 3,75 meses, foi avaliada. Os resultados indicaram que aquelas crianças com maior capacidade de autorregular a sua reatividade temperamental apresentam melhor desempenho no planejamento, em comparação a crianças com maiores dificuldades para se autorregular. No entanto, não foram observadas relações entre temperamento e memória de trabalho, inibição perceptual e tomada de decisão. Conclui-se apontando alguns critérios metodológicos para a elaboração de futuras pesquisas que explorem a relação entre as funções executivas e o temperamento.

Palavras-chave: funções executivas; temperamento; crianças.

\* Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

\*\* Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

\*\*\* Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

**ABSTRACT**

Executive functions are a set of cognitive processes involved in the control of thought, behavior and affect. Studies in preschool children indicate that these processes are associated with their temperamental characteristics; however, in older children the relationships between these constructs have been little explored. The aim of this study was to analyze the relationship between temperament and executive functions of inhibitory control, working memory, planning and decision making in children in the first year of the Basic Primary Education. A group of 289 children whose average age was 80.94 months with a standard deviation of 3.75 months was evaluated. The results indicated that children with greater capacity to regulate their temperamental reactivity present better performance in planning compared to children with higher difficulty to regulate temperamental reactivity. However, no relationships were observed between temperament and working memory, perceptual inhibition and decision making. We conclude by pointing out some methodological criteria for future research design that explores the relationship between temperament and executive functions.

**Keywords:** executive functions; temperament; children.

**RESUMEN**

Las funciones ejecutivas conforman un conjunto de procesos cognitivos implicados en el control del pensamiento, comportamiento y afectividad. Estudios en niños de preescolar indican que dichos procesos se asocian con las características temperamentales de éstos, sin embargo, en niños de mayor edad las relaciones entre estos constructos han sido poco exploradas. El objetivo de este trabajo fue analizar las relaciones entre el temperamento y las funciones ejecutivas de control inhibitorio, memoria de trabajo, planificación y toma de decisiones, en niños de primer año de la Educación Primaria Básica. Se evaluó un grupo de 289 niños cuya edad media fue de 80.94 meses, con una desviación estándar de 3.75 meses. Los resultados indicaron que aquellos niños con mayor capacidad de autorregular la reactividad temperamental presentan mejor desempeño en planificación, respecto de los niños con mayores dificultades para autorregular la misma. No obstante, no se observaron relaciones del temperamento con la memoria de trabajo, la inhibición perceptual y la toma de decisiones. Se concluye señalando algunos criterios metodológicos para el diseño de futuras investigaciones que exploren las relaciones entre el temperamento y las funciones ejecutivas.

**Palabras claves:** funciones ejecutivas; temperamento, niños.

Las funciones ejecutivas (FE) posibilitan un adecuado aprendizaje y desempeño académico (Bull & Scerif, 2001; Canet-Juric, Urquijo, Richard's, & Burin, 2009; Hooper, Swartz, Wakely, de Kruif, & Montgomery, 2002) y facilitan el ajuste social del niño a las demandas del contexto escolar (Jacobson, Williford, & Pianta, 2011; Riggs, Blair, & Greenberg, 2004). Las mismas constituyen un conjunto de procesos cognitivos que permiten el control voluntario y consciente del pensamiento, comportamiento y afectividad en pos de alcanzar metas (Blair, Zelazo, & Greenberg, 2005; Fuster, 2002; Garon, Bryson, & Smith, 2008). Estos procesos posibilitan una ejecución controlada de la conducta, regulando la activación de las representaciones mentales que no son oportunas para la realización de una tarea o actividad, e inhibiendo la interferencia de estímulos distractores del medio, de forma tal que los sujetos puedan desenvolverse en éste de una forma adaptativa (Diamond, 2013; Hasher, Lustig, & Zacks, 2007; Hofmann, Schmeichel, & Baddeley, 2012).

En los últimos años se ha propuesto que las FE poseen relaciones con el temperamento (Bridgett, Oddi, Laake, Murdock, & Bachmann, 2013). Sin embargo, la mayoría de los estudios que han explorado estas relaciones se han realizado con niños de preescolar y han dejado de lado ciertas FE, tales como la planificación y la toma de decisiones, que presentan un importante papel en etapas posteriores del desarrollo (Bull, Espy, & Wiebe, 2008; Clark, Prior, & Kinsella, 2002). El inicio de la etapa escolar es un momento importante en el desarrollo infantil, ya que desafía al niño a enfrentar una serie de cambios en su mundo social y académico, donde las FE juegan un rol central (Best, Miller, & Naglieri, 2011; Bull & Scerif, 2001; Clark, Pritchard, & Woodward, 2010; Hooper et al., 2002). El objetivo general de este trabajo es analizar las relaciones entre el temperamento y las FE de inhibición perceptual, memoria de trabajo, toma de decisiones y planificación en niños que están iniciando su Educación Primaria Básica.

En la literatura se observa cierto consenso entre los investigadores en considerar que existen FE nucleares, que constituyen los componentes nodales del funcionamiento ejecutivo, y FE complejas, que implican una combinación variable de las FE nucleares y de otros procesos cognitivos (Diamond, 2013). El control inhibitorio, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva son consideradas como FE nucleares, mientras que la planificación y la toma de decisiones se consideran FE complejas (Collins & Koechlin, 2012).

El control inhibitorio permite el control de las interferencias que estímulos perceptuales, representaciones mentales o tendencias de respuestas automatizadas, podrían generar a la hora de alcanzar una meta (Hasher & Zacks, 1988; Healey, Campbell, Hasher, & Osher, 2010). La inhibición perceptual (Diamond,

2013) o de acceso (Hasher, 2007) es un tipo de control inhibitorio que impide el acceso de información irrelevante para los objetivos de una tarea (Diamond, 2013; Hasher, 2007). La misma es de crucial importancia en las primeras etapas de la escolaridad primaria, ya que implica un control de la interferencia a nivel de la percepción, mediante el cual los sujetos son capaces de atender de forma selectiva a ciertos estímulos, ignorando o suprimiendo la presencia de otros.

La memoria de trabajo (MT) consiste en un proceso independiente, pero estrechamente vinculado al control inhibitorio, que involucra la capacidad de retener y procesar (manipular y actualizar) información relevante para el logro de una meta. Por otra parte, la flexibilidad cognitiva, puede ser definida como la capacidad de alternar de modo flexible los sistemas de reglas de regulación de la conducta (Diamond, 2013). Esta capacidad implica la retención y manipulación de información (e.g. sostener y reorganizar reglas) propia de la MT y la detención de respuestas automatizadas y modificación del nivel de activación de las reglas propio del control inhibitorio, por lo que se trata de una FE nuclear altamente dependiente de las otras dos.

Respecto de las FE complejas, la planificación se define como la capacidad de identificar y organizar secuencias de acciones con el fin de alcanzar una meta específica (Lezak, Howieson, & Loring, 2004). Un adecuado desempeño en esta función implica: (a) generar una representación mental del problema a resolver, (b) establecer secuencias de acciones para solucionar el mismo, (c) ejecutar las acciones planificadas y (d) verificar si las acciones realizadas permiten la resolución del problema, corrigiendo los errores cometidos. La toma de decisiones, involucra la habilidad para retener información sobre los resultados de experiencias o decisiones tomadas previamente y utilizar la misma para elegir aquellas opciones cuyas potenciales consecuencias serán más beneficiosas para el individuo (Harts-tra, Oldenburg, Van Leijenhorst, Rombouts, & Crone, 2010).

Existen evidencias de que el desempeño en las FE se asocia con las características temperamentales de los niños (e.g. Bridgett et al., 2013; Gerardi-Caulton, 2002). El temperamento puede ser entendido como un conjunto de diferencias interindividuales en la reactividad –motriz, atencional y afectiva – y en la capacidad de autorregulación de ésta (Rothbart & Bates, 1998). Algunos investigadores sugirieron que una mayor reactividad a los estímulos dificulta el control cognitivo, conductual y afectivo asociado a las FE (González, Fuentes, Carranza, & Estevez, 2001). De manera complementaria, otros autores postulan que la capacidad constitucional de autorregular la reactividad se vincula a la FE de control inhibitorio, dado que las diferentes formas de inhibición forman parte de los procesos a través de los cuales se alcanza la autorregulación de la reactividad (Zhou, Chen, & Main,

2012). Según Rothbart y Bates (1998) la autorregulación del temperamento involucra las capacidades de: (a) control inhibitorio (la habilidad de suprimir respuestas inapropiadas), (b) focalización y cambio voluntario de la atención, (c) resolución de conflictos (capacidad de decidir frente a señales contradictorias o estímulos conflictivos) y (d) detección y corrección de errores y planificación de acciones.

Dentro de los modelos contemporáneos del temperamento infantil, el propuesto por Rothbart y Bates (Rothbart, 2006; Rothbart & Bates, 1998) es uno de los más aceptados y utilizados en la literatura. Estos autores postularon que dentro del constructo temperamento pueden distinguirse trece dimensiones específicas, las cuales se agrupan en tres grandes factores generales denominados (a) voluntad de control, (b) afectividad negativa y (c) extraversión (Rothbart, Ahadi, & Evans, 2000; Rothbart & Posner, 2006). El factor voluntad de control agrupa a las dimensiones específicas control inhibitorio, focalización atencional, sensibilidad perceptiva y placer de baja intensidad, implicadas en la autorregulación de la reactividad. El factor extraversión reúne a las dimensiones nivel de actividad, placer de alta intensidad, impulsividad y timidez (inversa); mientras que el factor de afectividad agrupa a las dimensiones enojo/frustración, miedo, tristeza, malestar y auto-tranquilización (inversa) (Rothbart et al., 2000; Rothbart & Posner, 2006). Estos dos últimos factores reúnen las dimensiones del temperamento implicadas en los aspectos reactivos de éste.

La mayor parte de los estudios que aportaron evidencias empíricas sobre las relaciones entre el temperamento infantil y las FE se realizaron con niños deambuladores y preescolares (Davis, Bruce, & Gummar, 2002; Gerardi-Caulton, 2002; Hongwanishkul, Happaney, Lee, & Zelazo, 2005; Rothbart, Ellis, Rueda, & Posner, 2003; Wolfe & Bell, 2004; 2007). En términos generales, los resultados de varios trabajos indicaron que el control inhibitorio perceptual y el control inhibitorio comportamental –un tipo de inhibición que se caracteriza por el frenado de respuestas prepotentes a nivel de la conducta (Diamond, 2013)- se relacionan positivamente con la voluntad de control (e.g. Carlson & Moses, 2001; Davis et al., 2002; Gerardi-Caulton, 2002; Rothbart et al., 2003; Wolfe & Bell, 2004; 2007) y negativamente con la afectividad negativa, la extraversión y ciertas dimensiones específicas implicadas en tales factores (control inhibitorio, focalización atencional, placer de baja intensidad, sensibilidad perceptiva, enojo/frustración, malestar, tristeza, impulsividad, nivel de actividad, aproximación) (e.g. Davis et al., 2002; Gerardi-Caulton; 2002; Rothbart et al., 2003; Wolfe & Bell, 2004).

Hongwanishkul et al. (2005) indicaron que la memoria de trabajo se asociaba negativamente a la extraversión; mientras que la flexibilidad cognitiva y la toma de decisiones se mostraban independientes de los tres factores del temperamento.

Desde otra perspectiva de análisis, Raver Blair y Willoguhby (2012) indicaron que una mayor afectividad negativa se asociaba a un peor desempeño en memoria de trabajo y flexibilidad cognitiva en niños preescolares que habían experimentado, de forma crónica, un mayor número de riesgos asociados a la pobreza. Por el contrario, en los niños que habían experimentado situaciones de pobreza de forma aguda, la afectividad negativa alta se relacionaba a un mejor desempeño en tales procesos.

Con niños de edad escolar la literatura científica registra un único trabajo (González et al., 2001) que sostiene que la inhibición perceptual se relaciona negativamente con ciertas dimensiones específicas implicadas en la extraversión (nivel de actividad, impulsividad, aproximación) y la afectividad negativa (enojo, malestar y tristeza), positivamente con algunas dimensiones resumidas en el factor voluntad de control (focalización atencional, control inhibitorio, auto-tranquilización).

En síntesis, son escasas las investigaciones que han analizado en niños en edad escolar la asociación del temperamento con la inhibición perceptual, la memoria de trabajo y la toma de decisiones y ninguna de ellas ha explorado su vinculación con la planificación. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es analizar la asociación de los aspectos reactivos (extraversión y afectividad negativa) y de autorregulación (voluntad de control) del temperamento con dichas FE en niños al inicio de la escolaridad primaria. El estudio de las relaciones entre estos procesos en niños de 6 y 7 años de edad, resulta de importancia dado que se observan ventajas metodológicas, ya que permite un mejor control del efecto que las diferencias propias del desarrollo podrían generar. Particularmente, la capacidad de autorregulación del temperamento experimenta un notorio incremento durante la etapa preescolar (Bridgett, et al., 2013; Zhou et al., 2012), siendo más estable en niños que iniciaron la etapa escolar (González et al., 2001). Por otro lado, la identificación de las variables que predicen el desempeño ejecutivo en esta etapa, constituirá un insumo de valor para el diseño de intervenciones específicas que propicien el desarrollo de éstos procesos, facilitando de este modo una mejor adaptación de los niños al contexto escolar.

## Método

### *Participantes*

La muestra inicial, estuvo conformada por 322 niños que cursaban primer grado de la Educación Primaria Básica, de escuelas de gestión pública de la ciudad de Rosario, Argentina. La misma fue de conveniencia y seleccionada por

disponibilidad. Se excluyeron del análisis de los datos aquellos casos en los que se verificó, a través de una ficha sanitaria administrada a los padres, la presencia de alguna de las siguientes condiciones: (a) prematurez, (b) peso al nacimiento inferior a 2500 g, (c) historial clínico de trastornos del desarrollo y/o patología neurológica y (d) repitencia. La muestra final quedó conformada por 289 niños (145 varones y 144 mujeres), cuya edad media fue de 80.94 meses con una desviación estándar de 3.75 meses.

### *Instrumentos*

#### Nivel de escolaridad materno y paterno y ficha sanitaria

*Encuesta de nivel de escolaridad materno y paterno.* Se utilizó con el propósito de indagar el nivel de escolaridad de los progenitores. Se asignaron a tales variables valores comprendidos entre 0 y 12 de acuerdo al nivel de escolarización alcanzado (sin estudios = 0 puntos; primario incompleto = 1 punto; primario completo = 3 puntos; secundario incompleto = 6 puntos; secundario completo = 9 puntos; terciario incompleto = 9 puntos; terciario completo = 10 puntos; universitario incompleto = 10 puntos; universitario completo y más = 12 puntos) siguiendo los criterios para población argentina propuestos por Pratts, Fracchia, Segretin, Hermida, Colombo y Lipina (2012).

*Ficha sanitaria.* Se empleó con el propósito de controlar la influencia de algunas variables que podrían afectar las relaciones entre los constructos estudiados (Anderson & Doyle, 2004; Baron, Kerns, Müller, Ahronovich, Litman, 2012; Martel & Nigg, 2006). En la misma se registraron las siguientes variables: (a) meses de gestación alcanzados, (b) peso de nacimiento, (c) historial clínico de trastornos del desarrollo y/o patología neurológica.

#### Funciones ejecutivas

*Planificación.* Se evaluó a través de la Tarea Torre de Londres (Krikorian, Bartok, & Gay, 1994), utilizándose un instrumento semejante al propuesto por Shallice (1982) y Krikorian, Bartok y Gay (1994), consistente en una base de madera (26 cm de largo, 4.5 cm de ancho y 3.5 cm de alto) con tres varillas (8 mm de longitud) de alturas crecientes (4.5, 9 y 15 cm). Además, se empleó un juego de tres cubos (5 cm de longitud) de colores verde, azul y amarillo. Cada uno presentaba un orificio central, de manera que podían ser insertados en las varillas.

El objetivo de la tarea residió en alcanzar un modelo final –consistente en una determinada configuración de los cubos en las varillas-, a partir de otro inicial. Para alcanzar dicha meta, se debía mover un cubo por vez realizando una cantidad limitada de movimientos, los cuales oscilaban entre dos y cinco. La configuración final a lograr, era mostrada a través de una torre idéntica manipulada por el experimentador. Previo a la presentación de cada configuración, el experimentador anticipaba al participante el número de movimientos máximo que debía emplear. La prueba presentaba doce problemas de complejidad creciente, teniendo el participante tres oportunidades para realizar correctamente cada uno de los mismos. Se obtenían 3 puntos al resolver un problema en el primer ensayo, 2 al lograrlo en el segundo y 1 en el tercero. En caso de no resolver dos problemas consecutivos, la prueba era interrumpida. Como medida de eficacia general en la realización de esta tarea se consideró la variable “puntuación torre de Londres”, la cual es el resultado de la suma de las puntuaciones obtenidas en el total de los problemas administrados. Para analizar la confiabilidad del instrumento se aplicó el método de mitades partidas sobre las puntuaciones en los doce problemas, considerándose el coeficiente de Guttman. Éste indicó un nivel de confiabilidad aceptable ( $r=.79$ ).

*Control inhibitorio.* Para su evaluación se utilizó el Test de Percepción de Diferencias de Caras (Thurstone & Thurstone, 1941), el cual involucra la inhibición perceptual. Consta de 180 elementos gráficos, que constituyen representaciones esquemáticas de caras con boca, ojos, cejas y pelo. Tales dibujos se encuentran agrupados en rectángulos que contienen tres elementos (60 rectángulos en total). Dos de las caras dentro de cada rectángulo son iguales, siendo la meta determinar cuál es la diferente. La prueba fue administrada de modo individual conforme al protocolo establecido por Thurstone y Yela (1985). Fueron registrados las variables (a) aciertos ([A] cantidad de ítems identificados correctamente), (b) errores ([E] número de elementos señalados incorrectamente) y (c) omisiones ([O] ítems positivos no identificados). Se consideró como variable de estudio, la variable puntuación directa caras (variable: caras), la cual constituye un índice de la eficacia general en esta tarea. La misma surge de restar a los aciertos obtenidos, los errores más las omisiones ( $\text{caras} = A - [E+O]$ ) (Ison & Anta, 2006). Dicha prueba presentó adecuados niveles de confiabilidad ( $r<.60$ ) y validez externa tanto en poblaciones de escolares como profesionales (Thurstone & Yela, 1985).

*Memoria de trabajo.* Para la medición de ésta se utilizó la sub-prueba Dígitos Orden Inverso del test Expansión de Dígitos de la Escala de Inteligencia para niños de Wechsler (2003). En esta sub-prueba el participante debe repetir secuencias de dígitos de longitud creciente invirtiendo el orden serial de los elementos escuchados. El participante recibía un punto por cada serie de dígitos recordada

correctamente. Se consideró como variable de estudio la suma de las puntuaciones obtenidas en el total de la sub-prueba.

*Toma de decisiones.* Este constructo fue evaluado utilizando la Tarea de Apuesta para Niños (Kerr & Zelazo, 2004). La misma constituye una versión simplificada del procedimiento Iowa Gambling Task (Bechara, Damasio, Damasio, & Anderson, 1994), empleado en adultos. Se utilizó una versión manual, la cual requiere de dos mazos de cartas y un recipiente con caramelos que se ubica en el centro de ambos mazos. Cada carta muestra en su parte superior caras contentas, que indican cuántos caramelos se obtienen por haber seleccionado la misma. Asimismo, cada carta presenta en su parte inferior (oculta en un primer momento) caras tristes, que representan cuántos caramelos se pierden en la elección de ésta. La elección de uno de los mazos (mazo "A"), ofrece una mayor recompensa por ensayo (siempre dos caramelos), no obstante, su elección acarrea mayores pérdidas a lo largo de los sucesivos ensayos (hasta seis caramelos). Por el contrario, la elección de las cartas del otro mazo (mazo "B"), ofrece menores recompensas por ensayo (siempre un caramelo), proporcionando mayores ganancias a través de los sucesivos ensayos dado que acarrea menores pérdidas, que oscilan entre 0 y 1. El objetivo de la tarea es que el participante identifique el carácter desventajoso de la elección sostenida del mazo "A", realizando un mayor número de elecciones del mazo "B". Esta prueba fue administrada conforme al protocolo establecido por Kerr y Zelazo (2004), impartándose 5 bloques de 10 ensayos cada uno.

Para analizar la validez de la prueba se verificó que las elecciones de los participantes en los distintos bloques no se deban al azar. Para esto se sustrajo a la proporción de elecciones ventajosas la proporción de elecciones desventajosas, cuyo producto era una puntuación entre 1 y -1. Las puntuaciones próximas a 1 indicaban mayor cantidad de elecciones ventajosas, las cercanas a -1 mayores elecciones desventajosas, mientras que las próximas a 0 elecciones al azar. Posteriormente, se implementó una prueba *t* estableciéndose como valor de comparación el valor de proporción estimado para las elecciones al azar, esto es 0. En el primer bloque se observó que las elecciones se debían al azar (bloque 1:  $t(275) = .19$ ,  $p = ns.$ ), mientras que en los bloques siguientes las mismas no se debían al azar (bloque 2:  $t(275) = 5.21$ ,  $p < .001$ ; bloque 3:  $t(275) = 5.96$ ,  $p < .001$ ; bloque 4:  $t(275) = 6.73$ ,  $p < .001$ ; bloque 5:  $t(275) = 8.11$ ,  $p < .001$ ). Estos resultados se corresponden con los observados en la literatura, indicando que a medida que los participantes avanzan en los sucesivos ensayos de la tarea, sus elecciones no se deben al azar (Kerr & Zelazo, 2004).

Se consideró como variable de estudio el número total de elecciones ventajosas realizadas durante la tarea (variable: tarea de apuestas).

## Temperamento

*Voluntad de control, extraversión y afectividad negativa.* Estos factores fueron evaluados a través de la versión muy breve del Cuestionario de la Conducta Infantil (CBQ) (Putman & Rothbart, 2006) traducido y adaptado al español por el Grupo de Investigación en Psicología Evolutiva de la Universidad de Murcia, España. El mismo constituye una medida de reporte paterno sobre el comportamiento de niños de 3 a 7 años de edad. Se compone de treinta y seis ítems que evalúan los factores temperamentales extraversión, afectividad negativa y voluntad de control. En este instrumento se solicita a los padres que señalen el grado de veracidad de ciertas afirmaciones referidas al comportamiento de su hijo durante el transcurso de los últimos 6 meses. Las respuestas de éstos son codificadas en una escala Likert de 7 puntos, la cual oscila entre “extremadamente cierto” a “extremadamente falso”. Asimismo, dicha escala cuenta con una opción “no aplicable”, en caso de que el niño no haya sido observado en la situación planteada. Dado que en la aplicación piloto de este instrumento se observó que algunos padres tenían dificultades para responder en función del grado de veracidad, se cambiaron los términos empleados en la escala original, por unos de frecuencia que oscilaban entre “siempre” a “nunca”. Los ítems correspondientes a cada factor mostraron una adecuada consistencia interna (extraversión: alfa de Cronbach=.758; afectividad negativa: alfa de Cronbach=.794; voluntad de control: alfa de Cronbach=.668).

Se consideraron como variables de estudio las puntuaciones en los tres factores. Temperamentales.

## Procedimiento

Los establecimientos educativos en los cuales se realizó el proyecto fueron seleccionados por conveniencia y disponibilidad. Se invitó a los padres de los niños cursantes de primer grado en tales escuelas, a participar de esta investigación a través de un comunicado enviado por intermedio de las autoridades de cada establecimiento educativo. Para su inclusión efectiva en el proyecto se requirió la firma por parte de los padres o responsables legales del niño, de un consentimiento informado en el cual se especificaban los objetivos del proyecto, su modo de implementación y la confidencialidad de la información recabada. Las evaluaciones correspondientes a las FE se realizaron dentro del ámbito de las escuelas, en aulas asignadas por las mismas para tal propósito. Todas las tareas fueron administradas por operadores entrenados, ciegos a las hipótesis de estudio, quienes disponían de las consignas por escrito. Las distintas pruebas cognitivas se administraron de

forma individual, en una única sesión de evaluación, con una duración aproximada de 65 minutos y un intervalo de descanso de 15 minutos. La secuencia de administración de las pruebas fue rotada en distintos participantes.

El cuestionario de temperamento infantil, fue enviado a los padres a través del cuaderno de comunicados del niño. Aquellos padres que manifestaron dificultades en la comprensión de éste, fueron asistidos por operadores quienes completaron la información correspondiente. Finalmente, la ficha sanitaria y el cuestionario de nivel de escolaridad, se administraron en una entrevista pautada con los padres dentro del establecimiento educativo.

## Consideraciones éticas

Durante el transcurso del proyecto se aplicaron los procedimientos recomendados por la American Psychological Association (1992) para el trabajo con niños, los principios establecidos por la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y lo establecido en la Ley N° 114 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. Todos los procedimientos empleados fueron evaluados y autorizados previamente por el Comité de Ética del Centro de Educación Médica e Investigación Clínica “Norberto Quirno” (CEMIC) (protocolo n° 634).

## Resultados

### *Estadísticos descriptivos*

Con el objeto de caracterizar el desempeño de los participantes en las pruebas e instrumentos aplicados, a continuación, en la Tabla 1, se presentan los estadísticos descriptivos para toda la muestra.

**Tabla 1:** Estadísticos descriptivos pruebas de FE y temperamento

	Caras	TOL	CGT	DI	VC	EXT	AFN
N	283	288	276	268	282	282	282
Mín	-52	4	14	1	2.50	2.17	1.50
Máx	14	33	43	6	6.67	7	6.92
Mdn	-30	24	27	2	5.20	4.78	4
M	-29.30	22.61	27.86	2.7	5.18	4.71	4.09
DE	12.77	6.88	5.76	1	0.74	0.91	1.06

**Notas:** Caras: puntuación directa test de Caras; TOL: torre de Londres; CGT: tareas de apuestas; DI: dígitos orden inverso; VC: voluntad de control; EXT: extraversión; AFN: afectividad negativa

*Diferencias entre los grupos de temperamento en FE*

Con el propósito de determinar la existencia de diferencias en las FE, en función de las puntuaciones altas, medias y bajas en los distintos factores temperamentales, se realizaron análisis de covarianza (ANCOVA), controlando el nivel de escolaridad materno ya que se ha indicado que este es un factor de influencia sobre el desarrollo cognitivo (Duncan & Magnuson, 2012; Filippetti, 2011). Para esto se generaron grupos de temperamento conformados por la división de los participantes según los percentiles 25 y 75 (grupos de temperamento bajo: puntuaciones menores a p 25, grupos de temperamento medio: puntuaciones entre p 25 y p 75, grupos de temperamento alto: puntuaciones mayores a p 75). Previo a dicha asignación, se verificaron a través de gráficos de frecuencias y el test de Kolmogorov-Smirnov, las distribuciones de las puntuaciones en cada factor, observándose que las mismas se ajustaban a la normalidad (extraversión:  $Z$  Kolmogorov-Smirnov=.89,  $p=.41$ ; voluntad de control:  $Z$  Kolmogorov-Smirnov=1.14,  $p=.15$ ; afectividad negativa:  $Z$  Kolmogorov-Smirnov=.83,  $p=.5$ ).

Los resultados del ANCOVA indicaron diferencias significativas entre los participantes en el desempeño en Torre de Londres ( $F_{3,277}=3.52, p=.03$ ), en función de las puntuaciones en voluntad de control. La prueba HSD de Turkey indicó que los niños con puntuaciones medias en voluntad de control ( $M=23.74, DE=6.51$ ), presentaban un desempeño significativamente superior en Torre de Londres ( $p<.05$ ), respecto de los niños con valores bajos ( $M=21.13, DE=7.47$ ) en tal aspecto del temperamento. Por el contrario, no se observaron diferencias significativas en función de los valores altos, medios y bajos en extraversión, afectividad negativa y voluntad de control en las restantes tareas de FE (extraversión [caras:  $F_{3,277}=.41, p=.66$ ; dígitos orden inverso:  $F_{3,260}=1.31, p=.27$ ; torre de Londres:  $F_{3,277}=.46, p=.63$ ; tarea de apuestas:  $F_{3,265}=.32, p=.72$ ]; afectividad negativa [caras:  $F_{3,277}=1.76, p=.17$ ; dígitos orden inverso  $F_{3,260}=.01, p=.99$ ; torre de Londres:  $F_{3,277}=1.75, p=.18$ ; tarea de apuestas:  $F_{3,265}=1.23, p=.30$ ]; voluntad de control [caras  $F_{3,277}=2.56, p=.08$ ; dígitos orden inverso  $F_{3,260}=.86, p=.42$ ; tarea de apuestas:  $F_{3,265}=1.23, p=.3$ ].

Adicionalmente, en los ANCOVA se halló que la co-variable nivel de educación materno se asoció a diferencias significativas en el desempeño en caras y dígitos orden inverso. Para explorar el sentido de las diferencias según el nivel de escolaridad materna se realizaron análisis de varianza de un factor (ANOVA) y análisis post hoc mediante la prueba HSD de Tuckey. El ANOVA indicó la existencia de diferencias significativas en función del nivel de escolaridad materno en el desempeño en caras ( $F_{3,279}=11.54, p<.001$ ) y dígitos orden inverso ( $F_{3,285}$

= 6.95,  $p < .001$ ). La Prueba HSD de Turkey señaló que los niños cuyas madres habían alcanzado un nivel de escolarización terciario/universitario, presentaban un desempeño superior en caras, respecto de los niños cuyas madres habían completado un nivel de escolarización más bajo ( $p < .01$ ) (sin estudios/primaria incompleta:  $M = -34.00$ ,  $DE = 11.46$ ; primaria completa:  $M = 33.53$ ,  $DE = 10.93$ ; secundaria completa:  $M = -28.29$ ,  $DE = 13.08$ ; terciario/universitario completo:  $M = -22.40$ ,  $DE = 12.33$ ). Asimismo, los participantes cuyas madres habían completado la secundaria, presentaban puntuaciones superiores en tal prueba, respecto de los niños cuyas madres habían finalizado la educación básica ( $p < .01$ ). Los participantes cuyas madres habían alcanzado un nivel de escolarización terciario/universitario ( $M = 3.04$ ,  $DE = 1.08$ ), mostraban puntuaciones superiores en dígitos orden inverso ( $p < .05$ ), respecto de los participantes cuyas madres habían completado la educación básica ( $M = 2.56$ ,  $DE = .87$ ).

## Discusión

El objetivo de este trabajo fue analizar la asociación de los aspectos reactivos (extraversión y afectividad negativa) y de autorregulación (voluntad de control) del temperamento con las FE. Respecto de los aspectos reactivos, no se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones de los niños con diferentes niveles de afectividad negativa y extraversión, en ninguna de las FE analizadas.

En la literatura se había reportado que la inhibición perceptual se relaciona negativamente con la extraversión, la afectividad negativa y ciertas dimensiones implicadas en tales factores del temperamento (enojo/frustración, malestar, tristeza, impulsividad, nivel de actividad, aproximación) (Davis et al., 2002; Gonzalez et al., 2001; Rothbart et al., 2003; Wolfe & Bell, 2004; 2007). Las discrepancias entre nuestros resultados y los reportados anteriormente podrían residir en que, a diferencia de gran parte de los estudios previos, la muestra de nuestro trabajo estaba conformada por niños de mayor edad. Puntualmente, las investigaciones de Davis et al. (2002), Rothbart et al. (2003) y Wolfe y Bell (2004; 2007) fueron realizadas con niños deambuladores y preescolares, mientras que únicamente en el estudio de González et al. (2001) se trabajó con niños de edades equivalentes a las de nuestro trabajo. González et al. (2001) habían indicado que los niños con puntuaciones altas y bajas en algunas de las dimensiones agrupadas en la extraversión (nivel de actividad, impulsividad, aproximación) y la afectividad negativa (enojo, malestar y tristeza), diferían entre sí en su desempeño en inhibición de

acceso. No obstante en dicho estudio, otras de las dimensiones agrupadas en el factor extraversión (placer de alta intensidad, risa y sonrisa) y afectividad negativa (miedo), se mostraron independientes de la inhibición perceptual. Dado que la extraversión y la afectividad negativa conforman factores de nivel superior que agrupan a diferentes dimensiones específicas, los resultados dispares entre nuestro trabajo y el de González et al. (2001), podrían originarse en las diferencias en la forma de evaluación del temperamento a través de factores generales versus dimensiones específicas. De este modo, nuestro estudio provee evidencias que permiten sugerir que, como factores de nivel superior, la extraversión y la afectividad negativa son independientes de la inhibición perceptual, en niños de 6 y 7 años de edad.

Por otro lado, los aspectos reactivos del temperamento y la toma de decisiones también se mostraron independientes entre sí, lo que coincide con lo reportado por estudios previos realizados con niños preescolares (Hongwanishkul et al., 2005), e indicaría que estos constructos tampoco se asocian al inicio de la educación primaria. En investigaciones previas (Hongwanishkul et al., 2005) se había observado que la extraversión se relacionaba negativamente con la memoria de trabajo en niños preescolares. Nuestros datos no permiten confirmar esta relación en niños que inician la etapa escolar, lo que podría sugerir que la asociación entre la extraversión y la memoria de trabajo, presente en los primeros años de vida, se diluye al inicio de la etapa escolar.

A nivel teórico, se ha considerado que la relación entre el temperamento y las FE podría ocurrir de dos modos, directo o indirecto (Gonzalez et al., 2001; Raver et al., 2012; Wolfe & Bell, 2007). De forma directa, una mayor reactividad motriz, atencional y emocional, dificultaría el control cognitivo y afectivo implicado en las FE (Wolfe & Bell, 2007). De forma indirecta, las tendencias reactivas implicadas en el temperamento, repercutirían sobre el modo en que el niño interactúa con el ambiente, afectando el desarrollo de tales funciones (Raver et al., 2012). Los resultados de nuestro estudio indicarían que, al inicio de la educación primaria, no se observa una relación directa entre el conjunto de los aspectos reactivos del temperamento y las FE de memoria de trabajo, control inhibitorio, planificación y toma de decisiones. No obstante, el rol indirecto o mediador del temperamento sobre el desempeño ejecutivo no ha sido analizado en nuestra investigación, por lo cual, estudios posteriores deberían profundizar esta segunda forma de relación.

Respecto de los aspectos de autorregulación del temperamento, en el presente trabajo se halló que los niños que obtuvieron puntuaciones medias en la voluntad de control, presentaban un mejor desempeño en la planificación respec-

to de los niños con puntuaciones bajas en tal aspecto del temperamento. Desde un punto de vista teórico, la capacidad de auto-regulación del temperamento implicada en el factor voluntad de control, ha sido asociada a la habilidad de detectar y corregir errores, así como de planificar acciones (Rothbart & Bates, 1998). Nuestros resultados proporcionarían evidencia empírica de la vinculación entre tal dominio del temperamento y la planificación, en niños que inician la escolaridad primaria.

En concordancia con lo reportado por estudios previos realizados con niños preescolares (Hongwanishkul et al., 2005), no se pudo verificar una asociación entre la voluntad de control, la memoria de trabajo y la toma de decisiones, lo que indicaría que esos constructos son independientes también al inicio de la escolaridad primaria básica.

La voluntad de control y la inhibición perceptual también se mostraron independientes. En estudios previos con participantes de 7 años de edad (González et al., 2001), se había observado que los niños con puntuaciones altas en ciertas dimensiones del factor voluntad de control (focalización atencional, control inhibitorio, auto-tranquilización), mostraban un desempeño superior en inhibición perceptual, respecto de los niños con puntuaciones bajas en las mismas. Las discrepancias entre los resultados de nuestro estudio y el anteriormente mencionado, podrían residir en las diferencias señaladas previamente, respecto de la evaluación del temperamento a través de dimensiones específicas versus un factor general.

Finalmente, si bien no era un objetivo de este estudio, se encontró que los niños cuyas madres habían alcanzado un nivel de escolaridad superior, presentaban un mejor desempeño en memoria de trabajo e inhibición perceptual. Este resultado está en correspondencia con lo observado por numerosos trabajos previos, respecto del efecto del nivel de escolaridad materno sobre el desarrollo cognitivo (Duncan & Magnuson, 2012; Filippetti, 2011; Noble, McCandliss, & Farah, 2007; Noble, Norman, & Farah, 2005). Distintos autores han planteado que el nivel de educación materna, a través de la influencia que ejerce sobre las interacciones madre-niño, afecta el desarrollo cognitivo de éstos (Duncan & Magnuson, 2012). Los padres con mayores años de escolaridad completados tienden a utilizar actividades y materiales de juego más estimulantes, empleando un vocabulario más amplio y una mayor variedad lexical en diferentes contextos (Hoff, 2003; Kalil, Ryan & Corey 2012; Raviv, Kessenich & Morrison, 2004). Asimismo, éstos brindan un mayor soporte y asistencia durante la realización de actividades cognitivas complejas, adecuándose al nivel de desarrollo cognitivo de sus hijos (Richman, Miller & LeVine, 1992). Sumado a lo anterior, dichos padres muestran mayores expectativas respecto del potencial cognitivo de sus hijos (Da-

vis-Kean, 2005). En conjunto, estas diferencias en las interacciones madre-niño, podrían explicar que los niños cuyas madres presentan un mayor nivel educativo, se desempeñen mejor en las pruebas FE.

En síntesis, los resultados de nuestro trabajo indicarían que la capacidad de autorregulación del temperamento se asocia con la planificación, mientras que el resto de las FE (memoria de trabajo, inhibición perceptual, toma de decisiones) serían independientes del temperamento en niños de 6 y 7 años de edad. Dado el número reducido de trabajos que analizaron las relaciones entre el temperamento y las FE en niños de 6 y 7 años de edad, en futuras investigaciones se deberían confirmar las relaciones observadas en nuestro estudio. En tales trabajos sería conveniente: (a) la utilización de instrumentos que permitan la evaluación del temperamento tanto a través de sus dimensiones de nivel superior (extraversión, afectividad negativa, voluntad de control), como sus dimensiones específicas (e.g., nivel de actividad, miedo, etc.); (b) controlar el nivel de educación materna, por su influencia sobre el desempeño ejecutivo de los niños, e (c) incluir análisis que permitan explorar los efectos mediadores de la interacción del niño con otros factores ambientales, en la relación entre las dimensiones reactivas del temperamento y las habilidades de FE. La continuidad de la investigación sobre las relaciones del temperamento con las FE resulta crucial en esta etapa de la escolaridad, ya que permitiría esclarecer asociaciones escasamente exploradas y resultar de valor para el diseño de intervenciones específicas destinadas a mejorar los procesos de enseñanza aprendizaje durante los primeros años de la educación primaria básica.

## Referencias

- American Psychological Association (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- Anderson, P. J. & Doyle, L. W. (2004). Executive functioning in school-aged children who were born very preterm or with extremely low birth weight in the 1990s. *Pediatrics*, 114(1), 50-57.
- Baddeley, A. (2012). Working memory: theories, models, and controversies. *Annual Review of Psychology*, 63, 1-29.
- Baron, I. S., Kerns, K. A., Müller, U., Ahronovich, M. D., & Litman, F. R. (2012). Executive functions in extremely low birth weight and late-preterm preschoolers: effects on working memory and response inhibition. *Child Neuropsychology*, 18(6), 586-99.
- Best, J. R., Miller, P. H., & Naglieri, J. A. (2011). Relations between executive function and academic achievement from ages 5 to 17 in a large, representative national sample. *Learning and Individual Differences*, 21(4), 327-336.

- Blair, C., Zelazo, P., & Greenberg, M. (2005). The measurement of executive function in early childhood. *Developmental Neuropsychology*, 28, 561–571.
- Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H. & Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50(1-3), 7-15.
- Bridgett, D. J., Oddi, K. B., Laake, L. M., Murdock, K. W., & Bachmann, M. N. (2013). Integrating and differentiating aspects of self-regulation: effortful control, executive functioning, and links to negative affectivity. *Emotion*, 13(1), 47.
- Bull, R., Espy, K. A., & Wiebe, S. A. (2008). Short-term memory, working memory, and executive functioning in preschoolers: Longitudinal predictors of mathematical achievement at age 7 years. *Developmental Neuropsychology*, 33, 205-228.
- Bull, R. & Scerif, G. (2001). Executive functioning as a predictor of children's mathematics ability: inhibition, switching, and working memory. *Developmental Neuropsychology*, 19(3), 273-293.
- Canet-Juric, L., Urquijo, S., Richard's, M. M. & Burin, D. (2009) Predictores cognitivos de niveles de comprensión lectora mediante análisis discriminante. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 99-111.
- Carlson, S. & Moses, L. (2001). Individual differences in inhibitory control and theory of the mind. *Child Development*, 72(4), 1032-1053.
- Clark, C. A., Pritchard, V. E., & Woodward, L. J. (2010). Preschool executive functioning abilities predict early mathematics achievement. *Developmental psychology*, 46(5), 1176.
- Clark, C., Prior, M., & Kinsella, G. (2002). The relationship between executive function abilities, adaptive behaviour, and academic achievement in children with externalising behaviour problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 785-796.
- Collins, A. & Koechlin, E. (2012). Reasoning, learning, and creativity: frontal lobe function and human decision making. *PLoS Biol.* 10: e1001293
- Davis, E. P., Bruce, J. & Gummar, M. R. (2002). The anterior attention network: associations with temperament and neuroendocrine activity in 6-year-old children. *Developmental Psychobiology*, 40, 43-56.
- Davis-Kean, P. E. (2005). The influence of parent education and family income on child achievement: the indirect role of parental expectations and the home environment. *Journal of Family Psychology*, 19, 294-304.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168.
- Duncan, G. J. & Magnuson, K. (2012). Socioeconomic status and cognitive functioning: moving from correlation to causation. *Wiley Interdisciplinary Review of Cognitive Science*, 377-386.
- Filippetti, V. A. (2011). Funciones ejecutivas en niños escolarizados: efectos de la edad y del estrato socioeconómico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(1), 98-113.
- Fuster, J. M. (2002). Physiology of executive functions: the perception action cycle. In D. T. Stuss, & R. T. Knight (Eds.), *Principles of frontal lobe function* (p. 96-108). New York: Oxford University Press.

- Garon, N., Bryson, S. E., & Smith, I. M. (2008). Executive function in preschoolers: a review using an integrative framework. *Psychological Bulletin*, 134, 31-60.
- Gerardi-Caulton, G. (2002). Sensitivity to spatial conflict and the development of self-regulation in children 24-36 months of age. *Developmental Science*, 3(4), 397-404.
- González, C., Fuentes, L. J., Carranza, J. A., Estevez, A. (2001). Temperament and attention in the self-regulation of 7-year-old children. *Personality and Individual Differences*, 30, 931-946.
- Hartstra, E., Oldenburg, J. F. E., Van Leijenhorst, L., Rombouts, S. A. R. & Crone, E. A. (2010). Brain regions involved in the learning and application of reward rules in a two-deck gambling task. *Neuropsychologia*, 48, 1438-1446.
- Hasher, L. (2007). Inhibition: attentional regulation in cognition. In H. L. Roediger, III, Y. Dudai, & S. M. Fitzpatrick (Eds.), *Science of Memory: Concepts*. Oxford University Press.
- Hasher, L., Lustig, C. & Zacks, R. T. (2007). Inhibitory mechanisms and the control of attention. In A. R. A Conway, C. Jarrold, M. J. Kane, A. Miyake, & J. N. Towse (Eds.), *Variation in working memory*. New York: Oxford University Press.
- Hasher, L. & Zacks, R. T. (1988). Working memory, comprehension, and aging: a review and a new view. In G. H. Bower (Ed.), *The psychology of learning and motivation: advances in research and theory* (p. 193-225). San Diego, CA: Academic.
- Healey, K. M., Campbell, K. L., Hasher, L. & Osher, L. (2010). Direct evidence for the role of inhibition in resolving interference in memory. *Psychological science: A journal of the American Psychological Society*, 21(10), 1464-1470.
- Hoff, E. (2003). The specificity of environmental influence: socioeconomic status affects early vocabulary development via maternal speech. *Child Development*, 74, 1368-1378.
- Hofmann, W., Schmeichel, B. J., & Baddeley, A. D. (2012). Executive functions and self-regulation. *Trends in cognitive sciences*, 16(3), 174-180.
- Hongwanishkul, D., Happaney, K. R., Lee, W. S., & Zelazo, P. D. (2005). Assessment of hot and cool executive function in young children: age-related changes and individual Differences. *Developmental Neuropsychology*, 28(2), 617-644.
- Hooper, S. R., Swartz, C. W., Wakely, M. B., de Kruif, R. E. L. & Montgomery, J. W. (2002). Executive functions in elementary school children with and without problems in written expression. *Journal of Learning Disabilities*, 35(1), 57-68.
- Ison, M. & Anta, F. G. (2006). Estudio normativo del test de percepción de diferencias (caras) en niños mendocinos. *Interdisciplinaria*, 23(2), 203-231.
- Jacobson, L. A., Williford, A. P. & Pianta, R. C. (2011). The role of executive function in children's competent adjustment to middle school. *Child neuropsychology: a journal on normal and abnormal development in childhood and adolescence*, 17(3), 255-280.
- Kalil, A., Ryan, R. & Corey, M. (2012). Diverging destinies: maternal education and the developmental gradient in time with children. *Demography*, 1361-1383.

- Kerr, A. & Zelazo, P. D. (2004). Development of “hot” executive function: the children’s gambling task. *Brain and cognition*, 55(1), 148-157.
- Krikorian, R., Bartok, J. & Gay, N. (1994). Tower of London procedure: a standard method and developmental data. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 16(3), 840-850.
- Lezak M. D., Howieson D. B. & Loring D. W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4<sup>th</sup> ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Martel, M. M. & Nigg, J. T. (2006). Child ADHD and personality/temperament traits of reactive and effortful control, resiliency, and emotionality. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1175-1218.
- Miyake, A., Friedman, N., Emerson, M., Witzki, A., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100.
- Noble, K. G., McCandliss, B. D., & Farah, M. J. (2007). Socioeconomic gradients predict individual differences in neurocognitive abilities. *Developmental science*, 10(4), 464-480.
- Noble, K. G., Norman, M. F., & Farah, M. J. (2005). Neurocognitive correlates of socioeconomic status in kindergarten children. *Developmental science*, 8(1), 74-87.
- Prats, L. M., Fracchia, C. S., Segretin, S. M., Hermida, M. J., Colombo, J. & Lipina, S. J. (2012). Predictores socioambientales e individuales del desempeño en una tarea atencional con demandas de alerta, orientación y control en niños de edad preescolar. *Revista Argentina de Ciencia del Comportamiento*, 4(2), 19-31.
- Putman, S. P. & Rotbarth, M. K. (2006). Development of short and very short forms of the children’s behavior questionnaire. *Journal of personality assessment*, 87(1), 103-113.
- Raver, C. C., Blair, C. & Willoughby, M. (2012). Poverty as a predictor of 4-year-olds’ executive function: new perspectives on models of differential susceptibility. *Developmental Psychology*, 49(2), 292-304.
- Raviv, T., Kessenich, M., Morrison, F.J. (2004). A mediational model of the association between socioeconomic status and three-year-old language abilities: the role of parenting factors. *Early Child Research Quarterly*, 19, 528-547.
- Richman, A. L., Miller, P. M. & LeVine, R. A. (1992). Cultural and educational variations in maternal responsiveness. *Developmental Psychology*, 28, 614-621.
- Riggs, N. R., Blair, C. B. & Greenberg, M. T. (2004). Concurrent and 2-year longitudinal relations between executive function and the behavior of 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> grade children. *Child Neuropsychology*, 9(4), 267-276.
- Rothbart, M. K. (2006). Temperament, development, and personality. *Current Directions in Psychological Science*, 16(4), 207-212.
- Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon, & R. Lerner (Series Eds.) & N. Eisenberg (V. Ed.), *Handbook of child psychology*, v. 3. Social, emotional, and personality development (5<sup>th</sup> ed., p. 105-176). New York: Wiley.

- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A. & Evans, D. E. (2000). Temperament and personality: origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 122-135.
- Rothbart, M. K. & Posner, M. I. (2006). Temperament, attention, and developmental psychopathology. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology*, v. 2. Developmental neuroscience (2<sup>nd</sup> ed., p. 465-501). Hoboken, NJ: Willey.
- Rothbart, M. K., Ellis, L. K., Rueda, M. R. & Posner, M. I. (2003). Developing mechanisms of temperamental effortful control. *Journal of Personality*, 71(6), 1114-1144.
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 298, 199-209.
- Thurstone, L. L. & Yela, M. (1985). *CARAS – Percepción de diferencias* [CARAS – Perception of differences]. Buenos Aires: TEA Ediciones.
- Thurstone, L. L. & Thurstone, T. G. (1941). Factorial studies of intelligence. *Psychometric Monografie*, 2. Chicago: University of Chicago Press.
- Wechsler, D. (2003). *Wechsler intelligence scale for children*, 4<sup>th</sup> ed. New York: Psychological Corporation.
- Wolfe, C. D. & Bell, M. A. (2004). Working memory and inhibitory control in early childhood: contributions from physiology, temperament, and language. *Developmental Psychobiology*, 44, 68-83.
- Wolfe, C. D., & Bell, M. A. (2007). The integration of cognition and emotion during infancy and early childhood: regulatory processes associated with the development of working memory. *Brain and Cognition*, 65(1), 3-13.
- Zentner, M., & Bates, J. E. (2008). Child temperament: an integrative review of concepts, research programs, and measures. *International Journal of Developmental Science*, 2(1), 7-37.
- Zhou, Q., Chen, S. H., & Main, A. (2012). Commonalities and differences in the research on children's effortful control and executive function: a call for an integrated model of self-regulation. *Child Development Perspectives*, 6(2), 112-121.

Recebido em 19 de setembro de 2014  
 Aceito para publicação em 16 de julho de 2015

# CLÍNICA NOS BASTIDORES: O TRABALHO COM OS PAIS NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS

*CLINIC BEHIND THE SCENES: WORKING WITH PARENTS  
IN PSYCHOANALYTIC PRACTICE OF CHILDREN*

*CLÍNICA ENTRE BASTIDORES: LO TRABAJO CON LOS  
PADRES EN LA PRÁCTICA PSICOANALÍTICA CON NIÑOS*

*Jamille Mateus Wiles\**  
*Andrea Gabriela Ferrari\*\**

## RESUMO

A experiência da clínica psicanalítica com crianças traz consigo o constante questionamento sobre seus obstáculos e especialmente sobre a ética da psicanálise nessa clínica, o que implica a reflexão acerca de questões que algumas vezes são evitadas, como a presença e o trabalho com os pais no tratamento. Este trabalho foi construído a partir de algumas perguntas sobre o trabalho com os pais na clínica psicanalítica com crianças. Erik Porge apresenta a prática com crianças construída com a participação de terceiros, os quais podem intervir diretamente na cena analítica – os bastidores. E quanto ao analista, qual o seu trabalho junto aos bastidores? Utilizando três recortes clínicos como disparadores, tentamos contornar algumas especificidades desta clínica considerando a noção de constituição psíquica, demanda e transferência. Na esteira desses conceitos, trazemos alguns questionamentos sobre possíveis intervenções com aqueles que estão nos bastidores da cena clínica: os pais.

Palavras-chave: clínica psicanalítica com crianças; intervenções com pais; transferência.

## ABSTRACT

The experience of the child psychoanalytic clinic brings with it the constant questioning about its obstacles and especially about the ethics of psychoa-

\* Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

\*\* Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

nalysis in this clinic, implying the reflection on issues that are sometimes avoided, such as the presence and work with parents in the treatment. This work was built from a few questions about working with parents in child psychoanalytic clinic. Erik Porge says that the practice with children is built with the participation of third parties, which may intervene directly in the analytic scene – behind the scenes. And the analyst, what is his work with the backstage? Using three clinical clippings as triggers, we try to circumvent some characteristics of this clinic considering the notion of psychic constitution, demand and transfer. In the wake of these concepts, we bring some questions about possible interventions with those who are behind the scenes of the clinical scene: the parents.

Keywords: clinic with children, working with parents; transfer to backstage.

## RESUMEN

La experiencia de la clínica psicoanalítica con niños trae consigo el constante cuestionamiento acerca de sus obstáculos y sobre todo acerca de la ética del psicoanálisis en esta clínica, lo que implica una reflexión sobre temas que a veces se tratan de evitar, como la presencia y el trabajo con los padres en el tratamiento del niño. Este escrito fue construido a partir de una serie de preguntas sobre cómo trabajar con los padres en el tratamiento psicoanalítico de los niños. Erik Porge sugiere que la práctica con los niños se construye con la participación de terceros que pueden actuar directamente en la escena analítica – en los bastidores. Y el analista, ¿cuál es su trabajo junto a los bastidores? Utilizando tres recortes clínicos para iniciar la discusión, tratamos de discutir algunas características de esta clínica teniendo en cuenta la noción de constitución psíquica, de demanda y de transferencia. A partir de estos conceptos, traemos algunas preguntas sobre posibles intervenciones con los participantes de los bastidores: los padres.

Palabras clave: clínica psicoanalítica de los niños; intervenciones con los padres; transferencia.

## Introdução

Desde o início, a criança aponta um real na clínica psicanalítica, trazendo estranhamentos e resistências (Flesler, 2011; Vorcaro, 1999), promovendo um questionamento dos saberes estabelecidos (Flesler, 2012). O complexo trabalho do psicanalista de crianças implica a reflexão acerca da ética da psicanálise nessa clínica, com seus obstáculos e atravessamentos (Vorcaro, 1999), e ainda sobre

questões que algumas vezes são evitadas, como a presença e o trabalho com os pais no tratamento (Reinoso, 1999).

Com o início da prática clínica com crianças<sup>1</sup> em uma Unidade Básica de Saúde no interior do Estado, composta ainda pela coordenação de um grupo de orientação de pais e familiares – “porta de entrada” para o serviço de Psicologia Clínica no local –, emergiram os primeiros questionamentos a respeito do lugar dos pais no tratamento de seus filhos, bem como sua influência no sintoma e no sofrimento dos mesmos. Assim como nessa primeira experiência, é comum que os pais busquem atendimento psicológico para seus filhos trazendo uma diversidade de queixas sobre seus comportamentos, tais como dificuldades de aprendizagem, dificuldades de relacionamento, além de sintomas como agressividade, hiperatividade, dificuldade de separação, entre diversas outras possibilidades. Posteriormente, com a experiência da clínica com crianças em outras Instituições, esses questionamentos se amplificaram em função da influência direta dos pais no tratamento de seus filhos, uma vez que muito dependia deles, como a frequência da criança nos atendimentos, os atrasos, a desistência, o pagamento. Esse percurso tem sido acompanhado de muitas perguntas: como trabalhar com os pais de modo que viabilizem o tratamento de seus filhos? Quais os limites nesse trabalho com eles, uma vez que o paciente é a criança? Tornou-se clara a delicadeza de que a abordagem com os pais carece e também ficou claro que não é possível deixar de lado esses que têm grande importância na vida e, conseqüentemente, no tratamento de seus filhos.

Mas se os pais não podem ficar de lado, como trabalhar com eles a partir do referencial da Psicanálise? Muitos teóricos da psicanálise propuseram algumas especificidades para pensar a clínica com crianças e apresentaram diferentes concepções no que se refere ao trabalho – ou não – com os seus pais. Anna Freud (1926-1927/1971) percebia a demanda do tratamento como sendo dos pais e não da criança. Propunha, por isso, um trabalho mais próximo dos pais, além de trabalhar com a criança desde uma perspectiva psicanalítica/pedagógica, buscando ensinar a criança a resolver seus conflitos e, assim, a liberar-se do sintoma. Já para Melanie Klein (1932/1994), o contato com os pais não era necessário, uma vez que o trabalho realizado era com os pais introjetados no pequeno paciente. Com o surgimento do movimento laciano, cuja referência é a concepção do sujeito, emerge uma nova compreensão no campo da análise de crianças, apontando o lugar dos pais como privilegiado, contrapondo a orientação pedagógica (Anna Freud, 1926-1927/1971) ou intrapsíquica (Klein, 1932/1994).

Levando em consideração a concepção de sujeito, Mannoni (1967/2003) propõe compreender o lugar que a criança ocupa na cadeia familiar, sendo ne-

cessário, desse modo, escutar o discurso dos pais. No que se refere à transferência na clínica com crianças, Dolto (1985/2013) situa que o analista está em transferência tanto com a criança como com os pais. Na mesma linha, Bergès e Balbo (2010) salientam a importância de escutar os pais, não ignorando a transferência também estabelecida com eles.

Nessa direção, Erik Porge (1998) apresenta a clínica com crianças construída com a participação de terceiros, os quais podem intervir diretamente na cena analítica. No momento em que falha a sustentação da transferência dos pais com a criança, esta dirigirá através da análise uma neurose de transferência para quem está fora da cena clínica: os pais. Esse seria o verdadeiro destino de sua mensagem. Nesse sentido, falar para alguém que não está na cena seria falar para os bastidores – ideia que será retomada neste trabalho posteriormente. Aqui emerge a pergunta: e quanto ao analista, qual o seu trabalho junto aos bastidores?

Na clínica com crianças, é fundamental delimitarmos o nosso objeto, que não é nem a criança, nem o adulto (ou os pais), mas o sujeito, sujeito esse que não tem idade, mas tempos constitutivos (Flesler, 2011; 2012). Nesse sentido, nossas intervenções e também o trabalho com os pais não devem reduzir-se a uma técnica que sustente uma prática especializada. Por outro lado, é comum percebermos a clínica com crianças como uma prática em que poucos terapeutas se interessam. O que há nessa clínica que a torna diferente das outras e que a configura como um tema e uma prática a que se resiste? Seria por configurar uma prática clínica com pacientes que não apresentam as condições ideais ao tratamento analítico descritas por Freud (1912/2011c), uma vez que não procuram a análise por si mesmos, mas pelas ressonâncias que geram nos adultos, especialmente nos pais? (Stein, 2011).

Na esteira desses pressupostos, este trabalho foi construído a partir de alguns questionamentos sobre o trabalho com os pais na clínica com crianças, bem como sobre algumas dificuldades encontradas nesse trabalho. Os recortes clínicos de atendimentos de Antônio, Samuel e Pedro<sup>2</sup> foram escolhidos por terem sido disparadores de questionamentos da temática abordada. Com o objetivo de dar alguns contornos para esses questionamentos, buscaram-se na teoria psicanalítica possibilidades de intervenção com aqueles que estão nos bastidores da cena clínica com crianças: os pais. Tentamos contornar algumas especificidades dessa clínica considerando a noção de constituição do sujeito, demanda e transferência.

## Constituição da criança na relação com o Outro<sup>3</sup>

*Antônio – 8 anos*

Antônio gruda seu rosto no da mãe, como se tentasse nela se fundir. Ela o abraça e diz para ele que deite em seu colo. É uma cena muito angustiante, pois a mãe toma Antônio como um bebê e minhas palavras parecem não ter efeitos. Conta que o apelidou como “sombra” e “chaveirinho”, afirmando que ele vai ser sempre o seu bebê. A mãe, que é separada do pai de Antônio desde que o menino tinha dois anos, conta-me que o pai ficou chateado, pois ela não deixou que ele levasse o filho para sua casa no dia dos pais, justificando: “Eu sou o pai do Antônio, sempre fui pai e mãe”.

Muitos questionamentos emergiram a partir dos atendimentos de Antônio, os quais em sua maioria ocorreram com a participação de sua mãe. De que modo trabalhar com uma mãe que goza de uma posição de toda para seu filho, não permitindo que o mesmo se subjetive separado de seu corpo? Como possibilitar a função de terceiro em uma relação fusionada como essa?

Ao nos propormos analisar crianças, colocamos em questão a ética da psicanálise, uma vez que nos encontramos com um sujeito em constituição, com uma estrutura ainda não definida. O analista intervirá, desse modo, no “não”, no que está incompleto, inacabado, acompanhando a criança a fim de que possa estruturar-se plenamente (Vorcaro, 1999).

Em “Projeto para uma psicologia científica”, Freud (1895/2011<sup>a</sup>) afirma que a criança nasce incapaz de satisfazer sozinha as suas necessidades, em total desamparo, precisando da ajuda externa. Para que o bebê sobreviva, torna-se fundamental a assistência do outro semelhante – alguém que realize sobre ele algumas ações específicas. A descarga da criança adquire, a partir desse auxílio, a importante função de comunicação. O corpo de uma criança jamais sairá da condição de organismo biológico se não houver alguém que dê sentido aos atos para além dos reflexos (Kupfer, 2000). Segundo Rodulfo (1990), a criança não somente irá em direção ao alimento, mas, para que se torne humana, buscará também um Outro (Lacan, 1954-1955/2010) que possa aplacar seus sofrimentos. Partindo da concepção lacaniana, inicialmente, a mãe – ou quem exerça a função materna (Lacan, 1966/1998<sup>a</sup>) – ocupará para o bebê um lugar de Outro primordial, ou seja, transmitirá desde seu próprio processo constitutivo, além dos cuidados cotidianos, significantes que liguem o bebê à vida, concedendo a ele um lugar simbólico (Ferrari, Silva, & Donelli, 2012). A mãe, dessa maneira, reconhece em

atos puramente reflexos do bebê uma intencionalidade de um sujeito que a ela se dirige, dando um significado a essas ações (Jerusalinsky, 2008). Ela antecipará na criança uma existência subjetiva que ainda não está lá, mas que, por sua suposição, virá a instalar-se (Kupfer, 2000). A partir de seu desejo, a criança deixa de ser um corpo para ter um corpo (Bernardino, 2004).

Nessa perspectiva, a vida subjetiva de todo sujeito começa no campo do desejo do Outro. O filho, objeto de desejo da mãe, passa a ser o que é denominado por Freud (1920/2011e) como falo materno. Nesse tempo primordial, o bebê encontra um primeiro sentido para si: ser e fazer-se objeto de gozo de um Outro que, ilusoriamente, é sustentado como todo (Bernardino, 2004). O Outro, então, falizará a criança, ou seja, irá marcá-la como um ser desejado, para que ela posteriormente possa vir a ser um sujeito desejante (Rodulfo, 1990). Nessa operação de alienação, o pequeno sujeito não somente se aliena ao gozo do Outro, mas deixa-se marcar com significantes primordiais por ele oferecidos, entrando a partir disso no campo da linguagem e do simbólico. Entende-se que essa primeira alienação é constitutiva para a criança. Desse modo, é necessário chegar a esse lugar, para então poder abandoná-lo, surgindo uma nova operação, a separação. A alternância em presenças e ausências faz a mãe faltante e o falo que o bebê se faz não mais a retém suficientemente. Age nessa operação também a função paterna (Lacan, 1938/2002), o terceiro que, ao introduzir a alteridade, baliza o laço mãe-criança. Juntamente a essa função há a introdução da interdição, implicando a renúncia pela parte da criança de algumas satisfações e, assim, o reconhecimento da diferença. A função paterna insere a criança no universo do simbólico, inscreve-a no social e na cultura, possibilita-lhe uma identidade sexuada e a constitui como sujeito separado do outro cuidador (Jerusalinsky, 2008).

Nos tropeços desse caminho podem encontrar espaço as psicopatologias da infância. Uma das formas mais graves dessas patologias – as psicoses – formam-se por uma série de manifestações sintomáticas que surgem especialmente em defesa de um Outro excessivo, intrusivo, que tem um poder totalizante sobre a criança, mantendo-a na posição de objeto de gozo. Ela estaria, assim, inserida nesse Outro, sem uma separação possível, sendo obrigada a ocupar um lugar de prolongamento. Entretanto, é fundamental salientar que compreendemos as estruturas na infância como não decididas, uma vez que a infância é um tempo de abertura e confirmação de novas inscrições. Além disso, sustentar na clínica um diagnóstico fechado contraria o inacabamento na estruturação da infância, bem como dificulta, na direção do tratamento, a aposta na emergência do sujeito (Bernardino, 2004).

Como uma proposta de tratamento de crianças – e trabalho com seus pais – cujo Outro se apresenta como excessivo, Kupfer, Faria e Marletti (2007) propõem o tratamento do Outro, indicando como direção do tratamento incidir no insuportável de sua iniciativa. Se é ele que impõe um sofrimento e invade o sujeito com um gozo que a ele transborda, tratá-lo seria tratar esse gozo, através de uma construção particular em cada sujeito. Na psicose da infância, o outro semelhante é igual ao Outro, não são separados, portanto a proposta de tratamento também implica separação. “Uma intervenção, uma palavra dirigida ao Outro do sujeito pode apaziguar ou negativizar seu gozo, barrando-o” (Kupfer, Faria, & Marletti, 2007, p. 161). A partir dessa proposta, acredita-se que além do trabalho direto com a criança torna-se fundamental um trabalho mais próximo e complexo com aquele que ocupa, para ela, o lugar do Outro. Isso seria possível a partir de um trabalho aprofundado com os pais, seja quando participam diretamente da cena clínica com a criança, assim como em outros momentos em separado.

Na direção do tratamento com Antônio, foi necessário construir algumas possibilidades de separação, como convidar a mãe a aguardar na sala de espera durante os atendimentos, sustentando isto através de outros momentos de escuta dos movimentos filho-mãe somente com ela. Além disso, foi oferecido a ela um espaço de escuta com outro terapeuta. A partir desses movimentos no tratamento, surgiram efeitos importantes na relação mãe-filho, apontando Antônio como um sujeito de desejo. Tendo em vista a dimensão de inacabamento da estruturação na infância, há a possibilidade, no processo analítico, de tratamento desse Outro, de separação, de inscrição do Nome-do-Pai (Lacan, 1957-1958/1999) – lugar de alteridade – e de dar lugar às operações psíquicas que ainda não puderam acontecer. O analista intervém junto à criança, mas também aos pais, doando sua falta, posicionando-se com um saber que não é total, podendo oferecer um tratamento privilegiado para a criança a fim de que a mesma possa ocupar diante deles, da posição de objeto à posição de sujeito. Pautada na ética do desejo, a clínica psicanalítica com crianças em processo de constituição antecipa a subjetividade, aposta na condição desejante e na emergência de um sujeito que ainda não está lá, para que possa então advir (Bernardino, 2004). Uma vez que a dimensão do Outro na teoria psicanalítica é sustentada na figura dos pais, cuja função possibilita que o pequeno sujeito se constitua e se sustente, torna-se muito importante escutá-los no tratamento de seus filhos (Tavares, 2013; Pinho, 2011).

## Quem demanda análise?

*Samuel – 5 anos*

Durante os atendimentos de Samuel e entrevistas com seus pais, tornou-se claro que os sintomas apresentados pelo menino apontavam as dificuldades de relacionamento dos pais bem como no exercício de suas funções. Após alguns meses de atendimento, Samuel e eu conversamos sobre algumas questões que o vinham incomodando. Contou, com pesar, que estava faltando às sessões porque o pai e a mãe não conseguiam trazê-lo.

Em cada tratamento participamos de situações emblemáticas como essa, das quais emergem as perguntas: como identificar se a demanda de análise é dos pais ou da criança? Crianças demandam análise? Segundo Petri (2008), no encontro com a criança o analista oferece a possibilidade de ela formular, ou não, uma demanda própria de tratamento. Mas o que é necessário para que isso se dê? E quando a criança demanda o tratamento e os pais não podem sustentá-lo? Como incluir e trabalhar a demanda dos pais no tratamento?

Como mencionado anteriormente, a constituição da criança será marcada pelo lugar que ela ocupa para os pais (Rosemberg, 2002b; Dolto, 1979/2004). Sua dependência ao Outro parental torna improvável que ela busque um tratamento por conta própria, sendo, desse modo, sempre levada a ele (Coriat, 2006; Petri, 2008), uma vez que toda demanda é demanda do Outro (Lacan, 1958/1998b), independente da idade ou momento constitutivo (Jerusalinsky, 1999). Segundo Hamad (2001), na esteira de Lacan, a demanda relaciona-se ao Sujeito Suposto Saber – conceito associado à transferência, pela qual o paciente supõe que é o analista quem sabe. Entretanto, com a criança, essa relação ainda está estabelecida com os seus pais, uma vez que ela supõe que são seus pais que sabem sobre ela. Nesse sentido, a criança deixa-se levar para tratamento, para um analista em quem os pais supõem um saber, porque os pais já não conseguem dar conta daquilo que ela apresenta, especialmente aquilo que nela remete ao seu próprio infantil. Nesse momento, segundo Vorcaro (1999), há uma ruptura na transmissão do saber no laço familiar.

A partir do momento em que os pais percebem que não podem mais dar conta do que é manifestado pelo filho, nos apresentam um pedido de tratamento para ele. Esse pedido, inicialmente queixoso, vem delineado por uma série de possibilidades: muitas vezes é pedida a eliminação de sintomas; mostrar qual dos pais tem a razão sobre a criação do filho; ou até mesmo no intuito de escutar o

que há de errado ou anormal no pequeno paciente. Ou seja, o pedido na maioria das vezes é que a análise ajude a tornar a criança um ideal (Dolto, 1979/2004; Hamad, 2001; Kupfer, 2002; Ferrari, Silva, & Donelli, 2012). O pedido de cura, ainda que carregue consigo o sofrimento dos pais, esconde a verdade familiar denunciada pelo sintoma da criança (Lacan, 1969/1986).

Através da neurose infantil, a criança constrói uma resposta singular ao enigma do desejo do Outro. Essa resposta permite que a criança se implique na ordem da representação, mas também a defende de ser devorada por esse Outro (Bernardino, 1997). Quando fracassa essa montagem, surge a neurose da criança (Bernardino, 2004).

É possível compreender a relação entre os sintomas de uma criança e seus pais através da distinção de dois tipos de sintomas proposta por Flechet (1989). O primeiro tipo de sintoma seria o sintoma estrutural, sendo o mesmo constitutivo da neurose infantil do sujeito e articulado ao recalçamento primário<sup>4</sup>. Os pais, em sua função simbólica, estão envolvidos na construção desse sintoma. O segundo tipo são as manifestações sintomáticas, ou seja, uma resposta da criança aos Outros reais que são seus pais (Flechet, 1989). No sintoma, a criança busca defender minimamente a sua subjetividade (Bernardino, 1997). Busca, ainda, adequar-se aos ideais (ou demandas) dos pais, fazendo-se objeto de seu gozo (Flesler, 2012; Bernardino, 1997); mas também procurando sair desse lugar, apontando o fracasso parental (Bernardino, 1997). Na neurose da criança, o sintoma clínico demonstra, portanto, a paralisação da criança, que não encontra outra forma de enfrentar a fantasia do Outro. A criança endereçaria em seu sintoma uma mensagem justamente naquele lugar onde os pais não podem suportar (Rosemberg, 2002b).

Para a sustentação do tratamento de Samuel, tornaram-se necessárias muitas conversas com seus pais, onde se confrontaram com uma série de questões pessoais e de relacionamento indesejadas, uma vez que lhes traziam perguntas sobre sua responsabilidade nos sintomas do filho. À medida que trabalhávamos essas questões, cada vez mais os pais demonstraram grandes dificuldades em manter o tratamento do filho, e após muitas faltas interromperam o mesmo.

O sintoma da criança aciona a castração dos pais, uma vez que o projeto de um filho busca recuperar a completude narcísica que seus próprios pais não conseguiram sustentar e que seus filhos não puderam satisfazer (Ferrari, 2012). Sendo assim, o sintoma da criança relaciona-se ao fantasma da sua relação com os pais, situando-se em uma novela em andamento, sendo esse o enredo onde o analista intervirá. Para Tavares (2013), a intervenção do analista poderá possibilitar que a criança deixe de ser o ator principal dessa novela, buscando trabalhar a relação fantasmática dos pais com o filho. Conforme Petri (2008), a análise

ainda apresenta aos pais a pergunta sobre o desejo que modelou a criança como um sujeito. Os pais, a partir disso, terão de se deparar com a possibilidade de o filho não mais tapar, como objeto, a sua falta. Essas dificuldades, em alguns casos, provocam atuações, como o abandono do tratamento.

Nesse contexto, faz-se imprescindível diferenciar a queixa da demanda (Tavares, 2013) e trabalhar a demanda para que se sustente o tratamento (Jerusalinsky, 1999). Entretanto, o analista não pode corresponder à demanda parental, o que impossibilitaria a análise da criança (Manonni, 1979/2004). Desse modo, o paradoxo da insuficiência e da importância da demanda dos pais aponta para a dificuldade em dosar a sua inclusão no tratamento (Petri, 2008).

Manonni (1979/2004), Dolto (1979/2004) e Coriat (2006) apontam como fundamentais ao tratamento as primeiras entrevistas com os pais da criança. Bernardino (1997) evidencia as entrevistas preliminares na análise de crianças com o objetivo de possibilitar a diferenciação da fantasia dos pais quanto ao filho (imaginário) e a leitura que a criança pôde ou não fazer disso. Embora seja importante um cuidado na inclusão da demanda dos pais, é a partir da transferência analista/criança/pais que poderá emergir a demanda da criança e também estabelecer-se uma transferência entre criança e analista (Tavares, 2013). Para Flesler (2011), é nas entrevistas com os pais que localizamos nosso lugar na transferência, na medida em que situamos o que é o filho para eles (objeto de gozo, de desejo ou de amor).

Nesse sentido, Bergès e Balbo (2010) salientam a importância de possibilitar no tratamento que a criança liberte-se daquilo que é dos pais e, não sendo possível essa separação, ou seja, se o sintoma da criança revelar a patologia dos pais, indica-se que eles busquem atendimento para si. Rosenberg (2002a, 2002b) e Manonni (1979/2004) situam como objetivo da análise da criança ajudar na elaboração do seu desejo bem como adquirir maior autonomia, propondo escutar a criança enquanto um sujeito de seu próprio discurso e não como se ela estivesse sendo falada pelo Outro. Assim, segundo Dolto (1979/2004), através de uma escuta atenta, o psicanalista permite que a angústia do pedido de tratamento seja substituída pelo desejo da criança enquanto sujeito. Através da transferência estabelecida com a criança em análise, pode-se possibilitar que ela mude sua posição subjetiva, situando-se de forma diferente frente ao Outro (Siquier & Salzberg, 2002; Dolto, 1979/2004). Mas como se configura a transferência na clínica com crianças?

## Transferência na clínica com crianças

### *Pedro – 5 anos*

Na primeira sessão, Pedro é trazido pela mãe 40 minutos após o horário combinado. Ela justifica o atraso informando que o pai de Pedro não concorda com o tratamento do filho. Após tentativas telefônicas sem retorno, escrevo com Pedro um bilhete endereçado ao pai, para que venha conversar comigo, o que agrada muito ao menino, no entanto o pai não comparece no horário marcado.

Conforme referido, alguns efeitos gerados pelo tratamento na criança, bem como o deparar-se com a sua própria castração, podem causar atuações dos pais, as quais muitas vezes causam entraves ao tratamento. Além disso, quando um dos pais não concorda com o tratamento da criança ou decide por não participar do mesmo, surgem algumas dificuldades em seu andamento. Levando-se em consideração essas dificuldades, torna-se necessário o manejo da transferência e o trabalho com as resistências dos pais. Com base nesses pressupostos, surgem as perguntas: é possível empreender uma análise com a criança quando um dos pais não concorda com a mesma? É possível analisar uma criança sem estabelecer com os pais uma transferência? Como dar lugar e trabalhar a transferência e a resistência com os pais? Como se dá a transferência entre analista e criança?

Françoise Dolto em Dolto e Nasio (2008) salienta a importância de escutar pai e mãe nas entrevistas preliminares e, caso um dos dois não tiver comparecido, declarar expressamente a importância de sua participação no tratamento da criança. Ainda que compreendamos que a não-participação de um dos pais não implique em sua impossibilidade, uma vez que é necessário considerarmos cada caso em particular, no que se refere aos atendimentos de Pedro percebemos que a não-autorização do pai influenciou sobremaneira na impossibilidade da continuidade do tratamento. Ainda que inicialmente a mãe tenha apostado em dar início à análise de Pedro mesmo com a não-concordância do pai, com dificuldades em sustentá-la sozinha decide por dar encerramento.

O conceito de transferência, fundamental à psicanálise, marca a direção do tratamento analítico. A transferência atua, ao mesmo tempo, como motor e como obstáculo à análise (Freud, 1912/2011d). No caso Hans (Freud, 1909/2011b), percebemos a possibilidade da análise do menino pela transferência de seu pai com Freud. Em sua 33ª Conferência, Freud (1932/2011f) comenta os trabalhos iniciais de Anna Freud com crianças, referindo ser a transferência uma das especificidades da análise

da criança. Freud aponta que ao levar-se em consideração que os pais da realidade se-guem presentes no cotidiano da criança, a transferência na clínica com crianças cum-pre outra função. No momento em que os pais colocam resistências à análise, torna-se necessário integrar ao tratamento alguma intervenção com seus progenitores.

Para Lacan (1967-1968/2003), a aposta psicanalítica pressupõe um saber sem sujeito, que na transferência é encarnado por um sujeito suposto. O ato ana-lítico, segundo Vorcaro (1999), por comportar a presença do sujeito do analista, situa-se do mesmo modo da verdade experimentada pela criança e, por isso, o ato suporta-a. Nesse ato, há o testemunho e leitura de algo que diz respeito ao peque-no paciente, articulando significantes e renovando sentidos dados. Desse modo, produzindo uma descontinuidade de sentido, no ato o analista ocupa o lugar de objeto *a* – causa de desejo (Lacan, 1962-1963/2005).

Lacan (1968-1969/2008) compara ainda o lugar do analista com o ator em uma cena trágica. O analista ficaria apenas nesse lugar de ator, esvaziado, pois basta o ator para sustentar a cena. Retomando a ideia de Erik Porge (1998), o mínimo que um analista pode fazer quando a ele se dirigem em nome de uma criança é a transferência, que na clínica com crianças desempenha um papel di-ferente da análise de adultos. Na análise de adultos, trata-se de substituir uma neurose comum por uma neurose de transferência. Já com a criança, uma vez que não substitui uma neurose comum, a própria neurose de transferência equivale à neurose comum. Por conseguinte, a criança dirige a sua neurose de transferência não para o analista, mas para um objeto parental próximo, para um personagem que não está na cena. À simultaneidade de endereçamento da mensagem para dois planos, Porge (1998, p. 13) chama “falar para os bastidores”.

Desse modo, Porge (1998) salienta que o que resta ao analista é ajudar no reestabelecimento de uma transferência colocada à prova entre a criança e seus pais. Para tanto, busca-se permitir o desenvolvimento da neurose de transferência da criança e que esta possa ser suportada pelos pais, pois essa é a demanda da criança, ou seja, poder ela mesma falar para os bastidores. Pinho (2011) explica essa ideia apontando que a intervenção na clínica com crianças tratará de abrir espaço a fim de que a neurose de transferência volte a ser dirigida aos pais, reto-mando seu curso. Para isso, Attal (1998) refere que o analista suporta a transfe-rência dos dois lados. Sendo assim, o analista está, para os pais, em um lugar de suposto saber; já para a criança estaria apresentando-se como sujeito suposto adi-vinhar. Percebe-se essa singularidade quando, após uma fala do analista, a criança surpreende-se: como é que adivinhaste isso?

No trabalho com os pais, Rosemberg (2002a, 2002b) aponta a impor-tância de interpretar seus elementos inconscientes, uma vez que são a causa do

sintoma atuado por eles na transferência. A autora considera ainda como imprescindível a participação e implicação dos pais no tratamento. O analista intervém, assim, sem se submeter à demanda dos pais, pois a sua ética é possibilitar que o paciente – nesse caso a criança – vá em direção ao seu desejo. É preciso que os pais sustentem os movimentos da criança no tratamento, entretanto os movimentos na criança podem lhes trazer ameaças, fazendo com que eles não possam sustentar o progresso da análise. Assim, as intervenções do analista com os pais (seja com cada um separadamente; juntos; com a criança; ou em outro espaço) vão na direção de ajudá-los a se confrontarem com os seus desejos e recalques. Para isso, desde o início do tratamento deve ficar clara a proposta de trabalho, que muitas vezes em seu decurso ocasiona reações indesejadas na criança, mas deve ser um compromisso a ser assumido pelos pais suportar tais movimentos.

Sendo assim, a participação dos pais no tratamento da criança acontecerá não somente quando eles demonstram suas resistências, mas também em momentos do tratamento da criança em que se precisa colocar a circular o que está impossibilitando o movimento da rede associativa. Isso acontece muitas vezes em momentos em que os efeitos da análise apontam para a criança um ataque aos seus pais (Rosemberg, 2002a). No intuito de não ensurdecer à própria fala da criança, com o convite à participação dos pais, e através de sua escuta, permite-se uma re-simbolização do lugar que essa criança ocupa em sua história (Rosemberg, 2002b).

No decorrer do tratamento da criança, os pais terão a oportunidade de elaborar e reconhecer a alteridade no filho não mais como seu prolongamento, mas como um sujeito de desejo. Então, através de uma relação sujeito-sujeito, poderão distanciar-se de uma fascinação imaginária de uma criança que corresponda ao seu ideal (Tavares, 2013).

## Considerações finais

Este trabalho buscou dar contornos para alguns questionamentos referentes às possibilidades de intervenção com os pais na clínica psicanalítica com crianças, bem como para o trabalho com os entraves colocados pelos pais ao tratamento. As vinhetas clínicas que foram disparadoras para os questionamentos trazem no seu bojo a importância da escuta dos pais.

Assinalamos com este trabalho a importância fundamental dos pais na história e também no tratamento de seus filhos. Desde o nascimento da criança os pais irão exercer o papel essencial de a inserirem no universo simbólico e possibilitarem sua constituição como sujeito. Ademais, partindo do referencial psicanalítico, a

noção de demanda e transferência na clínica com crianças estará profundamente ligada aos pais. Sua presença no tratamento tornar-se-á, assim, fundamental, ainda que muitas vezes coloque em pauta diversos entraves, conforme percebemos nas vinhetas clínicas aqui abordadas, especialmente no que se refere aos atendimentos de Samuel e Pedro, os quais foram encerrados por decisão dos pais.

Por outro lado, pudemos perceber como o trabalho com a mãe de Antônio permitiu uma torção importante na análise do menino. Tomando como direção a construção de possibilidades de separação mãe-filho, emergiram importantes movimentos em cada um: filho buscando autonomia e mãe podendo em alguma medida olhar para seu filho como um sujeito de desejo. Considerando, portanto, os bastidores como fundamentais na sustentação da cena clínica com crianças, percebe-se como extremamente valiosa a sua inclusão e escuta.

Jerusalinsky (2005) aponta a necessidade de reinvenção da psicanálise ao enfatizar que as condições de uma análise somente podem ser dadas em cada análise em particular, sendo que muitas intervenções serão possíveis, de acordo com o lugar ocupado pelo analista. Como a própria psicanálise de crianças, que convoca a um constante questionamento e construção dessa clínica, a inclusão dos pais no tratamento da criança requer reflexão, com a contribuição do estudo teórico e da supervisão, os quais possibilitarão uma escuta atenta à particularidade de cada caso.

## Referências

- Attal, J. (1998). Transferência e final de análise com criança. In *A criança e o psicanalista, Litoral* (p. 51-58). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Bergès, J. & Balbo, G. (2010). *Psicoterapias de crianças, crianças em psicanálise*. Porto Alegre: CMC.
- Bernardino, L. M. F. (1997). Sim, toma!. In C. Melman, *Neurose infantil versus neurose da criança: as aventuras e desventuras na busca da subjetividade* (p. 53-65). Salvador: Agalma.
- Bernardino, L. M. F. (2004). A intervenção psicanalítica nas psicoses não decididas na infância. In: Colóquio do Lepsu IP/FE-USP, 5, São Paulo. Recuperado em 04 fev., 2014, de <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000032004000100004&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000032004000100004&lng=en&nrm=abn)>.
- Chemama, R. (1995). *Dicionário de psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Coriat, E. (2006). *El psicoanálisis en la clínica de niños pequeños con grandes problemas*. Buenos Aires: Lazos.
- Dolto, F. (2004). Prefácio. In M. Mannoni, *A primeira entrevista em psicanálise: um clássico da psicanálise* (p. 07-33). Rio de Janeiro: Elsevier. (Trabalho original publicado em 1979)
- Dolto, F. & Nasio, J. D. (2008). *A criança do espelho*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Dolto, F. (2013). *Seminário de psicanálise de crianças*. São Paulo: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1985)
- Ferrari, A. G. (2012). Sintoma da criança, atualização do processo constitutivo parental? *Tempo Psicanalítico*, 44(2), 299-319.
- Ferrari, A. G., Silva, M. da R., & Donelli, T. S. (2012). A criança e seus pais: alguns interrogantes sobre as funções parentais na atualidade. *aSEPHallus Online VII*(14). Recuperado em 28 abr., 2015, de <[http://www.isepol.com/asephallus/numero\\_14/artigo\\_05.html](http://www.isepol.com/asephallus/numero_14/artigo_05.html)>.
- Flechet, M. (1989). Algumas observações sobre os sintomas das crianças. In A. Souza (Org.), *Psicanálise de crianças* (p. 38-46). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Flesler, A. (2011). As intervenções do analista na análise de uma criança. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 40 – O infantil na psicanálise. Porto Alegre: APPOA.
- Flesler, A. (2012). *A psicanálise de crianças e o lugar dos pais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Freud, A. (1971). O tratamento psicanalítico com crianças. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926-1927)
- Freud, S. (2011a). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud [Autor]. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (2011b). Análise da fobia de um menino de cinco anos. In S. Freud [Autor]. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. X. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1909)
- Freud, S. (2011c). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In S. Freud [Autor]. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (2011d). A dinâmica da transferência. In S. Freud [Autor]. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (2011e). Além do princípio do prazer. In S. Freud [Autor]. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (2011f). Feminilidade: 33ª Conferência. In S. Freud [Autor]. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1932)
- Hamad, N. (2001). A psicanálise com crianças entre Freud e Lacan. In M. C. Vidal (Org.), *Quando chega ao final a análise com uma criança?* (p. 129-143). Salvador: Ágalma.
- Jerusalinsky, A. (1999). *Psicanálise e desenvolvimento infantil*, 2. ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Jerusalinsky, A. (2008). Considerações acerca da avaliação psicanalítica de crianças de três anos – AP3. In R. Lerner, & M. C. Kupfer (Orgs.), *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa* (p. 117-136). São Paulo: Escuta.

- Jerusalinsky, A. (2005). Entrevista: quando fala um analista. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre – Onde fala um analista*. Porto Alegre: APPOA.
- Klein, M. (1994). *El psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós. (Trabalho original publicado em 1932)
- Kupfer, M. C. (2002). Pais, melhor não tê-los?. In A. M. S. de Rosenberg (Org.), *O lugar dos pais na psicanálise de crianças* (p. 113-132). São Paulo: Escuta.
- Kupfer, M. C. M. (2000). Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. *Revista Psicologia USP*, 11(1), 85-106.
- Kupfer, M. C. M., Faria, C. A., & Marletti, C. K. I de. (2007). O tratamento institucional do Outro na Psicose Infantil. *Arquivos brasileiros de psicologia*, 9(2), 156-166.
- Lacan, J. (1986). Duas notas sobre a criança. *Revista do Campo Freudiano*, 37. (Trabalho original publicado em 1969)
- Lacan, J. (1998<sup>a</sup>). O estádio do espelho como formador da função do eu. In J. Lacan [Autor], *Escritos* (p. 96-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1966)
- Lacan, J. (1998<sup>b</sup>). A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In J. Lacan [Autor], *Escritos* (p. 96-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1958)
- Lacan, J. (1999). *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário de 1957-1958)
- Lacan, J. (2003). O ato analítico. In J. Lacan [Autor]. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário de 1967-1968)
- Lacan, J. (2005). *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário de 1962-1963)
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário de 1968-1969)
- Lacan, J. (2010). *O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*, 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário de 1954-1955)
- Mannoni, M. (2003). *A criança, sua doença e os outros*, 2. ed. São Paulo: Via Lettera. (Trabalho original publicado em 1967)
- Manonni, M. (2004). *A primeira entrevista em psicanálise: um clássico da psicanálise*. Rio de Janeiro: Elsevier. (Trabalho original publicado em 1979)
- Petri, R. (2008). *Psicanálise e infância: clínica com crianças*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; São Paulo: FAPESP.
- Pinho, J. S. (2011). Hans – Uma análise do infantil. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre – 40: O infantil na psicanálise*. Porto Alegre: APPOA.
- Porge, E. (1998). A transferência para os bastidores. In *Littoral: a criança e o psicanalista* (p. 07-19). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Reinoso, G. G. (1999). Prefácio. In A. M. S. de Rosenberg (Org.), *O lugar dos pais na psicanálise de crianças* (p. 11-20). São Paulo: Escuta.

- Rodulfo, R. (1990). *O brincar e o significante*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rosemberg, A. M. S. de (2002a). A constituição do sujeito e o lugar dos pais na análise de crianças. In A. M. S. de Rosenberg (Org.), *O lugar dos pais na psicanálise de crianças* (p. 45-78). São Paulo: Escuta.
- Rosemberg, A. M. S. de. (2002b). Psicanálise com crianças. A legitimidade de um campo. Os pais, o recalque e a circulação de significantes enigmáticos na condução da cura. In A. M. S. de Rosenberg (Org.), *O lugar dos pais na psicanálise de crianças* (p. 27-43). São Paulo: Escuta.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Siquier M. L., & Salzberg, B. (2002). A difícil articulação entre pais-filhos na psicanálise de crianças. In A. M. S. de Rosenberg (Org.), *O lugar dos pais na psicanálise de crianças* (p. 79-111). São Paulo: Escuta.
- Stein, M. L. M. (2011). Infantil- Eu?. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre – 40*: O infantil na psicanálise. Porto Alegre: APPOA.
- Tavares, E. E. (2013). O espelho quebrado. In C. de B. Camponogara, P. Gleich, B. G. Kreisner, & L. L. Loureiro, *Deficiência múltipla: múltiplas interlocuções, interlocuções em rede* (p. 88-96). São Leopoldo: Oikos.
- Vorcaro, A. (1999). Transferência e interpretação na clínica com crianças autistas e psicóticas. Dossiê “Leituras do Autismo”. *Estilos da Clínica, IV(7)*, 52-72.

## Notas

- <sup>1</sup> Este trabalho é um recorte da monografia do Curso de Especialização em Atendimento Clínico com ênfase em Psicanálise – Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS produzida pela primeira autora sob orientação da segunda autora.
- <sup>2</sup> As experiências de trabalho clínico referidas neste artigo concernem à primeira autora.
- <sup>3</sup> atendimentos realizados durante o Curso de Especialização. Como forma de garantir a confidencialidade dos materiais clínicos foram escolhidos nomes fictícios para os pacientes.
- <sup>4</sup> Freud divide o recalque em dois momentos lógicos, o recalque primário e o recalque propriamente dito. No primeiro momento do recalque, é rejeitado o acesso ao consciente do representante da pulsão. Com ele acontece uma fixação do representante à pulsão (Chemama, 1995).

Recebido em 22 de setembro de 2014  
Aceito para publicação em 16 de setembro de 2015



# CLÍNICA DOS PRIMÓRDIOS E PROCESSOS DE SIMBOLIZAÇÃO PRIMÁRIOS

*CLINIC OF THE EARLY INFANCY AND THE  
PRIMARY PROCESSES OF SYMBOLIZATION*

*CLÍNICA DE LOS COMIENZOS Y LOS PROCESOS  
DE SIMBOLIZACIÓN PRIMARIOS*

*Silvia Maria Abu-Jamra Zornig\**

## RESUMO

A reflexão sobre a clínica dos primórdios nos permite revisitar as concepções psicanalíticas sobre a constituição do sujeito e ressaltar a importância das relações intersubjetivas na constituição do psiquismo, apontando para uma articulação entre a dimensão pulsional e a qualidade das relações entre sujeito e objeto no início da vida. Neste texto, procuramos ampliar a noção de representação para nela incluir as experiências sensoriais e não verbais do bebê, visto que a subjetividade se constrói ao longo de um processo cujo elemento fundamental é a experiência compartilhada com o outro. As contribuições de R. Roussillon e A. Green apontam para dois elementos que devem se articular para favorecer os processos de simbolização primários: a qualidade de presença continente e sensível do objeto, assim como a importância da constituição do negativo, resultante do apagamento do objeto primário e de sua transformação em estrutura enquadrante. Assim, se a presença do objeto é imprescindível para possibilitar a representação de sua ausência, o trabalho do negativo é igualmente fundamental para permitir a instauração dos limites entre interno/externo e entre as instâncias psíquicas.

Palavras-chave: função simbolizante; trabalho do negativo; clínica dos primórdios.

---

\* Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

**ABSTRACT**

The discussion on the clinic of the early infancy makes it possible to review classical psychoanalytic conceptions about the constitution of the subject and to emphasize the importance of the intersubjective relations in the beginning of the psychic life, indicating an important relationship between the drive theory and the early object relations. The paper aims to broaden the notion of representation to include the sensory and non-verbal communication between the baby and his primary objects, based on the fact that the process of subjectivation is constructed through the experiences that are shared between the infant and his primary others. The contributions of R. Roussillon and A. Green indicate that the quality of early interactions are extremely important to facilitate the representation of the absence of the object. Thus, the symbolizing function of the object is at the same time the constitution of its affective presence as well as its capacity to become a containing structure through the work of the negative.

Keywords: symbolizing function; work of the negative; clinic of the early infancy.

**RESUMEN**

La reflexión sobre los primeros días nos permite revisitar los puntos de vista del psicoanálisis en la constitución del sujeto y destacamos la importancia de las relaciones interpersonales en la constitución de la psique, que apunta a una relación entre la dimensión de la unidad de calidad e de las relaciones entre sujeto y objeto a temprana edad. En este trabajo se busca ampliar la noción de representación a fin de incluir las experiencias sensoriales y no verbales del bebé, ya que la subjetividad se construye sobre un proceso cuyo elemento clave es la experiencia compartida con los demás. Las contribuciones de R. Roussillon y A. Green a dos elementos que deben ser articulados para favorecer los procesos de simbolización tempranos: la calidad del continente y la presencia sensible del objeto, así como la importancia de la constitución de lo apagamiento del objeto que resulta do trabajo del negativo y su transformación en la estructura encuadrante. Por lo tanto, la presencia del objeto es esencial para permitir la representación de su ausencia, el trabajo del negativo es también esencial para permitir el establecimiento de límites entre interior / exterior y entre instancias psíquicas.

Palabras chave: función simbólica; negativo; clínica de los comienzos.

A investigação da clínica dos primórdios tem sido um tema de grande interesse dentro do campo da psicanálise com crianças, principalmente em função da relação entre a constituição psíquica na infância e o desejo e o discurso parental e da constatação de que os sinais de sofrimento psíquico do bebê aparecem na forma de distúrbios do funcionamento somático: distúrbios da alimentação e do sono, distúrbios motores, alergias (Golse, 2003; Stern, 1992; Lebovici, 1987; Zornig, 2008). Nesse contexto, é preciso priorizar a noção de um aparato psíquico que é eminentemente sensorio/afetivo/corporal: corpo aqui tomado em sua função relacional, que afeta e é afetado pelo outro.

A noção de plasticidade psíquica também é importante por valorizar a concepção de um psiquismo que se constrói através dos diversos envelopes psíquicos em oposição à ideia de cristalização sintomática na primeira infância. Nesse sentido, o conceito de representação é ampliado para nele incluir os registros corporais que se inscrevem no psiquismo a partir das relações inaugurais pais/bebê (Anzieu, 1995; Bleichmar, 1985; Golse, 2003; Stern, 2005).

As pesquisas efetuadas por Spitz (1946) na década de 40 sobre a síndrome do “hospitalismo” em bebês institucionalizados e os trabalhos de Bowlby (1969, 1973) sobre os efeitos das separações pais/bebê trouxeram à tona os resultados danosos das separações ocorridas em um momento de vida em que a criança depende de seus adultos fundamentais para se estruturar psiquicamente. Como indica Golse (2003), na segunda metade do século XX ocorreu uma grande modificação no campo psicanalítico, com a mudança do foco de uma clínica referida aos conteúdos psíquicos e aos conflitos intrapsíquicos para uma clínica do continente, relacionada ao sofrimento da criança e priorizando o estudo do psiquismo em seu estado nascente e não mais como um sistema estabelecido. O autor indica dois fatores fundamentais para tal mudança de ênfase: – os efeitos da Segunda Guerra Mundial sobre as crianças, na medida em que os bebês e as crianças foram suas maiores vítimas por ficarem órfãos ou separadas de suas famílias de origem por um longo período; e a descoberta do autismo precoce infantil por L. Kanner em 1942 (Kanner, citado por Golse, 2003), reconhecendo o sofrimento psíquico precoce e a necessidade de repensar estratégias clínicas para lidar com a dor e os distúrbios psicossomáticos na primeira infância.

A partir do reconhecimento do sofrimento infantil, diversos autores como (Winnicott, (1947/1978; 1990) e Balint (1968)), discutem a eficácia do método psicanalítico clássico, repensando a noção de estruturas clínicas e centrando seu estudo nos primórdios da vida e em uma clínica das relações objetais primárias. Ou seja, a dimensão não pulsional das primeiras relações entre sujeito e objeto é priorizada e a ideia de falhas no processo de construção sub-

jetiva relacionada à ausência de investimento afetivo e de sustentação psíquica na relação mãe/bebê.

É a partir da presença e ausência do outro materno, das representações parentais sobre o bebê mesmo antes de seu nascimento, do desejo e do investimento dos adultos na função de pais que a criança inicia seu percurso subjetivo. Assim, a dicotomia entre o intrapsíquico e o intersubjetivo passa a ser relativizada, já que o processo de subjetivação da criança é sempre iniciado a partir das fantasias e representações de seus adultos fundamentais e da transmissão psíquica entre gerações (Zornig, 2012; Houzel, 2004; Golse & Bydlowski, 2002).

Nessa perspectiva, surge a noção de um aparelho psíquico que se constitui em referência a diversas temporalidades: a temporalidade retroativa do *a posteriori* freudiano, que surge pelo discurso parental sobre sua própria infância, e a temporalidade progressiva da construção psíquica na primeira infância, que prioriza sinais de sofrimento e não sintomas fixos e estruturados. A questão da transmissão psíquica é particularmente relevante nesse contexto, pois ressalta a dimensão fundadora da transmissão parental – “herança psíquica” do ser humano (Lebovici, 1987), indicando como a relação intersubjetiva tem um papel primordial na constituição do psiquismo da criança.

As pesquisas desenvolvidas sobre indicadores de risco para autismo precoce infantil e transtornos globais do desenvolvimento (Kupfer, et al., 2010; Laznik, 2000), os estudos sobre os efeitos da depressão pós-parto no desenvolvimento emocional da criança e do adolescente (Golse, 2003; Green, 1988b) e a clínica da intervenção precoce (Zornig, 2008; Crespin, 2004; Golse, 2003,) demonstram como as carências e problemas nas relações iniciais podem colocar em risco os elementos primordiais à construção da subjetividade na primeira infância.

Os autores (Zornig, 2008; Golse, 2002; Crespin, 2004; Laznik, 2000) indicam como durante o primeiro ano de vida sinais de sofrimento psíquico podem ser observados, desde que não sejam tomados como uma cristalização sintomática e sim como indicadores de vulnerabilidade psíquica. Nesse sentido, podemos argumentar que o trabalho clínico na primeira infância ocorre de maneira preventiva, desde que a noção de prevenção seja entendida como uma possibilidade de intervir no tempo de construção do sujeito e não como uma “predição” (Golse, 2003) de problemas futuros. Enquanto a “predição” seria a fixação de uma doença de forma antecipada, a prevenção na primeira infância deveria ser pensada como a possibilidade de intervir antes de uma cristalização sintomática.

A reflexão sobre a clínica dos primórdios aponta também para a problemática dos sofrimentos narcísicos, que trazem a marca das vicissitudes da relação entre o sujeito e seus objetos nos primórdios da subjetivação. Assim, para avançar

no estudo de uma metapsicologia da constituição psíquica e na reflexão sobre a clínica psicanalítica de casos graves (denominados de não neuróticos) é preciso discutir a função simbolizante dos objetos primários e não somente a questão da representação de sua ausência (Roussillon, 2008<sup>a</sup>; Green, 1988<sup>a</sup>).

Tendo como referência o trabalho psicanalítico com crianças, pretendemos neste texto, propor uma noção ampliada de representação, incluindo as primeiras produções do infante como experiências de protossimbolizações, ancoradas no corpo, nas sensações e nas percepções, desde que o objeto possibilite pela sua presença, o reconhecimento e a simbolização de sua ausência.

As contribuições de Roussillon (2008b) e Green (1988a) sobre a problemática dos sofrimentos narcísicos e dos casos-limite nos auxiliam a analisar a função simbolizante do objeto e o trabalho do negativo na constituição psíquica e no processo de simbolização e apropriação subjetiva.

## Os processos de simbolização nos primórdios da vida

O bebê inicia sua relação com o mundo através da musicalidade da voz materna, do toque e do cuidado que ela lhe proporciona e da identificação da mãe às suas necessidades afetivas. Ou seja, antes de apreender o conteúdo verbal e o sentido da narrativa, o bebê interage e entra em sintonia afetiva com seus adultos fundamentais através da comunicação analógica, não verbal, que é baseada na forma, na musicalidade e no ritmo da comunicação.

A noção de Stern (2004) sobre o “momento presente” é interessante para ilustrar essa concepção, pois segundo o autor o momento presente contém os elementos essenciais para compor uma história de vida, mas é composto primordialmente de afetos que se desenrolam em intensidade, como uma “narrativa composta de afetos mas sem um fio condutor verbal” (Stern, 2004, p. 32). Essa indicação remete à noção de narratividade nos primórdios da subjetivação, isto é, uma narratividade fundada nas interações entre o bebê e seu entorno afetivo, pelos elementos da sensorialidade do infante, que são construídos já na vida intrauterina e se desenvolvem após o nascimento.

Lebovici (1987), ao ressaltar que o objeto é investido antes de ser percebido, indica que o psiquismo se constitui através de sensações e inscrições corporais e relacionais antes da percepção de um eu autorreflexivo e diferenciado de seu entorno. Ou seja, é necessário um *holding* materno (Winnicott, 1956/1978) que funcione inicialmente como um continente, para possibilitar a atividade de pensar que transforma o continente em conteúdo. Em outras palavras, é preciso uma experi-

ência de sustentação materna para que a criança possa internalizar a mãe e se autumaternar. Assim, a capacidade de narrar a própria história decorre da qualidade das trocas entre o bebê e seu ambiente afetivo, visto que o bebê parece muito mais sensível, inicialmente, à musicalidade da língua do que à significação dos signos.

Dessa forma, a clínica da primeira infância confronta o clínico com uma mudança de paradigma, a passagem de uma clínica do conteúdo para uma clínica do continente, na qual a ênfase na relação e no vivido e a ideia de construção em análise é mais importante do que uma clínica baseada no significante e na linguagem em sua vertente verbal. Isso não significa desconsiderar a função da linguagem na constituição do sujeito, mas ressaltar sua dimensão sensível: a musicalidade da língua materna, os diferentes tipos de comunicação não-verbal, as sensações que envolvem as interações entre o bebê e seus pais ou cuidadores primordiais.

A obra freudiana, apesar de ressaltar a necessidade da presença do outro para que o sujeito possa se constituir, tem como proposição clínica uma metapsicologia direcionada às neuroses, ou ao que se convencionou denominar uma clínica do conteúdo ou dos conflitos intrapsíquicos (Urribarri, 2012; Roussillon, 1999). Foi a partir da inquietação de Ferenczi em procurar modificações que permitissem o trabalho com pacientes graves, considerados refratários à técnica clássica da interpretação, que ocorreu uma mudança de foco na clínica psicanalítica – de uma clínica centrada no Édipo e na castração para uma clínica direcionada às falhas básicas no processo de construção do *self*, remetendo a pacientes empobrecidos, esvaziados, com dificuldade de expressão e representação psíquica.

Em “A elasticidade da técnica psicanalítica” (1928/1992), Ferenczi defende a noção do “tato psicológico” na situação analítica, isto é, a capacidade empática do analista de “sentir-com” o analisando, vivenciando seus conflitos, para então representá-los, transformando-os em discurso. Essa capacidade afetiva, que pressupõe uma clínica de intensidade e de movimento é retomada por Stern (1992), ao propor que a constituição do psiquismo do bebê se inicia através de uma coconstrução sensorio-perceptual entre este e seus adultos primordiais.

A noção de “afetos de vitalidade” é particularmente relevante, pois propõe uma ênfase na dimensão de intensidade e movimento do afeto e não só de seu conteúdo formal. Como indica Stern (1992), o bebê inicia seu percurso subjetivo através de modalidades afetivas que se diferenciam dos afetos categóricos (alegria, raiva, medo, tristeza) por pertencerem ao domínio da experiência afetiva em uma perspectiva de ativação e intensidade.

A dança revela ao expectador-ouvinte múltiplos afetos de vitalidade e suas variações, sem recorrer à trama ou aos sinais de afeto categórico dos quais

os afetos de vitalidade podem ser derivados. O coreógrafo, na maior parte das vezes, está tentando expressar uma maneira de sentir, não um conteúdo específico de sentimento. Esse exemplo é particularmente instrutivo porque o bebê, quando observa um comportamento parental que não possui uma atividade intrínseca (isto é, nenhum sinal de afeto darwiniano), pode estar na mesma posição do espectador de uma dança abstrata ou do ouvinte de música. A maneira como é realizado o ato de um progenitor expressa um afeto de vitalidade, seja ou não esse ato algum afeto categórico (ou parcialmente colorido por algum afeto categórico) (Stern, 1992, p. 49).

Os afetos de vitalidade permitem ao bebê sentir antes de compreender intelectualmente. Nessa concepção, a linguagem tem início através de trocas não verbais entre os pais e o bebê que lhe permitem figurar no corpo a história recente dessa relação. Para Stern, a realidade psíquica do bebê pode ser decomposta em uma sucessão de unidades temporais elementares que são vivenciadas por ele de forma independente e com uma dinâmica própria. A unificação destas experiências separadas é realizada através do “envelope protonarrativo”, uma unidade de base que tem a função de integrar diversas vivências e possui uma estrutura próxima à narratividade (Stern, 2005).

Um dos exemplos dados por Stern (2005) é bem simples e se refere às características do rosto materno, que apesar de se modificar durante um determinado dia nas interações com o bebê (mãe que alimenta, mãe que brinca, mãe que se prepara para sair, etc.), pode ser identificado por este em seus elementos invariantes que permanecem constantes apesar das modificações ocorridas durante as diversas situações. A constelação de elementos invariantes, tais como estados emocionais, percepção, sensações, excitações, ações motoras, constituem um envelope protonarrativo que representa o início da própria atividade de pensar.

Apesar de não ser denominada uma representação no senso estrito, o envelope protonarrativo permite ao bebê experimentar a potência de um afeto antes de compreender seu conteúdo. Como toda experiência subjetiva se desenvolve no tempo e no espaço, os elementos que constituem esse envelope se desenrolam em uma cadência temporal e aparecem em uma curva que cresce, decresce, explode, aumenta e diminui de intensidade, demonstrando seu movimento e plasticidade.

A ideia de processo em movimento (surgindo, desaparecendo, levantando explosivamente da cadeira) e não de categorias formais, indica um ato que expressa um afeto, priorizando a forma e não o conteúdo. A intensidade de uma ação

e de um gesto é vivenciado pelo bebê como uma linguagem analógica, à qual ele responde com seu corpo. Corpo aqui entendido como corpo relacional, que afeta e é afetado pelo outro. Como indicam Golse e Desjardins (2005, p. 18), “o bebê precisa – não saber – mas experimentar e sentir profundamente que a linguagem do outro (e singularmente a de sua mãe) o toca e o afeta, e que esta é afetada e tocada, por sua vez, pelas primeiras emissões vocais dele”.

Roussillon (1999) avança nessa discussão ao propor uma distinção entre os processos de simbolização primária e a simbolização secundária. De acordo com o autor, a simbolização secundária se funda sobre a ausência e sobre o trabalho de luto pela perda do objeto enquanto o campo das simbolizações primárias se apoia sobre a qualidade da presença do objeto, das sensações e percepções decorrentes das interações significativas entre o bebê e seus outros fundamentais.

Isso não significa propor uma simetria no encontro entre uma criança e um adulto, mas sim indicar que o processo de simbolização precisa ser compartilhado para ser integrado e apropriado pelo sujeito. Se retomarmos a concepção de Stern da constituição dos “envelopes protonarrativos” como narrativas compostas de afetos de vitalidade, podemos articulá-la à proposição de Roussillon (1999) sobre a importância da presença do objeto nos primórdios da subjetivação. O bebê só consegue transformar percepção em representação a partir de uma experiência de prazer compartilhado com um objeto que se deixa utilizar como espelho sem contudo perder sua singularidade como sujeito.

Roussillon (2008b) propõe a noção de “homossexualidade primária em duplo” para descrever a constituição do narcisismo primário na qual o objeto desempenha o papel de semelhante, de espelho, de duplo do sujeito, sem que a experiência seja uma vivência de fusão. Para Roussillon, o outro primordial precisa no início da vida, refletir e partilhar os estados afetivos do bebê, sem no entanto se confundir com ele. Como indica o autor:

O prazer é sentido no “ballet” do encontro com um outro semelhante, um duplo, um outro percebido em seu movimento de espelho do sujeito. Repito, um “duplo” é um mesmo outro, é um semelhante, um espelho do sujeito, mas é um outro, não há confusão entre o sujeito e o duplo. Um duplo deve ser suficientemente “mesmo” para se um duplo do sujeito, mas deve ser também suficientemente “outro” para não ser o próprio sujeito. Entre mãe e bebê, o vetor do encontro, o que condiciona o prazer da relação e talvez até a composição psíquica do próprio prazer, é o processo pelo qual um e outro dos dois parceiros se constitui como espelho e, portanto, duplo do outro (Roussillon, 2008b, p.123, tradução da autora).

As contribuições de Roussillon (2008b) revisitam as proposições winnicottianas sobre a função de espelho da mãe na constituição psíquica do infante, colocando a ênfase na experiência de prazer compartilhado em dois níveis: um primeiro nível de prazer estésico, de compartilhamento de sensações corporais, e um segundo nível de compartilhamento emocional, de sintonia afetiva.

O compartilhamento estésico primitivo favorece o investimento libidinal do corpo, pois é através do ajuste do objeto às necessidades do bebê que um ritmo e uma temporalidade se constituem entre os dois. Na mesma direção, Stern (1992) ao descrever as trocas intersubjetivas pais-bebê, indica que os pais devem ser capazes de espelhar o estado afetivo de seu filho, indo além de uma imitação de gestos e posturas. O autor ressalta que “o bebê deve ser capaz de ler essa resposta parental correspondente como tendo a ver com a sua experiência de sentimento original e não apenas como uma imitação de comportamento” (Stern, 1992, p. 124). Sintonia pressupõe não uma imitação de gestos e posturas do outro, mas um ajustamento que não é simétrico, mas uma resposta que reconhece o valor de mensagem nas figurações corporais do bebê.

A sintonia do afeto pressupõe compartilhar não só comportamentos, mas a qualidade do sentimento que está sendo compartilhado. Nesse sentido, a sintonia se aproxima de uma “comunhão interpessoal” como indica Stern (1992), diferenciando-a da comunicação que busca trocar ou transmitir informações. Segundo o autor, a comunhão significa compartilhar a experiência de outrem sem tentar mudar o que a pessoa está fazendo ou acreditando.

Retomando a indicação de Roussillon (2008b) sobre a função de espelhamento do objeto primário, podemos avançar e dizer que o narcisismo primário só pode se constituir em função do tipo de compartilhamento oferecido pelo objeto primordial ao bebê. Cabe ao objeto conter e sustentar os afetos em estado bruto do bebê para evitar que o acesso à diferença seja insuportável e leve à vivência de desamparo.

A contribuição winnicottiana sobre o objeto encontrado/criado na experiência de ilusão ilustra esta concepção. De acordo com Winnicott (1956/1978), a experiência de ilusão se dá a partir da sensibilidade da mãe, em estado de preocupação materna primária, de apresentar o objeto ao bebê no exato momento em que o bebê o alucina. Assim, a possibilidade de transformar a alucinação (tentativa de transformar a ausência do objeto em percepção) em experiência de ilusão (criação de objetos subjetivos) repousa sobre a capacidade do objeto de evitar que o bebê se depare com a percepção da diferença entre eu-outro, interno-externo, prematuramente, tendo que reagir ao ambiente ao invés de vivenciar o sentimento de continuidade de existência.

A questão da diferença é fundamental para nossa reflexão sobre a função do objeto nos processos de simbolização primários, pois não é possível haver simbolização sem um espaço entre dois sujeitos, sem uma experiência de “terceiridade” que permite ao sujeito sair da dimensão especular. No entanto, como indica Roussillon (2008a), falar somente do modo de organização edípica não é suficiente para pensar esse processo, pois são as modalidades de ligação primárias que constituem a base para o acesso à exterioridade do objeto e à sua representação.

O autor destaca duas facetas do objeto primário: o objeto a ser simbolizado enquanto diferença, alteridade e ausência, e o objeto enquanto presença qualitativa que permite a elaboração da ausência da qual ele é a causa. Essa ideia paradoxal sugere que só é possível ter acesso à alteridade e à falta/falha do outro a partir do encontro e da possibilidade de simbolizar junto com o objeto a sua ausência.

Nesse contexto, os objetos a serem simbolizados são investidos pelo objeto primordial para suprir sua falta e ajudar a criança a reduzir a distância entre o que é encontrado e o que é criado. A experiência de transicionalidade conforme proposta por Winnicott (1953/1975) ilustra magistralmente esta noção, na medida em que o objeto transicional é o primeiro objeto não-eu, mas não se encontra nem dentro nem fora do sujeito, fazendo parte de um espaço potencial. Sua função é ao mesmo tempo testemunhar a experiência de união com a mãe, suprimindo sua falta e, por sua utilização, indicar o reconhecimento de sua ausência.

Assim, se as primeiras experiências são vivenciadas com prazer e compartilhadas com o objeto, podem ser transferidas para a relação do sujeito com a atividade de simbolização e com o reconhecimento simbólico resultante dessa atividade.

## O trabalho do negativo na constituição psíquica

Como indicamos, a simbolização é resultado de um trabalho interno que traz as marcas da relação primária com o objeto e depende da abertura de um espaço de metaforização entre sujeito e o outro. Em outras palavras, a ausência ou separação do objeto não deve exceder a capacidade da criança de restabelecer, graças à representação, a continuidade psíquica necessária ao sentimento de continuidade de existência. Como indica Roussillon (2008<sup>a</sup>), é através do jogo intersubjetivo mãe-bebê, da brincadeira com a presença e a ausência do objeto materno, que a simbolização da ausência do objeto se inicia ainda em sua presença.

A contribuição de Green (2010a, 2010b) sobre o trabalho do negativo é fundamental para compreender como as modalidades de ligação primária favore-

cem a inibição necessária aos processos de simbolização. Segundo o autor, a obra freudiana aborda a questão do negativo através das diversas operações psíquicas, desde a operação de um recalçamento bem-sucedido nas neuroses até a operação da recusa extrema na psicose. Assim, ele pode aparecer em dois extremos, em um aspecto estruturante ou patológico.

Podemos dizer que o trabalho do negativo é estruturante quando permite a constituição dos limites entre interno/externo, entre eu e não eu e quando o objeto possibilita, por seu apagamento, que os processos de simbolização se iniciem. Desse ponto de vista, a ausência é vivenciada como presença em potencial e pressupõe a internalização de uma relação segura que possibilite dispensar as funções cuidadoras do objeto e propicie a autorreflexividade.

Segundo Green (1988a), a transformação do objeto materno em estrutura de enquadramento só se efetua quando essa estrutura oferece a garantia da presença materna em sua ausência e pode ser posteriormente preenchida por fantasias e substituída por outros objetos. Nas palavras do autor “ausência é uma presença em potencial, uma condição para a possibilidade não só de objetos transicionais, mas também de objetos potenciais, necessários à formação do pensamento” (Green, 1988a, p. 62). Nessa perspectiva, se o objeto primário consegue cumprir sua função, ele pode se deixar apagar para se constituir como enquadramento e não só presença. Esse apagamento é fundamental para propiciar ao ego investir outros objetos sob o fundo de um amor objetual seguro, que pode desempenhar o papel de continente.

Ao se apoiar sobre as ideias freudianas referentes às primeiras moções pulsionais, Green (1988/2010) indica como o primeiro não do sujeito se relaciona a cuspir para fora o que é desprazeroso. A excorporação é justamente esse movimento de expulsar o que é desagradável, o que é vivenciado como mau, para permitir a criação de um espaço interno no qual o ego enquanto organização pode nascer. É essencial para a construção do ego do bebê que a mãe reconheça e aceite que ele possa lhe dizer não para poder dizer sim a si mesmo (Green, 1988/2010a, p. 293). Se o objeto não aceita esse não, respondendo imediatamente ao bebê, a idealização do objeto materno provoca o esmagamento do desejo do sujeito. Se há excesso de ausência, o desespero e desamparo são tão grandes que provocam a destruição das ligações, a intolerância à frustração e uma necessidade de dizer não a tudo, inclusive a si mesmo. Assim, a face patológica do negativo aparece quando o objeto não se deixa apagar, sendo incapaz de cumprir suas funções ou por excesso de presença ou por excesso de ausência.

Se retomarmos as proposições de Roussillon (1999) sobre a função simbolizante do objeto, podemos dizer que assim como Green (1988/2010a,

1986/2010b), ele também enfatiza como a falta só pode se produzir sobre um fundo de presença continente e como a ausência só pode ser vivenciada como presença em potencial se a resposta do objeto se produz em um tempo tolerável e sob uma forma assimilável. É nesse sentido que a teorização sobre a organização edípica não é suficiente para refletir sobre o acesso aos processos de simbolização primários, mesmo reconhecendo que a representação só pode se iniciar com a experiência de terceiridade que permite ao sujeito sair de sua especularidade pré-simbólica.

Urribarri (2012) ressalta que a contribuição de Green relativa ao tema do complexo de Édipo é instigante por recusar a concepção de uma relação dual como modelo teórico e clínico, mesmo se a relação principal do bebê inicialmente se dê com sua mãe. A centralidade do Édipo aparece primeiramente pela constatação de que a criança tem um lugar na história infantil de cada um de seus progenitores e também pelo pai aparecer desde o início, como figura de ausência e como o “outro do objeto” (Urribarri, 2012).

Green (1988a) procura construir uma teoria da simbolização que não se limite somente ao triângulo edípico, mas que postula uma compreensão do Édipo como um triângulo aberto no qual o terceiro é um objeto que pode substituir o objeto primário como função terceirizante, não se restringindo ao pai, mas a um terceiro substituível, que pode ou não ser o pai. Nesse sentido, a indicação de Roussillon (1999) de que a função paterna é herdeira dos objetos transicionais parece se articular à noção de triangularidade generalizada proposta por Green, pois é enquanto estrutura enquadrante que a função materna permite que a experiência de terceiridade seja interiorizada pelo sujeito.

Essa sugestão é interessante, pois sugere que a terceiridade se inicia com o trabalho do negativo que favorece a constituição dos limites intra e intersubjetivos. Ou seja, é necessário recusar o excesso de ligação para constituir os limites entre o ego e seus objetos. Há um aspecto paradoxal no psiquismo que faz com que seja preciso dizer não ao excesso pulsional e ao objeto para preservar as possibilidades de ligação e de vida.

Cabe assinalar que não há vida pulsional sem objeto e que, no início da vida, o outro do infante é ao mesmo tempo protetor e necessário para funcionar como uma “camada protetora ou de para-excitações” (Freud, 1920/1976), mas pode, ao mesmo tempo, ameaçar a integridade do bebê por seu caráter de excesso e de transbordamento pulsional. Nessa formulação, o trauma é relacionado a uma descontinuidade temporal e a diversas rupturas nas relações objetais precoces, impelindo o infante a ter que reagir ao invés de poder sentir. As situações clínicas da primeira infância predominantemente psicossomáticas podem ser uma forma de

expressão da face patológica do trabalho do negativo, da angústia em seu estado bruto – angústia de aniquilamento e não de castração.

Como indica Green,

a categoria do “em branco” – alucinação negativa, psicose em branco, luto em branco, todos ligados àquilo que se poderia chamar de o problema do vazio ou o negativo, em nossa prática clínica – é o resultado de um dos componentes da repressão primária: descatexia maciça, tanto radical como temporária, que deixa traços no inconsciente na forma de “buracos psíquicos” (Green, 1988b, p. 152).

O autor indica que se trata de uma perda experimentada em âmbito narcísico e não edípico, pois ocorre uma descatexia central do objeto primário materno. A característica essencial do que ele denomina de complexo da mãe morta é se referir a uma depressão que tem lugar na presença do objeto em que a tristeza da mãe e a diminuição de seu interesse pelo seu bebê estão em primeiro plano. O ego se vê afetado em sua capacidade de simbolização e os sentimentos de vazio e a dificuldade de pensar são expressões da problemática.

A impossibilidade de fazer o luto da mãe morta coincide com a dificuldade de renunciar ao objeto, resultando na incapacidade para amar e para representar sua ausência. Como consequência, o objeto materno não se torna função e não abre caminho para a terceiridade e para o investimento de objetos que possam ocupar o lugar deixado em aberto pela estrutura enquadrante.

## Considerações finais

A reflexão sobre a clínica dos primórdios nos permite revisitar concepções clássicas sobre a constituição do sujeito e ressaltar a importância das relações intersubjetivas na constituição do psiquismo. Observamos que grande parte dos sintomas que aparecem nessa clínica refletem uma dor encenada no corpo, mas que deve ser traduzida em sua dimensão de sofrimento psíquico para unificar corpo e psiquismo (Zornig, 2008).

Assim, a noção de sintoma no sentido freudiano do termo, de ser tomado como um representante simbólico de uma moção pulsional, na clínica dos primórdios se transforma em falhas no âmbito narcísico, decorrentes do mal-estar das relações precoces do sujeito com seus objetos primordiais. O sofrimento decorre de uma falta a ser e não de uma falta no ser (Roussillon, 2008a).

Como indica Freud (1937/1976), as inscrições precoces têm um peso fundamental na construção da subjetividade, sendo que muitas delas não são lembradas ulteriormente ou por efeito do recalçamento ou por não terem se constituído como memória e história, sendo encenadas no corpo, sem uma representação verbal.

Como decorrência dessa indicação, parece imprescindível ampliar a noção de representação para nela incluir as experiências sensoriais, estésicas e não verbais do bebê, visto que a subjetividade se constrói ao longo de um processo cujo elemento fundamental é a experiência compartilhada com o outro.

As contribuições de R. Roussillon (2008a, 2008b, 1999) e A. Green (1988/2010a, 1986/2010b) apontam para dois elementos que devem se articular para favorecer os processos de simbolização primários: a função simbolizante do objeto enquanto qualidade de presença continente e sensível; e a constituição do negativo, resultante do apagamento do objeto primário e de sua transformação em estrutura enquadrante.

Procuramos ressaltar a função paradoxal do objeto de, ao mesmo tempo, estimular e conter a atividade pulsional. Dessa forma, se a presença do objeto é imprescindível para possibilitar a internalização de sua ausência, o trabalho do negativo é igualmente fundamental para permitir a instauração de limites entre interno/externo e entre as instâncias psíquicas.

## Referências

- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Paris: Dunod.
- Balint, M. (1968). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. London: Tavistock.
- Bleichmar, S. (1985). *Aux origines du sujet psychique*. Paris : PUF.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, v. 1. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*, v. 2. New York: Basic Books.
- Crespin, G. (2004). *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferenczi, S. (1992). A elasticidade da técnica psicanalítica. In S. Ferenczi [Autor], *Psicanálise IV* (p. 25-36). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928)
- Freud, S. (1976). Além do princípio do prazer. In S. Freud [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, V. XVIII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (1976). Construções em análise. In S. Freud [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937)

- Golse, B. (2003). *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narratividade, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Golse, B., & Bydlowski, M. (2002). Da transparência psíquica à preocupação materna primária: uma via de objetualização. In L. Corrêa Filho, M. H. Corrêa Girade, & P. França (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (p. 215-221). Brasília: L. G. E. Editora.
- Golse, B., Desjardins, V. (2005). Dos corpos, das formas e do ritmo como precursores da emergência da intersubjetividade e da palavra no bebê. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VIII(1), 14-30.
- Green, A. (1988a). O analista, a simbolização e a ausência no contexto analítico. In A. Green [Autor], *Sobre a loucura pessoal* (p. 36-66). Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (1988b). A mãe morta. In A. Green [Autor], *Sobre a loucura pessoal* (p. 148-178). Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (2010a). Seminário sobre o trabalho do negativo. Anexo 3. In A. Green [Autor], *O trabalho do negativo* (p. 301-305). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1988)
- Green, A. (2010b). O trabalho do negativo. Anexo 1. In A. Green [Autor], *O trabalho do negativo* (p. 289-294). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1986)
- Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. In L. Solis-Pontón (Org.), *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio* (p. 47-53). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kupfer, M. C. et al. (2010). Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Revista Latinoamericana da Psicopatologia Fundamental*, 13(1), 20-30.
- Laznik, M. C. (2000). A voz como primeiro objeto da pulsão oral. *Estilos da clínica*, V(8), p. 80-94.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J. (2000). Um corpo para dois. In J. McDougall, & Gachelin et al. (Orgs.), *Corpo e História* (p. 9-47). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris: Puf.
- Roussillon, R. (2008a). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris: Dunod.
- Roussillon, R. (2008b). *Le jeu et l'entre je(u)*. Paris: Puf.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic depression. *Psycho-Anal., Study of the Child*, 2, 12-25.
- Stern, D. (1992). *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. London: Brunner-Mazel.
- Stern, D. (2005). L'enveloppe prénarrative. In S. Missonier (Org.), *Narrativité et attachement en psychanalyse* (p. 210-220). Paris: Érès.
- Urribarri, F. (2012). André Green: o pai na teoria e na clínica contemporânea. *Jornal de Psicanálise*, 45(82), 143-159.

- Winnicott, D. W. (1975). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott [Autor], *O brincar e a realidade* (p. 13-44). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1953)
- Winnicott, D. W. (1978). O ódio na contratransferência. In D. W. Winnicott [Autor], *Da pediatria à psicanálise*, p. 341-355. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1947)
- Winnicott, D. W. (1978). Preocupação materna primária. In D. W. Winnicott [Autor], *Da pediatria à psicanálise* (p.491-499). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1956)
- Zornig, S. (2008). *A corporeidade na clínica: algumas observações sobre a clínica dos primórdios. Tempo Psicanalítico*, 40, 30-40.
- Zornig, S. (2012). Construção da parentalidade: da infância dos pais ao nascimento do filho. In C. Piccinini, & P. Alvarenga (Orgs.). *Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos* (p. 17-35). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Recebido em 03 de julho de 2015

Aceito para publicação em 15 de outubro de 2015

## SEÇÃO LIVRE

Desempenho cognitivo em pacientes com Transtorno de Personalidade  
*Borderline* com e sem histórico de tentativas de suicídio

Síndrome de Burnout: indicadores para a construção de um diagnóstico

Anorexia e pulsão: enlaces e desenlaces entre o sujeito e o Outro

Psicoterapia individual em um caso grave de anorexia  
nervosa: a construção da narrativa clínica

O lugar da toxicomania na economia da dor psíquica

O sujeito da psicanálise e o sujeito da ciência: Descartes, Freud e Lacan



# DESEMPENHO COGNITIVO EM PACIENTES COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE* COM E SEM HISTÓRICO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO

*COGNITIVE PERFORMANCE IN PATIENTS WITH  
BORDERLINE PERSONALITY DISORDER WITH AND  
WITHOUT HISTORY OF SUICIDE ATTEMPTS*

*DESARROLLO COGNITIVO EN PACIENTES CON  
TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE CON Y  
SIN HISTÓRICO DE TENTATIVAS DE SUICIDIO*

*Edilson Pastore\**  
*Carolina Lisboa\*\**

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar o desempenho cognitivo, a impulsividade e a ideação suicida em 82 ( $M=31,80$ ;  $DP=0,96$ ) pacientes internados em uma clínica psiquiátrica de Porto Alegre, RS. Os pacientes foram divididos em dois grupos, sem ( $G1=33$ ) e com histórico de tentativa de suicídio ( $G2=49$ ). Foram aplicados os seguintes instrumentos: a Escala Wechsler de Inteligência para adultos (WAIS III), a Escala Barratt de Impulsividade (BIS), a Escala Beck de Suicídio (BSI), a Escala FAST e um questionário sobre dados sociodemográficos. Os resultados não apontam diferenças significativas entre os dois grupos no que se refere ao QI total e às funções executivas. Os níveis de impulsividade, assim como a ideação suicida mostraram-se mais elevados no grupo de pacientes com histórico de tentativas de suicídio, especialmente nos pacientes com idade inferior a 30 anos. Entre as comorbidades, verificou-se que a dependência química foi a de maior prevalência, seguida do transtorno de humor bipolar e depressão. Os resultados sugerem similaridades entre os grupos de pacientes com e sem histórico de suicídio, representando um alerta e um desafio. Evidências acerca da impulsividade corroboram dados de estudos anteriores, assim como o que se refere às comorbidades identificadas.

\* Clínica Pinel, Porto Alegre, RS, Brasil.

\*\* Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade *Borderline*; desempenho cognitivo; suicídio.

#### ABSTRACT

The objective of this study was to assess cognitive performance, impulsivity, and suicidal ideation in 82 ( $M=31.80$ ;  $SD=0.96$ ) inpatients of a psychiatric clinic in Porto Alegre, RS. Patients were divided into two groups without ( $G1=33$ ) and with a history of suicide attempt ( $G2=49$ ). We administered the following instruments: the Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS III), the Barratt Impulsiveness Scale (BIS), the Beck Scale for Suicide Ideation (BSI), the FAST Scale, and a questionnaire on sociodemographic data. The results showed no significant differences between the two groups with respect to total IQ and executive functions specifically. The levels of impulsivity, as well as suicidal ideation, were higher in patients with a history of suicide attempts, especially in patients younger than 30 years. Considering the comorbidities, we found that chemical dependency showed the highest prevalence, followed by bipolar disorder and depression. The results demonstrated that the similarities between the groups of patients with and without a history of suicide attempt constitute a warning and a challenge. Evidences toward impulsivity confirm previous studies, as well as what refers to comorbidities identified.

Keywords: Borderline Personality Disorder; cognitive performance; suicide.

#### RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el desarrollo cognitivo, la impulsividad y la ideación suicida en 82 ( $M=31,80$ ;  $DP=0,96$ ) pacientes internos en una clínica psiquiátrica de La ciudad de Porto Alegre, RS. Los pacientes fueron divididos en dos grupos, sin ( $G1 =33$ ) y con histórico de tentativa de suicidio ( $G2=49$ ). Han sido aplicados los siguientes instrumentos: la Escala Wechsler de Inteligencia para adultos (WAIS III), la Escala Barratt de Impulsividad (BIS), la Escala Beck de Suicidio (BSI), la Escala FAST y un cuestionario sobre datos socio demográficos. Los resultados no muestran diferencias significativas entre los dos grupos no que se refiere al QI total e las funciones ejecutivas. Los niveles de impulsividad, así como la ideación suicida estaban más elevados en el grupo de pacientes con histórico de tentativas de suicidio, especialmente en los pacientes con edad inferior a 30 años. Entre las comorbilidades, si ha verificado que la dependencia química ha sido la de mayor prevalencia, seguida del trastorno de humor bipolar y depresión. Los resultados sugieren similitudes entre los grupos de

pacientes con y sin histórico de suicidio lo que representa un alerta y un desafío. Evidencias acerca de la impulsividad corroboran datos de estudios anteriores, así como lo que se refiere a las comorbilidades identificadas.

Palabras clave: Trastorno de Personalidad *Borderline*; *desarrollo cognitivo*; *suicidio*.

O Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) caracteriza-se por um padrão instável e intenso nos relacionamentos interpessoais, na autoimagem e na troca e expressão dos afetos, com início na adolescência e/ou nos primeiros anos da vida adulta, causando acentuados prejuízos em diversas áreas da vida do indivíduo (*American Psychiatric Association [APA]*, 2002). Segundo Scott, Levy, Adamns Jr. e Stevenson (2011), o TPB é um transtorno crônico e debilitante, caracterizado por intensa instabilidade emocional, acentuada impulsividade, propensão para auto-mutilações, problemas com a identidade pessoal e tendências para o suicídio. Autores como Grant, Stinson, Dawson, Chou e Ruan (2005) e Lenzenweger, Lane, Loranger e Kessler (2004) estimam que o TPB afete entre 1 a 6% da população geral, atingindo especialmente pessoas abaixo dos 35 anos de idade. Em populações clínicas e em internações psiquiátricas, o índice se eleva de 30 a 70% (APA, 2002; Arza et al., 2009; Judd, 2005; Monarch, Saykinn, & Flashman, 2004).

A relação entre comportamento suicida e funcionamento cognitivo de pacientes com TPB tem sido ainda pouco estudada (Le Gris & Van Reekum, 2006; Monarch et al., 2004) e praticamente inexistem estudos na América Latina sobre o tema. Assim, alguns autores têm procurado investigar associações entre suicídio, aspectos cognitivos e TPB (Le Gris & Van Reekum, 2006; Linhehan & Mazza, 2009; Zweig-Frank & Paris, 2002) em vários contextos. Dentre os pesquisadores interessados nessa temática, convém citar Burke e Stepp (2012), que realizaram uma pesquisa longitudinal com o objetivo de identificar preditores na infância e adolescência para o TPB. Participaram da pesquisa 142 crianças entre sete e 12 anos que apresentavam psicopatologias como transtorno de déficit de atenção, transtorno de oposição desafiadora, hostilidade, agressividade e dificuldades cognitivas. Os participantes foram acompanhados desde a infância até a idade adulta e foram avaliados no início da pesquisa, ao completar 18 anos e aos 24 anos de idade. Os resultados mostraram que as principais características psicopatológicas da infância e adolescência que poderiam levar ao desenvolvimento do TPB na vida adulta seriam a presença de oposição desafiadora sistematizada e a persistência de dificuldades emocionais e cognitivas.

Nessa mesma linha de pesquisa, Paris, Zelkowitz, Cuzder, Joseph e Feldman (1999) estudaram aspectos neuropsicológicos específicos em 94 crianças,

sendo que 41 apresentavam indicadores relacionados a sintomas de TPB e 53 não apresentavam qualquer psicopatologia. Os autores evidenciaram que aqueles participantes com sintomas de TPB apresentaram também escores abaixo da média no teste de *Wisconsin* e no teste de *performance* motora contínua, ambos testes cognitivos que avaliam funções executivas. Dentro desse mesmo contexto, Soloff et al. (2012) apontam que disfunções cerebrais têm sido observadas em pacientes com TPB, especialmente em regiões límbicas, frontais e pré-frontais, possíveis de serem identificadas já na infância. Essas regiões cerebrais são responsáveis pela regulação das emoções, do comportamento impulsivo e, fundamentalmente, referem-se às funções executivas. Segundo esses pesquisadores, as funções executivas estão estreitamente relacionadas ao comportamento suicida, pois incluem memória de trabalho e tomada de decisão, predominantemente. Assim, prejuízos em funções executivas e na memória operacional aumentariam de forma significativa a propensão para o comportamento suicida.

Investigando prejuízos cognitivos em pacientes com TPB e a relação com áreas específicas do cérebro, Monarch, Saykin e Flashman (2004) identificam prejuízos frontais, pré-frontais e límbicos, sendo que essas regiões estão relacionadas à tomada de decisões e capacidade de avaliação e de julgamento das situações. Como descrito anteriormente, em estudo realizado por Soloff et al. (2012), utilizando ressonância magnética computadorizada cerebral, foram comparados 68 pacientes portadores de TPB com um grupo controle saudável. Os pacientes com TPB foram subdivididos em indivíduos com e sem tentativa de suicídio, diferenciando-se, também, o grau de letalidade dessas tentativas. Os resultados desse estudo identificaram problemas cerebrais em maior frequência e gravidade no grupo de tentadores de suicídio de alta letalidade, especificamente em regiões do córtex pré-frontal, temporal, giro do cíngulo, ínsula e amígdala, corroborando outros estudos (Le Gris & Van Reekum, 2006; Monarch et al., 2004) que também indicam que as tentativas de suicídio estão relacionadas com um *déficit* e empobrecimento do repertório cognitivo. Outro achado importante desse mesmo estudo se refere ao fato de que no grupo de pacientes com TPB que apresentaram tentativa de suicídio, as concentrações de massa cinzenta estavam significativamente diminuídas, sendo que aqueles pacientes que cometeram tentativas de suicídio de alta letalidade apresentaram alterações cerebrais ainda mais severas; especificamente em giro temporal, ínsula, giro fusiforme e giro para-hipocampal. Corroborando os achados anteriores, Le Gris, Links, Van Reekum, Tannock e Toplak (2012) observam uma variedade de *déficits* nas funções executivas em pacientes com TPB que podem estar associadas ao comportamento suicida. Em estudo realizado por esses autores foram examinadas funções cognitivas como a inibição motora, a memória de trabalho e a tomada de decisões em 42 mulheres com diagnóstico de TPB,

comparando-as com grupo controle saudável. Os resultados não demonstraram diferenças significativas entre os dois grupos, exceto que nas pacientes com TPB a tomada de decisão se mostrou mais prejudicada que no grupo controle. Ainda na comparação entre o grupo de pacientes com TPB com e sem tentativa de suicídio não se identificou diferença significativa com relação à função cognitiva referente à tomada de decisão. Além disso, nesse estudo o preditor mais significativo para a efetivação do suicídio foi a presença de tentativas de suicídio prévias, o que também parece ser consenso na literatura científica sobre suicídio (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004; Monarch et al., 2004).

Já no estudo realizado por Preissler, Dziobek, Ritter, Heekeren e Roepke (2010), comparando mulheres com TPB com um grupo controle, verificaram-se marcados prejuízos na cognição social, na regulação das emoções, dos impulsos e pensamentos. Esses autores também identificaram que quando o TPB ocorre simultaneamente com o transtorno de estresse pós-traumático, impulsividade e abuso sexual na infância, há maior risco de problemas na cognição e propensão para o comportamento suicida. Reforçando esses achados, Sternbach et al. (1992) afirmam que distorções cognitivas como visão do tudo ou nada, catastrofismo e dificuldade de avaliação adequada das situações são comuns em pacientes com TPB. Assim, a dificuldade na regulação dos afetos e dos impulsos pode levar ao comportamento suicida em virtude de problemas na tomada de decisões e no julgamento da realidade.

Segundo Zanarini, Laudate, Frankenburg, Reich e Fitzmaurice (2011), autotutilações, tentativas de suicídio prévias e problemas na cognição constituem forte risco de morte para pacientes portadores de TPB. Em seu trabalho de investigação, foram avaliados 290 pacientes com TPB, elencando alguns preditores para risco grave de suicídio nessa população, tais como: sexo feminino, presença de sintomas dissociativos, transtorno de humor associado, especialmente depressão, história de abuso sexual na infância, ter sofrido violência sexual na vida adulta e, por último, a severidade das distorções cognitivas apresentadas. Já para Maloney, Degenhardt, Darke e Nelson (2009), os principais fatores de risco para suicídio em pacientes com TPB também incluem o fato de ser mulher, apresentar quadro de ansiedade e impulsividade, além de abuso de substâncias associado. Esses pesquisadores destacam, ainda, a necessidade de se avaliar os níveis de impulsividade em pacientes com TPB que tenham apresentado tentativa de suicídio prévia, pois esses pacientes estariam mais propensos a efetivar o suicídio, confirmando estatísticas que afirmam que um em cada dez pacientes com TPB comete o suicídio ao longo do curso da doença (Le Gris & Van Reekum, 2006; Monarch et al., 2004; Zweig-Frank & Paris, 2002). Convém salientar que esse índice é similar a patologias severas como esquizofrenia e depressão maior (Bertolote & Feischamnn, 2002).

No que se refere à presença de comorbidades, Carpinello, Lai, Piramba e Sarder (2011) afirmam que quando o TPB está associado ao transtorno de humor bipolar, aumentam-se três vezes as chances de suicídio, sendo o mesmo mais elevado quando o TPB apresenta comorbidade com qualquer outra psicopatologia (Dziobek et al., 2011). Dentre as comorbidades mais identificadas estão a dependência química, o transtorno de humor bipolar, a depressão e o transtorno de estresse pós-traumático (Lieb et al., 2004). Mesmo frente a todas essas evidências de estudos, pesquisas brasileiras ou latino-americanas que investiguem as relações entre funções cognitivas, comportamento suicida e TPB ainda são escassas. Assim, torna-se evidente a necessidade de estudos que avaliem aspectos cognitivos, níveis de impulsividade e de ideação suicida de forma mais aprofundada e detalhada em pacientes com TPB no nosso contexto, com vistas ao delineamento de práticas preventivas e também no âmbito clínico. Conforme sugerido por autores que trabalham e publicam dentro desse tema (Le Gris et al., 2012; Monarch et al., 2004; Le Gris & Van Reekum, 2006), a exploração das questões cognitivas e comportamentais, além de ainda necessitar de estudos e novas descobertas, é crucial para melhorar as formas de tratamento para essa população.

A dificuldade de tratamento, os abandonos frequentes dos mesmos e o alto índice de suicídio relacionado a esse transtorno motivam o desenvolvimento de estudos que revisem aspectos já conhecidos do TPB, assim como se concentrem em áreas ainda pouco exploradas, relacionadas a aspectos emocionais, mas também cognitivos. Dessa forma, este estudo tem como objetivo investigar o desempenho cognitivo, os níveis de impulsividade e a ideação suicida de pacientes diagnosticados com TPB com e sem histórico de tentativas de suicídio, internados em uma clínica psiquiátrica de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

## **Método**

### *Delineamento*

Foi realizado um estudo transversal, quantitativo e de comparação entre grupos.

### *Participantes*

Para determinação do tamanho de amostra utilizou-se como base os dados apontados por Le Gris e Van Reekum (2006), onde foram detectadas diferen-

ças nas pontuações médias das subescalas da WAIS III entre investigados com e sem histórico de suicídio variando, de modo geral, entre 15 e 45%. Assumindo que nos grupos a serem investigados a diferença entre as médias esteja contida no intervalo entre 15 a 20% e considerando um nível de significância de 5% ( $\alpha=0,05$ ) e um poder de 80% ( $1-\alpha$ ), o tamanho mínimo de amostra foi estimado em 34 ou 49 pacientes por grupo, totalizando um mínimo de 68 sujeitos até 98 investigados. Os cálculos foram realizados através do programa Stata 8.0. Assim, a amostra foi composta por 82 participantes, sendo 30 homens (36,6%) e 52 mulheres (63,4%), idade entre 18 a 59 anos ( $M=31,80$ ;  $DP=0,96$ ) com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável segundo os critérios constantes na CID-10 (OMS, 1999). Todos os participantes estavam internados em uma clínica psiquiátrica particular, localizada na cidade de Porto Alegre, RS. Foram excluídos os pacientes que apresentaram diagnósticos de demência, esquizofrenia, dependentes químicos com menos de sete dias de abstinência e psicoses agudas.

Quanto ao nível de escolaridade, 11 (13,8%) possuíam o ensino fundamental completo, 42 (51,5%) ensino médio, 23 (28,8%), ensino superior e 4 (5,0%) possuíam pós-graduação concluída. No que se refere à situação ocupacional, 27 (32,9%) estavam desempregados, 26 (31,7%) possuíam emprego formal, 22 (26,8%) estavam em benefício de saúde, 6 (7,3%) tinham emprego informal e 1 (1,2%) era aposentado. Com relação ao nível socioeconômico, de acordo com o número de salários mínimos informados pelos participantes, 12 (14,6%) eram de nível socioeconômico baixo, 63 (76,8%) indicaram nível socioeconômico médio e 7 (8,5%) apresentam nível socioeconômico alto. Referente ao estado civil, 50 (61,7%) estavam solteiros, 12 (14,8%) eram casados, 11 (13,6%) estavam em união estável e 8 (9,9%) eram divorciados. Entre os participantes, 48 (58,5%) não tinham filhos e 34 (41,5%) tinham um ou mais filhos.

Do total da amostra ( $N=82$ ), apenas 7 (8,5%) não apresentavam comorbidades associadas ao TPB. As patologias identificadas foram: dependência química em 39 (48,8%) participantes, transtorno de humor bipolar em 37 (45,1%), depressão em 26 (31,7%), TDAH em 5 (6,1%), transtorno de ansiedade em 5 (6,1%) e psicoses em 2 (2,4%). Em relação ao uso de medicação, apenas 2 (2,4%) dos pacientes não estavam utilizando nenhuma medicação na época em que foram avaliados, sendo que os principais fármacos utilizados foram antipsicóticos, por 32 (39,0%), antidepressivos por 26 (31,7%), estabilizadores de humor por 16 (19,5%), benzodiazepínicos por 25 (30,5%) e outros tipos por 16 (19,51%) participantes. A Tabela 1 resume as comorbidades apresentadas e os tipos de medicações utilizadas pelos participantes.

**Tabela 1:** Comorbidades (n=75) e Tipo de Medicação Utilizada (n=80)

		Frequência	Percentil
Comorbidades	Dependência química	39	48,8%
	Transtorno de humor bipolar	37	45,1%
	Depressão	26	31,7%
	TDAH	5	6,1%
	Transtorno de ansiedade	5	6,1%
	Psicoses	2	2,4%
Tipo de medicação	Antipsicóticos	32	39,0%
	Antidepressivos	26	31,7%
	Estabilizadores de humor	16	19,5%
	Benzodiazepínicos	25	30,5%
	Outros	16	19,5%

Em relação ao uso de drogas, 41 (51,3%) dos participantes referiram não utilizar e 39 (48,8%) relataram uso recente, mas contavam com no mínimo sete dias de abstinência no momento da avaliação. A droga de escolha mais identificada foi a cocaína por 28 (34,1%) participantes, uso de maconha foi referido por 25 (30,5%), o álcool era droga de escolha de 23 (28,0%), o *crack* era utilizado por 6 (7,3%) participantes e o abuso de medicamentos foi referido por 6 (7,3%) participantes. Quanto ao motivo da internação atual, 23 participantes (28%) internaram por tentativa de suicídio, sendo que, desses, 3 (13,0%) foram internados por ideação suicida grave com plano, 2 (8,7%) por automutilações, 8 (34,8%) por ingestão excessiva de medicação e 10 (43,5%) por outras maneiras, tais como tentativas letais com armas de fogo, enforcamento e jogar-se de prédios.

## Instrumentos

### *Ficha de dados sociodemográficos*

Na ficha de dados sociodemográficos, elaborada para os fins da presente pesquisa, foram investigadas características como: sexo, idade, escolaridade, nível socioeconômico, estado civil, uso de medicação, comorbidades, doenças clínicas, história familiar de doença mental e suicídio e uso de drogas.

### *Checklist segundo o CID-10*

O *checklist*, segundo o CID 10 (OMS, 1994), é um instrumento semiestruturado que tem por objetivo auxiliar os profissionais a detectar sinais e síndromes

psiquiátricas nas categorias de F0 a F6 do CID-10. Neste estudo, foi aplicado apenas o módulo F6, que é direcionado para transtornos da personalidade e, mais especificamente, para o subtipo Emocionalmente Instável, que corresponde ao TPB do DSM-IV (APA, 2002). Durante a aplicação do *checklist*, são verificados os principais sintomas do transtorno, sendo que, para confirmar o diagnóstico, o participante deve preencher cinco dos nove critérios do módulo emocionalmente instável.

### *Escala de Inteligência Wechsler para adultos (WAIS-III)*

A Escala de Inteligência Wechsler para adultos (Wechsler, 2004) é utilizada para investigação do desempenho cognitivo em indivíduos com idades entre 16 a 89 anos. É formada por 14 subtestes, possibilitando a mensuração do QI verbal, QI de execução e QI total, podendo ainda fornecer informações sobre aspectos cognitivos de outros quatro domínios: compreensão verbal, memória operacional, organização perceptual e velocidade de processamento. Neste estudo, foram aplicados 11 subtestes, cinco da escala de execução e seis da escala verbal permitindo assim a extração dos respectivos Q.I.s ( $\alpha$  total=0,881).

### *Escala Barratt de Impulsividade (BIS-11)*

A Escala Barratt de impulsividade (Malloy-Diniz, Fuentes, Mattos, & Abreu 2010) é um instrumento de autorrelato composto por 30 itens que descrevem comportamentos e pensamentos que são avaliados pelos respondentes. É uma escala de tipo *likert*, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade, com escores 1 (raramente/nunca), 2 (às vezes), 3 (frequentemente) e 4 (sempre ou quase sempre). A pontuação da escala varia de 30 a 120 pontos e o escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens, identificando níveis distintos de comportamento impulsivo. Além de um escore global, a escala permite o cálculo de escores parciais referentes a três subdomínios da impulsividade: a impulsividade motora (itens 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25 e 30), a impulsividade atencional (itens 6, 5, 9, 11, 20, 24, 26, 28) e a impulsividade por não planejamento (itens 1, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 27, 29).  $\alpha=0,438$ .

### *Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)*

A Escala de Ideação Suicida de Beck (Cunha, 2001) é um instrumento de autorrelato que investiga a presença de ideação suicida e mede a extensão da

motivação e planejamento do comportamento suicida em pacientes psiquiátricos com idades entre 17 e 80 anos. É composto por 19 itens, com alternativas pontuadas como 0 (ausência total de indicador), 1 (presença de indicador moderado) e 2 (presença de indicador grave), além de dois itens complementares, que não são incluídos no escore final, totalizando assim 21 itens. Investiga a presença de ideação suicida e sua gravidade, planos e desejos de suicídio. Os dois últimos itens informam sobre tentativas prévias de suicídio. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens. ( $\alpha=0,882$ )

### *Escala FAST*

A escala The Functioning Assessment Short Test (FAST) é composta por 24 itens que avaliam prejuízos em seis áreas psicossociais específicas: autonomia, trabalho, cognição, finanças, relações interpessoais e lazer. A pontuação é determinada pela soma dos itens que variam de zero, indicando ausência de prejuízos, a três, indicando prejuízo máximo (Cacilhas et al., 2009).

### *Prontuário da internação*

O prontuário do participante durante a internação também foi utilizado para identificar a presença de comorbidades associadas ao TPB. Trata-se de um prontuário eletrônico, que contempla os registros dos atendimentos realizados por diversos profissionais durante o período de internação do paciente. A clínica psiquiátrica autorizou sua revisão, fornecendo o termo de cessão de dados.

## **Procedimentos**

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade onde o estudo foi desenvolvido e teve sua aprovação no dia 18 de maio de 2012, sob o número do processo 12/002. Para a realização da coleta de dados, todos os pacientes que internaram na clínica psiquiátrica com diagnóstico confirmado de TPB foram convidados a participar do estudo. O diagnóstico de TPB foi confirmado a partir da avaliação psiquiátrica, com a presença do diagnóstico de CID F60.31. Os pacientes que aceitaram participar do estudo tiveram todas as suas dúvidas esclarecidas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando seu consentimento. Em seguida, foi aplicada a ficha de dados socio-demográficos. Os demais instrumentos – o *checklist* de sintomas da CID-10 para

Transtorno da Personalidade Emocionalmente Instável, o WAIS-III, a Escala de Ideação Suicida de Beck, a Escala Barratt de Impulsividade e a Escala FAST – foram aplicados em ordem aleatória, objetivando minimizar o cansaço e evitar influência da ordem das respostas. A aplicação de todos os instrumentos foi realizada individualmente, em sala adequada da Instituição. Foram realizados de 3 a 5 encontros com cada participante para a aplicação dos instrumentos. Durante a aplicação do TCLE, foram explicados os objetivos e procedimentos do estudo, enfatizando que a participação era voluntária e que os participantes poderiam retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no atendimento padrão oferecido pela clínica. Além disso, foi assegurado que seria preservado o anonimato dos participantes.

## Resultados

Em um primeiro momento, foram realizadas as estatísticas descritivas, verificando-se os escores da amostra em geral nos instrumentos utilizados. Abaixo, na Tabela 2, estão os valores mínimo e máximo, média e desvio padrão para as variáveis do estudo.

Para a análise inferencial, um primeiro procedimento foi separar os participantes em grupos, sendo que o grupo 1 (G1) foi composto por pacientes sem histórico de tentativas de suicídio e o grupo 2 (G2) por pacientes com histórico de tentativas de suicídio. O G1 foi constituído por 33 (40,2%) participantes, sendo 16 do sexo masculino e 17 do feminino e o G2 foi constituído por 49 (59,8%) participantes, sendo 14 do sexo masculino e 35 do sexo feminino. No G2, 21 (25,6%) pacientes fizeram uma tentativa de suicídio e 28 (34,1%) tentaram duas ou mais vezes.

Foi realizado o teste *t* de *Student* para verificar diferenças entre G1 e G2 no que se refere às variáveis estudadas. Não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos quando comparados G1 e G2, porém o teste de Qui-quadrado identificou uma tendência das mulheres a apresentarem maior porcentagem de tentativa de suicídio que os homens ( $\chi^2=3,370$   $p<0,06$ ). Com relação aos níveis de impulsividade (BIS-11), observou-se diferença significativa ( $t=2,28$ ,  $p<0,03$ ) em relação à idade da amostra, sendo que os participantes com menos de 30 anos de idade apresentaram médias maiores quando comparados aos participantes com idade superior a 31 anos. Na subescala de planejamento, também foram identificadas diferenças significativas ( $t=2,43$ ,  $p<0,02$ ) em relação à idade, sendo que os participantes com menos de 30 anos de idade tiveram níveis mais elevados de impulsividade (menores de 30 anos  $M=30,26$ ;  $DP=3,00$  e maiores de 31 anos  $M=28,48$ ;  $DP=3,50$ ).

**Tabela 2:** Valores Mínimo e Máximo, Média e Desvio Padrão das Variáveis

	Mínimo	Máximo	M (DP)
Escala Barratt de Impulsividade (BIS-11)	63	93	76,55 (5,98)
Impulsividade motora	19	41	26,40 (3,68)
Impulsividade atencional	14	27	20,82 (2,91)
Impulsividade por não planejamento	21	36	29,32 (3,75)
Escala FAST	7	64	28,81 (14,37)
Autonomia	0	10	3,50 (2,61)
Trabalho	0	17	6,00 (4,59)
Cognição	0	15	7,53 (3,42)
Finanças	0	6	3,16 (2,14)
Relações interpessoais	0	18	6,29 (4,53)
Lazer	0	6	2,30 (1,96)
Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)	0	34	9,25 (10,39)
WAIS-III	64	136	94,07 (15,51)
Escala verbal	67	122	96,04 (14,62)
Escala de execução	63	148	91,90 (16,45)
Completar figuras	1	15	8,35 (2,76)
Vocabulário	4	16	10,26 (2,45)
Códigos	2	19	7,86 (3,57)
Semelhanças	3	19	11,41 (3,93)
Cubos	3	17	9,15 (3,24)
Aritmética	1	16	7,41 (3,01)
Raciocínio matricial	3	16	9,67 (3,01)
Dígitos	2	17	7,63 (3,26)
Informações	2	15	9,20 (3,32)
Arranjo de figuras	3	18	8,81 (3,09)
Compreensão	2	19	10,84 (3,73)

Ao serem analisados os prejuízos nas áreas psicossociais (Escala FAST), identificou-se diferença significativa ( $t=2,55$ ,  $p<0,05$ ) quanto à utilização de medicamentos em relação ao fator “autonomia”, sendo que os usuários de medicamentos mostraram-se menos autônomos que os não usuários. Identificou-se diferença significativa ( $t=2,84$ ,  $p<0,05$ ) também no fator “cognição”, sendo que os usuários de medicamentos apresentaram médias inferiores aos não usuários. E ainda verificou-se diferença significativa ( $t=2,50$ ,  $p<0,02$ ) no escore total da escala FAST (ajustamento psicossocial), sendo que os usuários de medicamentos apresentaram médias inferiores aos não usuários (usuários de medicamentos  $M=28,11$ ;  $DP=13,91$  e não usuários de medicamentos  $M=53,0$ ;  $DP=9,89$ ).

Ao especificar os tipos de medicamentos, identificou-se que os participantes que faziam uso de antidepressivos apresentaram médias inferiores no fator “trabalho” da escala FAST ( $t=2,24$ ,  $p<0,03$ ), indicando dificuldades no trabalho

para esses sujeitos. Também verificou-se diferença significativa ( $t=1,93$ ,  $p<0,02$ ) no fator “finanças”, sendo que os usuários de medicamentos apresentaram médias inferiores que os não usuários nesse fator. Na Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI), verificou-se diferença significativa ( $t=-6,96$ ,  $p<0,01$ ), entre os grupos G1 e G2. Participantes sem tentativa de suicídio apresentaram médias inferiores aos participantes com tentativa. Também houve diferença significativa ( $t=-2,87$ ,  $p<0,01$ ) na escala BSI quanto ao sexo, sendo que as mulheres mostraram médias mais elevadas que os homens. A Tabela 3 apresenta os resultados dos instrumentos utilizados comparando G1 e G2.

**Tabela 3:** Comparação de Médias de Resultados dos Instrumentos entre G1 e G2

	G1 (n=33) M (DP)	G2 (n=49) M (DP)
Escala Barratt de Impulsividade (BIS-11)	75,37 (5,19)	77,32 (6,38)
Impulsividade motora	25,59 (2,99)	26,93 (4,01)
Impulsividade atencional	21,09 (2,73)	20,65 (3,03)
Impulsividade por não planejamento	28,68 (3,54)	29,73 (3,23)
Escala FAST	27,46 (14,53)	29,80 (14,36)
Autonomia	3,56 (2,51)	3,46 (2,72)
Trabalho	6,13 (3,98)	5,90 (5,04)
Cognição	7,00 (3,47)	7,92 (3,37)
Finanças	2,60 (2,15)	3,58 (2,06)
Relações interpessoais	6,36 (4,53)	6,24 (4,59)
Lazer	1,80 (1,74)	2,68 (2,05)
Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)	1,37 (3,85)*	14,40 (10,09)*
WAIS-III	96,06 (17,08)	92,73 (14,39)
Escala verbal	97,15 (15,39)	95,32 (14,21)
Escala de execução	94,21 (18,70)	90,38 (14,82)
Completar figuras	8,57 (2,92)	8,20 (2,67)
Vocabulário	10,78 (2,63)	9,91 (2,29)
Códigos	8,21 (3,60)	7,63 (3,57)
Semelhanças	11,60 (4,44)	11,28 (3,58)
Cubos	9,90 (3,74)	8,65 (2,79)
Aritmética	7,75 (3,35)	7,18 (2,78)
Raciocínio matricial	9,66 (3,00)	9,67 (3,04)
Dígitos	8,39 (3,47)	7,12 (3,03)
Informações	9,30 (3,32)	9,14 (3,36)
Arranjo de figuras	8,78 (3,19)	8,83 (3,06)
Compreensão	10,60 (3,99)	11,00 (3,59)

\* $p<0,01$

Foram calculadas correlações de Pearson entre as variáveis do estudo. Verificou-se correlação positiva entre a escala Barratt de Impulsividade e o fa-

tor “finanças” da escala FAST ( $r=-0,265$ ,  $p<0,05$ ). Esse dado indica que quanto mais impulsividade menos finanças e quanto menos finanças mais impulsividade. Identificou-se correlação negativa entre “impulsividade motora” e o fator “lazer” da escala FAST ( $r=-0,247$ ,  $p<0,05$ ). Esse dado indica que quanto mais impulsividade motora, menos lazer e vice-versa. Também se verificou correlação negativa entre “impulsividade atencional” e o fator “autonomia” da escala FAST ( $r=-0,266$ ,  $p<0,05$ ) bem como em relação ao fator “trabalho” da mesma escala ( $r=-0,237$ ,  $p<0,05$ ). Esses dados indicam que quanto mais impulsividade atencional, menos a pessoa é autônoma e também quanto menos a pessoa for autônoma, mais impulsiva pode se tornar. Além disso, quanto mais impulsividade atencional, menos trabalho e quanto menos trabalho, mais impulsividade atencional.

No que se refere ao WAIS-III e seus subtestes, foram encontradas correlações negativas entre “impulsividade por não planejamento” e a escala de “semelhanças” ( $r=-0,245$ ,  $p<0,05$ ) e a escala de “informação” ( $r=-0,234$ ,  $p<0,05$ ). Esses dados indicam que quanto mais impulsividade por não planejamento, menos capacidade o indivíduo tem para estabelecer semelhanças e quanto menor a capacidade de planejamento, mais impulsivo se torna. Além disso, quanto mais impulsividade por não planejamento, menos informação e quanto menos informação, mais impulsividade por não planejamento. Através de uma ANOVA, identificaram-se diferenças significativas entre os níveis de escolaridade e o escore total do WAIS-III ( $F=4,89$   $p<0,01$ ), escala de “execução” ( $F=3,08$   $p<0,03$ ) e a escala “verbal” ( $F=5,38$   $p<0,01$ ). De acordo com esses resultados, pacientes com ensino fundamental completo apresentaram médias mais baixas nessas escalas quando comparados a pacientes com ensino médio, ensino superior e pós-graduação. Em relação às comorbidades apresentadas pelos participantes, o teste *t* de *Student* apontou diferença significativa ( $t=2,09$ ,  $p<0,05$ ) entre grupo de pacientes com e sem diagnóstico de depressão no fator referente a “relações interpessoais” da escala FAST. Participantes com diagnóstico de depressão apresentaram médias inferiores nesse fator quando comparados a participantes sem diagnóstico de depressão (participantes com diagnóstico de depressão  $M=4,80$ ;  $DP=3,94$  e participantes sem o diagnóstico de depressão  $M=7,10$ ;  $DP=4,67$ ).

## Discussão

Em relação aos dados sociodemográficos, a amostra estudada vai ao encontro do que preconiza a literatura, na medida em que se observam pacientes jovens com TPB, com média de idade em torno de 31 anos. Autores que estudam o assunto

concordam que o TPB tende a entrar em remissão progressiva a partir da quarta década de vida, podendo chegar, em alguns casos, a níveis não clínicos de psicopatologia (Links, 2007; Links, Heslegrave, & Van Reekum, 1999; Soderberg, Kullgren, & Renberg, 2004). Desse modo, a amostra estudada enquadra-se dentro do preconizado pela literatura em relação à idade na qual o transtorno é mais frequente.

Observa-se que o grau de escolaridade dos participantes do estudo centralizou-se nos níveis fundamental e médio, corroborando também a literatura. Para esses pacientes, é difícil avançar para níveis superiores de escolaridade, o que pode ser explicado pela instabilidade que é própria do TPB, dificultando o seguimento e a manutenção em ambientes educacionais (APA, 2002; Arza et al., 2009; Kaplan, Sadock, & Greeb, 2007). O pior desempenho apresentado pelos pacientes na área verbal do teste de WAIS-III demonstra que a escolaridade está diretamente ligada a melhores escores nessas escalas, constatando-se que quanto mais baixa a escolaridade de uma pessoa, mais baixo será seu desempenho na área verbal, uma vez que a mesma trata de conhecimentos adquiridos.

A respeito da situação conjugal, a maioria dos pacientes era formada por solteiros ou divorciados, refletindo, possivelmente, a dificuldade dessa população em vincular-se e manter-se em uma relação estável devido a características do próprio transtorno, tais como oscilações de humor, impulsividade e tendência a não confiar nas pessoas, oscilando entre extremos de idealização e desvalorização (Kernberg, 1991). Assim, conseqüentemente, esses indivíduos podem contar com uma rede de apoio mais restrita, o que empobrece seu repertório de habilidades sociais e pode ser um complicador para os tratamentos e adequada inserção social dos mesmos. Nessa mesma linha de pensamento, também se verificou muitos pacientes em situação de desemprego, trabalhando na informalidade ou em benefício de saúde, o que também corresponde ao perfil descrito de pacientes com TPB, uma vez que esse transtorno afeta diretamente os relacionamentos sociais e pessoais, em função de, dentre outras características, uma baixa tolerância à frustração, sendo este aspecto marcante nessa patologia (Gabbard & Wilkinson, 1994; Kernberg, 1991; Paris, 2012).

Contrariamente ao esperado e retratado em alguns estudos internacionais, não se verificou diferença significativa em termos de QI total entre os participantes sem histórico de tentativa de suicídio e aqueles com histórico de tentativa de suicídio. Esse dado vai ao encontro aos resultados de Le Gris et al. (2012), que em seu estudo também não observaram diferença significativa entre esses grupos de pacientes estudados, à exceção de que o grupo de tentadores de alta letalidade apresentou maiores prejuízos cognitivos que os tentadores de baixa letalidade; variável que este trabalho não se propôs verificar. No entanto, as pesquisas desses autores

não deixam claras quais eram as comorbidades envolvidas na amostra pesquisada, nem tampouco se os pacientes estudados estavam ou não internados, sendo que esses fatores podem ter dificultado a observação das diferenças cognitivas no presente estudo. Comorbidades podem prejudicar ainda mais o desempenho cognitivo de pacientes com TPB, a exemplo do transtorno de humor bipolar e da dependência química, que apresentam curso cognitivo claramente deteriorante. Ainda, na comparação entre os participantes com e sem tentativa de suicídio, quanto à área de *performance* do teste de WAIS-III, que avaliou as funções executivas, não se observou diferença significativa em termos de QI, o que no estudo revisional de Le Gris e Van Reekum (2006) aparece como sendo uma tendência. O fato de não haver diferença em termos de QI entre os participantes com e sem histórico de tentativas de suicídio pode estar relacionado ao alto risco de suicídio relacionado ao TPB, indicando que os participantes que até o momento da avaliação não haviam tentado suicídio possam vir a fazê-lo em algum momento, uma vez que há mais similaridades que diferenças entre a amostra (Linehan, 2010). Além disso, aspectos socioculturais brasileiros podem ter influenciado nos resultados da pesquisa, na medida em que os estudos existentes, comparando grupos de pacientes com TPB com e sem tentativa de suicídio, foram encontrados apenas nos Estados Unidos e na Europa (Arza et al., 2009; Le Gris & Van Reekum, 2006). Dessa forma, mais estudos devem ser realizados em nossa cultura para que se possa afirmar que há, de fato, um impacto cultural interferindo nos resultados desta pesquisa.

Quanto ao nível de impulsividade, indo ao encontro do que demonstra a literatura (Monarch et al., 2004), o grupo de pacientes com tentativas de suicídio apresentou índice mais elevado quando comparado ao grupo de não tentadores. Há um consenso de que quanto maior a impulsividade de um indivíduo, maior é o seu risco de suicídio. Dessa forma, os resultados da pesquisa estão de acordo com o que preconiza a literatura (APA, 2002; Linehan & Mazza, 2009; Links et al., 1999; Monarch et al., 2004). Também se observou que quanto mais impulsivo é um indivíduo, menos autonomia e menos lazer ele terá, assim como seu desempenho no trabalho também estará mais prejudicado. Consequentemente, menos finanças, conforme já constatado em outros estudos e na experiência clínica (Brodsky, Malone, Ellis, Dulit, & Mann, 2006; Gvion & Apter, 2011). Assim, conclui-se que a impulsividade interfere negativamente em vários aspectos da vida desses pacientes, acentuando inclusive o risco de suicídio.

Corroborando os achados atuais, os pacientes mais jovens apresentaram índices mais elevados de impulsividade, inclusive por não planejamento, o que indica que esses pacientes apresentam risco maior para ideação e tentativas de suicídio, na medida em que as duas variáveis, planejamento e impulsividade, podem

potencializar os efeitos uma da outra. Da mesma forma, tais resultados indicam que há uma diminuição dos níveis de impulsividade e dos principais sintomas do TPB a partir da quarta década de vida, culminando, em alguns casos, com a remissão quase completa da sintomatologia (Zanarini, Frankenburg, Hennen, & Silk, 2003). Esse dado mostra que se os pacientes com TPB puderem chegar à quarta década de vida sem cometer suicídio, mesmo apresentando tentativas prévias, estarão em menor risco para sua consumação. Ainda em relação às tentativas de suicídio, os dados corroboram a literatura, indicando haver uma tendência maior em mulheres (Linehan & Mazza, 2009; Paris et al., 1999). Também foi possível constatar a confiabilidade da escala de ideação suicida de Beck (Cunha, 2001) como um instrumento adequado para identificação do risco de suicídio, mostrando-se a mesma com escores mais elevados no grupo de tentadores de suicídio.

Outro resultado relevante, que vai ao encontro da literatura, refere-se ao maior risco de suicídio em pacientes com TPB que apresentam comorbidade com transtorno de humor (Zanarini et al., 2011). A associação entre o TPB e os transtornos de humor parece ser um indicador de severidade maior para o quadro, além de maior risco para ideação e tentativas de suicídio, podendo aumentar o risco de suicídio em até três vezes (Carpinello et al., 2011). Corroborando os achados de Berk, Jeglic, Brown, Henriques e Beck (2007), verificou-se que o TPB está associado a inúmeras comorbidades e que estas interferem negativamente na evolução e no tratamento dessa população. No presente estudo, mais de 45% dos pacientes apresentava comorbidade com THB e mais de 31% apresentavam depressão, confirmando o que a literatura preconiza sobre a associação entre o TPB e várias outras psicopatologias (Carpinello et al., 2011; Lieb et al., 2004; Zanarini et al., 2011).

Em relação ao uso de medicamentos pela população estudada verificou-se que apenas dois participantes não faziam uso de algum psicofármaco à época da avaliação, denotando a gravidade da população que foi pesquisada, que se encontrava integralmente em regime de internação psiquiátrica. Esse alto índice de uso de medicamentos pode ser explicado pela associação do TPB com as inúmeras comorbidades associadas cujo tratamento é, predominantemente, psicofarmacológico, a exemplo do THB, depressão e as primeiras semanas de abstinência de substâncias químicas (Lieb et al., 2004).

## Considerações finais

O TPB constitui-se como uma desordem emocional severa que atinge inúmeras áreas do funcionamento da vida do paciente. É consenso que característi-

cas do próprio transtorno tais como a instabilidade emocional, as oscilações de humor, a ideação suicida, as automutilações, a impulsividade e os estressores ambientais interferem significativamente no curso e no tratamento dessa patologia. Mesmo com a utilização de instrumentos padronizados, validados e referenciados mundialmente, ainda se mostra difícil encontrar diferenças entre indivíduos com TPB, tanto para avaliação do risco de suicídio, quanto para alterações cognitivas que podem ser essenciais para ajustar tratamentos mais adequados.

Este trabalho teve como objetivo avaliar o desempenho cognitivo, os níveis de impulsividade e a ideação suicida de pacientes diagnosticados com TPB com e sem histórico de tentativas de suicídio. Em relação ao desempenho cognitivo, os resultados demonstraram que, com relação ao QI total, os valores encontrados não diferiram significativamente entre os participantes com e sem histórico de tentativas de suicídio, estando o mesmo um pouco mais baixo no grupo de pacientes com tentativas de suicídio. Em relação à impulsividade, o grupo de pacientes com tentativa de suicídio mostrou níveis mais elevados na Escala Barratt de Impulsividade, assim como na Escala de Suicídio de Beck, indicando maior risco tanto para tentativas como para a efetivação do suicídio.

O que se confirmou neste estudo e que também está amplamente respaldado pela literatura é a presença de tentativas de suicídio anteriores como um importante indicador para novas tentativas e para a consumação do próprio suicídio em pacientes com TPB. Este dado é preocupante, reforça a importância dos estudos e o desafio que representa o tratamento para esses pacientes. De acordo com Paris (2009), os pacientes com TPB suicidas são instáveis e inconstantes, e tanto as tentativas quanto a consumação do ato são bastante difíceis de serem previstas.

As limitações deste estudo centram-se principalmente na questão de que toda a amostra de pacientes estava internada em unidade psiquiátrica, constituindo assim uma parcela da população de pacientes com TPB mais grave, necessitando de cuidados intensivos e apresentando riscos iminentes. O fato de esta amostra também apresentar variadas comorbidades, como THB, depressão e dependência química, também pode ter influenciado os resultados, pois algumas dessas patologias apresentam curso grave e deteriorante se sobrepondo clinicamente ao TPB. A abstinência de substâncias, por exemplo, no caso dos dependentes químicos, e as dificuldades no manejo e na aplicação dos instrumentos em pacientes muito deprimidos ou em exaltação maníaca nos transtornos de humor podem ter sido variáveis que interferiram dinamicamente nos resultados.

Em virtude da heterogeneidade, da complexidade de suas manifestações e especialmente da sua associação com inúmeras comorbidades, o TPB é uma desordem de personalidade que demanda mais estudos que investiguem aspectos

cognitivos, assim como comportamentais, sociais, familiares, entre outros. Embora exista um número considerável de estudos e adequada literatura, ainda são escassos estudos latino-americanos e especificamente brasileiros que investiguem esse transtorno e todos os aspectos que com ele se inter-relacionam. Dessa forma, sugere-se novas pesquisas no Brasil a fim de identificar maneiras mais adequadas e eficazes de tratar essa parcela da população que se coloca constantemente em risco tanto para automutilações e tentativas de suicídio, quanto para a efetivação do próprio suicídio. Devido à variação na intensidade dos *déficits* cognitivos em pacientes com TPB, o perfil neuropsicológico pode suportar ações de reabilitação cognitiva, aprimorando o tratamento dessa doença e, em adição, assegurando um prognóstico mais favorável e melhores índices qualidade de vida nessa população.

## Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)*. (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Arza, R., Diaz-Marsá, M., López-Micó, C., Pablo, N. F., López-Ibor, J. L., & Carrasco, J. L. (2009). Neuropsychological dysfunctions in personality borderline disorder: detection strategies. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 37(4), 185-190.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1(3), 181-185.
- Berk, M. S., Jeglic, E., Brown, G. K., Henriques, G. R., & Beck, A. T. (2007). *Characteristics of recent suicide attempts with and without borderline personality disorder*. *Archives of Suicide Research*, 11(1), 91-104.
- Brodsky, B. S., Malone, K. M., Ellis, S. P, Dulit, R. A., & Mann, J. J. (2006). *Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior*. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1715-1719.
- Burke, J., & Stepp, S. (2012). Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 49(1), 35-44.
- Cacilhas, A. A., Magalhães, P. V. S., Ceresér, K. M., Walz, J. C., Weyne, F., Rosa, A. R., & Kapczinski, F. (2009). Validity of a Short Functioning Test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder. *Value in Health*, 12(4), 624-627.
- Carpinello, B., Lai, L., Piramba, S., & Sarder, C. (2011). Impulsivity and aggressiveness in bipolar disorder with comorbidity with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 188(1), 40-44.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Dziobek, I., Preissler, S., Grozdanovic, Z., Heuser, I., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2011). Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *Neuroimage*, 57(2), 539-548.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1994). *Management of countertransference with borderline patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., & Ruan, W. J. (2005). Co-occurrence of DSM-IV personality disorder in the United States: results from the national survey on alcohol and related conditions. *Comprehensive Psychiatry*, 46(1), 1-5.
- Gvion, Y., & Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity, and suicide behavior: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 15(2), 93-112.
- Judd, P. H. (2005). Neurocognitive impairment as a moderator in the development of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 1173-1196.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Greeb, J. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Kernberg, O. (1991). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Le Gris, J., Links, P. S., Van Reekum, R., Tannock, R., & Toplak, M. (2012). Executive function and suicidal risks in women with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 196(1), 101-108.
- Le Gris, J., & Van Reekum, R. (2006). The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 131-142.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Fertuck, E. A., & Kernberg, O. F. (2004). Executive neurocognitive functioning and neurobehavioral systems indicators in borderline personality disorder: A preliminary study. *Journal of Personality Disorders*, 18, 421-438.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline Personality Disorder. *The Lancet*, 364, 453-461.
- Linehan, M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline. Guia do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- Linehan, M., & Mazza, E. D. (2009). Terapia comportamental dialética para Transtorno de Personalidade Borderline. In D. H. Barlow (Org.), *Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo* (p. 366-421). Porto Alegre: Artmed.
- Links, P. S. (2007). Impact of recent research on borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 9(1), 1-20.
- Links, P. S., Hesgrave R., & Van Reekum, R. (1999). Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality disorders*, 13(1), 1-9.
- Maloney, E., Degenhardt, L., Darke, S., & Nelson, E. C. (2009). Impulsivity and borderline personality disorder as risk factors for suicidal attempts among opioid-dependents individuals. *Psychiatry Research*, 16 (1), 16-21.
- Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., Mattos, P., & Abreu, N. (2010). *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed.

- Monarch, E. S., Saykin, A. J., & Flashman, L. A. (2004). Neuropsychological impairment in borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 67-82.
- Organização Mundial da Saúde. (1999). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paris, J. (2007). The nature of Borderline Personality Disorder. Multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 457-473.
- Paris, J. (2012). Borderline personality disorder. *Encyclopedia of Human Behavior*, 2, 372-376.
- Paris, J., Zelkowitz, P., Cuzder, J., Joseph, S., & Feldman, R. (1999). Neuropsychological factors associated with borderline pathology in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(6), 770-774.
- Preissler, S., Dziobek, I., Ritter, K., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2010). Social cognition in borderline personality disorder: evidence for disturbed recognition of the emotions, thoughts, and intentions of others. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 4(182), 1-8.
- Scott, L. N., Levy, K. N., Adamns Jr., R. B., & Stevenson, M. (2011). Mental state decoding abilities in young adults with borderline personality disorder traits. *Personality Disorders*, 2(2), 98-112.
- Soderberg, S., Kullgren, G., & Renberg, S. (2004). Life events, motives and precipitating factors in parasuicide among borderline patients. *Archives of suicide research*, 8, 153-162.
- Soloff, P. H., Pruitt, P., Sharma, M., Radwan, J., White, R., & Diwadkar, V. A. (2012). Structural brain abnormalities and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 46 (4), 516- 525.
- Sternbach, S. E., Judd, P. H., Sabo, A. N., McGlashan, T., & Gunderson, J. G. (1992). Cognitive and perceptual distortions in borderline personality disorder and schizotypal personality disorder in a vignette sample. *Comprehensive Psychiatry*, 33(3), 186-189.
- Wechsler, D. (2004). *WAIS III: Escala de inteligência Wechsler para adultos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 274-283.
- Zanarini, M. C., Laudate, C. S., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2011). Predictors of self-mutilation in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 823-828. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.10.015
- Zweig-Frank, H., & Paris, J. (2002). Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (2), 103-107.

Recebido em 07 de setembro de 2013

Aceito para publicação em 14 de agosto de 2014



## SÍNDROME DE BURNOUT: INDICADORES PARA A CONSTRUÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO

*BURNOUT SYNDROME: INDICATORS FOR  
THE CONSTRUCTION OF A DIAGNOSTIC*

*SÍNDROME DE BURNOUT: INDICADORES PARA  
LA CONSTRUCCIÓN DE UN DIAGNÓSTICO*

*Liciane Diehl\**

*Mary Sandra Carlotto\*\**

### RESUMO

A Síndrome de Burnout (SB) tem sido considerada um problema social de grande relevância. O presente trabalho de delineamento qualitativo utilizou o estudo de caso como método de investigação e objetivou compreender e identificar, a partir do relato de uma professora, os elementos que caracterizam a SB. Utilizou-se, como técnica de análise de dados, a Análise de Conteúdo, cujos dados provenientes das entrevistas foram agrupados em quatro categorias de análise: Ilusão pelo Trabalho, Desgaste Psicológico, Indolência e Culpa, que refletem as dimensões da SB do modelo proposto por Gil-Monte (2005). Foi possível identificar elementos que configuram as quatro dimensões do modelo teórico adotado, sinalizando a presença de indicadores do Perfil 1. As dimensões Ilusão pelo Trabalho, Desgaste Psicológico, Indolência do Perfil 1, acrescidas da dimensão de Culpa, indicam a presença de indicadores que caracterizam o Perfil 2, quadro clínico mais severo de Burnout. Medidas efetivas adotadas pela entrevistada impediram a desistência da profissão. Aponta-se a necessidade de esclarecimento sobre os sintomas e sinais da SB ao trabalhador, assim como aos profissionais de saúde para seu correto diagnóstico. Sugere-se planejar medidas de intervenção eficazes, principalmente informativas sobre os fatores de risco da SB, possibilidades de tratamento especializado e compensação financeira.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout; professores; diagnóstico; saúde ocupacional.

\* Centro Universitário UNIVATES, Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

\*\* Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

**ABSTRACT**

The Burnout Syndrome (BS) has been considered a social problem of great importance. This qualitative design study used the case study as a research method and aimed to understand and identify, from the report of a teacher, the elements that characterize the Burnout Syndrome. Was used as a technique for data analysis, content analysis, whose data from the interviews were grouped into four categories for analysis: Enthusiasm toward the job, Psychological exhaustion, Indolence and Guilt, which reflect the dimensions of the BS model proposed by Gil-Monte (2005). It was possible to identify elements that form the four dimensions of the theoretical model and the presence of indicators of Profile 1. The dimensions Enthusiasm toward the job, Psychological exhaustion, Indolence of Profile 1, added to the dimension of Guilt, indicate the presence of indicators that characterize the Profile 2, more severe clinical Burnout. Effective measures taken by the respondent prevented the occurrence of Burnout and quitting the profession. Pointed out the need for clarification on the signs and symptoms of BS to the worker, as well as to health professionals for the correct diagnosis. It is recommended to plan effective Burnout intervention procedures, in particular to inform about risk factors, specialized treatment options available and financial compensation.

Keywords: Burnout Syndrome; teachers; diagnosis; occupational health.

**RESUMEN**

Se considera el Síndrome de Burnout un problema social. Este análisis cualitativo utilizó como método investigativo el estudio de caso, y tuvo como objetivo comprender e identificar, desde el relato de una profesora, los elementos que caracterizan el Burnout. Se utilizó como técnica de análisis de datos, el Análisis de Contenido y se agruparon los datos en cuatro categorías que reflejan las dimensiones del Burnout propuesto por Gil-Monte (2005): Ilusión en el Trabajo, Desgaste Psicológico, Indolencia y Culpa. Se identificaron elementos que configuran las dimensiones del modelo teórico, señalando la presencia de indicadores de Perfil 1. Las dimensiones Ilusión por el Trabajo, Desgaste Psicológico, Indolencia de Perfil 1 y sentimiento de culpa, evidencian indicadores característicos del Perfil 2, cuadro más grave del Burnout. Las medidas adoptadas por la entrevistada impidieron el abandono de la profesión. Para su correcto diagnóstico, se sugiere aclarar los síntomas y señales del SB para el trabajador y para los profesionales de salud. Se orienta planificar medidas de intervención, principalmente informativos sobre factores de riesgo de Burnout, posibilidades de tratamiento especializado y compensación financiera.

Palabras clave: Síndrome de Burnout; professores; diagnóstico; salud ocupacional.

## Introdução

As condições e organização do trabalho do professor possuem, cada vez mais, características que o expõem a fatores estressantes, os quais, se persistentes, podem levar à Síndrome de Burnout (SB) (Guglielmi & Tatro, 1998). Burnout é o resultado do estresse crônico típico do cotidiano do trabalho, principalmente quando neste existem excessiva pressão, conflitos, poucas recompensas emocionais e reconhecimento (Harrison, 1999). A SB tem sido considerada um problema social de grande relevância, pois se associa a vários tipos de disfunções pessoais, como o surgimento de graves problemas psicológicos e físicos, e pode levar o trabalhador à incapacidade total para o trabalho (Carlotto, 2010).

O estudo de caso desempenha um importante papel para a ampliação do conhecimento sobre Burnout. Estudos iniciais foram realizados a partir de estudos de casos, estudos exploratórios, observações, entrevistas ou narrativas com base em populações específicas (Cordes & Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001) que proporcionaram um retrato bastante apurado da experiência no tocante a profissionais de ajuda que perderam tanto a sua energia quanto o sentido do valor de seu trabalho (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Gil-Monte (2005) propõe um modelo teórico da SB constituído por quatro dimensões que estabelecem dois perfis diferenciados. As dimensões são assim caracterizadas: 1) Ilusão pelo Trabalho, indicando o desejo individual para atingir metas relacionadas ao trabalho, sendo estas percebidas pelo sujeito como atraentes e fonte de satisfação pessoal; 2) Desgaste Psíquico, caracterizado pelo sentimento de exaustão emocional e física em relação ao contato direto com pessoas que são fonte ou causadoras de problemas; 3) Indolência, evidenciada pela presença de atitudes de indiferença junto às pessoas que necessitam ser atendidas no ambiente de trabalho, assim como insensibilidade aos problemas alheios; 4) Culpa, evidenciada pelo surgimento de cobrança e sentimento de culpabilização por atitudes e comportamentos do indivíduo não condizentes com as normas internas e com a cobrança social acerca do papel profissional.

A SB estabelece dois perfis diferenciados. O Perfil 1 caracteriza-se por um conjunto de sentimentos e condutas ligadas ao estresse laboral, originando uma forma moderada de mal-estar, mas que não impossibilita o profissional de exercer suas atividades laborais, ainda que pudesse realizá-las de melhor forma. O Perfil

2 refere-se a casos clínicos mais deteriorados em decorrência da SB, incluindo os sentimentos já apresentados, acrescidos do sentimento de culpa. Em ambos, as atitudes e os comportamentos de indolência podem ser entendidos como uma estratégia de enfrentamento para lidar com o desgaste emocional e cognitivo. No entanto, enquanto para alguns profissionais essa estratégia de enfrentamento é suficiente e possibilita o gerenciamento do estresse, para outros é percebida como inadequada e ocasiona sentimento de culpa.

No Perfil 2, o profissional apresenta comprometimento na execução de suas atividades e, ao perceber que não as executa adequadamente, desenvolve sentimentos de fracasso e de culpa por não estar correspondendo às exigências e normas do que avalia ser seu papel profissional (Gil-Monte, 2008b). Indivíduos classificados no Perfil 2 de Burnout costumam apresentar maior absenteísmo (Gil-Monte, 2008b), mais problemas de saúde (Carlotto, Librelotto, Pizzinato, & Barcinski, 2012) e sintomas de depressão (Gil-Monte, 2012).

O diagnóstico de Burnout deve combinar a análise de todas as suas dimensões (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009). É importante destacar que, em todos os casos, são necessários a realização de entrevista clínica e o emprego de outros métodos de avaliação psicológica para confirmar o diagnóstico e descartar problemas que possam estar influenciando os sintomas avaliados, assim como para possibilitar a análise das consequências do Burnout e o grau de incapacidade para o exercício da atividade laboral (Gil-Monte, 2008a). Devido à semelhança de sintomas, Burnout pode ser facilmente confundida com outros transtornos mentais, como a depressão, por exemplo, evidenciando-se a importância de se estabelecer um adequado diagnóstico diferencial (Batista, Carlotto, Coutinho, & Augusto, 2011; Gil-Monte, 2012).

A legislação brasileira contempla, desde 1999, a SB como Transtorno Mental e do Comportamento relacionado com o trabalho pertencente ao Grupo V da CID-10. Sua inclusão foi estabelecida no Decreto nº 3048/99; sua caracterização é descrita no Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde (Ministério da Saúde do Brasil, 2001) e seu diagnóstico formal abre a possibilidade de afastamento, tratamento e compensação financeira. Também é o caso na Suécia e na Holanda, países nos quais a SB é uma questão médica e, portanto, entende-se a SB como uma variável dicotômica a fim de tomar decisões sobre o tratamento e aspectos trabalhistas (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Apesar disso, ainda não existe uma definição consistente de Burnout. Revisão sistemática da literatura realizada em 36 bases de dados, com publicações entre 2004 e 2009 sobre diagnósticos diferenciais, impacto econômico e os aspectos éticos de Burnout, demonstrou a necessidade de se ampliar a compreensão da

SB e um procedimento aceitável e válido padronizado internacionalmente para o diagnóstico de Burnout (Korczak, Huber, & Kister, 2010).

Embora a literatura internacional já contemple estudos qualitativos sobre Burnout em professores (Atkins, Mehta, Shernoff, Spencer, & Spencer, 2011; Cephe, 2010), no Brasil estudos com esse delineamento ainda são escassos. Sonnentag (2005) aponta que as pesquisas pertinentes à problemática da SB poderiam apresentar um substancial progresso, caso fossem analisadas as vivências, experiências e interpretações dos trabalhadores. Nesse sentido, o presente estudo<sup>1</sup> tem como objetivo compreender e identificar, a partir de um estudo de caso, os elementos que caracterizam a Síndrome de Burnout.

## Método

Trata-se de estudo qualitativo que utiliza como estratégia de pesquisa o estudo de caso, procedimento que visa à investigação de um caso específico, delimitado, contextualizado em tempo e lugar de modo que se possibilite realizar a busca circunstanciada de informações (Ventura, 2007), sendo, também, utilizado para testar uma teoria já existente (Gummesson, 2007). O estudo de caso estimula novas descobertas, enfatiza a multiplicidade de dimensões de um problema e permite uma análise aprofundada dos processos e das relações entre eles (Ventura, 2007).

Estudou-se o caso de uma professora com 30 anos de magistério que participou de um projeto intitulado “Síndrome de Burnout em professores: prevalência, preditores, processo de desenvolvimento e avaliação de impacto de um programa de intervenção”, aprovado pela Comissão Científica e Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS e desenvolvido em escolas públicas da região metropolitana de Porto Alegre – RS. Ao apresentar sinais de um sofrimento psíquico gerado por fatores laborais e indicativos de Burnout, ocorreram o convite e posterior investigação de informações através da elaboração de um instrumento de coleta de dados com as seguintes questões norteadoras: motivos de escolha da profissão, evolução da carreira docente, fatores de satisfação e insatisfação, fatores de estresse na profissão docente e consequências dos estressores para a saúde docente.

As entrevistas foram realizadas em sala privada da escola na qual trabalha a entrevistada e tiveram duração aproximada de duas horas no total. Foram gravadas e transcritas, sendo eliminadas expressões onomatopéicas típicas da fala. Após, os dados foram levantados e analisados de acordo com o modelo teórico sobre a SB proposto por Gil-Monte (2005). Os dados provenientes das entrevis-

tas foram agrupados em quatro categorias de análise: Ilusão pelo Trabalho, Desgaste Psicológico, Indolência e Culpa. Tais categorias refletem as dimensões da SB apontadas na fundamentação teórica – modelo proposto por Gil-Monte (2005), que sustenta este estudo e atende ao objetivo proposto.

Utilizou-se o método de análise de conteúdo indicado por Bardin (1977), que considera que no acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto, devem ser levadas em conta não apenas a semântica da língua, mas também a interpretação do sentido que um indivíduo atribui às mensagens. Assim se permite a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

## Resultados e discussão

Flávia (nome fictício), 51 anos, é casada e tem um filho. Possui formação de nível superior e trabalha há 30 anos como professora. Iniciou sua trajetória profissional através de um contrato com o Estado para lecionar em supletivo, dividindo a profissão com outra atividade remunerada não relacionada ao ensino. Posteriormente, foi transferida para o turno da noite, no ensino médio. Na sequência, foi selecionada em mais um concurso público e passou a lecionar em duas escolas públicas (uma estadual e outra municipal), 20 horas semanais em cada (manhã e tarde). Durante um período, atingiu a carga horária de 60 horas semanais, considerando atividades extras como aulas particulares. Em janeiro de 2013, aposentou-se por tempo de serviço, reduziu sua carga horária de trabalho para 20 horas semanais e, atualmente, leciona somente no ensino fundamental.

Os resultados são apresentados em quatro blocos em função de estarem relacionados com o modelo teórico proposto por Gil-Monte (2005).

### *Ilusão pelo Trabalho*

As falas de Flávia indicam um cenário diferente daquele que originou sua escolha profissional, conforme refere: “O nível de exigência que se tinha, anos atrás, era um e, agora, cada vez menos, cada vez eu tenho que exigir menos dos alunos... O aluno acha que está sendo muito cobrado, os pais acham que a gente está cobrando muito. E a gente está cobrando o mínimo possível, o mínimo do mínimo!”; “Estão invertendo as coisas... A gente debate o que era a sala de aula tantos anos atrás e o que é agora... completamente diferente. As turmas eram muito diferentes, tinha um comprometimento, isso seis anos atrás”.

A dimensão Ilusão pelo Trabalho está relacionada ao desejo do indivíduo de alcançar suas metas de trabalho, as quais consistem em fonte de prazer pessoal. O trabalho ser percebido como atrativo e alcançar as metas profissionais é uma forma de realização pessoal (Gil-Monte, 2005).

As expectativas em relação ao trabalho, bem como a motivação do profissional com sua carreira, são importantes para o entendimento do surgimento de Burnout (Schwab, Jackson, & Schuler, 1986). Profissionais comprometidos com o trabalho e envolvidos intensamente com suas atividades, sentindo-se desapontados quando não recompensados por seus esforços, tornam-se vulneráveis ao Burnout (Farber, 1991). A sociedade moderna tem exigido dos trabalhadores da educação desempenhos cada vez mais qualificados e eficazes para conviver com as contradições e os problemas da sociedade globalizada que se refletem na escola (Lima, 2008), mudanças que não necessariamente são acompanhadas e acordadas pelos docentes.

Flávia descreve seus repetidos esforços para lidar com estressores e se manter atuante no que acredita ser o papel e desempenho do professor: “É uma coisa, assim, que tu não tem mais força...” [pausa] “Tu não consegue... ah” [forte suspiro] “E aí tu chega... O negócio é sair... Se eu sair de casa, eu consegui sair... Daí eu vou pra sala de aula, e eu tinha que tá bem ali, entende? Eu tinha que entrar bem pra eles... Tu entendeu? ‘E aí, pessoal?’. E tal e tal... E daí tu trabalha...” [voz chorosa e baixa] “E, daí, no outro dia... Tu não tem força... Mas tu conseguiu levantar, tu conseguiu sair... e... é muito difícil...” [pausa] “Tu tem que tá animada pra dar aula, né? E... e daí é todo o dia assim, todo o dia assim. 40 horas... da semana, manhã e tarde, manhã e tarde, e... vai indo certos dias que a pessoa vai não conseguindo... né?”. Esse comportamento é indicativo de Burnout, de acordo com Byrne (1993), que considera a etapa final das progressivas tentativas de lidar com os estressores laborais.

Professores possuem crenças, por vezes irrealistas, acerca de sua prática profissional, o que gera a comparação constante com um modelo idealizado, não raras vezes estereotipado, com o qual não se identificam (Kim, Lee, & Kim, 2009). O professor, ao não ter consciência de suas responsabilidades e de seu papel, atribui a si o sucesso ou o fracasso do aluno sem considerar que sua atividade depende de outras variáveis, tão importantes como a relação professor-aluno, o que o coloca em risco de desenvolver Burnout (Yong & Yue, 2007). Na fala de Flávia, observa-se um entendimento relacionado à educação que atenta para a formação do ser humano e não apenas para o ensino-aprendizagem de conteúdos, o que vai ao encontro do que sustenta Freire (2000) ao dizer que educar é substantivamente formar, por isso o ensino dos conteúdos não pode se dar alheio à formação moral

do educando: “Quando tu não consegues fazer o teu trabalho, que é vir, transmitir conhecimento, dar a minha parte, assim, para o aluno... Não só conhecimento, mas transmitir coisas boas para o aluno. E quando tu não consegues atingir isso aí, tu te sentes frustrada”.

Dessa forma, é necessário observar todos os elementos envolvidos na educação, como a postura do professor, da direção, a situação material da escola, a participação dos pais, os conteúdos a serem apreendidos. A formação ocorre na interação de todos esses elementos, por isso devem ser pesados de tal forma a contribuir para a aprendizagem crítica e para a construção gradativa da autonomia do educando (Freire, 2000).

Ao fazerem parte de uma sociedade que se transforma com velocidade extrema e que impõe constantes mudanças e adaptações, os professores se sentem insatisfeitos ao não dar conta das exigências que lhes são feitas no campo profissional, seja pela sobrecarga de trabalho, pela dificuldade de apoio dos pais de alunos, pelo sentimento de inutilidade em relação ao trabalho que realizam, pela concorrência com outros meios de transmissão de informação e cultura e, certamente, pelos baixos salários (Lapo & Bueno, 2002). Esses aspectos ficam identificados no relato da entrevistada, quando demonstra existirem outros fatores, além da relação com os alunos, que geram sua desilusão pelo trabalho: “assim como eu estava chorando, várias colegas minhas choravam que nem crianças, que não conseguiam mais... Então, era uma série de fatores. Não é só aluno, é Direção, é tudo!”. Assim, quando os ideais e expectativas mantidos no início de suas carreiras são perdidos, os profissionais são levados a uma diminuição da realização pessoal que vai esgotando suas forças e gerando o desgaste psicológico (Cherniss, 1995).

### *Desgaste Psicológico*

Essa dimensão ocorre pelo esgotamento emocional e físico decorrente de lidar constantemente, em seu trabalho, com pessoas que apresentam ou causam problemas (Gil-Monte, 2005). Também tem sido frequentemente associada à sobrecarga de trabalho em professores, principalmente em relação a turmas com excessivo número de alunos (Yong & Yue, 2007). As precárias condições de trabalho docente quanto à temperatura, ao ruído, à iluminação, ao espaço e às posturas desconfortáveis (Leite & Souza, 2007) são, de igual forma, aspectos geradores de estresse e desgaste físico e emocional.

O relato de Flávia manifesta o incômodo gerado pelo número excessivo de alunos, considerando o espaço físico disponibilizado. Refere que “Teve anos que a gente tinha 35, 36 alunos numa sala de aula relativamente pequena. [...] Eu não

tinha espaço para chegar nas classes de trás. [...] E eu tinha que ir caminhando de lado para chegar nas últimas classes”.

A organização do trabalho é outro aspecto que afeta a saúde do professor, pois vem envolvendo, cada vez mais, a multiplicidade de tarefas diferenciadas e simultâneas, intensos ritmos de trabalho, pouca frequência de pausas, aumento das exigências cognitivas, mobilização da subjetividade, capacidade de diagnosticar e de decidir, perda de autonomia, insuficiente formação, currículo distanciado da realidade prática, burocratização e rotinização das atividades educativas, falta de acompanhamento técnico e novas exigências de qualificação (Leite & Souza, 2007; Silva, 2006).

À medida que se tornam mais complexas as demandas às quais os professores devem responder, aumenta o sentimento de despreparo, sendo que Flávia expressa tristeza e sofrimento por ter de enfrentar determinadas problemáticas que envolvem alunos e não se sentir em condições para atendê-las devido à formação essencialmente técnica. A carência de seus recursos subjetivos para lidar com o público, ao mesmo tempo que constata que tal responsabilidade está sendo projetada no professor, pode ser fator importante de estresse para o surgimento de Burnout: “tu não é uma máquina, [...] eu não posso ajudar de tal forma porque eu não tenho preparo, então isso que falta... Esse suporte que falta nas escolas. E está sendo jogado tudo para o professor! E eu, como profissional, eu não tenho esse conhecimento, eu não tive formação para isso [problemas pessoais dos alunos]”.

As demandas apresentadas pela sociedade hoje são diferentes daquelas que constituíam a base de formação do professor, que tinham como eixo central a pedagogia tradicional e tecnicista, cabendo ao professor apenas transmitir informações aos alunos ou treiná-los a realizar tarefas com êxito (Meksenas, 2005). Alunos e professores trazem para a sala de aula vivências diretas ou indiretas de situações pessoais ou familiares que envolvem o cotidiano e o processo de aprendizagem parte da realidade dos alunos, cabendo ao professor reinterpretá-las e ordená-las, numa relação dialética entre os conteúdos sistematizados e a experiência concreta dos alunos (Prandi, Faria, Leite, & Ruiz, 2011). No entanto, professores vêm sendo pressionados a se responsabilizarem pela qualidade na educação de forma tal que passam a acreditar que estarão comprometendo o sucesso dos sujeitos que educam (Anadon & Garcia, 2005).

Na atualidade, assiste-se a um processo de desvalorização da profissão, acompanhado da expansão das funções docentes (León, 2011; Noronha, Assunção, & Oliveira, 2008), conforme demonstrado pela entrevistada. A depreciação do próprio valor que Flávia experimenta ao ser alvo de críticas, aliada ao sentimento de impotência gerado pela falta de autoridade e respaldo legal e, ainda,

pela negligência dos pais, são fatores que vão desestimulando-a, podendo colaborar para o seu esgotamento. Ela refere que “Os alunos debocham do professor. [...]. Daí, os outros perguntam: ‘Professora, não vai fazer nada? Não vai mandar ele embora?’. Em último caso, tu manda para Direção, aí tá, faz um registro, e o aluno volta para sala de aula. E a Direção fica chamando pai, os pais não vêm...”; “Agora, a gente não consegue mais dar aula como dava antes por causa da indisciplina. [...]. E a gente fica de mãos atadas porque a legislação diz que o aluno tem direito a estudo... Todos têm, mas ele pode fazer o que ele quiser numa sala de aula, que vai ficar por isso mesmo. Às vezes chama o Conselho Tutelar, o Conselho Tutelar não vem... E... assim vai indo... Eles, eles mesmo dizem: ‘Eu posso fazer o que eu quiser que não dá nada!’”.

Segundo Lapo e Bueno (2002), os professores se sentem insatisfeitos ao não dar conta das exigências que lhes são feitas no campo profissional, seja pela sobrecarga de trabalho, pela dificuldade de apoio dos pais de alunos, pelo sentimento de inutilidade em relação ao trabalho que realizam, pela concorrência com outros meios de transmissão de informação e cultura e, certamente, pelos baixos salários. A entrevistada revela que manter um ritmo de trabalho intenso está associado à necessidade de assegurar uma renda compatível com sua subsistência, o que também retrata a falta de valorização da profissão: “Tu só sabe que tu precisa trabalhar... E a pessoa vai indo nesse ritmo, né? Se eu parar, eu não vou conseguir, eu tenho que trabalhar para eu conseguir me sustentar. Então a pessoa vai indo naquele ritmo...”; “Era necessidade, necessidade, eu trabalhava por necessidade [...] Eu trabalhava assim direto, todos os sábados eu trabalhava e, às vezes, era sábado de manhã e sábado de tarde, era uma loucura”.

Todos esses fatores associados vão contribuindo para o desgaste emocional e as consequências físicas são observadas na medida em que ocorre diminuição de energia e entusiasmo e sentimento de esgotamento de recursos. A esses sentimentos se somam o de frustração e tensão, pois os trabalhadores passam a perceber que já não possuem condições de despender mais energia para o atendimento de seu cliente ou demais pessoas como faziam anteriormente (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Percebem-se, no relato de Flávia, sinais decorrentes da má adaptação ao trabalho prolongado, estressante e com grande carga tensional: “De tal era... o esgotamento... De não ter força, assim, para levantar... Muito, muito... difícil. É uma coisa que tu não tem mais força...”; “Eu nunca vinha para dar aula e tchau, tchau... podia sair um caco daqui, mas sempre consegui fazer isso aí. Claro que tinha dias que eu ficava mais sentada na classe, porque daí não, não tinha aquela força...”. Ao serem verbalizadas sensações de esgotamento e ausência de força, é

retratada a condição essencial da Síndrome de Burnout, em que o sujeito tem suas energias consumidas.

A fala de Flávia revela sua deterioração física, mental e emocional, características próprias de Burnout. O profissional afetado se sente exausto, podendo manifestar tensão muscular, fadiga crônica, perda de energia, ansiedade e depressão (Maslach & Leiter, 1997). No entanto, a SB quase nunca é notada em estágios iniciais, dando-se o seu desenvolvimento de modo lento (Guimarães, 2000). A carga e o ritmo acelerado de trabalho a que Flávia se expõe indicam possibilidades de adoecimento sem que perceba o que está acontecendo: “E a pessoa, às vezes, não tem nem tempo para pensar. Tu não para, tu dorme, acorda, vai trabalhar, vai para um serviço, vai pro outro, vai pro outro, chega em casa, dorme, levanta... [...] Então, eu trabalhei muitos anos 40 horas... Teve épocas que eu trabalhei 60... Além das 40 horas de aula, tinha outras atividades, então, tu está num ritmo tão acelerado que tu não tem tempo para pensar ali se tu está ficando doente, se tu não tá”.

Assim, nota-se que a sobrecarga de trabalho associada ao desconhecimento da síndrome e à resistência de analisar o que a acomete leva a entrevistada ao agravamento da doença. Ainda, infere-se que o correto diagnóstico é prejudicado pelo fato de os sintomas serem similares a outras patologias, como distúrbios de ansiedade e depressão, tornando oportuno questionar sobre o lugar da síndrome de Burnout na classificação padrão de transtornos mentais (Csorba, Butiu, Stoica, & Mihai, 2013).

### *Indolência*

A dimensão de Indolência evidencia-se pela presença de atitudes de indiferença junto às pessoas que necessitam ser atendidas no ambiente de trabalho, assim como de insensibilidade aos seus problemas. Tal dimensão refere-se a uma estratégia de enfrentamento de manejo dos sintomas frente à desilusão e ao desgaste psicológico (Gil-Monte, 2005).

Na perspectiva de Hernández, Olmedo e Ibáñez (2004), a maneira como uma pessoa vivencia o estresse e os recursos que emprega para lidar com ele estão, entre outros fatores, na base de desenvolvimentos de Burnout (Mearns & Cain, 2003), principalmente ao considerar-se que a maior parte dos estressores, atualmente, envolve as relações interpessoais (Folkman, 2009).

As mudanças ocorridas ao longo do tempo, expressas por Flávia, especialmente em relação ao comportamento dos alunos, são fatores que contribuem para o aumento do seu desgaste e conseqüente distanciamento das relações inter-

pessoais. Tais situações a conduziram ao esgotamento e à gradativa desistência do cumprimento do seu papel, conforme apontado na fala: “Tu pode falar dez vezes e aquilo entra aqui e sai ali. E daí tu continua falando e ele [o aluno] continua bagunçando do mesmo jeito. Tu tem turmas terríveis, que tu sabe que tu vai chegar ali, que tu não vai conseguir dar aula... A pessoa vai, vai... assimilando...vai assimilando muitas coisas, tu vai segurando, tu não vai conseguindo...”.

A forma como a pessoa lida com as situações estressantes desempenha um importante papel na relação entre o estresse e o processo de saúde-doença. Gil-Monte (2005) coloca que os desgastes cognitivo e emocional são respostas ao estresse laboral e, em razão de seu caráter desagradável, o indivíduo tenta eliminar esse sentimento utilizando estratégias emocionais ou cognitivas. Para o autor, as pessoas que utilizam com maior frequência estratégias de caráter evitativo ou centradas na emoção são mais suscetíveis a desenvolver Burnout.

O caso de Flávia retrata estratégias de evitar os sentimentos desagradáveis gerados pelas situações estressoras. A severidade do esgotamento que experimenta caracteriza a perda de sentido de sua relação com o seu trabalho, o que faz com que as atividades já não tenham significado, tornando, assim, qualquer esforço ineficaz. Verifica-se um evidente declínio na qualidade de vida do professor, ocasionando fatores como rompimento com os hábitos normais, perda do entusiasmo e da criatividade, incapacidade de concentração, perda do autorrespeito e do autocontrole em aula e reações exageradas para moderar o estresse (Yong & Yue, 2007). Flávia relata que “Teve épocas que eu achei que eu fosse morrer! Para te falar a verdade, teve épocas que eu pensava ‘Ai meu Deus, vê se me dá um câncer, uma coisa... Eu não vou chegar na sala de aula!’ [...] Eu chegava, assim, mais de uma vez pensando ‘Meu Deus, eu quero ficar doente!’ Imagina uma doença de não precisar ir trabalhar. [...] Às vezes dá vontade, dá vontade de morrer de tal era o esgotamento, esgotamento físico muito grande. Fui até o meu limite... Eu quase surtei. Acredito que se eu não tivesse me aposentado ali, eu teria ficado doente mesmo. Não sei que tipo de doença, mas eu acho que eu... eu não teria aguentado...”.

Nos aspectos profissionais, o professor pode apresentar planejamento de aula menos frequente e cuidadoso, menos entusiasmo e criatividade em sala de aula, sentir menos simpatia pelos alunos e menos otimismo quanto à avaliação de seu futuro. Pode também se sentir facilmente frustrado pelos problemas ocorridos em sala de aula ou pela falta de progresso de seus alunos, desenvolvendo um grande distanciamento deles. Flávia sintetiza a perda de entusiasmo, a indiferença e a desistência do cumprimento do seu papel a seguir. Tais questões ficam manifestadas nessa passagem da entrevista: “E aí tu vem já para escola e diz ‘Ai meu Deus do céu, o que que vai ser hoje?’ Então, a pessoa já vem angustiada. Tem anos,

assim, que... já tive anos que eu já vim meio apavorada ‘Meu Deus do céu, vou ter aula com tal turma!’ É uma pressão no peito, é um... parece um pânico, assim...”; “Não adianta chamar a atenção. Então, daí, ah... quando chega, assim... Tu vê que ele [o aluno] aprontou quatro, cinco, seis ali... tu ‘pá!’ ‘por hoje, para mim, deu!’”.

Considerando que o Perfil 1 de Burnout é caracterizado por um conjunto de sentimentos e condutas ligadas ao estresse laboral descritas nas três dimensões de Burnout (ilusão pelo trabalho, desgaste psicológico e indolência), pode-se pensar que a entrevistada apresentou elementos importantes que indicariam ter vivenciado esse perfil. O mal-estar gerado pelo trabalho não a impossibilitou de exercer suas atividades laborais, no entanto fica evidente um processo de adoecimento bastante intenso provocado pelo exercício de sua profissão.

### *Culpa*

O sentimento de culpa surge em decorrência da cobrança social e do sentimento de culpabilização relativos ao comportamento e atitudes negativas desenvolvidas nas relações estabelecidas no trabalho (Gil-Monte, 2005). Quando presentes, caracterizam o Perfil 2, tornando esses indivíduos mais envolvidos com seu trabalho na tentativa de eliminar o remorso. Esse modo de agir leva a um círculo vicioso, intensificando os sintomas (Gil-Monte, 2006). A entrevistada revela sinais importantes relativos ao Perfil 2 na medida em que se culpabiliza por não corresponder às exigências sociais acerca da função docente, conforme recorte da entrevista: “Tu pode escutar o que está acontecendo, mas mais do que isso tu não pode fazer. E a gente é cobrado, porque a sociedade acha que o educador vai ter que sanar os problemas do aluno, [...] que a escola é a solução para o indivíduo... escola é a solução para o ser humano, ali ele vai se tornar uma pessoa melhor e tal. Aquele aluno que chegou ali cheio de problemas, eu não tenho como resolver isso aí. E isso está sendo cobrado da gente!”.

Frente aos problemas e demandas atuais, os professores devem possuir competências pedagógica, social e emocional (Jennings & Greenberg, 2009). Flávia refere-se aos diversos papéis que é convocada a assumir: amiga, companheira, psicóloga, pai, mãe. Sente a cobrança e lamenta por não conseguir atender às expectativas, uma vez que não foi preparada para tal, o que ocasiona a culpa: “Dizem assim ‘Professor não é para passar conhecimento, conhecimento o aluno vai adquirir no momento certo! Tem que trabalhar só com o raciocínio do aluno!’. E o professor tem que ser amigo, companheiro, tem que ser psicólogo, tem que ser pai, tem que ser mãe... Essa é a cobrança agora do professor. Isso é uma cobrança muito grande para a gente, porque a gente não tem estudo para isso aí [...]. Eu

estudei, na matemática, pra transmitir o conhecimento na minha área... Mas pra ajudar o aluno de outra forma, eu não tenho... Então, por mais que eu meu esforço, leia, e faça, eu não tenho como conhecer a cabecinha de um aluno, como tentar ajudar ele dessa forma”. Flávia, embora tenha cognitivamente claro seu papel docente, faz esforços para corresponder ao que lhe vem sendo cobrado socialmente nas questões que envolvem os problemas relacionados aos seus alunos. Pode-se pensar que a dimensão de Indolência não está funcionando eficazmente para lidar com esse estressor, gerando sentimentos de culpa ao não se conseguir atender tal demanda, sendo essa uma característica do Perfil 2 (Gil-Monte, 2008b). É importante destacar que, no Perfil 1, ao contrário, o indivíduo desenvolve a Indolência, adota-a como gerenciamento frente aos estressores ocasionados nas relações interpessoais sem sentir-se cobrado ou responsável pelos problemas das pessoas que atende, avaliando-as como causadoras de seus problemas (Gil-Monte, 2005).

As transformações sociais acarretaram profundo e exigente desafio pessoal para os professores ao passo que seu papel pode ser confundido. A pedagogia fundada na ética, no respeito à dignidade e à autonomia do educando, que deve ser conquistada, construída a partir das decisões, das vivências, da própria liberdade, só pode ser possível na medida em que o docente apresente características como humildade e compaixão (Freire, 2000). No entanto, ser compassivo não significa adotar um posicionamento paternalista (Caponi, 2000).

Na visão de Farber (1991), do ponto de vista público a categoria de professores sofre muitas críticas, sendo extremamente cobrada em seus fracassos e raramente reconhecida por seu sucesso. Flávia manifesta mais uma vez a cobrança que faz a si mesma, derivada da cobrança social, sobre o cumprimento do seu papel. A culpa, decorrente de não conseguir corresponder a tal exigência, é revelada ao expressar que não se sentiria bem se agisse com indiferença. Há uma discrepância entre o que é exigido e o que a professora possui como norma social da sua profissão, entre o que ela sabe que precisa fazer e o que a sociedade exige. Como apontado por Gil-Monte (2006), a culpa está envolvida no surgimento e nas consequências da SB, retroalimentando os sintomas: “Eu tenho que dar minha matéria, tenho que ensinar. Se eu não conseguir fazer isso, se eu fizer um faz de conta, eu não vou me sentir bem... Eu tenho que fazer a minha parte. Tem professores que não se estressam mais”.

Portanto, apesar da possibilidade de utilização de estratégias cognitivas de enfrentamento, nem todos os profissionais conseguem evitar o aparecimento da culpa, o que concede a tal sintoma um papel importante na instalação da patologia e torna-o passível de ser uma variável-chave para diferenciar os níveis de gravidade da SB (Gil-Monte, 2005).

## Considerações finais

A partir de um estudo de caso único, procurou-se fornecer subsídios para a construção de um diagnóstico de Síndrome de Burnout de acordo com o modelo teórico proposto por Gil-Monte (2005). Nesse sentido, foi possível identificar elementos que configuram a Ilusão pelo Trabalho na medida em que as expectativas de realização profissional se confrontam com um cenário de trabalho diferente daquele de quando a entrevistada ingressou na carreira docente. O Desgaste Psicológico, por sua vez, decorre das dificuldades apontadas nas condições físicas de trabalho, na organização do trabalho e na falta de respeito e de apoio de alunos, pais e Direção. Assim, como estratégia de enfrentamento frente à desilusão e ao desgaste psicológico emergem a Indolência, a indiferença e insensibilidade em relação, principalmente, aos alunos e às metas educacionais. Assim, pode-se pensar a presença de indicadores do Perfil 1. Estes, acrescidos do sentimento de Culpa apresentado pela entrevistada, indicam a presença de elementos que caracterizam o Perfil 2, quadro clínico mais severo de Burnout. Porém medidas efetivas, como a aposentadoria, mudança de escola e redução de carga horária minimizaram os efeitos de Burnout e desistência da profissão, corroborando a literatura que aponta que os vários níveis de experiência de Burnout não são simplesmente uma função de variáveis individuais, refletem o impacto diferenciado dos fatores situacionais nas suas dimensões (Maslach & Goldberg, 1998; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Os resultados indicam ainda o desconhecimento sobre Burnout por parte da entrevistada, pois, embora tenha reconhecido estar no limite das suas possibilidades em termos de energia e recursos emocionais para o trabalho, somente um adoecimento físico grave, como câncer, a faria interromper o processo de desenvolvimento do Burnout mais severo. Ação que vai ao encontro do ainda preponderante paradigma clássico da medicina, que entende os processos mórbidos ocupacionais através de uma abordagem organicista (Lima, Assunção, & Francisco, 2002), persistindo o hábito de considerar os afastamentos do trabalho como uma questão da medicina geral vinculada a um problema físico, uma vez que as demandas físicas são mais fáceis de definir e medir do que as mentais (Owens, 1997).

Nesse sentido, aponta-se a necessidade de esclarecimento sobre os sintomas e sinais da SB ao trabalhador, assim como aos profissionais de saúde, para seu correto diagnóstico. Tal medida deve voltar-se tanto para a prevenção como para a reabilitação, dessa forma evitando a associação com comorbidades como a depressão. Cabe destacar que o diagnóstico deve incluir entrevistas clínicas, contemplando todas as suas dimensões e outros métodos de avaliação psicológica (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Este estudo de caso mostrou desempenhar um importante papel para a ampliação do conhecimento a respeito de Burnout na medida em que lança luz sobre questões da experiência docente não como estressores típicos e já naturalizados, mas como elementos que, sem a devida atenção, podem gerar adoecimento, no caso a Síndrome de Burnout. Nesse sentido, pode-se pensar e planejar medidas de intervenção eficazes, principalmente informativas, sobre os fatores de risco da SB, possibilidades de tratamento especializado e compensação financeira. Ressalta-se que, embora a prevenção da SB deva considerar ações conjuntas envolvendo os professores, a comunidade escolar e o contexto macrosocial, assim considerando ações ligadas às políticas públicas, ações individuais são igualmente necessárias.

## Referências

- Anadon, S. B. & Garcia, M. M. A. (2005). Trabalho escolar e docente nos discursos oficiais da revista “Nova Escola”. *Cadernos de Educação*, 25, 133-145.
- Atkins, M. S., Mehta, T. G., Shernoff, E. S., Spencer, J., & Torf, R. (2011). A qualitative study of the sources and impact of stress among urban teachers. *School Mental Health*, 3, 59-69. doi: 10.1007/s12310-011-9051-z
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Batista, J. B. V., Carlotto, M. S., Coutinho, A. S., & Augusto, L. G. da S. (2011). Síndrome de Burnout: confronto entre o conhecimento médico e a realidade das fichas médicas. *Psicologia em Estudo*, 16(3), 429-435. doi: 10.1590/S1413-73722011000300010
- Byrne, B. M. (1993). The Maslach Burnout Inventory: testing for factorial validity and invariance across elementary, intermediate and secondary teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66(3), 197-212. doi: 10.1111/j.2044-8325.1993.tb00532.
- Caponi, S. (2000). *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de Burnout: diferenças segundo níveis de ensino. *Psico*, 41(4), 495-502.
- Carlotto, M. S., Librelotto, R., Pizzinato, A., & Barcinski, M. (2012). Prevalência e fatores associados à Síndrome de Burnout nos professores de ensino especial. *Análise Psicológica*, 30(3), 315-327.
- Cephe, T. (2010). A study of the factors leading English teacher burnout. *Hacettepe University Journal of Education*, 38, 25-34.
- Cherniss, C. (1995). *Beyond burnout*. New York: Routledge.
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 632- 636. doi: 10.5465/AMR.1993.9402210153

- Csorba, A., Butiu O., Stoica, M., & Mihai, A. (2013). The place of burnout syndrome in psychiatry: discussions on a case study. *Romanian Journal of Psychopharmacology*, 13, 236-242.
- Farber, B. A. (1991). *Crisis in education. Stress and burnout in the American teacher*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Folkman, S. (2009). Questions, answers, issues, and next steps in stress and coping research. *European Psychologist*, 14(1), 72-77.
- Freire, P. (2000). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*, 15. ed. São Paulo: Paz e Terra.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout"). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2006). El síndrome de quemarse por El trabajo (burnout): factores antecedentes y consecuentes. In J. L. Aragón, P. R. Gil-Monte, P. R. M. Salanova, & W. B. Schaufeli (Orgs.), *Jornada el síndrome de quemarse por el trabajo en servicios sociales*. Valencia: Edita Diputació de Valencia.
- Gil-Monte, P. R. (2008a). Evaluación psicométrica del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): el cuestionario "CESQT". In J. Garrido (Org.), *Power's Management*. Barcelona: Planeta.
- Gil-Monte, P. R. (2008b). Magnitude of relationship between burnout and absenteeism: A preliminary study. *Psychological Reports*, 102, 465-568.
- Gil-Monte, P. R. (2012). The influence of guilt on the relationship between burnout and depression. *European Psychologist*, 17(3), 231-236. doi: 10.1027/1016-9040/a000096
- Guglielmi, R. S., & Tatrow, K. (1998). Occupational stress, burnout, and health in teachers: a methodological and theoretical analysis. *Review of Educational Research*, 68(1), 61-69. doi: 10.3102/00346543068001061
- Guimarães, L. A. M. (2000). Saúde mental, estresse e qualidade de vida no trabalho. In J. C Souza, L. A. M. Guimarães, & S. Grubits (Orgs.), *Interdisciplinaridade em saúde mental* (p. 17-19). Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco.
- Gumesson, E. (2007). Case study research and network theory: birds of a feather. *Qualitative Research in Organization and Management: An International Journal*, 2(3), 226-248. doi: 10.1108/17465640710835373
- Harrison, B. J. (1999). Are you to burn out? *Fund Raising Management*, 30(3), 25-28.
- Hernández, Z. G. L., Olmedo, C. E., & Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (Burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 323-336.
- Jennings, P. A., & Greenberg, M. T. (2009). The prosocial classroom: teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of Educational Research*, 79(1), 491-525. doi: 10.3102/0034654308325693

- Korczak, D., Huber, B., & Kister, C. (2010). Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS Health Technology Assessment*, 6, 1-9. doi: 10.3205/hta000087
- Kim, M. Y., Lee, J. Y., & Kim, J. (2009). Relationships among burnout, social support, and negative mood regulation expectancies of elementary school teachers in Korea. *Asia Pacific Education Review*, 10(4), 475-482. doi: 10.1007/s12564-009-9045-9
- Lapo, F. R., & Bueno, B. O. (2002). O abandono do magistério: vínculos e rupturas com trabalho docente. *Psicologia Universidade de São Paulo*, 13(2) 243-276. doi: 10.1590/S0103-65642002000200014
- Leite, M de P., & Souza, A. N. de (2007). *Condições do trabalho e suas repercussões na saúde dos professores da educação básica no Brasil* – Estado da Arte. São Paulo: Fundacentro/Unicamp.
- León, G. L. (2011). Los profesionales de secundaria, como factores de riesgo en el síndrome de Burnout. *Revista Electrónica Educare*, XV(1), 177-191.
- Lima, M. S. L. (2008). Reflexões sobre o estágio/prática de ensino na formação de professores. *Revista Diálogo Educacional*, 8(23), 195-205.
- Lima, M. E. A., Assunção, A. A., & Francisco, J. M. S. D. (2002). Aprisionado pelos ponteiros de um relógio: o caso de um transtorno mental desencadeado no trabalho. In M. G. Jacques, & W. Codo (Orgs.), *Saúde Mental & Trabalho*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: news perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, 7, 63-74. doi: 10.1016/s0962-1849(98)80022-x
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: how organization cause, personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Mearns, J., & Cain, J. E. (2003). Relationships between teachers' occupational stress and their Burnout and distress: roles of coping and negative mood regulation expectancies. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 16(1), 71-82. doi: 10.1080/1061580021000057040
- Meksenas, P. (2005). *Sociologia da Educação: introdução ao estudo da escola no processo de transformação social* (12. ed.). São Paulo: Loyola.
- Ministério da Saúde. (2001). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF. Recuperado de <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02\\_0388\\_M1.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf)>.
- Noronha, M. M. B., Assunção, A. A., & Oliveira, D. A. (2008). O sofrimento no trabalho docente: o caso das professoras da rede pública de Montes Claros, Minas Gerais. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(1), 65-85. doi: 10.1590/s1981-77462008000100005
- Owens, P. (1997). Mental Health – Understanding work disability issue. *Health Insurance Under Writer*, Jan., 1-4.

- Prandi, L. R., Faria, W. F., Leite, E. C. R., & Ruiz, F. C. (2011). O papel do professor na formação do educando: uma perspectiva contemporânea de educação. *EDUCERE – Revista da Educação*, 11(2), 225-240.
- Schaufeli, B. W., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220. doi: 10.1108/13620430910966406
- Schwab, R. L., Jackson, S. E., & Schuler, R. S. (1986). Educator burnout: sources and consequences. *Educational Research Quarterly*, 10(3), 14-30.
- Silva, M. E. P. da. (2006). Burnout: por que sofrem os professores? *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6(1), 89-98.
- Sonnentag, S. (2005). Burnout research: adding an off work and day-level perspective. *Work & Stress*, 19(3), 271-275. doi: 10.1080/02678370500386473
- Ventura, M. M. (2007). O Estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Socerj, Rio de Janeiro*, 20(5), 383-386.
- Yong, Z., & Yue, Y. (2007). Causes for Burnout among secondary and elementary school teachers and preventive strategies. *Chinese Education & Society*, 40(5), 78-85. doi: 10.2753/CED1061-1932400508

## Notas

- <sup>1</sup> O presente artigo decorre de dissertação de Mestrado com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Recebido em 20 de fevereiro de 2014  
Aceito para publicação 17 de julho de 2015



## ANOREXIA E PULSÃO: ENLACES E DESENLACES ENTRE O SUJEITO E O OUTRO

*ANOREXIA AND DRIVE: LINKS AND UNLINKS  
BETWEEN THE SUBJECT AND THE OTHER*

*ANOREXIA Y PULSIÓN: ENLACES Y DESENLAZA  
ENTRE EL SUJETO Y EL OTRO*

*Dayane Costa de Souza Pena\**

*Roberto Calazans\*\**

### RESUMO

A anorexia é um sintoma que coloca em cena as particularidades do sujeito em relação à alimentação, corroborando que esta não se reduz a um ato de ingerir nutrientes para satisfazer uma necessidade biológica e garantir a sobrevivência do organismo, mas que tem uma função erótica para o sujeito por implicar um direcionamento ao Outro. O sujeito lida não com uma satisfação instintual, ligada às necessidades, e sim com uma exigência de satisfação que é pulsional. A constituição de um corpo pulsional somente é possível pela via do Outro e envolve não apenas a maneira como este último investe libidinalmente no corpo da criança, mas como o sujeito em questão se posiciona diante desse investimento. A anoréxica, através da relação peculiar que tem com o alimento, pela recusa do mesmo, demonstra que há um forte enlace com o Outro, pois seu desejo está inexoravelmente ligado a ele e ao objeto que ele pode oferecer, conquanto a anoréxica demonstre também um movimento em direção a um rompimento de laços com o Outro que tem como consequência última a morte. Neste artigo, propomo-nos articular os modos como o sujeito na anorexia histérica posiciona-se frente ao Outro a partir do funcionamento pulsional.

Palavras-chave: anorexia; pulsão; Outro; vida; morte.

---

\* UFSJ, São João del-Rei, MG, Brasil.

\*\* UFSJ, São João del-Rei, MG, Brasil.

**ABSTRACT**

Anorexia is a symptom that puts into play the particularities of the subject in relation to alimentation, confirming that this is not simply an act of ingesting nutrients to satisfy a biological need and ensure the survival of the organism, but which has an erotic function for subject by implying a direction to the Other. The subject deals not with an instinctual satisfaction, linked to the needs, but with a requirement that is a drive satisfaction. The establishment of a drive body is only possible via the Other and involves not only the way the latter invests libidinally the child's body, but as the subject in question stands before this investment. The anorexic, through the special relationship it has with the food, the refusal of it, shows that there is a strong link with the Other, because their desire is inexorably connected to him and the object that it can offer, while the anorexic also demonstrates a movement toward a breaking of ties with the Other, whose recent death consequences. In this article, we propose to articulate the ways in which the subject in hysterical anorexia is positioned towards the Other from the drive functioning.

Keywords: anorexia; drive; Other; life; death.

**RESUMEN**

La anorexia es un síntoma que pone en juego las particularidades del sujeto en relación con la alimentación, lo que confirma que esto no es simplemente un acto de ingerir nutrientes para satisfacer una necesidad biológica y asegurar la supervivencia del organismo, pero que tiene una función erótica del sujeto al implicar una dirección a Otro. El sujeto acuerda no con una satisfacción instintiva, ligada a las necesidades, pero con un requisito de la satisfacción que es pulsional. El establecimiento de un órgano pulsional sólo es posible a través del Otro e implica no sólo la forma como éste invierte libidinalmente el cuerpo del niño, pero como el sujeto en cuestión está frente a esta inversión. La anoréxica, a través de la relación especial que tiene con los alimentos, la negativa del mismo, muestra que existe un fuerte enlace con el Otro, porque su deseo está conectado inexorablemente a él y el objeto que puede ofrecer, aunque la anoréxica también demuestre un movimiento hacia una ruptura de relaciones con el Otro, cuya muerte reciente consecuencias. En este artículo, proponemos articular la forma que el sujeto en la anorexia histérica se coloca hacia el Otro desde el funcionamiento pulsional.

Palabras clave: anorexia; pulsión; Otro; vida; muerte.

A anorexia é um sintoma que coloca em cena as particularidades do sujeito em relação à alimentação, corroborando que esta não se reduz a um ato de ingerir nutrientes para satisfazer uma necessidade biológica e garantir a sobrevivência do organismo, mas que, antes de tudo, tem uma função erótica para o sujeito por implicar um direcionamento ao Outro. O sujeito lida, portanto, não com uma satisfação instintual, ligada às necessidades, e sim com uma exigência de satisfação que é pulsional. Essa disparidade entre instinto e pulsão é evidenciada pela anorexia no momento em que o sujeito recusa o alimento para *comer nada* (Lacan, 1956-1957/1995, p. 188, grifo do autor).

A constituição de um corpo pulsional somente é possível pela via do Outro e envolve não apenas a maneira como este último investe libidinalmente no corpo da criança, mas como o sujeito em questão se posiciona diante desse investimento. A anoréxica, através da relação peculiar que tem com o alimento, pela recusa do mesmo, demonstra que há um forte enlace com o Outro, pois seu desejo está inexoravelmente ligado a ele e ao objeto que ele pode oferecer, conquanto a anoréxica demonstre também um movimento em direção a um rompimento de laços com o Outro que tem como consequência última a morte.

Neste artigo, propomo-nos articular os modos como o sujeito na anorexia histórica posiciona-se frente ao Outro a partir do funcionamento pulsional.

## Pulsão, oralidade e anorexia

Freud, em seu texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905/2006a), ressalta que uma das primeiras manifestações da sexualidade está relacionada à oralidade. Nesse texto, o autor parte da premissa de que a sexualidade humana não coincide com o instinto sexual presente nos animais, visto que ela vai muito além da união de dois órgãos genitais com o fim único da reprodução. A sexualidade está presente desde a infância, portanto não apenas na idade adulta, o que rompe com a ideia de uma sexualidade dependente de uma maturação biológica.

Para então demonstrar a presença de uma sexualidade infantil, Freud (1905/2006a) toma como protótipo o *chuchar* ou *sugar com leite*, que consiste em um movimento de sucção repetitivo e rítmico que a criança faz com a boca – lábios –, no qual está excluído qualquer propósito de nutrição. No chuchar, a criança busca renovar um prazer por ela antes vivenciado e agora lembrado. E não é difícil identificar que essa experiência original de satisfação da criança tenha se dado justamente no ato de mamar no seio materno (ou em seus substitutos),

posto que é um contato, um laço com o outro estabelecido desde muito cedo. Segundo Freud, já de início “os lábios da criança comportam-se como uma zona erógena, e a estimulação do fluxo cálido de leite foi sem dúvida a origem da sensação prazerosa” (Freud, 1905/2006a, p. 171). Sendo assim, é possível dizer que, em um primeiro momento, a atividade sexual apoia-se numa das funções que servem à preservação da vida – a necessidade de alimento –, tornando-se, porém, independente dela.

A despeito de declarar um apoio da atividade sexual nas necessidades, Freud (1905/2006a) não tenta igualar, nem mesmo em suas origens, uma a outra. Pelo contrário, a noção de apoio vem marcar, antes de tudo, a diferença entre pulsão sexual e instinto. É o próprio caso do chuchar, em que a criança chupa os lábios, os dedos, ou qualquer outra porção de pele do próprio corpo, caracterizando, desse modo, o autoerotismo e demonstrando que para além da motivação da preservação da vida há a existência de outra força que persiste no sujeito (Fernandes, 2000). Aqui, há a busca de uma satisfação que nada tem a ver com o matar a fome – embora experimentada em um primeiro momento atrelada a esta – e que se articula, conforme veremos, ao modo como o bebê é tomado e investido pelo outro.

Se a criança recebe o leite enquanto alimento para saciar a fome e garantir a sua sobrevivência, ela também experimenta sensações outras. Tais sensações estão ligadas à estimulação dos lábios pelo contato com o seio, ao calor que provém do corpo da mãe, ao ouvir a voz materna e ao ver a sua expressão facial. Ligam-se, ainda, a qualquer outra coisa que se destaque como fonte de satisfação para a criança na relação que ali se estabelece: “de toda forma, e qualquer que seja a sensação, é de um a-mais de prazer acrescido à satisfação da necessidade biológica, mas vivido originalmente em conexão com ela, que constitui a origem da pulsão sexual” (Fernandes, 2000, p. 70). Também vemos se evidenciar a ação dos cuidados maternos como erotizantes do corpo da criança. Em Freud (1905/2006a, p. 210-211), uma passagem demonstra claramente como isso é possível:

O trato da criança com a pessoa que a assiste é, para ela, uma fonte incessante de excitação e satisfação sexuais vindas das zonas erógenas, ainda mais que essa pessoa – usualmente, a mãe – contempla a criança com os sentimentos derivados de sua própria vida sexual: ela a acaricia, beija e embala, e é perfeitamente claro que a trata como o substituto de um objeto sexual plenamente legítimo. A mãe provavelmente se horrorizaria se lhe fosse esclarecido que, com todas as expressões de ternura, ela está despertando a pulsão sexual do filho e preparando para a intensidade posterior desta.

Freud (1950 [1895]/2006h) ressalta a importância de num primeiro momento o bebê em seu estado inicial de desamparo e de prematuridade motora e simbólica ser tomado por um outro que se ocupa dos primeiros cuidados corporais e o introduz no campo da linguagem. Essa primeira experiência de satisfação somente acontece porque a mãe fornece uma interpretação, um sentido ao grito do bebê e, na medida em que o faz, ela imprime ali algo do seu desejo. Logo, não se trata puramente de cuidados corporais. Não basta que a mãe simplesmente alimente e limpe a criança, pois a esses cuidados precisa ser agregada uma parcela de investimento libidinal de desejo do Outro. Só dessa maneira podemos pensar no processo de erotização de um corpo que se constitui.

É tão somente pelo investimento libidinal do Outro que a criança pode ascender do autoerotismo (em que ainda não concebe o seu corpo enquanto uma totalidade, mas como fragmentado, despedaçado, em função da ação anárquica das pulsões parciais) ao narcisismo, momento de identificação com a imagem de um corpo unificado, e concomitante formação do eu.

Segundo Freud, em “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914/2006c), diante do nascimento de um filho, os pais, ou aqueles que ocupam esse lugar, recordam e revivem o seu próprio narcisismo. Desse modo, projetam sobre a criança um ideal – o eu ideal –, do qual eles mesmos (os pais) há muito tiveram que abdicar em função das exigências da vida. Essa imagem idealizada construída e investida na criança pelos pais é da ordem de uma suposição de perfeição e valor e vem antecipar as aquisições da criança, sobrepondo-se ao seu corpo desmembrado e desarticulado. Tal imagem é, portanto, constitutiva, pois possibilita vislumbrar o corpo como uma unidade que passa então a ser objeto de investimento da libido sob o respaldo do narcisismo primário.

Reforçamos aqui que a noção de sexualidade para a psicanálise não se resume a uma maturação dos órgãos genitais ou à produção de sensações de prazer neles. Não obstante, implica em qualquer possibilidade de se fazer laço com o Outro. Podemos afirmar, dessa maneira, que tudo que se refere às operações de linguagem como o falar, o representar, bem como todo possível investimento do sujeito em um semelhante, em um ideal, ou em qualquer objeto da cultura, tem caráter sexual.

Uma vez mais, atentamos para o fato de que a concepção psicanalítica da sexualidade humana não é compatível com um instinto biológico. Incompatibilidade esta que impeliu Freud a inaugurar no artigo “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905/2006a) a pulsão, um conceito radicalmente novo, sem o qual essa sexualidade “restaria inteiramente enigmática” (Jorge, 2008, p. 20).

Freud dedica, em 1915, um artigo, “As pulsões e suas vicissitudes”, ao conceito que ele próprio afirmou como sendo fundamental na teoria psicanalítica,

chegando mesmo a identificá-lo como “nossa mitologia” (1933 [1932]/2006g, p. 119) – a saber, a pulsão. Já nas primeiras páginas, Freud (1915/2006d, p. 127) define a pulsão como um

conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida de exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo.

A pulsão enquanto um conceito limítrofe não é nem psíquica, nem somática, pois a pulsão nunca se apresenta por si mesma, nem no nível consciente, nem no nível inconsciente. Somente chegamos a ter algum conhecimento dela por meio de seus representantes psíquicos: a ideia e o afeto (Freud, 1915/2006d). Com isso, a pulsão apenas pode ser concebida em um corpo constituído e habitado por um psiquismo, isto é, um corpo irredutível ao organismo.

Ao distinguir a pulsão de um estímulo, Freud (1915/2006d) diz que este último sempre provém do meio externo, além de ser passível de fuga por meio de uma ação específica. O mesmo não ocorre com a pulsão, posto que ela é uma força constante que causa pressão, ou seja, ela é a medida de exigência de trabalho feita ao psiquismo para alcançar a satisfação. A fonte da pulsão é o corpo; logo, não há como escapar. Ao que depreendemos que o sujeito sempre terá que tomar alguma posição diante dessa exigência constante de satisfação.

A satisfação, conforme Freud (1915/2006d), é sempre o alvo da pulsão, mas o que parece ser simples não o é tanto assim. A pulsão não é como a fera que sai da toca para caçar e que, quando encontra o que ela tem para morder, está satisfeita (Lacan, 1964/2008b). Freud (1915/2006d) revela que a pulsão, muitas vezes, não obtém satisfação de uma maneira direta, para isso ela precisa se valer de numerosos alvos intermediários. E é dessa forma que em cada sujeito a pulsão constrói os seus diversos arranjos e atinge seu próprio tipo de satisfação. Contudo, nem sempre tais arranjos são fontes de prazer para o sujeito, conforme podemos observar num sintoma como a anorexia, com suas constantes dores de cabeça e de estômago, estados de inanição, ressecamento da pele, entre outros mal-estares.

Se por um lado é inegável que a pulsão, por meio de seus arranjos, atinge o seu alvo quanto à satisfação, por outro lado devemos saber que a satisfação pulsional também comporta algo de impossível na sua relação com o objeto. Freud (1915/2006d) coloca que o objeto é o instrumento pelo qual a pulsão obtém satisfação. No entanto, ele não deixa de enfatizar que não há para a pulsão

um objeto específico que garanta sua plena satisfação, pois o objeto “é o que há de mais variável numa pulsão e, originalmente, não está ligado a ela” (Freud, 1915/2006d, p. 128). Então, aquilo a que comumente se atribui o *status* de objeto da pulsão de fato é apenas a presença de um cavo, um vazio ocupável por qualquer objeto desde que investido por um sujeito (Lacan, 1964/2008a). Isso implica que o objeto eleito para a satisfação pulsional somente é dado pela submissão da pulsão à articulação significante, sendo ele, desse modo, suscetível aos efeitos dessa articulação como o deslocamento e a condensação.

De acordo com Lacan, em *O seminário: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964/2008b), somente é possível à pulsão obter satisfação contornando o objeto *a* – representante daquele eternamente faltante – e isso faz com que seu alvo seja sempre o retorno ao circuito. Lacan, assim, ratifica que, em se tratando de pulsão, sempre haverá um resto a satisfazer, daí ela ser uma força constante, implacável.

Pensamos que um sintoma tal como a anorexia vem nos dizer precisamente da radicalidade dessa falta de um objeto específico e natural para o sujeito. A anoréxica demonstra, através de seu comer *nada*, sob a forma da recusa, que não é pelo alimento que a pulsão oral se satisfaz, mas antes por fazer esse contorno ao vazio do objeto perdido desde sempre, no retorno ao circuito – “o que vai à boca retorna à boca, e se esgota nesse prazer que venho chamar, para me referir a termos em uso, prazer da boca” (Lacan, 1964/2008b, p. 165). O que nos possibilita depreender que o comer *nada* na anorexia apenas se dá a partir de uma boca que se fecha, literalmente, sobre sua satisfação, e que assim faz sobressair a falta, irreduzível a qualquer objeto.

É a ausência de um objeto específico e natural que entrelaça pulsão e desejo. É o que aponta que a pulsão oral, em último termo, “não faz outra coisa senão encomendar o menu” (Lacan, 1964/2008b, p. 165). “Encomendar o menu”, podemos inferir, é uma maneira de o sujeito tentar localizar o objeto a partir do significante *e*, com isso, realizar o circuito pulsional, fazendo contorno ao vazio do objeto. Ferrari (2004) descreve o caso de uma jovem anoréxica que desenvolveu um gosto muito peculiar em ir sempre ao supermercado com a mãe e lá comprar tudo que dizia gostar de comer. Todavia, ao chegar à sua casa, não comia nenhum dos alimentos escolhidos. A ela bastava sentar-se à mesa posta e observar os outros comerem aqueles alimentos enquanto ela comia nada. Ao que nos parece, esse sujeito valoriza a condição de desejar os seus alimentos favoritos, tanto que não pode comê-los e incorrer no risco de se satisfazer, ele quer manter a falta e faz questão de que o Outro saiba disso. Verificamos, assim, que na recusa à satisfação de um desejo certamente está presente uma satisfação pulsional.

Como mencionamos anteriormente, a fonte da pulsão é o corpo, e esse corpo não se limita ao organismo. O corpo, como é concebido pela psicanálise, é relativo a uma dimensão de intensidades, enquanto mapeado e cartografado pelo desejo do Outro, ganhando representação no sistema psíquico (Maurano, 2010). Todo o corpo do sujeito é erotizado – que o digam as histéricas com suas contraturas, paralisias, enxaquecas, anorexias, cegueiras, entre outras manifestações corporais. Porém existem certas zonas erógenas que parecem ser privilegiadas na relação com o Outro. São elas: a boca, o ânus e os genitais, conforme Freud (1905/2006a). Lacan, em *O seminário: a angústia* (1962-1963/2005), acrescenta a essa lista os olhos e os ouvidos e afirma que o que essas zonas têm em comum é a estrutura de borda, que se abre e/ou se fecha diante da demanda do Outro.

De acordo com Lacan (1962-1963/2005), a borda constitui-se por um corte o qual encontra suporte na anatomia do organismo no momento em que o sujeito cede ao Outro parte de si. No caso da boca, os lábios somente funcionam como borda a partir da perda de um objeto, o seio. E para que compreendamos isso bem, é importante saber que o seio, enquanto objeto primário, não pertence à mãe, uma vez que a criança durante a amamentação o tem como parte dela mesma. Portanto, não é verdade que a criança seja desmamada. Ela se desmama, se desliga do seio, vivenciando os primeiros sinais da surpresa diante da possibilidade de brincar de se soltar do seio e de tornar pegá-lo. Dessa forma, perguntamos juntamente a Lacan:

Se não houvesse algo tão ativo que podemos enunciá-lo no sentido de um desmame, como poderíamos conceber os fatos sumamente primitivos, sumamente primordiais em seu aparecimento, da recusa do seio, as formas primordiais de anorexia, cujas correlações no nível do grande Outro na experiência nos ensina imediatamente a procurar? (Lacan, 1962-1963/2005, p. 356).

É sob a condição da perda de uma parte de si, de uma libra de carne, que o sujeito pode se representar e se posicionar perante o Outro não simplesmente como assujeitado, mas como alguém que tem algo a dar, que opta por ceder ou não essa parte (Sirelli, 2010). Logo, ele é alguém que pode barganhar com a demanda do Outro. Nesse nível, as zonas erógenas se instituem para o sujeito como lugares primordiais de troca com o Outro.

Por assim conceber as zonas erógenas – como lugares de investimento do Outro e de posicionamento do sujeito frente a esse investimento –, podemos apreender com mais precisão aquilo que Freud (1905/2006a) estabelece como as fases da organização da libido. Tais fases caracterizam o momento de primazia de uma determinada zona erógena e do objeto a ela relacionado.

No primeiro momento da organização da libido, temos o primado da zona oral e do seio enquanto objeto, ou seja, o lugar de privilegiado investimento erótico do Outro. De acordo com Freud (1905/2006a), essa fase consiste na incorporação do objeto e tem importante papel psíquico na medida em que funcionará como protótipo para as identificações posteriores da criança, como podemos perceber no par devorar/ser devorado, que caracteriza a relação com a mãe (Garcia-Roza, 2009).

Lacan (1964/2008b, p. 191, grifo do autor) afirma que na pulsão oral lidamos com as fantasias de devoração, é o “se fazer papar” pelo Outro. A criança, como sabemos, tem o seio como parte dela própria, no entanto este não deixa de estar “chapado” (Lacan, 1964/2008b, p. 191) no corpo da mãe. Destarte, na amamentação, a criança suga o organismo da mãe sob a forma do leite. Esta última, por sua vez, detém o seio, uma libra de carne cedida pela criança. Logo, se trata aqui de um canibalismo fusional, ao mesmo tempo ativo e passivo (Lacan, 1938/1984).

Remetemos ainda tais fantasias de devoração ao primeiro tempo lógico do Édipo, em que a criança se depara com uma mãe onipotente, devoradora e insaciável, figurada por Lacan, em *O seminário: a relação de objeto* (1956-1957/1995), como a bocarra de um crocodilo prestes a se fechar sobre a criança – “aí está o grande perigo que nos é revelado por suas fantasias, *ser devorado*” (Lacan, 1956-1957/1995, p. 199, grifo do autor). Todavia, esse não é um posicionamento subjetivo próprio apenas dos anos iniciais, ele pode se atualizar em qualquer momento da vida. E é dessa maneira que se torna possível compreender os casos de anorexia em quaisquer idades em que há um assujeitamento radical ao Outro materno coexistente a uma também radical manobra de separação.

Se pela recusa à demanda do Outro a anoréxica exhibe a sua manobra de separação, num processo de subjetivação, é também através dessa recusa renitente que ela evidencia a sua submissão ao Outro. Na anorexia, é como se o sujeito precisasse reafirmar, constantemente, a altos custos – dores, inanição, amenorreia e algumas vezes morte –, a sua separação e a sua posição de desejanse para o Outro. Outro que, por sua vez, é situado sempre no lugar de avassalador, conferido da máxima potência, sendo aquele capaz de devorar, de consumir o sujeito, tal como o deus Cronos<sup>1</sup> devorava os seus filhos. O Outro, nesse lugar, é também quem porta o objeto que supostamente aplacaria o desejo, o alimento.

Vale lembrar que o Outro, como lugar dos significantes, que num primeiro momento é encarnado por uma pessoa, usualmente a mãe, configura-se para o sujeito como tudo aquilo que se articula na dimensão da linguagem, como é o caso da cultura e seus ideais. Dessa maneira, se há um discurso social que decreta

um ideal de beleza magra, o sujeito anoréxico se submete a ele, acolhendo esse ideal em seu próprio corpo. Entretanto, na medida em que toma como verdade o ideal do Outro, assumindo-o radicalmente, esse sujeito também demonstra, através de um corpo esquelético, adoecido, o quanto esse ideal é inconsistente, furado. Um “corpo que, com sua pouca carne, pouca forma, pouca curva e muito osso, mais parece se rebelar e debochar de tal ideal de beleza” (Ferrari, 2004, p. 104).

Diante de um Outro tido tão poderoso, o sujeito lança mão do *nada* como estratégia de separação. O sujeito anoréxico come o *nada*, e mais, ele encarna o *nada*, conforme o seu corpo se consome, se mortifica, para abrir uma falta no Outro. Notamos que o corpo esquelético na anorexia, apesar de, aparentemente, se figurar como descarnado, cada vez mais frágil, é um corpo que traz a marca fálica, isto é, tem um valor na relação de troca com o Outro (Silva & Bastos, 2006).

É desse modo que na anorexia a relação de troca que se estabelece entre o sujeito e o Outro por uma borda – a boca – se destaca e um objeto emerge como moeda nessa troca, o alimento. Pela boca, o sujeito se posiciona para o Outro com toda a atividade que isso envolve na medida em que é ele quem opta por atender ou não a demanda do Outro para se alimentar. E podemos dizer ainda que é ele quem se dispõe a jogar com essa demanda. É como vemos no caso apresentado por Ferrari (2004), comentado acima, em que a jovem anoréxica cria a expectativa na mãe de que ela vá comer aqueles alimentos escolhidos a cada ida ao supermercado para depois frustrá-la, mantendo a mãe à sua mercê.

O ato da alimentação, portanto, emerge para a anoréxica como um posicionamento tanto de uma sujeição ao Outro materno (na forma das fantasias de devoração e do alimento que esse Outro lhe empurra goela abaixo, sufocando-a), quanto de uma separação, na medida em que ela, anoréxica, come *nada* e rejeita o alimento sufocante, numa tentativa obstinada de imputar uma falta na sua relação com o Outro. Dessa forma, ela acredita inverter a sua posição frente à mãe, para que esta, antes tida como onipotente, passe a depender dela (Lacan, 1956-1957/1995).

Conforme indicamos anteriormente, a posição anoréxica não é sem custo para o sujeito. Trata-se de uma posição tanto para a vida, quanto para a morte. Pela anorexia, o sujeito se posiciona e fica evidente que há um direcionamento ao Outro. Contudo, esse posicionamento também implica um rompimento de um laço com esse Outro, como veremos.

Ao tomarmos a manifestação do sintoma anoréxico na maneira como ela se apresenta aos olhos, na forma de um corpo cada vez mais magro, esquelético, de pele pálida e ressecada, logo associamos a algo que está morrendo ou que já está morto. Isso nos remete à fantasia de desaparecimento, de morte, referida por Lacan (1964/2008a, p. 210) – “pode ele [Outro] me perder?” – em que o sujeito

se coloca como objeto para o desejo e o amor do Outro. É como se esse sujeito presentificasse a sua própria morte para o Outro com o intuito de cavar neste uma falta num movimento próprio à histeria. E ao se atribuir essa posição de fazer faltar ao Outro, deixando-o a sua mercê, o sujeito se vê às voltas com a sua própria onipotência – “a partir daí, é ela [a anoréxica] quem depende por seu desejo, é ela quem está à sua mercê, à mercê das manifestações de seu capricho, à mercê da onipotência de si mesma” (Lacan, 1956-1957/1995, p. 190). Nesses termos, cabe somente ao sujeito se fazer viver ou não.

Por se tratar de uma posição onipotente e caprichosa do sujeito, alguns autores, como Jacques-Alain Miller em “A teoria do parceiro” (2000) e Recalcati em “Las dos ‘nada’ de la anorexia” (2002), reconhecem na anorexia uma tentativa de romper com o Outro. Nas palavras de Miller (2000, p. 177), na anorexia “a rejeição da mãe nutridora e, mais amplamente, a rejeição do Outro é o que nela está em primeiro plano”. Já Recalcati (2002, p. 23) atesta, por sua vez, que “na anorexia, de fato, a separação do Outro se configura como um modo para negar a dependência estrutural (simbólica) do sujeito ao Outro”. Posto isso, observamos que uma das formas desse rompimento com o Outro se revelar é pelo isolamento social frequentemente relatado nos casos de anorexia. É interessante mencionar ainda que Charcot, em 1885, havia proposto o método de isolamento terapêutico em que afastava a anoréxica do contato social, inclusive do ambiente familiar, sendo esse considerado o único tratamento eficaz para a anorexia na época (Bidaud, 1998).

Dessa maneira, reparamos na diferença entre capricho e desejo, salientada por Silva e Bastos (2006). A diferença expressa entre o “não!” como possibilidade de um posicionamento subjetivo frente ao Outro, que aponta para a defasagem estrutural entre as dimensões da demanda e do desejo – movimento típico à estrutura histórica –, e o “nada” que na radicalidade de uma recusa generalizada visa romper os laços com o Outro e, ao mesmo tempo, requer a presença deste como refém do sujeito. Cabe destacar que tais posicionamentos do sujeito não são excludentes, eles coexistem paradoxalmente na anorexia. Além do mais, eles são próprios ao funcionamento pulsional, principalmente se tomarmos a articulação do segundo dualismo proposto por Freud (1920/2006e) entre pulsão de vida e pulsão de morte, conforme veremos na próxima sessão.

## **A anorexia: entre a vida e a morte**

Em “Além do princípio do prazer” (1920/2006e), Freud estabelece o segundo dualismo pulsional em detrimento de um primeiro dualismo que se sus-

tentava na oposição entre pulsões sexuais e pulsões do eu ou de autoconservação. Estas visariam à sobrevivência do indivíduo ao se apoiar na satisfação de uma necessidade e, por isso, eram consideradas dessexualizadas, enquanto aquelas teriam por fim a preservação da espécie por meio da reprodução. O primeiro dualismo fracassa a partir do advento do conceito de narcisismo na medida em que o eu é reconhecido como objeto de investimento libidinal e o sexual passa então a abranger todo o registro pulsional. Para recobrar a sua perspectiva dualista e paradoxal, Freud reúne as pulsões sexuais e as pulsões do eu ou de conservação sob a égide das pulsões de vida e introduz um elemento totalmente novo: a pulsão de morte.

A inauguração do conceito de pulsão de morte, conforme fica indicado no título do próprio artigo em que se dá, está estritamente associada à descoberta freudiana de um *além* do princípio de prazer. Freud (1920/2006e), em suas experiências clínicas, observara uma tendência à repetição entre seus pacientes, principalmente, no que concernia aos sonhos das neuroses traumáticas e às brincadeiras infantis – *Fort-Da*<sup>2</sup>. Tais atividades seriam fontes de intenso desprazer para esses sujeitos, porém em seus rostos o que se expressava era uma espécie de júbilo mórbido. A constatação de uma satisfação no desprazer surge como uma indagação acerca do funcionamento do aparelho psíquico, que até então, para Freud, era regido soberanamente pelo princípio de prazer.

As primeiras indicações de um princípio de prazer estão presentes no texto “Projeto para uma psicologia científica” (1950 [1895]/2006h), no qual Freud diz sobre o prazer e o desprazer enquanto as únicas qualidades psíquicas presentes desde o início da vida. O princípio de prazer deve ser aqui entendido como uma tendência do aparelho psíquico para buscar o prazer e evitar o desprazer. Prazer que é alcançado pela redução dos níveis de excitação psíquica em oposição a um acúmulo de excitação que, por conseguinte, provoca o desprazer.

Destarte, Freud (1950 [1895]/2006h) vincula o princípio de prazer aos processos psíquicos primários, os quais dizem de um modo de funcionamento do aparelho psíquico em que a energia psíquica escoia livremente para a descarga da maneira mais direta e rápida possível. Entretanto, o aparelho psíquico vê-se diante de certas condições do mundo externo e da fragilidade de um corpo vulnerável à dor e à morte, o que muitas vezes não viabiliza a descarga imediata, sendo esta impedida ou retardada por motivos de manutenção da vida. Esse outro modo de funcionamento do aparelho psíquico diz respeito aos processos secundários em que a energia psíquica não é livre, pois ela precisa se ligar para construir novos arranjos rumo à satisfação. Freud (1911/2006b), em “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental”, relaciona os processos secundários ao

princípio da realidade. E este, ainda que se caracterize, nesse momento, como um desvio do princípio de prazer, em última instância está a serviço dele.

É interessante notar que o enunciado do princípio de realidade já aponta para uma dissociação entre os processos psíquicos primários e o princípio de prazer, ao afirmar que nem sempre a descarga imediata de energia é fonte de prazer. Tal dissociação será corroborada pela descoberta de um *além* do princípio de prazer por Freud (1920/2006e).

As pulsões, conforme Freud (1920/2006e, p. 45, grifos do autor), “não pertencem ao tipo dos processos nervosos *vinculados*, mas sim ao de processos *livremente móveis*, que pressionam no sentido da descarga”. Ou seja, as pulsões agem conforme o funcionamento dos processos psíquicos primários. Elas estão sempre em busca de satisfação e, caso as condições econômicas favoreçam, atingirão essa satisfação do jeito mais rápido e direto possível, irrompendo em sua face mais crua sem se ater aos prazeres e às dores de um corpo (Rudge, 1999). Portanto, não há nada próprio nas pulsões que assegure o princípio de prazer.

Até a instituição do princípio de prazer e do seu par princípio de realidade, o que temos são prazeres e dores desligados, não organizados, que não consideram conflitos e contradições. Dessa forma, são compatíveis à caracterização das pulsões parciais (Rudge, 1999). A incidência da linguagem no corpo faz com que as pulsões se organizem no eu e funcionem em prol da manutenção deste. Contudo, a linguagem não pode dar conta da ligação de todo o campo pulsional, mesmo porque as pulsões não integram o registro simbólico e, evidentemente, não operam segundo o mesmo. À vista disso, as pulsões podem sempre cindir-se de uma organização.

Freud (1923 [1922]/2006i, p. 274), em “Dois verbetes de enciclopédia”, infere “a existência de duas classes de pulsões, correspondentes aos processos contrários de construção e dissolução no organismo”, a saber, respectivamente, pulsão de vida e pulsão de morte. Embora Freud, no mesmo texto, admita um embasamento da sua teoria das pulsões na biologia, temos outros trechos em sua obra, como em “O mal-estar na civilização” (1930 [1929]/2006g), que nos permitem atestar que a construção enquanto atividade pulsional deve ser concebida a partir da linguagem. Isso porque “é um processo a serviço de Eros” (Freud, 1930 [1929]/2006g), p. 125), que visa à combinação de homens, famílias, povos em uma unidade. A atividade pulsional está, por isso, diretamente relacionada aos laços sociais e à cultura. Quanto à dissolução, devemos apreendê-la “como o fracasso das integrações ancoradas na linguagem a partir da atividade pulsional” (Rudge, 1999, p. 32), cujo efeito é a ruptura dos laços sociais. Logo, não é em vão que Freud associa a pulsão de morte à vontade de destruição, à agressividade e à dominação.

A implicação de um rompimento com os laços sociais e a cultura com o Outro é, em suma, a morte para o sujeito. Desde os primeiros momentos de uma criança, vemos que a vida sobrevém pela instituição de um laço com o Outro. Um bebê em estado de desamparo radical somente consegue sobreviver se alguém, no lugar de Outro, vier em seu auxílio oferecer um sentido para seu grito e através dos cuidados que presta investir libidinalmente em seu corpo. Ao aceitar essa oferta de sentido e investimento, a criança ratifica seu enlace com o Outro, tornando-se membro efetivo de um mundo simbólico. Contudo, ela também está no lugar de quem pode “recusar os significantes, o sentido do Outro, posição que levaria, em última instância, à morte, ou à impossibilidade de vida simbólica” (Silva & Bastos, 2006, p. 102).

Freud (1920/2006e) então determina que a pulsão de vida é aquela que atua em prol da manutenção do eu, à medida que a pulsão de morte se caracteriza por uma pressão desorganizadora do eu e da dimensão das representações. Apesar de à primeira vista pulsão de vida e pulsão de morte se figurarem numa oposição como forças contraditórias, em nenhum momento são colocadas por Freud como forças que se anulam num tudo ou nada. Freud afirma que pulsões de vida e de morte surgem sempre amalgamadas, isto é, não há no sujeito aquilo que poderíamos afirmar ser uma manifestação puramente da pulsão de vida ou puramente da pulsão de morte. O que se verifica é a existência de uma tensão entre elas que resulta num empuxo maior numa direção ou noutra, da vida ou da morte, variando de acordo com as diversas circunstâncias da vida do sujeito (Jorge, 2010).

Ainda a partir de suas observações clínicas, Freud (1920/2006e) confere à pulsão de morte uma tendência conservadora que objetiva o retorno a um estado primeiro. De acordo com ele, “se tomarmos como verdade que não conhece exceção o fato que tudo o que vive morre por razões *internas*, tornar-se mais uma vez inorgânico, seremos então compelidos a dizer que o *objetivo de toda vida é a morte*” (Freud, 1920/2006e, p. 49, grifos do autor). E por essa via Freud (1920/2006e) também nos fala do princípio de nirvana – expressão cunhada por Barbara Low, de quem ele toma de empréstimo – como sendo uma tendência da vida mental, regente da pulsão de morte, na direção do retorno a um estado de repouso absoluto ao tentar reduzir a zero os níveis de excitação psíquica.

Conforme Rudge (1999), a metáfora biológica freudiana de um retorno ao inorgânico sugere uma atividade constante que aspira à dissolução do eu com o intuito de recobrar os processos primários como o modo de funcionamento psíquico absoluto. E essa atividade, ao se sustentar no princípio de nirvana, pretende a satisfação total situada no além do princípio do prazer através da completa eliminação das excitações psíquicas, demonstrando ser, assim, incompatível com a própria vida.

Em *O seminário: a ética da psicanálise* (1959-1960/2008, p. 254), Lacan nos fala que, embora a pulsão de morte compreenda a tendência de um retorno ao estado de repouso absoluto, não podemos pensar que essa tendência resuma toda a sua essência. “A pulsão, como tal, e uma vez que é pulsão de destruição, deve estar para além da tendência ao retorno ao inanimado”. Desse modo, Lacan desvela na pulsão de morte a dimensão da criação, afirmando que ela, pulsão de morte, é igualmente uma “vontade de destruição. Vontade de recomeçar com novos custos. Vontade de Outra-coisa, na medida em que tudo pode ser colocado em causa a partir da função significante” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 254). Em vista disso, depreendemos que o caráter destrutivo da pulsão de morte visa, em última instância, atingir o ponto de nada – *ex-nihilo* (Lacan, 1959-1960/2008, p. 148, grifo do autor) – pelo qual toda criação é possível.

Dizíamos antes que os processos de construção e dissolução descritos por Freud (1923 [1922]/2006i), enquanto atividades pulsionais relativas à pulsão de vida e à pulsão de morte, respectivamente, devem ser apreendidos no âmbito da linguagem. Isso indica que a pulsão de alguma maneira articula-se na cadeia significante para alcançar satisfação – que no sujeito somente é possível por essa via do significante. Ademais, a pulsão de morte não é exceção a essa articulação, como ensina Lacan (1959-1960/2008, p. 253): “a pulsão de morte deve ser situada no âmbito histórico, uma vez que ela só é definível em função da cadeia significante”. A pulsão de morte está precisamente ligada ao núcleo estrutural da cadeia significante que, entretanto, é situado para além da própria cadeia significante, na medida em que se configura como um ponto de vazio – relativo à Coisa (*das Ding*) – e que no campo das representações “apresenta-se, efetivamente, como um *nihil*, um nada” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 148, grifo do autor), sobre o qual toda a cadeia está fundada e articulada.

É, portanto, a partir do movimento que põe em causa tudo o que existe no plano significante com o intuito de um retorno ao ponto de origem da cadeia significante, ou seja, um retorno ao ponto de nada, para um suposto reencontro com a Coisa, que Lacan (1959-1960/2008) associa pulsão de morte e criação. Mas, como “nada é feito a partir de nada” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 148), ao mesmo tempo que tudo pode ser posto em causa, há de se recorrer à materialidade do significante para construir os novos suportes de uma criação própria do sujeito. Com isso, percebemos que a criação subjetiva não é obra apenas da pulsão de morte, pois ela se dá na amálgama entre a pulsão de morte e a pulsão de vida.

Em relação à anorexia, Lacan (1938/1984), em *Os complexos familiares na formação do indivíduo*, destaca o seu caráter mortífero, situando-a dentre os tipos de suicídios *não-violentos*. Na anorexia, o sujeito se abandona à própria morte

para um suposto reencontro com a imago materna e, assim, atingir um suposto estado anterior de plena satisfação. A anorexia, de acordo com Lacan, está ligada ao “desejo de larva” (Lacan, 1938/1984, p. 26), que se caracteriza pela presença de um desejo paradoxal no sujeito que quer a aniquilação do próprio desejo. Para Recalcati (2007), Lacan, nesse momento, como Freud em “Rascunho G” (1895/2006), nos fala de uma vertente melancólica da anorexia, marcada por um impulso regressivo direcionado à Coisa.

Encontramos, em Fuks e Pollo (2010), a descrição do caso de um jovem rapaz neurótico que aos vinte e dois anos apresentou um quadro de anorexia, na mesma época em que também iniciou os seus trabalhos na profissão elegida por seu pai. Segundo as autoras, esse jovem anorético recorrentemente dizia durante as sessões de análise: “Optei pela anorexia porque se trata de uma morte lenta, indolor, até mesmo agradável” (Fuks & Pollo, 2010, p. 416). Num determinado período do tratamento, entretanto, o rapaz fora impelido por terceiros a interromper a análise e a prosseguir somente com o acompanhamento psiquiátrico e a terapia cognitivo-comportamental. Nesse tempo, retornaram de modo severo os sintomas restritivos e ele fora acometido por uma internação, havendo, conseqüentemente, um aumento da vigilância alimentar sobre ele. Numa manhã em que ainda estava internado e aparentava melhoras, o jovem conseguiu driblar a equipe de profissionais que o acompanhava e cometeu uma séria tentativa de suicídio. Após o episódio, o jovem procurou novamente a análise e na primeira entrevista disse à analista sobre sua tentativa de suicídio: “Não tive opção depois que me forçaram a voltar ao trabalho que eu odiava e à situação de ser cuidado por enfermeiros que passaram a impedir minha morte lenta” (Fuks & Pollo, 2010, p. 416).

O caso supracitado, apresentado por Fuks e Pollo (2010), evidencia o posicionamento específico de um sujeito frente à dimensão destrutiva da pulsão de morte que constatamos ser um empuxo à própria morte. É explícito, na fala do jovem anorético, que a anorexia é tomada por ele como um suicídio não-violento, em conformidade com o que Lacan (1938/1984) nos ensina, “uma morte lenta, indolor, até mesmo agradável” (Fuks & Pollo, 2010, p. 416). Entendemos que a morte por meio da anorexia implica para esse sujeito em uma satisfação mórbida marcada por um além do princípio do prazer que se dá em assistir-se e sentir-se morrer pelo definhamento lento de seu corpo. E mais, em mostrar-se morrer ao Outro, causando neste último o horror perante seu corpo mortificado, situando-o no lugar de impotência, daquele que nada pode fazer para impedi-lo. Essa satisfação mórbida é percebida ainda em outro trecho do caso em que Fuks e Pollo (2010) relatam que após cada jejum e/ou corrida desgastante o rapaz exalta de forma vitoriosa a destruição de seu corpo, entrando num estado de êxtase. Outro

ponto de destaque do caso é o de que uma vez mais nos deparamos com um assujeitamento do anoréxico perante um Outro avassalador, figurado pelo pai, com a anorexia emergindo como uma tentativa de separação tão radical que pretende romper completamente com o Outro, o que é atingível apenas pela via da morte.

Por um lado vemos a pulsão de morte se apresentar na anorexia em seu caráter mais destrutivo sob a forma de um rompimento dos laços com o Outro, vislumbrada no isolamento social e na “mudez” do sujeito – aspectos comumente observados em casos de anorexia. Por outro lado, vemos, igualmente, a vertente criadora da pulsão de morte expressar-se na tentativa de separação do Outro, pondo em causa tudo o que existe e almejando criar, a partir do nada, algo novo e diferente, próprio do sujeito, condizente com o desejo. Percebemos, nas falas dos sujeitos anoréxicos, em que o *nada* se faz presente via significante – “Quero *nada!*”, “Tenho vontade de *nada!*”, “*Nada* me agrada!” –, uma articulação compatível com uma criação do sujeito que busca nomear seu desejo e dizer sobre ele.

## Considerações finais

Neste artigo, pudemos extrair que a anorexia histérica evidencia duas posições paradoxais do sujeito: o assujeitamento radical ao Outro e a separação radical do Outro. Posições estas que dizem tanto de um direcionamento ao Outro quanto de um rompimento de laços com o Outro, ou seja, dizem tanto de uma posição de vida quanto de uma posição de morte.

O desejo está no cerne da questão anoréxica na histeria. É precisamente para afirmar-se desejante que a anoréxica come *nada* e recusa o alimento ofertado pelo Outro, almejando imputar a este último uma falta. E essa tentativa de separação assume o caráter radical da onipotência, na medida em que o sujeito tenta romper definitivamente com o Outro, negando-o. A morte seria tomada pela anoréxica como expressão máxima da negação do Outro, como o último recurso para seu desassujeitamento do Outro. Contudo, por outro lado, ao fazer-se e mostrar-se morrer pelo Outro e para o Outro ela também demonstra que há um direcionamento seu ao Outro através do corpo, num modo de estabelecer laços com ele, ratificando assim o seu assujeitamento radical.

Considerando as especificidades do posicionamento paradoxal do sujeito anoréxico e a articulação igualmente paradoxal entre pulsões de vida e de morte, destruição e criação, apontamos para a possibilidade de o sujeito construir novos arranjos para a satisfação pulsional, assim como para a possibilidade de reconhecer e responsabilizar-se por seu enlaçamento com o Outro. Pois, ainda que

coloque em causa tudo que existe no nível do Outro, no nível do significante, ao sujeito é preciso recorrer à materialidade do significante para que a ele seja possível criar algo inédito, algo de propriamente seu como desejante.

## Referências

- Bidaud, E. (1998). *Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Fernandes, L. R. (2000). *O olhar do engano: autismo e o Outro primordial*. São Paulo: Escuta.
- Ferrari, I. F. (2004). Anorexia: forma de dizer que o desejo é o motor da vida. *Revista de Psicanálise Pulsional*, 177, 102-110. Recuperado em 19 jan., 2011, de <<http://www.pulsional.com.br/rev/177/9.pdf>>.
- Freud, S. (2006) Rascunho G. In S. Freud [Autor], *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 1. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado 1895)
- Freud, S. (2006a). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade In S. Freud [Autor], *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 7. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (2006b). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In S. Freud [Autor], *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 12. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911)
- Freud, S. (2006c). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud [Autor], *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 14. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (2006d). As pulsões e suas vicissitudes. In S. Freud [Autor], *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 14. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (2006e). Além do princípio do prazer. In S. Freud [Autor], *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 18. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (2006f). O mal-estar na civilização. In S. Freud [Autor], *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 21. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930 [1929])
- Freud, S. (2006g). Feminilidade. In S. Freud [Autor], *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 22. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933 [1932])
- Freud, S. (2006h). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud [Autor], *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 1. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950 [1895])
- Freud, S. (2006i). Dois verbetes de enciclopédia. In S. Freud [Autor], *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 18. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923 [1922])

- Fuks, B. B. & Pollo, V. (2010). Estudos psicanalíticos sobre a anorexia: quando se come nada. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(3), 412-424. Recuperado em 13 jul., 2011, de <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v13n3/a03v13n3.pdf>>.
- Garcia-Roza, L. A. (2009). *Freud e o inconsciente*, 23. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Jorge, M. A. C. (2008). *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: as bases conceituais*, v. 1, 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Jorge, M. A. C. (2010). *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: a clínica da fantasia*, v. 2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1984). *Os complexos familiares na formação do indivíduo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1938)
- Lacan, J. (1995). *O seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário de 1956-1957)
- Lacan, J. (2005). *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário de 1962-1963)
- Lacan, J. (2008a). *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário de 1959-1960)
- Lacan, J. (2008b). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário de 1964)
- Maurano, D. (2010). *Histeria: o princípio de tudo*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira.
- Miller, J. A. (2000). A teoria do parceiro. In E. Monteiro, V. Ribeiro (Orgs.), *Os circuitos do desejo na vida e na análise* (p. 153-207). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Oliveira, L. (2008-2009). A genealogia mítica Urano, Cronos e Zeus em Plotino. *Revista de E. F. e H. da Antiguidade*, 25, 109-133. Recuperado em 10 ago., 2013, de <<http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/cpa/article/view/829/627>>.
- Recalcati, M. (2002). Las dos “nada” de la anorexia. In J. Alemán (Coord.), *Clínica del vacío: anorexias, dependencias, psicosis* (p. 19-31). Madri: Síntesis.
- Rudge, A. M. (1999). *Pulsão e linguagem: esboço de uma concepção psicanalítica do ato*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Silva, A. N. & Bastos, A. (2006). Anorexia: uma pseudo-separação frente a impasses na alienação e na separação. *Psicologia Clínica*, 18(1), 97-107. Recuperado em 25 jul., 2011, de <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/pc/v18n1/v18n1a08.pdf>>.
- Sirelli, N. M. (2010). *Alienação e separação: a lógica do significante e do objeto na constituição do sujeito*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São João Del Rei, São João Del Rei, Brasil.

## Notas

- <sup>1</sup> De acordo com a mitologia grega, Cronos faz parte da segunda geração de divindades supremas. Filho de Urano e Gaia, se torna rei dos céus após castrar o pai. Cronos se casa com Reia, sua irmã, e com ela tem seis filhos. Com medo de ser destronado pelos filhos, como Urano o foi, Cronos os devora logo ao nascer, com exceção de Zeus, o filho mais novo, que escapara com a ajuda de sua mãe. Zeus, ao atingir a idade adulta, por meio de uma poção mágica faz com que Cronos vomite os filhos que engoliu e o bane para o mundo subterrâneo, tornando-se o novo rei (Oliveira, 2008-2009).
- <sup>2</sup> O *Fort-Da* se refere a uma brincadeira observada por Freud (1920/2006e) em que seu neto joga repetidamente um carretel para fora de seu berço, de maneira que esse objeto desapareça do seu campo visual, e em seguida emite o som “o-o-o-ó”. Segundo o autor, esse som representa a palavra alemã *fort*, cujo significado em português é “ir embora”. No segundo momento da brincadeira, o garotinho puxa o carretel de volta, que reaparece, e assim saúda-o com um alegre *da*, palavra que em português significa “ali”. Freud compreende essa brincadeira da criança como sendo representativa das idas e vindas da mãe.

Recebido em 07 de junho de 2014

Aceito para publicação em 14 de julho de 2015

# PSICOTERAPIA INDIVIDUAL EM UM CASO GRAVE DE ANOREXIA NERVOSA: A CONSTRUÇÃO DA NARRATIVA CLÍNICA

*INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY IN A SEVERE CASE OF ANOREXIA  
NERVOSA: THE CONSTRUCTION OF CLINIC NARRATIVE*

*PSICOTERAPIA INDIVIDUAL EN UN GRAVE CASO DE ANOREXIA  
NERVIOSA: LA CONSTRUCCIÓN DE LA NARRATIVA CLÍNICA*

*Daniel Magalhães Goulart\**  
*Manoel Antônio dos Santos\*\**

## RESUMO

A anorexia nervosa constitui um tipo de transtorno alimentar grave devido ao risco de vida que implica para a pessoa acometida. Ainda pouco se sabe sobre o alcance do trabalho com psicoterapia psicodinâmica nesses casos, a partir do vértice das experiências emocionais vividas pelo psicoterapeuta com o paciente. Este estudo tem por objetivo discutir os limites e possibilidades da intervenção psicoterápica individual em um caso grave de anorexia nervosa, por meio da construção da narrativa clínica focada no desenvolvimento de recursos da paciente para lidar com seus conflitos. Utilizou-se como estratégia metodológica o estudo de caso e o enfoque psicodinâmico como referencial teórico para condução do processo terapêutico e análise dos dados. O caso foi seguido em contexto ambulatorial, sendo destacado por sua relevância clínica e implicações terapêuticas. O processo psicoterapêutico desdobrou-se em profícuo espaço relacional, que favoreceu a superação de dificuldades psicológicas, promovendo transformações nas condições de vida da paciente.

Palavras-chave: transtornos alimentares; anorexia nervosa; psicoterapia psicodinâmica; psicoterapia psicanalítica; estudo de caso.

---

\* Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

\*\* Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

**ABSTRACT**

Anorexia nervosa is a serious eating disorder type due to the risk of life that implies for the afflicted person. Yet little is known about the scope of work with psychodynamic psychotherapy in these cases, from the perspective of emotional experiences lived by the psychotherapist with the patient. This study aims to discuss the limits and possibilities of an individual psychotherapeutic intervention in a severe case of anorexia nervosa, through the construction of clinical narrative focused on developing patient's resources to deal with her conflicts. The case study was used as a methodological strategy and the psychodynamic approach was the theoretical basis to conduct the therapeutic process and data analysis. The case was followed in an outpatient setting, being remarked by its clinical relevance and therapeutic implications. The psychotherapeutic process unfolded in a fruitful relational space, which favored to overcome psychological difficulties, promoting changes in the conditions of life of the patient.

Keywords: eating disorders; anorexia nervosa; psychodynamic psychotherapy; psychoanalytic psychotherapy; case study.

**RESUMEN**

La anorexia nervosa es un grave tipo de trastorno de la alimentación, debido al riesgo de vida que implica para la persona afectada. Sin embargo, poco se sabe sobre el alcance del trabajo con la psicoterapia psicodinámica en estos casos, desde el vértice de las experiencias emocionales vividas por el psicoterapeuta con el paciente. En este sentido, este estudio tiene como objetivo discutir los límites y posibilidades de una intervención psicoterapéutica individual en un caso grave de anorexia nerviosa, a través de la construcción de la narrativa clínica centrada en el desarrollo de recursos de la paciente para hacer frente a sus conflictos. Fue utilizado como estrategia metodológica el estudio de caso y el enfoque psicodinámico como marco teórico para conducir el proceso terapéutico y el análisis de datos. El caso fue seguido en contexto ambulatorial y se destaca por su relevancia clínica e implicaciones terapéuticas. El proceso psicoterapéutico se desdobló em fructífero espacio relacional, lo que favoreció a superar las dificultades psicológicas, por medio de la promoción de cambios en las condiciones de vida de la paciente.

Palabras clave: trastornos de la alimentación; anorexia nervosa; psicoterapia psicodinámica; psicoterapia psicoanalítica; estudio de caso.

## Introdução

*A água clara não te acende:  
Libera o brilho que já tinhas.*

João Cabral de Melo Neto

O trabalho com psicoterapia no contexto dos transtornos alimentares (TAs) é um campo controverso. Recentemente, uma revisão da literatura evidenciou a escassez de estudos sobre intervenção psicoterápica nos quadros crônicos (Scorsolini-Comin & Santos, 2012). Esses quadros se referem aos casos de TAs refratários às propostas de tratamento habitualmente empregadas, o que realça a relevância do presente estudo. Nessa direção, almeja-se abordar a temática a partir da experiência clínica e do vértice da relação transferencial e contratransferencial, explorada ao longo das vivências do psicoterapeuta com uma paciente de 49 anos de idade.

O interesse clínico pelos TAs, em geral, tem crescido nos últimos anos por fazerem parte do cotidiano de muitos profissionais de saúde mental (Souza & Santos, 2013a, 2013b, 2014, 2015) e por constituírem um fenômeno marcante não apenas na clínica, como também na sociedade contemporânea. Mais especificamente em relação à Anorexia Nervosa (AN), nota-se não somente a presença reiterada desse quadro clínico no espaço midiático, como também sua associação a índices significativos de morbimortalidade, o que culmina com a consideração desse transtorno como relevante problema de saúde mental (Andrade & Santos, 2009; Leonidas & Santos, 2015; Oliveira-Cardoso, Von Zuben, & Santos, 2014; Weinberg & Berlinck, 2010).

Segundo Nunes, Appolinario, Galvão e Coutinho (2006), a AN pode ser caracterizada por uma incansável busca pela magreza e, por isso, geralmente é acompanhada por significativa redução de peso e sua manutenção abaixo dos padrões de normalidade, por meio de processos inadequados de controle da massa corporal, o que leva a grave desnutrição. No que concerne ao tratamento, diversos recursos têm sido utilizados, sendo as estratégias mais comuns a prescrição de psicofármacos, a psicoterapia grupal e individual, o acompanhamento nutricional e a terapia familiar (APA, 2011; Gowes & Bryant-Waugh, 2004; Santos, Scorsolini-Comin, & Gazignato, 2014; Scorsolini-Comin, Souza, & Santos, 2010). Considerando esse rol de possibilidades terapêuticas, o presente estudo tem como foco a discussão de questões pertinentes à prática psicoterápica individual aplicada nesses casos, considerando que a psicoterapia é apontada como recurso crucial no tratamento de pacientes com TAs (Weinberg & Berlinck, 2010). As aborda-

gens psicoterápicas, oferecidas junto a outros recursos complementares para o tratamento dos TAs, são variadas (Scorsolini-Comin & Souza, 2012) e têm sua efetividade potencializada quando aplicadas de forma unificada. Dentre as diversas possibilidades existentes no arsenal terapêutico, será focalizada no presente estudo a abordagem psicodinâmica (Gabbard, 1992).

Segundo Santos (2007), a psicoterapia psicanalítica ou psicoterapia psicodinâmica (ou simplesmente psicoterapia dinâmica) é um procedimento derivado da psicanálise, que se vale de seu corpo teórico, combinando-o com técnicas adaptadas às necessidades específicas do contexto particular em que se aplica o método psicanalítico. Esse tipo de abordagem abrange um elenco de intervenções que se baseiam em teorias psicológicas específicas acerca do funcionamento psíquico. O psicoterapeuta se concentra na interpretação de conflitos inconscientes, visando abrandar a tensão intrapsíquica decorrente da repressão das representações psíquicas intoleráveis. Considera-se que essa operação é deflagrada pelo ego inconsciente. O esforço terapêutico se direciona a aproveitar as brechas do sistema defensivo para apontar as motivações inconscientes das escolhas e ações que o paciente adota em sua vida, para que esses aspectos não conscientes possam ser reconhecidos e, finalmente, elaborados, permitindo que ele encontre o sentido de seus sintomas. Considerando-se que cada história é singular, esse sentido a ser construído no espaço terapêutico será sempre insólito e único.

A psicoterapia psicodinâmica pode oferecer recursos teóricos e clínicos que permitem ultrapassar a circunscrição da análise semiológica da psicopatologia (Goulart & Santos, 2012) e constitui-se, atualmente, como importante referencial para a intervenção com indivíduos com TAs (Gorgati, Holcberg, & Oliveira, 2002; Leichsenring, 2005; Lewis, Dennerstein, & Gibbs, 2008; Zerbie, 2001). Entretanto, no marco dessa abordagem terapêutica, pouco se sabe a respeito das possibilidades de construção do espaço terapêutico, a partir do vértice da experiência clínica no manejo dos casos de pacientes com TAs, de modo a contribuir para a formulação de estratégias terapêuticas diferenciadas e pertinentes a esse contexto.

Na clínica dos TAs há escassez de estudos que se proponham a explorar a intervenção psicoterapêutica na perspectiva contratransferencial. Não foram encontradas pesquisas que focalizassem as experiências emocionais vividas pelo psicoterapeuta com o paciente. Desse modo, escrever a clínica desses transtornos permanece um desafio em aberto. Mezan (1998) problematiza o exercício da escrita do caso clínico para o psicoterapeuta preocupado com a possibilidade de pensar e trabalhar, por meio desse recurso, as questões caras à prática clínica. Nesse sentido, propõe uma nova concepção do valor clínico da escrita, que vai muito além da formulação racional de ideias, pois entende que a escrita permite ao autor renovar

a experiência de dialogar consigo próprio e, conseqüentemente, refletir de forma crítica sobre as estratégias clínicas adotadas na condução do processo analítico.

Considerando esses pressupostos, este estudo de caso tem por objetivo discutir o processo de intervenção psicoterápica em um caso grave de AN, por meio da construção da narrativa clínica, enfatizando limites e possibilidades para lidar com os desafios encontrados.

## Método

Adotou-se como estratégia metodológica o estudo de caso (Peres & Santos, 2005; Yin, 2005) com o enfoque psicodinâmico (Gabbard, 1992; Gorgati et al., 2002; Leichsenring, 2005; Santos, 2007) para coleta e análise dos dados. Atualmente, é amplamente reconhecida a pertinência dos delineamentos de caso único nos estudos do processo terapêutico, sendo essa estratégia utilizada na geração de pesquisa empírica em psicoterapia e psicanálise (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2001). Dessa maneira, parte-se da premissa de que a utilização do caso único como substrato de pesquisa pode fomentar reflexões sobre questões técnicas, individuais ou grupais, agregando saber a contextos cotidianos que não são especificamente preparados para a pesquisa, como os serviços de assistência multiprofissional aos TAs.

### *Participante*

Como *caso* identificado, selecionamos um atendimento psicoterápico individual, oferecido como parte do plano de tratamento da paciente Sandra (nome fictício), 49 anos, solteira, diagnosticada com AN do tipo restritivo havia 16 anos e que, desde então, encontrava-se em atendimento no serviço especializado. A paciente era considerada pela equipe multidisciplinar de saúde como um “caso crônico”, “refratário ao tratamento”, tendo em vista que ela não admitia qualquer ganho de peso ao longo dos vários anos de convívio com um quadro grave de desnutrição. Assim, de acordo com a compreensão corrente entre os profissionais, tratava-se de um caso de paciente de difícil acesso e com marcada limitação em termos de aceitação do tratamento, com prognóstico reservado.

### *Cenário do estudo*

O contexto no qual se desenvolveu o processo terapêutico foi um serviço multidisciplinar, localizado no âmbito de um hospital público universitário,

especializado no atendimento dos TAs. Esse serviço funciona preferencialmente em regime ambulatorial e oferece diversos recursos terapêuticos, disponibilizados por meio de equipe multiprofissional constituída por psicólogos, psiquiatras, nutricionistas e nutrólogos. Esses recursos compreendem: psicoterapia individual e em grupo, acompanhamento psiquiátrico e nutrológico, orientação nutricional e atendimento familiar. O acompanhamento em psicoterapia individual foi conduzido ao longo de dois anos, constituindo profícuo material para reflexão e produção de conhecimento. Este estudo é parte de um projeto de pesquisa que obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o atendimento foi realizado, de acordo com o processo HCRP nº 7310/2007.

### *História clínica*

Sandra completou o Ensino Superior. É formada em uma profissão da área de saúde, que exerceu por vários anos, com reconhecida competência e dedicação ao trabalho. Não obstante a capacidade laboral demonstrada, foi aposentada por invalidez três anos após o diagnóstico de TA devido à gravidade e persistência dos sintomas apresentados, incluindo episódios de internação e tentativas de suicídio. No período analisado para a elaboração deste estudo, estava cursando seu segundo curso de graduação, também na área de saúde, após anos de completa inatividade.

Foi diagnosticada com AN do tipo restritivo aos 33 anos de idade. Desde então, passou por cerca de 30 internações, sempre em decorrência de reagudização dos sintomas, tanto em unidades hospitalares de psiquiatria, como na unidade metabólica de um hospital geral. Durante os 16 anos de tratamento, Sandra participou de três experiências psicoterápicas individuais, além de um processo de grupoterapia de apoio aberto às pacientes que frequentam o serviço ambulatorial e do acompanhamento psiquiátrico contínuo.

Do ponto de vista nutricional, ao longo de todo o tratamento Sandra apresentou um quadro de desnutrição severa, culminando em diversas complicações e sintomas recorrentes tais como: osteopenia, que evoluiu para um quadro de osteoporose decorrente da descalcificação extrema dos ossos, fratura de fêmur, problemas dentários, fraqueza e fadiga muscular, dificuldades de locomoção, afasia, tontura e frequentes crises de cefaleia. No que concerne à dinâmica de personalidade, ao longo do período de tratamento Sandra apresentou intensa dificuldade em construir sua autonomia em relação às figuras familiares, o que restringia sua capacidade de socialização e a consecução de um projeto de vida consistente e duradouro. Além disso, a paciente também vivenciava frequentes crises depressivas,

nas quais manifestava sua incapacidade de realizar mudanças em sua vida e de superar suas dificuldades cotidianas. Apesar dos prejuízos na capacidade adaptativa, sua capacidade intelectual estava preservada, tornando-se uma importante aliada do processo terapêutico.

Ao longo dos dois anos em que mantivemos o atendimento psicoterápico, Sandra ainda apresentava os sintomas característicos do quadro grave de transtorno, seja do ponto de vista psicológico, clínico ou nutricional.

### *Modelo de intervenção psicoterapêutica adotado*

O referencial teórico utilizado, tanto para fundamentar a intervenção psicoterápica como para elaborar as análises apresentadas neste estudo, tem por base a abordagem psicodinâmica (Gabbard, 1992; Gorgati et al., 2002). Nesse referencial, o interjogo transferência-contratransferência é considerado peça-chave para o manejo terapêutico. A transferência, tal como aponta Freud (1912/1996), é concebida como um fenômeno psíquico presente em todas as relações pessoais, sendo “[...] entendida como uma repetição de protótipos infantis vividos com uma sensação de atualidade acentuada” (Laplanche & Pontalis, 1982/2001, p. 514). Já a contratransferência, expressa o “[...] conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste” (Laplanche & Pontalis, 1982/2001, p. 102). Entretanto, como afirma Sato (2010), esse último conceito é marcado por profundas transformações históricas na psicanálise, deixando de ser entendido como obstáculo à relação terapêutica, como era no princípio de sua formulação teórica, para ser concebido como poderoso instrumento terapêutico.

### *Procedimento*

Para a construção dos resultados, utilizamos os aspectos subjetivos percebidos ao longo do processo psicoterapêutico, atentando para o que Bleger (1980/2011, p. 55) considera ser o “fator humano”. Segundo esse autor, o psicoterapeuta constitui “o instrumento de todos os instrumentos”, pois “não existe nenhum instrumento que funcione sem o ser humano”. Adotamos esse posicionamento a partir da premissa de que se alcança maior objetividade quando se incorpora na análise do processo o ser humano e suas relações, isto é, quando se toma o drama humano tal como acontece na prática clínica do psicoterapeuta, de modo a se obter uma compreensão ampliada dos fenômenos que nos permita instrumentalizá-los para neles intervirmos de maneira sistemática.

O atendimento psicoterápico que compôs a base deste estudo aconteceu de janeiro de 2010 a dezembro de 2011. No primeiro ano da psicoterapia, os atendimentos tiveram frequência semanal; já no segundo, as sessões passaram a ser realizadas duas vezes por semana, por se entender que essa mudança poderia beneficiar a paciente em seu desenvolvimento terapêutico. A duração das sessões era de 50 minutos cada. Ao longo de todo o período de atendimento, o psicoterapeuta recebeu supervisão clínica, considerando a importância desse espaço de diálogo e reflexão para uma compreensão mais ampla do processo vivenciado, sobretudo para uma conscientização quanto aos aspectos contratransferenciais mobilizados.

## Resultados e Discussão

### *O primeiro ano de atendimento*

As primeiras sessões foram preenchidas por relatos da paciente sobre sua longa peregrinação prévia por diferentes modalidades de atendimento. Sandra relatou seu percurso de tratamento, bem como a “trajetória” evolutiva do quadro de TA, pontuando os momentos de agravamento dos sintomas. Segundo a paciente, quando foi diagnosticada com AN, aos 33 anos, não acreditou no que ouvira do médico: “Na época, a gente até ouvia falar de anorexia, bulimia, mas era só em mulheres jovens, adolescentes... Eu pensei que eu não tinha possibilidade de ter aquilo. Pensei: isso está errado!”.

A princípio, houve forte resistência em aceitar o diagnóstico. De acordo com o relato da participante, os sintomas iniciaram com dores no estômago. Para investigar o que estava acontecendo, procurou vários médicos, realizou diversos exames e nada de anormal foi constatado. Na tentativa de atenuar as dores, passou a restringir a variedade de alimentos ingeridos. Primeiramente, deixou de beber refrigerante, depois parou com a ingestão de café, carne vermelha e outros alimentos. Assim, foi sistematicamente restringindo sua ingesta alimentar até evoluir para jejuns cada vez mais prolongados. Em suas próprias palavras: “Quando me dei conta, não estava comendo quase nada e ingerindo menos de 300 calorias por dia”.

Podemos pensar que, a princípio, Sandra atribuía o que se passava com ela a causas externas, independentes de suas atitudes e inteiramente fora de seu controle. Assim, quando foi diagnosticada com AN, não deu credibilidade ao que médico enunciara. Houve um processo intenso de negação de seu transtorno

mental em curso. De acordo com Oliveira e Santos (2006), a negação é uma reação comum de pacientes com TAs, sobretudo na fase prodrômica (conjunto de sinais e sintomas que prenunciam a alteração da normalidade) e mesmo depois, com os sintomas já instalados. Muitas vezes, a pessoa é levada ao médico pela família e alega que seus hábitos alimentares excêntricos e a forma peculiar com que lida com seu corpo são apenas facetas de um estilo de vida, uma opção que assumiram deliberadamente para lidar com suas preocupações com a forma física. Assim, acaba muitas vezes por desvalorizar o tratamento, recusando-se tenazmente a aderir ao plano terapêutico proposto. Segundo Baptista e Pandini (2005), tal negação é causa de notória resistência na fase inicial do tratamento. Predomina uma forte desconfiança das pacientes em relação aos profissionais que as atendem, que muitas vezes são percebidos como inimigos e interessados apenas em alimentá-las, induzindo o ganho de peso, além de dissuadi-las a perder a vontade de controlar e restringir drasticamente a ingesta alimentar.

Para Rocha (2007), no caso específico da AN trata-se de um dos transtornos psiquiátricos mais frustrantes do ponto de vista da capacidade de implementar um plano terapêutico. Os profissionais de saúde que lidam com pacientes com AN necessitam convencê-las de que algo que vai bem, na perspectiva delas, precisa ser transformado. Segundo o autor, a AN é um transtorno egossintônico, ou seja, o paciente em fase inicial do transtorno não acredita, na maioria das vezes, que sua relação com a alimentação seja patológica e, portanto, na maioria dos casos, reluta tenazmente em aceitar ajuda especializada.

Voltando ao caso, somente em sessões posteriores foi possível explorar com maior nitidez o cenário psicossocial que acompanhava Sandra. Nesse ponto, acreditamos ser interessante fazer uma breve descrição do histórico familiar da paciente. Até seus 12 anos, Sandra viveu com os pais e a irmã mais velha. Provinha do pai a única fonte de renda da família. Nesse momento, mudanças profundas ocorreram em sua estrutura familiar, a começar pelo nascimento do irmão. Posteriormente, segundo ela, devido às reiteradas traições do pai, que pontuaram um relacionamento conjugal marcado por muitas brigas e discórdia, ocorreu a separação dos pais – o que não se deu judicialmente. Um episódio de traição conjugal do pai foi presenciado pela paciente (então com cinco anos), no retorno de uma viagem que ela fizera na companhia da mãe. O flagrante aconteceu na própria casa, no quarto do casal. Somado à postura paterna de distanciamento afetivo em relação à família, esse fato foi vivenciado como um evento traumático por Sandra. Ela relata ter “pegado pra si” a dor da mãe e decidir, a partir de então, “ser também o pai que o irmão não teria”. Nas palavras da paciente: “Houve uma confusão muito grande dos papéis. Eu não sabia mais

se eu era filha da minha mãe, mãe ou pai do meu irmão. Muitas vezes eu sentia que pegava as dores da minha mãe pra mim, como se fossem minhas. Isso foi um erro muito grande”.

Alguns anos decorridos da separação dos pais, sua irmã mais velha se casou e foi morar em outra cidade, privando a família do contato cotidiano e, em larga medida, do vínculo afetivo estabelecido entre Sandra, sua mãe e seu irmão. Diferentemente do que Sandra e sua mãe esperavam, na época da separação o pai continuou a dormir em casa, ainda que em quarto separado da mãe: “Aquela situação era insuportável. A gente não podia fazer nada, porque era ele quem botava dinheiro ali dentro. Aquilo ia me comendo por dentro, todos os dias e matando a minha mãe aos poucos.”

A partir de então, Sandra passou a dormir na cama da mãe, ocupando o lugar que era reservado ao pai. A literatura traz evidências abundantes sobre os problemas vivenciados no estabelecimento do vínculo materno em contextos familiares com crianças em situações de grave sofrimento psíquico. Além disso, Valdanha, Scorsolini-Comin e Santos (2013) sugerem que existe nessas famílias um padrão de transmissão psíquica transgeracional peculiar que contribui para a perpetuação de condições emocionais críticas favorecedoras de psicopatologias. Estudos realizados por Souza e Santos (2006, 2007) e Leonidas e Santos (2015) situam a família e as relações familiares como um contexto que pode ser tanto problemático como gerador de recursos para a retomada do desenvolvimento emocional interrompido com a eclosão da sintomatologia.

Estudo de Moura, Santos e Ribeiro (2015) sobre a relação mãe-filha nos primeiros dois anos de vida sugere acentuada dificuldade de sustentação (*holding*) por parte das mães, que impõe intenso sofrimento e acarreta um sentimento de impotência frente à provisão das necessidades básicas das filhas. Nos relatos maternos, as filhas – que na adolescência receberam um diagnóstico de TAs – foram descritas como bebês vorazes e insatisfeitos, com dificuldades em assimilar o cuidado parental oferecido nos primeiros anos de vida.

Em relação às suas características de personalidade, Sandra relata ter sido uma adolescente muito quieta e reservada, que não gostava de sair ou de fazer amigos. Introspectiva, permanecia quase o tempo todo em casa e desde sempre mostrou intensa dependência da mãe para realizar as atividades de vida diária. Em estudo realizado por Oliveira-Cardoso e Santos (2012) acerca do funcionamento lógico, afetivo e da adaptação social de pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosa, também se constatou a tendência ao isolamento social e à restrição do relacionamento interpessoal com grupos de pares. O interesse pelas relações humanas se mantém de algum modo, mas focalizado, prioritariamente, em ideias e

pensamentos próprios, particularizados, não raro centrados em questões somáticas, em detrimento dos afetos e do interesse pelos acontecimentos externos.

Um relacionamento significativo que Sandra destacou em seu percurso de desenvolvimento envolveu seu irmão e foi cercado por vivências conturbadas, sobretudo em relação à dependência afetiva. Apesar de tê-lo “como um filho”, quando ela contava com 33 anos e ele com 21, sucedeu um rompimento no relacionamento fraterno: “Ele começou a me responder e a falar que eu não mandava nele, pois eu era a irmã e não a mãe dele. Aquilo acabou comigo. Fiquei muito chateada e acabamos ficando dois anos sem conversar”.

De maneira diversa do que havia expressado nas primeiras sessões, nesse momento da psicoterapia Sandra atribui a esse acontecimento o significado de gatilho que deflagrou seus primeiros sintomas. Isso é consistente com os estudos que apontam as relações familiares como fatores precipitadores e/ou mantenedores dos sintomas de TAs (Leonidas & Santos, 2014; Valdanha, Scorsolini-Comin, Peres, & Santos, 2013). A tendência de o quadro de AN manifestar-se após a ocorrência de um fator estressante, vivenciado como altamente significativo, como o conflito intenso na esfera dos relacionamentos afetivos, tem sido destacada pela literatura (Borges, Sicchieri, Ribeiro, Marchini, & Santos, 2006). No caso de Sandra, ela sentiu ter sido abandonada pelo irmão e não reconhecida no enorme esforço e investimento que havia feito em sua criação. De acordo com ela: “Hoje eu percebo que eu fiz muita coisa errada. Eu era irmã mesmo, não era a mãe, né?”.

Contudo, naquele momento, essa dor emocional parece ter sido demasiadamente intensa para que ela pudesse elaborá-la e seguir em frente, permanecendo saudável. Sentindo-se traída mais uma vez por alguém da família, e profundamente deprimida, Sandra passou a deixar de comer e começou a perder peso: “Foi quando eu não queria mais saber de comer. Cheguei aos 27 quilos e queria ficar mais magra. Queria que ele [irmão] visse o que ele estava fazendo comigo”.

Percebe-se, nesse relato retrospectivo, que Sandra reconhece a intencionalidade em “usar” a recusa alimentar, a princípio, como instrumento de culpabilização do irmão, de modo que ele pudesse rever sua decisão de romper o vínculo com ela. O afastamento do irmão foi vivenciado como abandono e, devido ao borramento dos limites eu-outro, a separação foi equacionada com perda de uma parte constitutiva do próprio *self*. Segundo Oliveira-Cardoso e Santos (2012), essa confusão no delineamento dos contornos egoicos favorece o déficit do senso de identidade dos membros da família, o que pode levar a padrões inadequados de relacionamentos interpessoais, em prejuízo dos limites identitários. Esse processo de indiferenciação e o temor de separação também se fazem presentes na acentuada dependência emocional em relação à figura materna:

Minha mãe fica por conta de mim, né, é uma espécie de 'mãetorista'. Se eu estou na biblioteca do campus e não encontro uma carona, eu ligo pra ela pra eu ir pra sala de aula. Então, ela sai de casa e me busca. Ela está sempre comigo.

Eu fico sempre pensando no dia em que minha mãe não estiver mais aqui. Só de pensar eu fico angustiada, com muito medo. Porque eu sei que ela está envelhecendo e, apesar de ainda ser muito ativa, já não é mais como era antes. Ela está com 68 anos e eu sei que um dia ela vai morrer. Mas eu fico rezando todos os dias pra eu ir primeiro que ela, ou pelo menos juntas. No dia que ela for enterrada, eu quero o meu caixão ali do lado.

A extrema dependência da figura materna é justificada pela paciente com resultado de sua debilidade física. Aos poucos, ficava evidente que as relações afetivas de Sandra eram estabelecidas de forma muito desequilibrada e ambivalente. Em algumas situações, ela falava a respeito do intenso medo que sentia em relação à aproximação de pessoas na maioria dos ambientes frequentados cotidianamente. O temor de intrusão era constante, alternando-se com sentimentos de desamparo suscitados pelo distanciamento defensivo. Nas relações estabelecidas com a mãe e o irmão, o limite eu/outro parecia borrado e confuso, de modo a constituir um funcionamento simbiótico. Na compreensão de Klein (1957), esse processo remete às relações de objeto estabelecidas precocemente. Segundo a autora, em circunstâncias normais o bebê passa de um processo de dependência absoluta da mãe para um estágio de dependência relativa, no qual a mãe vai, aos poucos, emergindo como um ser total, na medida em que elabora a separação mãe-bebê. Nesse processo gradual, a aproximação de aspectos bons (vivenciados como reconfortantes) e aspectos maus (experenciados como frustrantes e ameaçadores) da mãe possibilitam uma nova experiência relacional, conceituada por Klein como *posição depressiva*. Na medida em que progride, o bebê vai ocupando um espaço separado da mãe, de maneira personalizada (Winnicott, 1954/2000). No entanto, dificuldades desenvolvimentais podem se desdobrar em sérios limites a essa conquista de uma relação objetal menos dependente, levando ao recrudescimento de fantasias primitivas acerca de uma unidade fusional com o outro que impossibilita o desenvolvimento de um arranjo mental mais autônomo e diferenciado. O relacionamento do tipo fusional com a mãe e o irmão pode ser entendido como um desdobramento possível de uma precariedade na formação de sua totalidade como pessoa, o que prejudica a elaboração dos afetos, que assim não puderam ser simbolizados e que acabaram sendo expressos, por via direta, pela via corporal.

A partir do gradual reconhecimento de seu quadro psicopatológico, Sandra diz ter passado a não admitir que seu peso extrapolasse os limites estabelecidos rigidamente por ela:

Eu chegava pra ser internada sempre muito mal. Às vezes eu não conseguia nem andar e eu queria só emagrecer, só emagrecer. Eu achava a internação terrível. Eles me tratavam muito mal às vezes, quando não me enfiavam comida praticamente goela abaixo. Para sair da internação, sempre eles me falavam que eu tinha que chegar pelo menos nos 35 quilos e aquele virou um número cabalístico pra mim.

Desde então, esse ideal de peso parece ter representado uma espécie de “ideal de ser” para ela, de modo que o peso passou a ter uma conotação que expressava quase a integralidade de sua existência. Dessa forma, ter 35 quilos era “*estar bem*”, pois não se sentia tão incomodada com o seu corpo, nem precisava ser internada. Nesse momento do atendimento, ao ser questionada se ela pensava ser possível pesar 35 quilos e estar com uma saúde boa, a resposta era prontamente positiva. Em suas palavras: “O único medo que eu fico até hoje é de chegar nos 35 quilos e não querer parar. De querer continuar emagrecendo e ter que ser internada”.

Talvez pela longa exposição aos sintomas do TA e pela experiência pessoal de tratamento com diversos profissionais, nem sempre percebidas como exitosas, Sandra se mostrava muito confiante no que diz respeito ao conhecimento do próprio transtorno e das próprias limitações. Era rígida no estabelecimento de alguns padrões e metas com as quais pautava seu viver. Por exemplo, em uma determinada época de sua vida adotou um outro número “cabalístico” (40) como um ponto que regulava suas condutas. Sandra dizia: “Quando eu passo dos 40 quilos, eu não me reconheço mais no meu corpo. Meu eu fica perdido. O corpo que eu tenho, eu não reconheço como sendo meu”.

A partir desse relato, acreditamos ser possível pensar que Sandra equacionava as condições físicas e estéticas do seu corpo à sua identidade, de modo que, nesse momento, ela só se aceitava como pessoa se habitasse um corpo extremamente magro e fragilizado, em resposta a um sentimento persistente de estar obesa. Esse estado de magreza incessantemente buscado parecia, por vezes, ser considerado como mais importante que sua própria subsistência, uma vez que as medidas corporais almejadas não eram compatíveis com a manutenção de uma vida plena. Nesse sentido, alcançar esse ideal impossível também parecia estar além do medo da morte, de modo que a finitude de sua substância vital não era

assumida como algo iminente diante das circunstâncias buscadas. Desse modo, o que a equipe de saúde considera ser um transtorno psicopatológico, decorrente de uma profunda distorção da imagem corporal, era vivenciado por Sandra como fazendo parte do “si mesmo”, de sua identidade, e não como uma organização subjetiva que se expressava pelo sofrimento. Lima (2012, p. 253) também aponta para a organização do sintoma anoréxico em torno de um “impasse identificatório do sujeito com sua imagem corporal, que tem graves prejuízos para o eu”. Isso se evidencia pelo fato de a paciente, ainda que ostentasse um corpo extremamente emagrecido, continuar a se perceber e a se sentir obesa, angustiando-se intensamente com essas vivências persecutórias manifestadas em nível corporal.

Por mais de uma década, os sintomas mantiveram-se como um problema central na vida de Sandra, influenciando sua forma peculiar de se perceber e utilizar ou não seus próprios recursos. Por vezes, isso fez com que Sandra não conseguisse vislumbrar uma transformação possível, deixando-se abater por um ceticismo inabalável. Em certo momento, ela chegou à conclusão de que:

Eu, às vezes, tenho medo de melhorar, tenho medo de ficar boa. Eu sei que a equipe aqui me dá atenção só porque eu estou mal, só porque estou doente. A minha mãe também, a mesma coisa. Se eu não tivesse doente há tanto tempo, ela não seria pra mim tudo o que ela é hoje.

Essa postura coloca um desafio premente para o fazer clínico, na medida em que a transformação subjetiva é temida e, em grande medida, passa a ser inconscientemente evitada. Segundo Moreira e Oliveira (2008), reconhecer a AN como um impasse subjetivo a ser superado é muito difícil, na medida em que este é vinculado ao próprio sentimento de identidade. Nesse sentido, para além das conquistas que essa transformação pode proporcionar, a possibilidade de alterar sua situação exige também o reposicionamento social e familiar da paciente, o que implica na perda de alguns papéis sociais desempenhados até então. A psicoterapia surge, nesse contexto, como profícuo espaço relacional que pode favorecer o sentir e o pensar sobre as situações de paralisia e estagnação emocional, passo fundamental para uma eventual superação, ao garantir a manutenção da relação terapêutica em meio às graduais transformações subjetivas.

Ao exercer uma clínica atenta à transferência, pode-se criar uma abertura para conceber novas possibilidades de se relacionar, contribuindo para que a paciente se desloque de uma posição passiva de “vítima” da “carência afetiva” rumo a uma condição de agente de sua própria mudança (Bechelli & Santos, 2001). Essa retificação faz com que, gradualmente, se torne mais tolerável lidar com a

destituição dos ganhos secundários conquistados e diligentemente cultivados em sucessivos anos de doença. Dito de outra maneira, nessa situação a psicoterapia pode favorecer a emergência da pessoa como sujeito do seu próprio processo de desenvolvimento, quando ela passa a acreditar que é possível reorganizar seus recursos e ir além das possibilidades limitadas oferecidas pelos sintomas.

Nos primeiros meses de contato terapêutico, essa barreira parecia muito enrijecida para ser transposta rapidamente. Na posição de terapeuta, percebíamos que Sandra acalentava uma noção a respeito de seu sofrimento que permeava os mais diversos meandros de sua vida: “Eu não consigo me ver a não ser como anoréxica”. Por vezes, ao longo do processo psicoterápico sentimos dificuldade em dar sustentação aos momentos mais críticos e dolorosos, carregados de intenso sofrimento psíquico. Ainda que, ao longo de todo o processo terapêutico a paciente apresentasse, como já mencionado, um quadro clínico grave, com risco iminente de morte, na maioria das vezes era possível trabalhar questões emocionais importantes e, como ela mantinha preservadas suas funções cognitivas, que se expressavam como uma inteligência viva e marcada capacidade de introspecção, as experiências de *insight* também eram relativamente frequentes. Contudo, por volta do sétimo mês de atendimento, Sandra passou por um momento de reagudização dos sintomas e as possibilidades terapêuticas percebidas até então regrediram dramaticamente em algumas sessões. Os sintomas depressivos recrudesceram e aumentou a preocupação da equipe em relação a um eventual desfecho fatal. Nesse período de crise, a paciente, face a diversos problemas percebidos em seu cotidiano, apresentava forte desesperança: “Eu já não acredito mais que algo vai mudar. Nada vai mudar. Eu sou assim já faz tanto tempo, parece que é a minha essência, não dá pra mudar mais. É uma tristeza que não tem fim e que não dá nem um segundo de trégua. Eu já não aguento mais”.

Na sessão em que o excerto anterior foi enunciado, a paciente chorou pela primeira vez durante o tratamento e, diferentemente do seu comportamento habitual, permaneceu silenciosa durante boa parte da sessão. Considerando a centralidade apontada pela paciente em relação ao “ser” anoréxica, qualquer estado de intensa ansiedade culminava em graves consequências, agravando as alterações do comportamento alimentar e intensificando a distorção da imagem corporal:

Eu não tenho vontade de comer nem o pouco que eu vinha comendo. Estou me sentindo gorda, enorme! A vontade que eu tenho é de juntar o excesso que está sobrando e cortar com uma faca. Eu acho que desse jeito não vale a pena mais viver. Viver pra quê? Pra sofrer um tanto a cada dia? Melhor seria acabar com tudo isso de uma vez.

Diante da indisponibilidade momentânea da paciente sustentar a capacidade de reflexão e diálogo, a vivência contratransferencial experimentada pelo psicoterapeuta traduzia-se em intenso desconforto no decorrer dessas sessões. Predominava uma sensação percuciente de que havia um bloco maciço incrustado de sofrimento bem a nossa frente, impenetrável como uma fortaleza inexpugnável, utilizada como uma concha protetora. Por vezes, sentimos medo de que toda a desesperança esboçada anteriormente pudesse se concretizar em alguma atitude drástica, culminando no suicídio. Por diversas vezes nos deparamos com o claro limite do alcance de nossa atuação como psicoterapeuta e agente promotor de mudança.

Ao longo de algumas sessões, a apresentação de Sandra não apresentou modificação significativa. As queixas eram constantes, assim como a desesperança e a coloração sombria que rondava as sessões. Com o tempo, fomos percebendo que, apesar de todo sofrimento e dificuldades expressas em nossos encontros, Sandra continuava mantendo a assiduidade, e que o fato de ter o terapeuta ali para compartilhar daquele momento de dor parecia ser vivido por ela como algo bastante significativo. No entanto, em dado momento ela deixou de comparecer à psicoterapia por duas sessões consecutivas, sem qualquer comunicado ou justificativa para seu afastamento. Em tais períodos de ausência, foi difícil lidarmos com a aflição de não sabermos o que estava acontecendo e de não podermos estar pessoalmente ao lado dela.

Qual não foi a nossa surpresa ao vê-la de volta ao atendimento com uma apresentação muito melhor do que nos encontros anteriores. Sandra justificou sua ausência da psicoterapia pela dificuldade que sentia naquele momento de falar sobre o que estava se passando com ela e de entrar em contato mais direto com o próprio sofrimento. Esse período foi de intensa mobilização por parte da paciente que, com seus próprios recursos, tomou decisões e assumiu diversas iniciativas para mudar algumas situações que a estavam afligindo, tais como conversar com algumas colegas de faculdade e “desabafar” com professores. De alguma maneira, essas atitudes e os *feedbacks* que recebera das pessoas reacenderam em Sandra parte da esperança que havia se dissipado. Percebíamos que ela, novamente, se implicava em seus processos de adoecimento e cura.

Esse período de transição foi crucial para percebermos a dinâmica vivenciada em nossa experiência como terapeuta: ora nos sentimos onipotentes, no sentido de fantasiar a posse de algum “superpoder” que poderia “salvar” a paciente do próprio autoaniquilamento, ora nos sentindo impotentes por percebermos nitidamente as limitações que cercam o exercício de nosso singular ofício. Os atendimentos, após essa sessão, transcorreram mais tranquilamente e, mediante

profunda reflexão, concluímos que, entre os extremos da impotência e da onipotência, existem matizes e inúmeras possibilidades de desdobramentos da função desempenhada pelo terapeuta no contexto psicoterápico.

Ao final do primeiro ano de atendimento, Sandra fez uma profunda reflexão acerca de seu tempo de vida: “Eu fico pensando às vezes, no tempo que eu perdi na minha vida. Eu sinto que desde que comecei com o transtorno, a minha vida parou. Eu fiz poucas coisas, fiquei por conta de mim e o mundo parece que escapou pelas minhas mãos.”

Depois de um esforço ativo da parte do terapeuta em valorizar as mudanças obtidas durante essa etapa da psicoterapia, como o alcance das suas próprias reflexões sobre sua condição de vida, Sandra tece outra possibilidade de compreensão do início de seu transtorno, além do conflito familiar com o irmão:

Eu me lembro que quando eu fiz 30 anos eu me senti muito mal. Eu não estava satisfeita com a minha profissão, não me sentia valorizada. Eu não tinha tido nem um namorado sequer. A minha vida estava passando e eu me sentia ficando pra trás. E pra mim todo período próximo ao meu aniversário (o aniversário de Sandra estava próximo) é uma tortura. Eu já entrei na menopausa, não posso mais ter filhos e nem adotar eu posso. Como eu poderia cuidar de uma criança? Eu ainda não aprendi a cuidar de mim mesma...

### *O segundo ano de atendimento*

Desde a retomada das sessões de psicoterapia no início de 2011, após um recesso institucional relativamente longo, de cerca de dois meses, algo que de pronto nos surpreendeu foi a atitude favorável por parte de Sandra em relação à psicoterapia – muito diferente do que havíamos observado ao longo do ano anterior, em que se alternavam períodos de comparecimento com períodos recorrentes de faltas. A paciente aceitou a proposta de aumentar o número de sessões para duas vezes por semana. Percebíamos que, além da questão do estreitamento do vínculo, havia maior abertura para tocar em certos temas íntimos e permitir que surgissem alguns movimentos de integração na sessão que até então não haviam aparecido explicitamente.

A despeito de tantas mudanças significativas, que acenavam para uma inusitada motivação para o atendimento psicológico, o quadro clínico de Sandra voltou a ser motivo de preocupação para a equipe, sobretudo a partir dos resultados

de alguns exames realizados. Nesse sentido, visando à preservação da integridade da paciente, foi tomada a decisão de indicar a internação em uma unidade psiquiátrica de um hospital universitário da cidade. Decidimos, em comum acordo com a equipe daquele serviço, dar continuidade à psicoterapia, o que exigiu que o psicoterapeuta se deslocasse até o local para viabilizar a continuidade das sessões.

A psicoterapia no processo de internação foi um capítulo à parte na história do vínculo com a paciente. Nas primeiras sessões realizadas durante o período de hospitalização integral, Sandra se queixava bastante das condições impostas pela equipe multiprofissional, sobretudo em relação à constante vigilância em torno de sua alimentação e de suas ações (como acompanhá-la ao banheiro, por exemplo, para certificar que ela não desprezaria a dieta, ao induzir o vômito). Outra queixa recorrente era o regime mais rígido e inflexível em relação às visitas (isso implicou, naquele momento, em maior distanciamento em relação à mãe e ao irmão e, o que era mais sentido por ela, do sobrinho, filho do irmão). Mostrava-se inconformada com o fato de estar confinada naquele local, convivendo com pacientes que tinham outros distúrbios psiquiátricos e que apresentavam franca sintomatologia psicótica. Foram momentos de puro “desespero”, na descrição da paciente, em que a angústia sobrepujou qualquer possibilidade de controle racional que ela pudesse exercer sobre a situação.

Por diversas vezes chegou a falar que estava pensando em desistir de tudo, do tratamento – e, por consequência, da assistência psicoterapêutica prestada pelo serviço, já que não valia a pena suportar tanta dor. Nesses momentos de agudo desamparo, tentávamos mostrar-lhe outros vértices, de modo a fazê-la sentir-pensar sobre sua situação de forma ampliada, porém parecia muito difícil para ela escutar qualquer argumento. A revolta e a veemência do protesto pareciam ofuscar sua capacidade reflexiva.

Entretanto, de forma progressiva, a equipe adotou a estratégia de conceder “altas-licença” nos finais de semana e, posteriormente, por cinco dias na semana. Pensamos que esse processo gradual foi importante na recuperação de seu senso de autonomia, permitindo avanços significativos em sua reabilitação nutricional. Em suas palavras:

A internação foi mudando muito e eu fui mudando muito também. No começo era aquele monte de dieta enteral, eu não saía de alta-licença. Daí eu comecei a sair nos fins de semanas, quando eu ia pedindo eles iam deixando, as dietas foram diminuindo. É, foi um processo. E eu acho que eu não conseguiria suportar se fosse de uma vez! Ainda bem que está sendo gradual assim.

Aos poucos, Sandra foi confrontada com a realidade de ter que cuidar de si mesma em casa e surpreendeu o terapeuta ao relatar que vinha conseguindo manter o autocuidado de um modo que até então não conhecia. Referia estar se alimentando mais, ingerindo inclusive alimentos sólidos, hábito que havia abolido havia anos. Referia estar muito disposta a tentar se alimentar mais.

Paralelamente a essa faceta mais empenhada e comprometida com o atendimento, várias dificuldades se mantiveram. Ao longo da internação, Sandra ganhara cerca de sete quilogramas e, no processo de retomar gradualmente sua rotina, sentia-se muito incomodada ao perceber que algumas de suas roupas já não estavam servindo mais em seu corpo, o que, de acordo com ela, precipitava novas e intensas angústias. Nas primeiras altas-licença, dizia ter muita dificuldade em manter, no ambiente doméstico, os planos que havia construído nas temporadas no hospital, pois tinha dificuldade em sair de casa:

Não me sinto bem com o meu corpo. Por mais que eu esteja tentando me alimentar, cuidar de mim, eu vejo o meu rosto redondo, a minha perna grossa, minha barriga saliente. E tem aquilo, né, de sair na rua e as pessoas comentarem [que ela está diferente, que parece melhor], daí vão comentar alguma coisa e eu não vou gostar.

Aos poucos, Sandra foi se sentindo mais apta a voltar à sua rotina extra-hospitalar e isso também gerava ansiedade, como expresso no seguinte excerto:

Eu sinto que agora eu já estou encaminhando pra uma alta definitiva. Estou me sentindo mais perto da porta [riso]. Ah... dá uma mistura de felicidade com medo. Eu fico pensando, né, nesse tempo que eu fiquei aqui. Não sei. Parece uma redoma de vidro que colocaram em volta de mim. E que agora eu tenho que romper pra voltar a tomar conta da minha vida. Eu não estou pensando só em sair agora, sabe? Eu estou enxergando além.

Mesmo percebendo que havia recuperado peso, dizia que acreditava que conseguiria preservar aquele novo padrão de alimentação e manter o peso em que estava. Nesse momento, pôde reavaliar o que havia significado, para ela, o processo de internação, olhando também para os desafios que teria que enfrentar ao retornar à sua rotina anterior. Isso fica explícito no seguinte relato:

É, mas é tão difícil. Nossa, como mudou a minha visão do tratamento desde o começo. [...] Ah, eu percebi que o tratamento não é isso, né, de

medicação e tudo mais. É algo que ajuda sim, me ajudou a me organizar. Antes eu achava que o único jeito seria alguém tirar com a mão o que eu estava sentindo. Agora eu sei que não. Sou eu que sou a responsável por isso. Eu posso contar com o apoio, com a ajuda, mas sou eu mesma. E eu sei que o desafio não acaba quando eu sair daqui não, e que continua lá fora, todos os dias.

Acreditamos que, com esse penoso, porém produtivo processo de autocohecimento, Sandra não vivenciou apenas os sentimentos de privação do cuidado de si mesma, o afastamento do lar, da família e dos estudos. Ela também pôde conquistar e aceitar a condição de ser cuidada em um momento de intensa fragilidade, ao se deparar com os limites daquilo que ela realmente poderia controlar em sua vida – e, principalmente, do que poderia ser seu projeto existencial, como aponta Kohlrausch (2000). Particularmente, pensamos que a psicoterapia durante a internação hospitalar foi de grande importância para definir esse caráter diferenciado que o processo adquiriu na vida de Sandra naquele momento. Uma evidência disso é a quantidade de internações pelas quais ela já havia passado, muitas delas inclusive na mesma instituição hospitalar, mas que não alcançaram o mesmo ganho terapêutico. Nesse caso, pensamos que a psicoterapia não somente apoiou processos de mudança de Sandra em dimensões significativas de sua vida, como alimentação e autocuidado, mas também favoreceu que a internação e as relações pessoais constituídas nesse contexto fossem mais produtivas e transformadoras e não somente aversivas como antes.

Após quase três meses de internação, no fim de junho, Sandra recebeu alta definitiva e o contato psicoterápico foi mantido, com os atendimentos retornando ao *setting* anterior.

### *O (re)encontro do novo e a reconstrução do setting terapêutico*

Após sair da internação, Sandra não teve uma falta sequer nas sessões de psicoterapia até o final daquele ano. Essa mudança, em termos gerais, pode ser atribuída a maior valorização do espaço terapêutico (questão explicitamente abordada em nossas conversas) e maior apreciação da capacidade de se autocuidar, o que, em última análise, implica maior valorização de si mesma.

Após a alta hospitalar, os atendimentos voltaram a ocorrer no local de costume (clínica institucional), o que, por si só, já representou uma diferença considerável no *setting* terapêutico. Essa modificação vem na esteira de outras mudanças significativas que ocorreram nesse período: ela não mais seria suprida

24 horas por dia de tudo aquilo que necessitava (atenção dos profissionais de saúde, dieta especial e dosificada, medicação controlada, disponibilidade regular de cuidadores, um espaço terapêutico permanente). Doravante, ela teria que caminhar com as próprias pernas e buscar ativamente os recursos para suprir suas necessidades físicas e psíquicas. Isso por si só já representava uma guinada extraordinária na forma de se cuidar, ao mesmo tempo que significava um desafio, já que implicava em maior responsabilização e ganho gradual de autonomia. Nesse período, ela manteve sua alimentação de forma parecida com o hábito que havia adquirido no período de internação e pôde tolerar, de forma considerável, ainda que com enormes dificuldades, o novo período de recesso do serviço e a suspensão das sessões de terapia durante o mês de julho.

Seguiu-se um longo período permeado por uma série de atitudes ambivalentes em sua vida. De modo consciente, não queria retroceder em seus hábitos alimentares, todavia o gesto de comer ainda mobilizava intensa culpa; não queria ficar o tempo todo sendo “supervisionada” pela mãe, sentindo-se “grudada” a ela, mas se afastar de casa, ir para muito longe, ainda soava como uma possibilidade um tanto quanto ameaçadora, pois implicava no rompimento daquilo que ela acreditava ser o vínculo mais sólido em sua vida – seu relacionamento simbiótico com a mãe –, culminando em sentimentos de medo, ansiedade e culpa por “abandoná-la”. Não faltava a uma sessão sequer na psicoterapia, mas se entregar àquela experiência emocional também parecia ser uma atitude perigosa. Essas oscilações eram constantes e apareciam tematizadas, de forma reiterada, em nossos encontros. Isso foi dimensionado em algumas sessões mediante o uso da metáfora “ensaiar voos”, a partir da qual a paciente reconhecia sua percepção de poder e querer voar, seguida por um medo intenso de não conseguir se sustentar no ar e, então, cair vertiginosamente das alturas, sem rede de proteção que pudesse amortecer a queda. De qualquer modo, seus próprios recursos eram constantemente revisitados e valorizados, ainda que não aproveitados plenamente no processo de reconstrução identitária.

Nesse período, foi muito interessante o trabalho em torno das fantasias ativadas em relação ao término do contato psicoterapêutico. Meses antes da separação anunciada, em função de nossa necessidade iminente de mudança de cidade que se daria no final daquele ano, já conversávamos sobre a perspectiva de encerrarmos o vínculo terapêutico. Com efeito, ela pôde falar, de forma bastante explícita, sobre os medos que tinha em relação a esse fim e às inseguranças geradas por essa perspectiva de encerramento da relação terapêutica. Por vezes, ela mostrou não confiar que poderia aceder a seus próprios recursos caso fosse privada dos frequentes encontros com o terapeuta. Nesses momentos de incerteza,

parecia acreditar que o que conseguira nesses dois anos de trabalho se deu graças e exclusivamente à presença do terapeuta. Nossas conversas giravam em torno de seu protagonismo, no intuito de responsabilizá-la pela possibilidade de fazer desse vínculo algo criativo e fecundo, e também pelas tentativas de se relacionar de forma construtiva com o outro sem que necessitasse se submeter incondicionalmente a ele o todo o tempo, em todas as situações.

Além disso, nossos diálogos versavam sobre como ela conseguira utilizar em sua vida muito do que havíamos vivenciado na psicoterapia, de modo a se fortalecer diante da possibilidade de aproveitar os aportes dos recursos subjetivos produzidos a partir desse vínculo. Falávamos da possibilidade de ela conservar e cuidar do que fora construído “dentro dela” – e que ela levaria consigo após o término do vínculo – e de poder usar dessa experiência inclusive na construção de outros vínculos que ainda estavam por vir. Logicamente, sua percepção madura sobre essa situação não se dava de maneira uniforme e constante, variando muito de acordo com o momento. Em certas ocasiões, mostrava-se bastante apta a encontrar recursos próprios para lidar com essa separação iminente. Utilizou frequentemente da memória de outros encerramentos de vínculos terapêuticos que vivenciara anteriormente, de como ela, afinal, conseguira lidar com essa situação e como essas lembranças ainda a constituíam e faziam parte da sua vida, de forma a ajudá-la a enfrentar novos desafios no seu dia-a-dia. Desse modo, conseguiu, em muitos momentos, resgatar possibilidades de lidar com as adversidades e frustrações inerentes ao viver.

Percebemos que ela não estava boicotando as possibilidades de vivenciar até o último momento as implicações positivas desse contato. Sua assiduidade se manteve e a valorização do espaço de cuidado de si também. Ela conseguia falar do nervosismo que sentia pelo “fim iminente”, fazendo uma espécie de contagem regressiva a cada encontro. Trabalhamos também as fantasias que emergiram em relação ao “novo terapeuta” que a instituição lhe facultaria no ano seguinte. Sandra parecia disposta a tentar admitir um novo vínculo e, de certo modo, aceitou bem as condições da realidade dessa separação. Pareceu conseguir, em boa parte das vezes, utilizar da própria experiência para encarar desafios no futuro próximo.

Muitas das dificuldades que a paciente apresentara no início do nosso contato se mantiveram. No entanto, acreditamos que a capacidade de olhar pra essas dificuldades e a forma de utilizar alguns recursos internos para lidar com os impasses tenha passado por significativa mudança, no sentido de que ela podia confiar mais em suas potencialidades e acreditar em sua capacidade de lidar com outros impasses que poderiam surgir nos momentos de adversidade. O importante é que o impacto de tais mudanças pudesse ser compreendido e valorizado por

Sandra, que pareceu estar mais próxima e consciente do seu processo singular de desenvolvimento.

Segundo Canguilhem (2005, p. 63), “o homem é aberto à doença não por uma condenação ou por uma sina, mas por sua simples presença no mundo”, sendo a saúde, antes de mais nada, uma conquista, pois “é a unidade espontânea das condições de exercício da vida”. A “doença”, vista sob essa ótica, deixa de ser uma entidade reificada ou essencializada para se transformar no resultado da ação do homem que integra todas as dimensões de sua condição humana. Nessa perspectiva, o mundo deixa de ser considerado como algo dado e pronto para ser conhecido, e passa a ser concebido em seu movimento vital, no qual acontecimentos atuais são parte da construção de seu curso posterior. Como consequência dessa desnaturalização do mundo, as práticas humanas, inclusive as práticas assistenciais em saúde, são compreendidas como constitutivas do próprio mundo conhecido, compondo permanentemente os fenômenos aos quais se remetem (González Rey, 2007).

## Considerações finais

O propósito deste estudo foi discutir aspectos do percurso psicoterapêutico realizado com uma mulher diagnosticada com NA, no intuito de favorecer reflexões sobre a prática assistencial no universo dos TAs. Nesse sentido, abordamos o manejo terapêutico de uma paciente atendida em contexto institucional cujo quadro clínico seguiu um curso crônico, resultando em marcado prejuízo em seu desenvolvimento psicoafetivo. O caso clínico foi destacado por sua relevância clínica e suas implicações terapêuticas, permitindo pôr em evidência os limites e alcances da psicoterapia psicodinâmica como estratégia de tratamento no acompanhamento de pacientes com AN.

Desde o princípio do contato terapêutico, acompanhou-nos a perplexidade diante dos rumos que a relação terapêutica poderia tomar frente à condição de uma paciente que havia anos apresentava um quadro grave, crônico e incapacitante. Por vezes, percebemos em nós certo medo de que o estado físico da paciente se deteriorasse ainda mais, mediante as vivências intensas mobilizadas durante as sessões. No entanto, foi ficando clara a necessidade de tolerar o não-saber e a insegurança provenientes de uma realidade que ainda não estava dada – e muito menos determinada. Nesse sentido percebemos que, no contato com um mundo interno caótico, é preciso “criar o caminho” na construção do espaço terapêutico. Essa construção é sempre baseada em um vínculo que se forma e se transforma

não apenas a cada encontro concreto, mas sempre que sentimos em nossa própria história a ressonância de cada encontro vivenciado com a paciente.

Com a conquista, ainda que sempre parcial e provisória, do desafio de sustentar o espaço terapêutico, é possível conseguir instalar uma forma de contato empático e autêntico e, a partir do vínculo estabelecido, buscar alternativas que permitam ultrapassar alguns limites presentes. De acordo com Nava (2005), a empatia não se refere apenas às ressonâncias afetivas entre o eu e o outro, envolve também a representação explícita da subjetividade do outro e o respeito à alteridade. Somente podemos alcançar essa condição se, de fato, estivermos preparados e fundamentalmente dispostos a nos abirmos para a dimensão surpreendente que emerge do encontro terapêutico.

As considerações tecidas neste estudo não pretendem ser conclusivas no sentido de esgotarem possibilidades interpretativas acerca do processo terapêutico. Assim, ressaltamos a relevância de limitar essas considerações ao contexto de sua produção, tendo em vista a condição sempre parcial e provisória do conhecimento clínico obtido a partir de um processo de produção humana no qual os sentidos se renovam permanentemente, estampando a marca ineludível da incompletude humana.

## Referências

- American Psychiatric Association. (2011). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Washington, DC: Author. Recuperado em 2 jan., 2011, de <[http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc\\_12.aspx](http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_12.aspx)>.
- Andrade, T. F., & Santos, M. A. (2009). A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 12(3), 454-468.
- Baptista, A. P., & Pandini, E. V. (2005). Distúrbios alimentares em frequentadores de academia. *Revista Digital Efdeportes*, 10(82), 1-1. Recuperado em 4 ago., 2014, de <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1105423>>.
- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2001). Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(3), 383-391.
- Bleger, J. (2011). *Temas em psicologia: entrevista e grupos*. Trad. R. M. M. de Moraes. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1980)
- Borges, N. J. B. G., Ribeiro, R. P. P., Marchini, J. S., & Santos, J. E. (2006). Transtornos alimentares: quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 340-348.
- Canguilhem, G. (2005). *Escritos sobre a medicina*. Trad. V. A. Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

- Freud, S. (1996). A dinâmica da transferência. In S. Freud [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XII. Trad. J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- González Rey, F. L. (2007). *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural*. Trad. G. M. Gamucio. São Paulo: Thomson.
- Gorgati, S. B., Holcberg, A. S., & Oliveira, M. D. (2002). Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 44-48.
- Goulart, D. M., & Santos, M. A. (2012). Corpo e palavra: grupo terapêutico para pessoas com transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 17(4), 607-617.
- Gowers, S., & Bryant-Waugh, R. (2004). Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45(1), 63-83.
- Klein, M. (1991). As origens da transferência. In M. Klein [Autor], *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (p. 71-80). Trad. L. P. Chaves. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1952).
- Klein, M. (2006). Inveja e gratidão. In M. Klein [Autor], *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)* (p. 207-267). Trad. B. H. Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1957).
- Kohlrausch E. R. (2000). *A internação psiquiátrica hospitalar: desvelando os significados deste mundo vivido*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (2001). *Vocabulário da psicanálise* (4. ed.). Trad. P. Tamen. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1982).
- Leonidas, C. & Santos, M. A. (2014). Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 915-927. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S60735>
- Leonidas, C. & Santos, M. A. (2015). Family relations in eating disorders: the genogram as instrument of assessment. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1435-1447.
- Lewis, A. J., Dennerstein, M., & Gibbs, P. M. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy: review of recent process and outcome studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(6), 445-455.
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *The International Journal of Psychoanalyse*, 85(3), 841-868.
- Lima, M. A. C. (2012). Anorexia e melancolia. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 15(2), 251-264.
- Mezan, R. (1998). *Escrever a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Miranda, M. R. (2007). Em busca das palavras perdidas: corpo-carcereiro da mente nos distúrbios alimentares. *Ide*, 30(45), 28-34.

- Moreira L. A. C., & Oliveira I. R. (2008). Algumas questões éticas no tratamento da anorexia nervosa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 161-165.
- Moura, F. E. G. A., Santos, M. A., & Ribeiro, R. P. (2015). A constituição do vínculo mãe-filha e sua relação com os transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 32(2), 233-247.
- Nava, A. S. (2005). Empatia e grupanálise: uma abordagem integradora. *Revista da SPAGESP*, 6(2), 1-18.
- Nunes, M. A., Appolinario, J. C., Galvão, A. L., & Coutinho W. (2006). *Transtornos alimentares e obesidade* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina* (Ribeirão Preto), 39(3), 353-360.
- Oliveira-Cardoso, E. A., & Santos, M. A. (2012). Avaliação psicológica de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: indicadores do Método de Rorschach. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(1), 159-174.
- Oliveira-Cardoso, E., Von Zuben, B. V., & Santos, M. A. (2014). Quality of life of patients with anorexia and bulimia nervosa. *Demetra: Food, Nutrition and Health*, 9(Supl. 1), 329-340.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2005). Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em Psicologia. *Interações: Estudos e Pesquisa em Psicologia*, 10(20), 109-126.
- Rocha T. A. H. (2007). *Anorexia nervosa: abordagem terapêutica*. Trabalho apresentado para obtenção de créditos na disciplina de Transtornos Alimentares, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.
- Sato, M. M. Z. F. (2010). *Relações entre transferência e contratransferência na constituição da posição do analista*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Santos, M. A. (2007). Psicoterapia psicanalítica: aplicações no tratamento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. *SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 3(1). Recuperado em 15 ago., 2015, de <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v3n1/v3n1a06.pdf>>.
- Santos, M. A., Scorsolini-Comin, F., & Gazignato, E. C. S. (2014). Aconselhamento em saúde: fatores terapêuticos em grupo de apoio psicológico para transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 31(3), 393-403.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2012). Psicoterapia como estratégia de tratamento dos transtornos alimentares: análise crítica do conhecimento produzido. *Estudos em Psicologia* (Campinas), 29(1), 851-863.
- Scorsolini-Comin, F., Souza, L. V. E., & Santos, M. A. (2010). A construção de si em um grupo de apoio para pessoas com transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 27(4), 467-478.

- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2001). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 28(4), 501-510.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2006). A família e os transtornos alimentares. *Medicina* (Ribeirão Preto), 39(3), 403-409.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2007). *Anorexia e bulimia: conversando com as famílias*. São Paulo: Vetor.
- Souza, L. V. & Santos, M. A. (2013a). Quem é o especialista? Lugares ocupados por profissionais e pacientes no tratamento dos transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia* (Natal), 18(2), 259-267.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2013b). Proximidade afetiva no relacionamento profissional-paciente no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 18(3), 395-405.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2014). Transtorno alimentar e construção de si no relacionamento profissional-usuário. *Psicologia & Sociedade*, 26(2), 506-516.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2015). Histórias de sucesso de profissionais da saúde no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 528-542.
- Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2013). Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(1), 71-88.
- Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., Peres, R. S., & Santos, M. A. (2013). Influência familiar na anorexia nervosa: em busca das melhores evidências científicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(3), 225-233.
- Weinberg, C., & Berlinck, M. T. (2010). A hiperatividade das anoréxicas: uma defesa maníaca? In A. P. Gonzaga, & C. Weinberg (Orgs.), *Psicanálise de transtornos alimentares* (p. 102-119). São Paulo: Primavera Editorial.
- Winnicott, D. (2000). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In D. Winnicott [Autor], *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Trad. D. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1954)
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e método*. Trad. D. Grassi. Porto Alegre: Artmed.
- Zerbe, K. J. (2001). The crucial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 305-313.

Recebido em 13 de agosto de 2014

Aceito para publicação 01 de outubro de 2015



## O LUGAR DA TOXICOMANIA NA ECONOMIA DA DOR PSÍQUICA

*THE PLACE OF DRUG ADDICTION IN THE ECONOMY OF PSYCHIC PAIN*

*EL LUGAR DE LA TOXICOMANÍA EN LA ECONOMÍA PSÍQUICA*

*Patricia Rutsatz\**

*Mônica Medeiros Kother Macedo\*\**

### RESUMO

A problemática do abuso de substâncias lícitas e ilícitas vem assumindo proporções preocupantes no âmbito mundial. O Brasil enfrenta profundas dificuldades relativas ao fomento e à aplicação de soluções efetivas para o fenômeno da toxicomania. Desde a perspectiva psicanalítica, o recurso ao tóxico pode ser entendido como uma das possíveis saídas humanas buscadas para o alívio da dor psíquica. O cenário contemporâneo evidencia, frequentemente, o recurso compulsivo à intoxicação como uma forma precária de enfrentar o mal-estar. A compulsão pelas drogas, aliada a esta leitura que problematiza o mal-estar na atualidade, explicita os frágeis recursos do Eu para um enfrentamento da dor no campo intrapsíquico. Esta revisão narrativa, a partir de aportes teóricos, buscou abordar a relação entre a toxicomania e as modalidades de economia psíquica predominantes na sociedade contemporânea. Para tanto, foram retomados os conceitos freudianos de “experiência de satisfação” e “experiência de dor” como vivências constitutivas do humano. Explora-se a intensidade traumática que dá a essas experiências um caráter predominantemente destrutivo na estruturação do Eu e em seus investimentos psíquicos.

Palavras-chave: toxicomania; dor psíquica; excesso traumático; condições do Eu.

---

\* Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

\*\* Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

**ABSTRACT**

The issue of legal and illicit substance abuse is assuming alarming proportions. Brazil faces profound difficulties relating to the promotion and implementation of effective solutions regarding the challenge of drug addiction. From a psychoanalytic perspective, the use of toxic substances can be understood as a possible human means of relieving psychic pain. The contemporary scenario shows repetitive compulsive use of intoxication as a poor way to tackle the problem. The compulsion for drugs, coupled with this reading that discusses the psychic pain nowadays, explains the fragile resources from the self to process the pain in the intrapsychic field. This narrative review, from theoretical contributions, seeks to address the relationship between drug abuse and forms of psychic economy prevalent in contemporary society. As such, the Freudian concepts of “satisfaction experience” and “pain experience” as constitutive human experiences are revisited. They explore the traumatic intensity given these experiences of predominantly destructive character in the structuring of self and its’ psychic investment.

Keywords: substance abuse; psychic pain; traumatic excess; I conditions.

**RESUMEN**

La problemática del abuso de sustancias lícitas y ilícitas se muestra cada vez más en proporciones preocupantes en todo el mundo. El Brasil enfrenta profundas dificultades relacionadas con el fomento y la implementación de soluciones efectivas al fenómeno de la adicción. Desde una perspectiva psicoanalítica, el recurso al tóxico puede ser entendido como una de las posibles salidas humanas buscadas para el alivio del dolor psíquico. El escenario contemporáneo prueba, con frecuencia, el recurso compulsivo para la intoxicación como una forma precaria de enfrentar el malestar. La compulsión por las drogas, junto con esta lectura que trata sobre el malestar de hoy, muestra los recursos frágiles del Yo para el afrontamiento del dolor en el campo intrapsíquico. Esta revisión narrativa, desde aportaciones teóricas, buscó abordar una relación entre la toxicomanía y las modalidades de la economía psíquica predominantes en la sociedad contemporánea. Así, conceptos freudianos de la “experiencia de satisfacción” y la “experiencia del dolor” fueron reanudados como vivencias constitutivas del humano. Se investiga la intensidad traumática que da para estas experiencias un carácter de predominante destrucción en la estructuración del Yo y en sus investimentos psíquicos.

Palabras clave: toxicomanía; dolor psíquico; exceso traumático; condiciones del Yo.

## Introdução

Sabe-se que a utilização de substâncias consideradas tóxicas consiste em uma prática realizada por diversos povos e culturas em diferentes momentos históricos. No entanto, segundo estudiosos entre os quais Birman (2012), Le Poulichet (2005) e Ribeiro (2009), observam-se, atualmente, proporções alarmantes no uso de drogas, o que convoca os estudiosos a fomentarem reflexões que possam contribuir para estudo e intervenção diante dessa problemática. Logo, a Psicanálise também é convocada a contribuir para os interrogantes desse tema.

O Relatório Mundial sobre Drogas de 2012, elaborado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2012) estima que cerca de 230 milhões, ou 5% da população adulta mundial, utilizaram alguma droga ilícita pelo menos uma vez em 2010. Nesse Relatório também consta que os usuários problemáticos de drogas, principalmente as pessoas dependentes de heroína e cocaína, totalizam cerca de 27 milhões, ou seja, 0.6% da população adulta mundial. Por sua vez, o Relatório de 2013 salienta o surgimento incessante de novas substâncias psicoativas, muitas delas lícitas e vendidas na Internet sem que ocorra nenhum controle sobre elas, um crescimento significativo no abuso de medicamentos de prescrição médica e, também, de novas drogas sintéticas (UNODC, 2013).

Conforme o último Relatório Mundial sobre Drogas realizado no Brasil em 2009, juntamente com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, o Brasil e a Argentina constituem o maior mercado de consumo de cocaína da América do Sul, sendo que apenas no Brasil o número de usuários aproxima-se de 900 mil. O consumo de opiáceos também apresentou índices elevados no país, com aproximadamente 640 mil consumidores abusivos da substância (UNODC, 2010).

De fato, os dados evidenciam o impacto destrutivo que a proliferação do consumo de drogas apresenta na sociedade contemporânea e incitam indagações sobre os determinantes culturais e subjetivos implicados nessa problemática. As circunstâncias culturais do consumo de drogas sofreram importantes modificações ao longo da História, sendo que na atualidade essa problemática alcançou uma categoria epidêmica com graves consequências para a sociedade (Birman, 1999; Ribeiro, 2009).

No Ocidente, de acordo com Birman (1999), o consumo de drogas esteve relacionado ao advento da cultura grega e somente a partir dos séculos XIX e XX o consumo foi aumentando progressivamente, porém sem trazer prejuízos maiores até os anos 1950. Segundo o autor, o início da década de 1960 sinalizou uma

mudança significativa nos hábitos relativos ao consumo de drogas. E, em função do movimento da contracultura, as drogas passaram a ocupar um lugar de destaque, associadas à subversão estética da existência. Entretanto, conforme o autor, a difusão social do consumo de drogas foi efeito do processo de criminalização, que teve no narcotráfico sua potência máxima. Dessa forma, para Ribeiro (2009) houve importante transformação no uso de drogas com o advento da ciência e a disseminação da ideologia liberal própria do discurso capitalista. A autora situa os tóxicos na categoria de *gadgets*, termo inglês que caracteriza invenções forjadas pela ciência, sem muita utilidade, mas que têm o efeito de distrair os sujeitos, oferecendo-lhes formas de uma ilusória recuperação da satisfação pulsional.

Nessa direção, Melman (1992) sustenta que o fenômeno da toxicomania é um *sintoma social*, por estar associado ao discurso dominante na lógica contemporânea. O discurso decorrente dessa lógica privilegia não o sujeito, mas o indivíduo consumidor, aquele que apela compulsivamente para objetos que prometem a manutenção de um estado ideal de completude. O padecimento do toxicômano, a partir dessa perspectiva, está calcado no ideal consumista que rege a sociedade contemporânea, pois, também, elege-se, via objeto-droga, um objeto que promete a satisfação plena. Nesse âmbito, compreende-se o consumo abusivo de entorpecentes como uma questão psíquica, mas também atrelada a demandas do contexto social.

Na perspectiva psicanalítica, a construção do psiquismo ocorre no entrelaçamento entre a pulsão e a cultura, o que situa a subjetividade sempre articulada com o social. No texto “Mal-estar na civilização”, Freud (1930/1996) afirma que o desenvolvimento da civilização e a estruturação do psiquismo impõem sacrifícios à sexualidade e à agressividade constituintes do humano e, dessa maneira, geram um mal-estar. O autor aponta o consumo de drogas como uma das possíveis saídas humanas buscadas para o alívio da angústia e da dor provocadas pelas renúncias impostas ao sujeito em benefício da vida na civilização. Os seres humanos, diante das exigências civilizatórias, vivenciam um estado de mal-estar que pode assumir uma dimensão insuportável, levando à busca de medidas paliativas para atenuá-lo (Freud, 1930/1996). O tóxico representa, assim, uma forma de anestesiá-lo e evitar a dor psíquica. Essa relação permite interrogantes sobre as condições do mal-estar atuais e situa o problema das drogas como elemento imprescindível nas reflexões a respeito das expressões contemporâneas de dor psíquica.

Conforme diz Birman (2012), vive-se uma cultura das drogas, sendo o recurso à intoxicação uma resposta, bastante frequente, ao mal-estar na contemporaneidade. Ao abordar o processo de produção social das toxicomanias pelas vias

da medicalização psiquiátrica e do mercado de drogas pesadas, o autor questiona as condições da ética na sociedade atual. Segundo o autor, existe, atualmente, extrema medicalização das experiências humanas e a prática médica assume, cada vez mais, uma versão técnica, na qual o clínico não acolhe mais psiquicamente os pacientes, mas, sim, se concentra em aliviar o desamparo destes. Assim, a descoberta dos psicofármacos revelou-se um recurso poderosíssimo na regulação do sofrimento psíquico. Diante de qualquer afeto desagradável, o autor diz que os clínicos passaram a prescrever psicofármacos com o intuito de evitar qualquer sofrimento psíquico. Assim sendo, nessas modalidades de uso de substâncias lícitas ou ilícitas, o recurso às drogas é tomado pelo sujeito como algo promissor, como um meio altamente potente de evitar o sofrimento e de alcançar um estado pleno de gozo. Logo, a função do tóxico na economia psíquica nessas circunstâncias é a de anestesiá-lo diante do conflito psíquico e da dor psíquica. Nessa direção, Birman (2012) relata que o recurso às drogas apresenta-se como resposta ao mal-estar da atualidade, constituindo-se tanto como sintoma social na cultura contemporânea, quanto como um sintoma em relação ao enfrentamento da dor de existir. Para ele, as antigas modalidades de sofrimento centradas no conflito psíquico cedem, agora, espaço para a emergência de uma modalidade de mal-estar que se evidencia como dor, inscrevendo-se nos registros do corpo, da ação e das intensidades. A compulsão pelas drogas, aliada a essa leitura que relaciona o mal-estar do sujeito com a intensidade e a ação, explícita, via repetição incansável da busca de um objeto-droga, os poucos recursos do Eu para um enfrentamento da dor no campo intrapsíquico. A ação se sobrepõe como forma de dar vazão às intensidades. Percebe-se, então, que a intensidade própria ao mal-estar na atualidade denuncia, particularmente, o enfraquecimento das referências simbólicas que delimitam o campo do desejo e aponta para a premência do registro do corpo e da ação para evidenciar o que concerne à dor. Nesse sentido, Birman (1999) destaca que as toxicomanias, como perturbações psíquicas e como epidemia, perdem qualquer inserção simbólica, histórica e religiosa e funcionam como padecimentos da ordem do gozo, porque este não é interdito pela linguagem e pela simbolização dos limites. Essas questões incitam reflexões sobre a cultura atual, pois é inegável o predomínio de formas de busca, pelo sujeito, de objetos que estão mais regidos pela lógica da destrutividade e pelo risco à vida.

Conforme Berlinck (1999), o consumo abusivo de drogas ocorre sem que haja um correspondente esforço de pensamento e entendimento do que se passa com o sujeito. Dessa maneira, assim como as ciências sociais têm sido chamadas a abordar essa temática, a Psicanálise também é convocada no sentido de aportar reflexões e compreensões do papel do tóxico na vida psíquica do sujeito. Diante

dessas questões, e reconhecendo as diversas e dramáticas consequências que o consumo de tóxicos contempla, optou-se por explorar neste artigo as contribuições que a Psicanálise apresenta ao articular as demandas da cultura, o sujeito psíquico, a experiência de dor e a toxicomania. Trata-se, portanto, de investigar o lugar que a toxicomania tem ocupado na economia da dor psíquica na sociedade contemporânea. Sem dúvida, a Psicanálise não pode se furtar a estender o olhar e refletir sobre fenômenos que denunciam a dor psíquica nas precárias condições de um sujeito habitar o mundo que não seja via recuso tanático ao tóxico. Desse modo, considerando-se o cenário epidêmico do consumo de drogas na atualidade, destacando-se a fragilidade psíquica como marca predominante nas subjetividades contemporâneas e tomando o recurso às drogas com forma frequente na busca de atenuar ou extinguir a condição de sofrimento, busca-se, neste artigo, problematizar questões relativas ao sujeito toxicômano e sua complexa relação com a dor psíquica. Para tanto, torna-se fundamental retomar os conceitos de experiência de satisfação e de experiência de dor como constitutivas do humano e explorar as contribuições da Psicanálise quando o excesso vivido danifica a estruturação do Eu e seus investimentos psíquicos.

## **A experiência de dor e suas vicissitudes psíquicas**

A vivência de dor tem grande importância para a teoria psicanalítica por estar relacionada ao processo de constituição psíquica. Trata-se de um fenômeno complexo e enigmático que pode revelar diferentes desdobramentos nas possibilidades de investimento da economia psíquica de um sujeito.

Em “Projeto para uma psicologia científica”, Freud (1895/1996) inaugura suas concepções sobre a dor psíquica ao postular duas experiências fundantes do aparelho psíquico: a experiência de satisfação e a vivência de dor. Ambas são caracterizadas por um elevado estado de tensão e uma exigência de descarga psíquica que deixa marcas permanentes no aparelho psíquico. Nesse texto, Freud, ao abordar a experiência de satisfação, revela a condição de desamparo e dependência absoluta em que o ser humano vem ao mundo. O recém-nascido é incapaz de pôr fim ao excesso de excitação que suas necessidades corporais provocam, então o alívio de tensão só pode ser obtido através da ação específica, ou seja, com a ajuda de um semelhante. É a intervenção desse outro humano que leva ao registro da experiência de satisfação.

A partir desse momento, a experiência de satisfação fica associada à imagem do objeto e ao movimento que permitiu a descarga. Em consequência dessa

associação, surgirá, imediatamente, um impulso psíquico que procurará reinvestir a imagem mnêmica do objeto, reproduzindo a situação de satisfação original, agora em um processo alucinatório. Garcia- Roza (1998) ressalta que a intervenção alheia propicia, além da satisfação pulsional, uma troca simbólica e, conseqüentemente, há um progressivo registro dessa troca em uma ordem simbólica. Ao ser capaz de decifrar e significar as experiências iniciais, esse outro vem ocupar um lugar vital no psiquismo do bebê, que é incapaz de metabolizar as intensidades externas e internas sem ajuda exterior.

Já a experiência da dor, considerada por Freud (1895/1996) uma experiência fundante do psiquismo, remete a intensidades que desarticulam e excedem, rompendo as condições de contenção e ligação do aparelho psíquico. Para o autor, a experiência de dor consiste em uma invasão excessiva de grandes quantidades no psiquismo, sendo que os dispositivos de proteção psíquicos não conseguem resistir a essa ordem elevada de quantidades. A dor provoca no aparelho psíquico o aumento de tensão que é sentido como desprazer, produzindo uma tendência à descarga. Essa experiência produz, também, a facilitação entre a tendência à descarga e a imagem-lembrança do objeto que provocou a dor. Assim, além da quantidade, a dor possui a qualidade que é dada pelo sentimento de desprazer, e o aparelho psíquico tem a mais decidida propensão a fugir dela.

As experiências de satisfação e de dor são constitutivas do aparelho psíquico e propiciam a formação do Eu. O Eu surge, nesse momento da obra freudiana, como elemento que inibe ou adia o processo de descarga da tensão por meio de um processo de ligação, ou seja, de sua capacidade de transformar a energia livre em energia ligada. Por meio desse recurso, o Eu introduz o teste de realidade que revela a precariedade da alucinação enquanto possibilidade de solução para a tensão psíquica. A inibição proporcionada pelo Eu possibilita novas formas de investimentos, introduzindo o processo secundário e proporcionando critérios de diferenciação entre a percepção e a recordação. Essas aquisições psíquicas são fundamentais para realizar o processo de descarga de novas maneiras. Quando a percepção e o registro mnêmico não coincidem e a demanda biológica não pode ser satisfeita, o Eu começa a desenvolver a capacidade judicativa e, conseqüentemente, o pensamento, complexizando os recursos do aparelho psíquico. A ausência do objeto de satisfação, em alguma medida, faz com que o Eu se depare com a vivência de dor e com a insatisfação, conseqüência do aumento das intensidades pulsionais não descarregadas. Entretanto, é justamente o não encontro com esse objeto, a condição de falta deste, que proporciona ao Eu o acesso à construção da condição de pensar e de criar, secundariamente, vias colaterais que levam à complexização necessária e não maturativa do aparelho psíquico (Freud, 1895/1996).

Observa-se que o conceito de Eu vai passando por transformações ao longo da obra freudiana. No “Projeto para uma psicologia científica”, como foi elucidado, Freud (1895/1996) ocupa-se da complexização do aparelho psíquico e descreve como o Eu metaboliza as intensidades próprias a esse processo. Foi nesse estudo que o autor propôs pela primeira vez a formalização do Eu.

Posteriormente, em “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914/1996), o autor amplia sua compreensão sobre o Eu, tornando-o uma instância psíquica e descrevendo-o como fruto de uma imagem unificada do si mesmo. Nesse sentido, o autor salienta que o Eu não está presente desde o princípio, sendo necessária uma nova ação psíquica para sua constituição unificada. Desse modo, a formação do Eu, em sua dimensão psíquica, indica necessariamente a presença e o investimento de um outro. Assim, o Eu se constitui como tal em face de uma imagem de perfeição e completude, lugar do Eu ideal o qual, segundo o autor no mesmo texto, é fruto do próprio narcisismo dos pais. Esse momento é marcado pelo investimento do ideal parental, sendo essa particularidade constitutiva do sujeito e formadora do Eu.

Nesse sentido, a possibilidade de o Eu se complexizar, ou seja, de transpor um estado de desamparo e de absoluta dependência para outro de maior autonomia e de diferenciação do outro e do mundo externo, depende da qualidade do encontro com esse outro semelhante. Tanto a presença desse outro é fundamental para a constituição psíquica, quanto o será sua falta. O desenvolvimento do Eu consiste em um processo de distanciamento da inicial completude narcísica, o qual coincide com a entrada de um terceiro, normalmente o pai, entre a dupla. Em algum momento, o outro materno começa a olhar além do filho, buscando o que ela não tem e que esse filho também não preenche totalmente. A descontinuidade da díade mãe-bebê introduz a criança na experiência da falta. O reconhecimento da condição de falta perturba o narcisismo e confere um novo lugar ao Eu. Desse modo, a função paterna, ao inserir uma interdição, promove a passagem do Eu ideal para a possibilidade do Ideal de Eu. Mesmo sendo dolorosa a perda do ideal narcísico, ela possibilitará a criação de um percurso de vir a ser do Eu. Logo, percebe-se que uma experiência de dor acaba por dar ao psiquismo novas condições de investimento no devir.

Constata-se que a condição de complexização do Eu passa necessariamente por experiências de dor. O enfrentamento dessas vivências de dor viabiliza novas possibilidades de processamento da energia pulsional e proporciona a complexização do aparelho psíquico. Fica evidente, assim, o lugar e a importância conferidos à experiência de dor na constituição psíquica e no processo de aquisições psíquicas.

A noção de dor psíquica adentra de diversas maneiras no campo clínico. O que leva o sujeito a sofrer não necessariamente é um fato externo. O abandono das hipóteses iniciais a respeito da necessidade de um trauma real na etiologia da histeria viabilizou outras reflexões clínicas sobre os efeitos devastadores da dor psíquica.

Em “Além do princípio do prazer”, Freud (1920/1996) constata a ação de uma força primitiva presente no psiquismo que coloca em xeque suas proposições a respeito desse princípio. Demandas clínicas após a Primeira Guerra denunciavam a presença da neurose traumática, apontando novamente para a irrupção de quantidades intensas no aparelho psíquico, as quais acabam por atravessar o escudo protetor. O autor se refere à adversidade presente nessas constatações clínicas: “Outro problema surge, o problema de dominar as quantidades de estímulos que irrompem, e de vinculá-las no sentido psíquico, a fim de que elas possam então desvencilhar” (Freud, 1920/1996, p. 40).

Ao admitir a existência de um processo primário repetitivo, que não evita a repetição do que é da ordem do desprazer, Freud (1920/1996) amplia o olhar para o fenômeno da dor. Aborda-a, nesse momento, vinculada à concepção de trauma como uma *vivência* de dor, de caráter disruptivo, violento, no qual se ausentam condições de processamento ou de ligação psíquicas. Assim, os mecanismos psíquicos relativos ao que está além do princípio do prazer contêm em seu bojo marcas de experiências traumáticas que na repetição se atualizam em um circuito de dor.

Considerando-se as proposições teóricas abordadas, observa-se que o fenômeno da dor é apresentado tanto como fenômeno constitutivo da complexidade psíquica, quanto como a experiência ligada à intrusão de uma vivência do sujeito associada a um excesso traumático. Dessa forma, a partir da perspectiva freudiana, a experiência de dor é inerente ao processo de constituição do aparelho psíquico; contudo, também, pode pôr em evidência a impossibilidade de o sujeito criar destinos, no campo psíquico, para o que é da ordem do excesso. Cabe ressaltar, portanto, que o traumático como excesso de uma intensidade pulsional não é necessariamente patológico em si mesmo. O estatuto de patologia encontra-se vinculado à impossibilidade de o psiquismo buscar soluções possíveis para processar e metabolizar, psiquicamente, esse excesso. Fortes (2012) se refere a essa questão apontando os destinos possíveis que o sujeito pode dar a sua dor e ao seu desamparo. Para a autora é possível, diante da dor psíquica, conduzi-la a “formas alienantes da subjetividade, mas também a uma liberdade de ser; à criação de um mundo singular” (Fortes, 2012, p. 42). Compreende-se, assim, que a dor psíquica pode ter desdobramentos singulares. Como caracteriza Maia (2003), esses destinos podem ser subjetivantes ou dessubjetivantes, dependendo de como e em que condições o sujeito psíquico enfrenta suas dores. Logo, a presença de intensidades

no aparelho psíquico exigirá do Eu um trabalho que estará sempre marcado pela singularidade de suas condições de enfrentamento.

## Impasses no enfrentamento da dor psíquica

Sigmund Freud, ao instituir a Psicanálise como um método clínico, se propôs a escutar o que aparecia como dor via sintomas, transformando, por meio de recursos da teoria e da técnica, a questão da dor em interrogantes próprios à essência do fazer analítico. A teoria psicanalítica problematiza a temática da dor psíquica em suas vertentes de elemento constituinte do sujeito e de fator de adoecimento.

No que diz respeito à sociedade contemporânea, abordar a temática do sofrimento ou da dor torna-se uma questão crítica, considerando-se que o sujeito contemporâneo nega o sofrimento e tenta, de muitas maneiras, evitá-lo (Birman, 2012; Fortes, 2012; Hornstein, 2012). Conforme Hornstein (2012), o homem atual sofre por não querer sofrer. A proposta de vida na atualidade é marcadamente hedonista, ou seja, evidencia-se um imperativo ao prazer a qualquer custo. Fortes (2012) dedica-se à temática da dor, afirmando que a sociedade atual transforma tudo em *gadget*, no qual os objetos são consumidos vorazmente, e a felicidade é a maior referência. Portanto, o hedonismo predominante parece conduzir à incontornável exclusão da vivência de dor.

Muitas reflexões sobre a contemporaneidade têm enfatizado a preocupação excessiva com a realização individual em detrimento do coletivo em relação ao universo consumista que se instituiu na atualidade (Birman, 1999; Melman, 2003). Lasch (1984) discute as condições da sociedade capitalista e aponta a *cultura ao narcisismo* como traço fundamental nessa conjuntura. O autor observa que a cultura contemporânea está organizada em torno do consumo em massa que estimula o narcisismo, tornando as pessoas frágeis e dependentes. Nesse âmbito, o indivíduo precisa forjar constantemente uma exaltação de si mesmo, produzindo o que o autor designou de *estetização da existência*. Nessa linha de raciocínio, Birman (1999) acrescenta ser a *cultura da imagem* correspondente essencial da estetização do Eu, porque ela instituiu a hegemonia da aparência, na qual o sujeito vale pelo que ele parece ser mediante imagens que ele produz diante da cena social.

De fato, os elementos predominantes na cultura apontam para a produção de subjetividades dirigidas por esses ideais narcísicos e hedonistas. Assim sendo, o sujeito se vê impelido a permanecer preso nessa lógica e a atender as demandas que predominam nesse cenário, perdendo, assim, a característica singular de seus próprios ideais. Melman (2003), abordando essa temática a partir da perspectiva

lacaniana, constata que, atualmente, se vive busca incessante por *identificações faltantes*. A qual, segundo o autor, faz com que os ideais percam espaço frente aos objetos de consumo e, desse modo, o simbólico se esvazie em relação ao real do corpo. Assim, a atualidade aponta para o impedimento de transformações no que se refere às referências simbólicas que delimitam o campo do desejo. A economia psíquica contemporânea evidencia que o desejo se tornou insaciável frente à proposta consumista, sustentando uma ilusória completude. A partir disso, segundo o autor, constata-se o declínio gradual da lei paterna, a qual tem a função de marcar o sujeito com a inscrição da falta estruturante. A função paterna se apresenta estruturante justamente porque insere o sujeito no âmbito da renúncia, da castração. A fragilização dessa lei impede que seja inserido o princípio de realidade no psiquismo como um limite ao prazer contínuo. A introdução desse princípio é essencial, porque funda a capacidade de pensamento e de simbolização no aparelho psíquico. Logo, a fragilidade da lei simbólica acaba incapacitando o sujeito de se sustentar em referência a um limite, e a consequência disso, na atualidade, é o predomínio do incremento do estado de desamparo psíquico.

Embora uma condição de desamparo seja inerente à constituição psíquica e acompanhe o ser humano ao longo da vida, no cenário atual o desamparo tornou-se proeminente e marcado por uma dimensão traumática devido a seu excesso. Conforme Birman (2012), diante da ética determinada pela sociedade contemporânea, constata-se que as individualidades são marcadas pelo *excesso* que as impele à ação. “Em face do excesso que invade e se alastra sem limites, o psíquico procura se livrar pela ação para não correr o risco de ficar paralisado pela disseminação da angústia do real” (Birman, 2012, p. 96). Nesse mesmo contexto, o corpo também passa a ser alvo de descarga do excesso. O autor afirma que os eixos sintomáticos na atualidade incidem no corpo e na ação, marcando as subjetividades contemporâneas cada vez mais como deficientes em suas capacidades desejanças e simbólicas. Assim, o Eu não encontra outras vias para regulação das intensidades, ficando impotente e frágil diante desse cenário.

Constata-se que diversos autores (Birman, 2012; Fortes, 2012; Hornstein, 2012; Melman, 2003), ao abordarem as especificidades contemporâneas e suas repercussões no sujeito, evidenciam diferentes olhares sobre as transformações na cultura atual. Contudo, as diferentes leituras apontam para um elemento em comum: a fragilização nos processos de subjetivação. Assim sendo, as demandas da clínica atual afirmam o predomínio de modalidades de padecimento psíquico nas quais se evidencia a força destrutiva de intensidades que não são processadas pelo aparelho psíquico. Sob essa perspectiva, o sujeito da atualidade está marcado muito mais pelo registro do gozo do que pelo registro do desejo.

Logo, diante do imperativo ao gozo e da constatação da fragilidade subjetiva, percebe-se que o sofrimento psíquico se faz evidente, principalmente, nas diferentes experiências no campo das relações humanas. Freud (1930/1996) já apontava em “O mal-estar na civilização” para as três fontes de sofrimento psíquico: do próprio corpo, condenado à decadência e dissolução, do mundo externo, que pode se revoltar com forças de destruição esmagadoras e impiedosas e, finalmente, dos relacionamentos com os outros homens. O sofrimento que provém dessa última fonte, segundo o autor, é capaz de abalar profundamente a existência do sujeito. Essa questão tem ressonância em uma problemática bastante proeminente na atualidade, a dos sujeitos que sofrem perante a sua relação com o outro. Segundo Maia (2003) o ideário de prazer imediato instituído na contemporaneidade acaba, também, regulando as relações afetivas, que precisam se adaptar a essa lógica. Para Fortes (2012) há uma característica de descartabilidade própria das relações hedonistas na atualidade. A autora ressalta tal perspectiva ao afirmar que “o outro, como diferente do Eu, não existe – ele só existe se corresponde ao ideal hedonista do Eu, ou seja, só existe para dar prazer ao sujeito” (Fortes, 2012, p. 44). Lançando mão desses recursos, o sujeito acaba por anular a figura de alteridade, impossibilitando qualquer relação intersubjetiva, que precisa considerar o outro na sua diferença.

Dessa forma, as fraturas nos limites do Eu, a intolerância à alteridade, a busca incessante pela satisfação, a crença no gozo pleno, se, por um lado parecem evitar o sofrimento, paradoxalmente constituem um engodo, pois denunciam o predomínio do excesso e das saídas evacuativas da tensão psíquica. Nesse campo de reflexão, cabe problematizar as consequências da impossibilidade de o Eu enfrentar a dor psíquica no cenário contemporâneo. Quando Maia (2003) e Fortes (2012) discutem os destinos dos processos traumáticos apontam para a importância de o excesso traumático ser integrado à economia psíquica. Para tal processo, será exigido do Eu importante trabalho e metabolização psíquica. Porém, observa-se, conforme Birman (2012), que as cartografias do mal-estar atuais parecem indicar que a dor psíquica encontra nos registros do corpo, da ação e das intensidades suas condições de expressão. Logo, o recurso à linguagem e ao pensamento parece situar-se aquém das condições do sujeito. Assim, constata-se que os sofrimentos psíquicos atuais contêm em seu cerne questões referentes às falhas simbólicas e indicam que o sujeito contemporâneo padece de condições de processar e inscrever psiquicamente suas experiências subjetivas. Percebe-se que a dor psíquica nesse contexto revela, de forma dramática, o efeito de experiências traumáticas e a precariedade do sujeito para enfrentá-la.

É em face dessa conjuntura que Melman (2003) ressalta como marca importante dessas economias psíquicas o fato de não haver mais alguém que se

interrogue sobre sua própria existência ou sobre suas dores. O que está vigente atualmente é justamente o contrário, uma busca pela evitação da vivência da dor, sendo resultante desses movimentos a não-implicação do sujeito em seu sofrimento psíquico. Desta forma, há um fértil campo de intervenções que se somam a esses discursos dessubjetivantes. Desde a Psiquiatria há um movimento crescente de intervenções medicamentosas que erradicam sintomas de dor. A utilização de drogas lícitas contra angústia, medo, depressão indica uma forma atual de regulação do mal-estar e das dores. Conforme Birman (1999), a psicofarmacologia em prol da eficácia bioquímica transcendeu muito a prática psiquiátrica, estendendo-se ao campo da clínica médica em geral. Embora sejam diferentes, os caminhos e terapêuticas em pauta se propõem ao imediatismo e à anestesia da dor. Porém, diante do fracasso de dar conta da dimensão subjetiva inerente a esses padecimentos, é cada vez mais frequente o predomínio do ato como via de descarga das intensidades psíquicas não metabolizadas. Nesse cenário encontram-se as toxicomanias, nas quais se esconde ou se anestesia um sujeito dilacerado pela dor psíquica.

### **Toxicomania: a condição de assujeitamento frente à dor psíquica**

Trabalhar a temática da Toxicomania sob a perspectiva psicanalítica é considerar a posição subjetiva desse padecimento. A partir da proposta freudiana trabalhada no texto “O mal-estar na civilização”, o recurso às drogas é compreendido como uma resposta do sujeito ao mal-estar. Freud (1930/1996) afirma que o homem lança mão de medidas paliativas para suportar o sofrimento oriundo da vida em civilização. Essas medidas podem ser, basicamente, de três tipos: os derivativos poderosos, as satisfações substitutivas e as substâncias tóxicas. De acordo com o autor, o recurso às substâncias tóxicas é o método mais eficaz, pois age diretamente no corpo humano, produzindo sensações prazerosas e evitando impulsos desagradáveis. A substância tóxica passa a operar para alguns sujeitos como um “amortecedor de preocupações”, proporcionando um refúgio para o sofrimento. O autor (1930/1996) assinala de forma bastante incisiva o perigo do uso de substâncias tóxicas, alertando para os possíveis danos que elas podem causar e ressalta que qualquer escolha levada ao extremo condena o indivíduo a ser exposto a perigos, caso a medida paliativa escolhida seja *exclusiva*. Desse modo, demarca, nesse momento, uma diferença entre a “intoxicação”, referindo-se ao método usado para afastar o sofrimento, e a “intoxicação crônica”, considerada a forma extrema desse método que extrapola os limites de um uso paliativo.

Percebe-se, a partir das proposições freudianas, que o recurso ao tóxico pode adquirir uma dimensão crônica, o que evidencia um espectro muito amplo nas formas de uso de substâncias tóxicas. Trata-se de considerar, então, o fenômeno na sua heterogeneidade, pois ele apresenta diversas facetas e intensidades, e justamente por isso precisa ser examinado em sua complexidade. Sustenta-se a ideia de trabalhar, neste artigo, o fenômeno da Toxicomania como uma especificidade do uso de substâncias tóxicas que comporta uma modalidade de existência do sujeito a partir do consumo exacerbado de tóxico. Vários autores (Birman, 1999; Le Poulichet, 2005; Ribeiro, 2009) realizam uma diferenciação importante entre o uso de drogas e a toxicomania propriamente dita. Essa última é caracterizada principalmente pela impossibilidade de o sujeito viver sem a droga, pois nela existe uma condição de aderência do sujeito a um único objeto. Le Poulichet (2005), autora que vem estudando essa temática, afirma que na toxicomania a droga cumpre uma função vital devido ao estabelecimento de uma relação de exclusividade com esse objeto. Convém destacar que essa modalidade de uso de substâncias pode ser denominada Toxicomania, Drogadição ou Adição e, desse modo, neste estudo, as nomenclaturas serão consideradas equivalentes, pois apontam para características essenciais que indicam o investimento com caráter de exclusividade que o sujeito tem com a droga.

Para aprofundar e diferenciar as diversas formas de uso de drogas, Le Poulichet (2005) utiliza a propriedade do *pharmakon*, oriundo da obra *A farmácia de Platão* e posteriormente trabalhada por Derrida (1972/1997). A expressão *pharmakon* contempla uma duplicidade de sentidos, podendo operar tanto como remédio quanto como veneno, como droga maléfica e benéfica. Nesse sentido, a droga pode operar como remédio para a angústia, mas pode ser transformada em veneno quando ocupa o lugar principal de investimento psíquico do sujeito. A autora emprega o conceito de *operação pharmakon* ao padecimento da toxicomania para compreender a função do tóxico na vida psíquica do sujeito. Apesar de o princípio do *farmakon* estar presente no uso de drogas, a *operação pharmakon* é uma operação própria das toxicomanias e designa a especificidade do ato que precisamente cria essa modalidade de padecimento. Nas toxicomanias, diz Le Poulichet (2005), o tóxico constitui um sintoma que permite ao sujeito escapar de uma dor que lhe é insuportável. Desse modo, é a partir dessa condição de adoecimento que se estabelece a complexa relação do sujeito toxicômano com a dor psíquica.

A busca pelo prazer imediato e pela completude com o tóxico na toxicomania denuncia uma tentativa do sujeito de fugir de uma realidade insuportável. O tóxico entra na economia psíquica parecendo ser algo promissor, constituindo-se como o meio mais poderoso de que o sujeito lança mão a fim de evitar o que

concerne à dor psíquica. Essa afirmativa se embasa na constatação de que há uma busca incessante, por parte dos sujeitos, pela satisfação plena e pela abolição de uma condição de sofrimento. A relação do tóxico com a dor psíquica é trabalhada por Marucco (2013), que se refere ao ato de drogar-se como uma tentativa vinculada ao tratamento da dor e não como uma busca de prazer. Conforme o autor, nenhuma pessoa que se droga sente prazer em fazê-lo, mas o faz pela necessidade de acalmar a si mesma.

Logo, torna-se fundamental especificar a dimensão que o tóxico assume na vida psíquica dos sujeitos na toxicomania, pois essas subjetividades são exclusivamente marcadas pelo consumo desmedido, sendo esse ato uma modalidade de existência. Portanto, o sujeito não reconhece outras formas de busca de prazer e entra em uma compulsão pelo objeto-droga, caracterizando um regime de gozo mortífero. Trata-se de um gozo solitário que revela a fragilidade narcísica dessas subjetividades. À medida que não conseguem investir em outros objetos, os toxicômanos acabam excluindo o outro do laço social, permanecendo extremamente isolados e dedicando suas vidas à servidão da droga. A função do tóxico carrega, então, a força da destrutividade e põe em evidência ao mesmo tempo tanto a dimensão e a intensidade da dor psíquica quanto a denúncia da impossibilidade do sujeito de fazer frente à dor.

A *operação farmakon*, própria das toxicomanias, representa justamente a busca do “cancelamento tóxico” da dor psíquica, estabelecendo condições somente alucinatórias de satisfação, como afirma Le Poulichet (2005). Esse modo alucinatório e imediato de satisfação se opõe à temporalidade que ordena o mundo simbólico. Segundo a autora, esse recurso contra a dor psíquica é uma resposta à falta de elaboração do próprio corpo, efeito de uma grave perturbação do narcisismo que aponta diretamente para uma insuficiência da função simbólica. Se, por um lado, o êxito da droga está em proporcionar um refúgio para o mal-estar, por outro as toxicomanias revelam-se igualmente fracassadas, pois, inevitavelmente, remetem ao vazio quando a necessidade de abstinência se impõe.

Marucco (2013) também destaca que o ato adictivo termina sempre acompanhado de um mal estar quase insuportável. Segundo o autor:

O circuito adicto termina sempre em dor, não faz outra coisa senão mostrar o caráter de uma repetição compulsiva. Contudo cabe ressaltar que na economia psíquica sempre o excesso é sentido como desprazer, e é isso que continuamente repete o adicto (Marucco, 2013, p. 53).

Assim, embora a utilização do tóxico propicie um efeito imediato de prazer, a necessidade desenfreada do tóxico provoca um aprisionamento do sujeito ao ob-

jeto droga, produzindo imenso sofrimento. Logo, o sujeito capturado nesse modo de viver ao invés de, diante da dor, efetuar um trabalho psíquico de enfrentamento e de simbolização recorre ao recurso alucinatório do tóxico. A toxicomania revela, assim, o fracasso no enfrentamento da dor psíquica, tanto pelo ponto de vista da busca pelo tóxico como solução, quanto da condição resultante desse processo.

O toxicômano instala-se em uma condição de assujeitamento, à medida que se amarra a um circuito compulsivo e mortífero de total dependência da substância. Se o ato de se drogar passa a ser a única forma de existir, o sujeito acaba por desaparecer. Marucco (2013), ao referir-se à supressão do sujeito nesse padecimento, diz que não é o objeto droga que cria a toxicomania, mas o sujeito que, em seu sofrimento e tentando escapar dele, constitui uma operação defensiva.

Assim, enquanto anestesia compulsivamente a sua dor, o toxicômano também se anula enquanto sujeito. Imerso em seu sofrimento, ele parece impedido de alcançar qualquer tentativa de elaboração simbólica ou de promover interrogantes sobre seu mal-estar, criando uma forma de assujeitamento frente à própria dor psíquica. Essa solução engendrada denuncia a precariedade dos recursos psíquicos presentes nesses padecimentos. Nesse cenário, a contribuição da Psicanálise com seu arcabouço teórico é resgatar e pôr em evidência o sujeito e sua singularidade, no aprisionamento à modalidade exclusiva de investimento no objeto-droga. Acredita-se que, desde essa perspectiva, seja possível lançar um olhar que reconheça a complexidade do processo de construção de uma posição subjetiva, a importância de recursos para que o Eu possa fazer frente à dor psíquica não pela via compulsiva do ato.

Assim, a compreensão da heterogeneidade do fenômeno toxicômano, a partir da perspectiva psicanalítica, não pode se furtar a problematizar a condição de assujeitamento que dá ao tóxico um lugar central na vida de um sujeito. Trata-se de explorar as condições de fragilidade do sujeito psíquico a fim de fomentar um trabalho de escuta que possa possibilitar novas formas de enfrentamento de intensidades insuportáveis e, conseqüentemente, viabilizar um novo estatuto subjetivo sustentado pelo potencial simbólico.

## Considerações finais

Considerando-se o impacto destrutivo que a proliferação do consumo de drogas apresenta na sociedade contemporânea, o objetivo deste artigo foi problematizar a condição do sujeito toxicômano a partir da complexa relação do tóxico com a dor psíquica. Buscou-se abordar o tema da dor psíquica e sua distinta

implicação, considerando-se o processo de constituição psíquica e sua ocorrência em uma experiência traumática. Abordaram-se as demandas e os ideais predominantes na cultura contemporânea e suas repercussões no cenário epidêmico do consumo de drogas, examinando-se, dessa maneira, a relação entre as formas de mal-estar contemporâneas e as condições subjetivas de enfrentamento destas.

Constata-se o dramático efeito nas subjetividades que o fenômeno da toxicomania denuncia atualmente. As drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, constituem uma singular forma de laço social e enunciam o recurso à intoxicação como precária resposta do sujeito diante do mal-estar contemporâneo. Logo, o tóxico ocupa definitivamente uma dimensão específica na economia da dor psíquica e denuncia importantes fragilidades do Eu. Entende-se que fenômeno da dor é intrínseco ao processo de estruturação do psiquismo, mas, também, a dor, em sua dimensão de excesso, pode surgir vinculada à concepção do traumático. A vivência de dor associada à presença de intensidades de caráter disruptivo e excessivo no psiquismo inviabiliza as condições de processamento ou de ligação psíquicas.

Torna-se essencial para a complexização do Eu o estabelecimento de recursos intrapsíquicos para desenvolver a capacidade complexa em sua forma de ser e estar no mundo. Nesse contexto, percebe-se o declínio do operador da função paterna, a qual se apresenta como estruturante na formação do Eu, pois o insere no âmbito da falta. Essa situação alimenta a ilusória completude narcísica que permeia a cultura atual e impede a necessária complexização do aparelho psíquico. Assim, a cultura contemporânea tem propiciado fatores importantes para a fragilização dos processos de estruturação do Eu, sendo que a compulsão pelos tóxicos passa justamente a denunciar a fragilização subjetiva vigente.

Constata-se nesse cenário que o Eu não encontra vias para regulação das intensidades e tampouco para processar as experiências de dor fora do circuito do uso do tóxico. É através da precariedade do ato que o toxicômano descarrega as intensidades insuportáveis. Os acessos à via da linguagem e do pensamento estão seriamente comprometidos e restritos diante da toxicomania. Impossibilitados de a eles recorrer, os sujeitos, nesse padecimento, encontram-se dilacerados e alienados nessa forma de existir, e acabam elegendo, compulsivamente, uma forma de “cancelamento tóxico” para sanar suas dores.

A herança freudiana permite compreender e interrogar as questões relativas às dores psíquicas presentes nos padecimentos psíquicos. Diferente da nosografia psiquiátrica, e de algumas proposições psicopatológicas decorrentes de classificações a partir do comportamento, na compreensão de padecimento própria da Psicanálise o que se deve priorizar na problemática dos tóxicos é o sujeito. Nesse sentido, a Psicanálise prioriza resgatar o sujeito na condição da toxicomania para,

então, viabilizar destinos subjetivantes para o excesso e para a dor psíquica. Alcançar a possibilidade de simbolizar a dor é dar condições à intensidade de ascender a um estatuto simbólico. A escuta psicanalítica é importante ferramenta para se compreender o que o sujeito tem a dizer a respeito de sua singular relação com a dor psíquica. Esse recurso terapêutico possibilita que o sujeito possa nomear o excesso que o acomete, colocando-o em palavras e, assim, alcançando destinos amparados pelo campo simbólico que proporcionam uma posição subjetiva e de autonomia perante tanta dor.

## Referências

- Berlinck, M. T. A. (1999). Dor. In M. T. A. Berlinck (Org.), *Dor* (p. 7-22). São Paulo: Escuta.
- Birman, J. (1999). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2012). *O sujeito na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Derrida, J. (1997). *A farmácia de Platão*. São Paulo: Iluminuras. (Trabalho original publicado em 1972)
- Fortes, I. (2012). *A dor psíquica*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1996). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 1. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1996). Além do princípio do prazer. In S. Freud [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (1996). O mal-estar na civilização. In S. Freud [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930)
- Garcia-Roza, J. A. (1998). *Introdução à metapsicologia freudiana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Hornstein, L. (2012). Sufrimientos e algo más. *Sig: Revista de Psicanálise*, 1(1), 09-29.
- Lasch, C. (1984). *A cultura do narcisismo*. Rio de Janeiro: Imago.
- Le Poulichet, S. (2005). *Toxicomanía y Psicoanálisis: las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrotu.
- Maia, M. S. (2003). *Extremos da alma: dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Garamond.

- Marucco, R. (2013). Aporte a la metapsicologia. *Sig: Revista de Psicanálise*, 1(2), 51-58.
- Melman, C. (1992). *Alcoolismo, delinquência e toxicomania: uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta.
- Melman, C. (2003). *O homem sem gravidade*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Ribeiro, C. (2009). Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar no sujeito para as drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade. *Ágora*, 12(2), 333-346.
- Unodc – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. (2010). *World Drug Report 2009*. Recuperado em 30 abr., 2014, de <<http://www.unodc.org/brazil>>.
- Unodc – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. (2012). *World Drug Report 2012*. Recuperado em 30 abr., 2014, de <<http://www.unodc.org/brazil>>.
- Unodc – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. (2013). *World Drug Report 2013*. Recuperado em 30 abr., 2014, de <<http://www.unodc.org/brazil>>.

Recebido em 16 de outubro de 2014

Aceito para publicação em 23 de julho de 2015



## O SUJEITO DA PSICANÁLISE E O SUJEITO DA CIÊNCIA: DESCARTES, FREUD E LACAN

*THE SUBJECT OF PSYCHOANALYSIS AND THE SUBJECT OF SCIENCE: DESCARTES, FREUD AND LACAN*

*EL SUJETO DEL PSICOANÁLISIS Y EL SUJETO DE LA CIENCIA: DESCARTES, FREUD Y LACAN*

*Ingrid Vorsatz\**

### RESUMO

Partindo da problematização proposta por Lacan acerca do sujeito da psicanálise enquanto o correlato antinômico do sujeito da ciência moderna, procura-se destacar os elementos que constituem o cerne de sua argumentação. O sujeito da ciência emerge da *démarche* cartesiana conhecida como o *cogito* no momento em que o procedimento metodológico da dúvida encontra seu ponto de basta numa asserção insofismável: “sou”. O sujeito da psicanálise, suposto ao inconsciente (*das Unbewusste*), inferido por Freud a propósito do elemento duvidoso do sonho, é tributário do procedimento cartesiano. A certeza é o ponto para o qual convergem os encaminhamentos de Descartes e Freud. Mas, enquanto o primeiro recua e institui Deus como garante da verdade, o fundador da psicanálise avança exortando o sujeito a se responsabilizar por aquilo que advém como injunção inconsciente. Do lado do discurso da ciência o sujeito é um elemento alheio ao plano dos enunciados que visam recobrir a totalidade do real – que, de resto, resiste a uma apreensão exaustiva. Recolhido pela psicanálise, esse elemento subtraído da ordem de razões, resto fecundo, tem como dever garantir o campo em relação ao qual se encontra subsumido, numa torção causal que faz ressaltar o estatuto ético do conceito maior (*Grundbegriff*) estabelecido por Freud.

Palavras-chave: psicanálise; ciência moderna; desejo; sujeito; ética.

---

\* Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

**ABSTRACT**

Considering Lacan's statement on the subject of psychoanalysis as the correlative in antinomy of subject of science, this paper discusses its major elements. The subject of science comes out due to Descartes' demarche known as the *cogito* where his methodological doubt procedure finds its own limit through the assertion "I am". On the other hand, the subject of psychoanalysis, supposed to Unconscious, is inferred by Freud due to the vagueness regarding the elements which compounds dreams and attributing it to unconscious thoughts, derives from the Cartesian procedure as both are led to a point of certainty. Therefore certainty is the turning point to which Descartes' and Freud's formulations converge. But as the first withdraw and states God as the guarantor of truth, Freud steps forward urging the subject to take responsibility on the Unconscious injunctions. Which leads to the ethical status of the Unconscious as it depends on the subject decision to guarantee the psychoanalytical field.

Keywords: psychoanalysis; modern science; desire; subject; ethics.

**RESUMEN**

Examinando la proposición de Lacan que considera el sujeto del psicoanálisis como el correlato antinómico del sujeto de la ciencia, buscarse destacar los elementos que constituyen el cerne de su argumentación. El sujeto de la ciencia emerge de la *démarche* cartesiana conocida como el *cogito* en el momento en el cual la duda metódica encuentra su punto de basta: "soy". El sujeto del psicoanálisis, supuesto al inconsciente (*das Unbewusste*), inferido por Freud a propósito del elemento dudoso del sueño, es tributario del procedimiento cartesiano. La certidumbre es el punto hacia el cual convergen los pasos de Descartes y de Freud. Pero mientras lo primero ceja y instituye un Dios bueno y veraz garantizando la verdad, el fundador del psicoanálisis avanza exhortando el sujeto a convertirse en responsable hacia la determinación inconsciente. De acuerdo con el discurso de la ciencia, el sujeto es el elemento ajeno al plan de los enunciados, que pretende recubrir la totalidad del real. Recogido por el psicoanálisis, ese elemento sustraído del orden de razones, residuo fecundo, tiene como deber garantizar el campo hacia el cual si encuentra dependido, subvirtiendo la causalidad y resaltando lo estatuto ético del concepto fundamental (*Grundbegriff*) establecido por Freud.

Palabras clave: psicoanálisis; ciencia moderna; deseo; sujeto; ética.

A relação entre psicanálise e ciência é problematizada, com Lacan, a partir de um termo comum: o sujeito. Esse elemento é o ponto de convergência entre psicanálise e ciência moderna. No entanto, essa parece ser uma convergência assintótica, uma vez que se trata de correlacionar uma e outra em antinomia, pois é preciso considerar o sujeito enquanto o elemento que se define por sua exclusão interna ao campo da ciência, de acordo com as relevantes indicações fornecidas por Lacan (1965/1998).

Desde a perspectiva lacaniana, a ciência moderna é um discurso inaugurado por meio da *démarche* cartesiana conhecida como *cogito*. O sujeito da ciência faz sua entrada no mundo através da extração de uma certeza em disjunção à ordem de razões instituída pela dúvida metódica.

Apesar de Freud não ter problematizado a questão do sujeito, é em relação a esse ponto – a certeza – que Lacan faz convergir os encaminhamentos de Descartes e o de Freud, estabelecendo entre ambos uma homologia de determinação. Em relação a Descartes, a certeza é o elemento insofismável, extraído da dubitação metodológica. Quanto a Freud, é justamente em relação ao elemento impreciso, indistinto, contido no sonho – em suma, duvidoso –, que ele afirma a existência de um pensamento inconsciente.

Se, no entender de Lacan, ambos partem do fundamento do sujeito da certeza, aí cessa a homologia de determinação por ele assinalada. O passo seguinte de Descartes será instituir um Deus não enganador, garante da verdade. Em direção diametralmente oposta, Freud convocará o sujeito (e não o Eu) a tomar lugar onde “Isso era”, garantindo a dimensão inconsciente enquanto instituinte de uma ordem de verdade estruturalmente parcial, uma vez que se encontra na estreita dependência deste passo ético: *Wo es war, soll Ich werden* (Freud, 1933 [1932]/1976a, p. 102).

## Psicanálise e ciência

Freud aborda a relação entre ciência e psicanálise sob um ângulo próprio, consoante sua preocupação em assegurar um estatuto científico à psicanálise, sobretudo por duas razões: a primeira porque temia que esta pudesse ser considerada uma prática obscurantista pela comunidade científica de sua época; a segunda razão era evitar que fosse considerada uma *Weltanschauung* como o eram a religião, a magia e, em certa medida, a própria ciência. Por um lado, negava à psicanálise o estatuto de uma *Weltanschauung*, pois a seu modo de ver esta caracteriza uma construção totalizante que visa responder a todos os problemas da existência. Por outro lado, Freud acalentava a ideia de que a psicanálise pudesse se alocar sob a

égide da *Weltanschauung* científica – no seu entender, naquilo que esta proporciona um conhecimento parcial dos fenômenos, e a cujas proposições ele creditava um caráter de incompletude, uma vez que se encontram sempre sujeitas à retificação. Apenas nesse sentido poderíamos atribuir a Freud certo cientificismo, posto que depositava confiança no ideal de ciência, embora não partilhasse a convicção de uma ciência ideal (Milner, 1996, p. 28-31). Com efeito, Freud afirma que:

A *Weltanschauung* da ciência [...] também supõe a *uniformidade* da explicação do universo; mas o faz apenas na qualidade de projeto, cuja realização é relegada ao futuro. [...] O progresso do trabalho científico é o mesmo que se dá numa análise. Trazemos para o trabalho as nossas esperanças, mas essas devem necessariamente ser contidas (Freud, 1933 [1932]/1976b, p. 194-211, grifo do original).

Já com Lacan a relação entre psicanálise e ciência será abordada sob um novo prisma:

A psicanálise não é uma *Weltanschauung* nem uma filosofia que pretende dar a chave do universo. Ela é comandada por uma visada que é historicamente definida pela elaboração da *noção de sujeito*. Ela coloca esta noção de maneira nova, reconduzindo o sujeito à sua dependência significante (Lacan, 1964/1988, p. 78, grifo nosso).

De acordo com Lacan, é em torno da noção de sujeito definida historicamente – a saber, por seu advento no *cogito* cartesiano – que as relações entre psicanálise e ciência podem ser traçadas. O sujeito é o ponto de convergência – e também de disjunção, conforme veremos adiante – entre ambas. A interrogação de Lacan parte do ponto zero da ciência moderna – que ele localiza no momento inaugural da *démarche* cartesiana conhecida como *cogito* – em relação ao qual situa o surgimento do sujeito. Ao postular o sujeito da psicanálise como síncrono do sujeito da ciência ele afirma uma aporia que, no entanto, admite que é preciso sustentar: “Dizer que o sujeito sobre quem operamos em psicanálise só pode ser o sujeito da ciência talvez passe por um paradoxo” (Lacan, 1965/1998, p. 873).

O sujeito da psicanálise não decorre de uma noção que se apresenta sob diferentes modos no decurso dos sucessivos desenvolvimentos conceituais internos ao campo da filosofia, sofisticando-se (ganhando novos atributos, perdendo outros tantos) a cada nova formulação. O sujeito da psicanálise também não é tributário do sujeito do conhecimento ou ainda da representação. Tampouco se trata

do homem, caso em que seria o sujeito da antropologia, menos ainda do indivíduo, sujeito da sociologia. Não é em relação às ciências humanas que Lacan situa o sujeito da psicanálise, mas em relação ao advento da ciência moderna (que ele denomina “A” ciência), vale dizer, a ciência propriamente dita: “Que é impensável, por exemplo, que a psicanálise como prática, que o inconsciente, o de Freud, como descoberta, houvessem tido lugar antes do nascimento da ciência no século a que se chamou século do talento, o XVII [...]” (Lacan, 1965/1998, p. 871).

No *cosmos* aristotélico antigo, hierarquicamente ordenado segundo o critério de valor, não há lugar para o inconsciente e seu sujeito, pois caracteriza um mundo em que não há falta – tudo se encontra em seu devido lugar. O conhecimento da natureza (*physis*) é uma espécie de protociência que se ordena a partir da descrição dos fenômenos tais como eles podem ser apreendidos pelos sentidos, e a linguagem apenas descreve um mundo que é como deve ser. Koyré, historiador da ciência e da filosofia, afirma sobre o *cosmos* grego, concepção de mundo finito que vigorou até a alvorada da modernidade:

O Cosmo helênico, O Cosmo de Aristóteles e da Idade Média, é um mundo ordenado e finito. Ordenado no espaço, do mais baixo para o mais alto em função do valor ou da perfeição. Hierarquia perfeita, em que os próprios lugares dos seres correspondem ao grau de sua perfeição. Escala que vai da matéria para Deus. [...] Porque nesse Cosmo todas as coisas têm *o seu lugar* (determinado segundo o grau de valor) e estão todas animadas de uma tendência para o procurarem e nele repousarem. Descobrir essas tendências naturais é do que a física [aristotélica] se ocupa. [...] Num tal mundo, feito para si, senão completamente *à sua medida*, o homem encontra-se na sua morada (Koyré, 1963/1992, p. 46, grifos do original).

A modernidade introduz um descompasso na ordem cósmica fechada e hierarquizada pulverizando-a numa miríade de pontos infinitesimais, que passam então a constituir o universo tornado infinito pelo advento da ciência. Isto é, através da matematização do espaço geométrico empreendida por Descartes e também pela fundamentação – ontológica e, em seguida, metafísica – levada a cabo por ele, tornando possível o estabelecimento de um critério de verdade na ciência. Nesse espaço aberto e infinito introduzido pelo discurso científico o homem já não se encontra em sua morada, pois a própria morada desapareceu e o homem passa a desconhecer a sua medida. A ciência não dá lugar ao homem, mas ao sujeito – elemento que, por sua vez, escapa às suas malhas, vindo a ser recolhido pela psicanálise.

A ciência moderna introduz um corte nessa esfera orientada pela ideia de perfeição; por seu intermédio o sujeito se introduz no mundo. Esse corte – que advém pelo encaminhamento cartesiano conhecido como *cogito* – é também o modo pelo qual o sujeito surge, certeza extraída do encaminhamento da dúvida metódica (Lacan, 1964/1988, p. 38-40). A nova ciência constitui uma linguagem – a matemática – por meio da qual o real é apreendido. Embora o esforço da ciência seja o de domesticar o real – capturando-o integralmente por intermédio de seu discurso –, este resiste em função de seu caráter inassimilável (Lacan, 1964/1988, p. 57). Por sua vez, o sujeito também escapa à malha da demonstração uma vez que ele é o furo que permeia a trama dos enunciados constituídos pelo discurso científico. Esse é o caráter propriamente antinômico do sujeito em relação à ciência; não obstante, ele é tributário de seu advento. Cabe, portanto, interrogar o paradoxo.

Eis um primeiro aspecto do paradoxo: se a ciência constitui um discurso pelo qual o sujeito é passível de ser suturado, como compreender a afirmação paradoxal que diz que o sujeito da psicanálise não é outro senão o sujeito da ciência?

O segundo aspecto do paradoxo deve-se ao fato de que a ciência moderna é fundada no momento em que o *cogito* cartesiano é inicialmente formulado; logo, ela é tributária do desejo de Descartes, considerando que um conceito fundamental (*Grundbegriff*) – aquele que funda um novo campo – advém a expensas do desejo de um sujeito, de uma enunciação que constitui propriamente o conceito maior, fundador. Desse modo, o *cogito* poderia ser considerado como o conceito fundamental da ciência moderna. É por intermédio do *cogito* cartesiano que o sujeito faz sua entrada no mundo; conseqüentemente, sujeito e ciência são síncronos, ou seja, o *cogito* funda, a um só tempo, a ciência e seu sujeito. Tomando por base a proposição de Lacan, de que modo é possível compreender o fato de que Descartes funda a ciência, cuja operação, por sua vez, tende a elidir a dimensão de enunciação a que deve sua origem?

Procuraremos encaminhar as questões pertinentes ao primeiro aspecto do paradoxo, retomando primeiramente aquela que diz respeito ao momento inaugural do *cogito*. Por que razão Lacan localiza no interior do encaminhamento cartesiano o surgimento do sujeito? Ele não hesita em atribuir ao sujeito da psicanálise uma origem, e essa origem é propriamente cartesiana. Mas, a nosso ver, o termo “origem” não remete apenas ao momento histórico no qual o *cogito* cartesiano se inscreve (embora não possa ser considerado sem referência a este). Se o próprio Lacan acentua o caráter fundador do desejo na constituição de um conceito fundamental, *Grundbegriff* (Lacan, 1964/1988, p. 16-17), então a questão da origem pode ser legitimamente considerada por meio dessa referência: “[...]”

pôr em questão *a origem, isto é, por qual privilégio o desejo* de Freud tinha podido encontrar, no campo da experiência, a porta de entrada. [...] Retornar a essa origem é absolutamente essencial [...].” (Lacan, 1964/1988, p. 19, grifo nosso).

Lacan articula a questão da origem ao desejo de Freud, no que ele inferiu o conceito de inconsciente a partir de fenômenos triviais, marcados pelo caráter de tropeço, descompasso, desalinhamento em relação à consciência. Por outro lado, também situa a origem do sujeito da psicanálise não na substância pensante (*res cogitans*) cartesiana, mas no passo inaugural de Descartes. Assim, é em referência ao desejo de Descartes que podemos supor a origem do sujeito, pois é no momento inaugural do *cogito* que ele emerge enquanto tropeço em relação à ordem de razões, ponto de certeza que faz obstáculo ao encaminhamento da dúvida. O sujeito surge da *démarche* cartesiana conhecida como o *cogito*, sob a forma de uma certeza insofismável. Quanto a esse ponto, Lacan sublinha:

Com o termo sujeito – *é por isso que o lembrei uma origem* – não designamos o substrato vivo de que precisa o fenômeno subjetivo, nem qualquer espécie de substância, nem qualquer ser do conhecimento em sua patia, segunda ou primitiva, nem mesmo o logos que se encarnaria em alguma parte, mas *o sujeito cartesiano que aparece no momento em que a dúvida se reconhece como certeza* (Lacan, 1964/1988, p. 122, grifos nossos).

Vemos que o sujeito não é aquele do conhecimento – não é tributário do *logos* nem tampouco seu *pathos* –, bem como não é o vivente, menos ainda o ser, mas tem sua origem em um momento muito preciso: aquele do *cogito* cartesiano em que a dúvida se reconhece como certeza, formulação que aponta para a antinomia constituinte por meio da qual o sujeito faz sua emergência. Retomemos, brevemente, os termos em que o *cogito* é formulado.

## O sujeito da ciência: a *démarche* cartesiana

Descontente com os saberes de sua época que reputava como incertos, Descartes está em busca de uma certeza sobre a qual erigir algo de sólido nas ciências. Do encaminhamento da dúvida, através do qual deita por terra tudo aquilo que lhe parecia pouco confiável, desse encaminhamento levado ao seu paroxismo advém o indubitável: ao colocar tudo em dúvida, desde a existência dos objetos do mundo até a sua representação pelo pensamento (incluindo a sua própria existência), algo se impõe em um outro registro que não o da refutação do

saber: *Dubito, cogito, ergo sum*. No interior da dúvida, isto é, sob o seu domínio, mesmo que pense falsos pensamentos e deles possa duvidar, ao duvidar não posso duvidar que penso e que duvido, e nesse exato momento uma certeza se impõe: “sou”. Da dúvida resulta impossível chegar a uma verdade, exceto por uma passagem de nível, uma decalagem por onde se introduz o sujeito no átimo em que Descartes é constringido a concluir: “sou”. Essa certeza advém em disjunção ao encaminhamento da dúvida, que havia colocado em suspenso tudo o que se encontra referido à ordem do saber, ordem propriamente ontológica (“o que é?”). O que advém sob a forma do *sum* não é uma resposta na ordem do ser (“sei que sou, mas não o que sou”), mas um corte com esta mesma ordem. Algo se impõe como impossível de duvidar, sobre o qual não é possível afirmar nada além do próprio *sum*. Lacan destaca a dimensão de certeza presente no *cogito*, seu caráter pontual, descontínuo, evanescente. De acordo com a sua proposição, a certeza é tributária do desejo de Descartes. Vejamos como ele conduz a sua argumentação:

O que é que procura Descartes? É a certeza. *Tenho, diz ele, extremo desejo de aprender a distinguir o verdadeiro do falso* – sublinhem desejo – *para ver claro* – no quê? – *em minhas ações, e caminhar com segurança nesta vida*. Não se trata aí de coisa completamente diferente da visada do saber? [...] Se noto isto [...] é porque Descartes mesmo sublinha que sua biografia, seu encaminhamento, é essencial para a comunicação de seu método, do caminho que ele achou para a verdade (Lacan, 1964/1988, p. 210-211, grifos do original).

Em seu comentário sobre o *Discurso do método*, Lacan destaca que a posição (subjéctiva) de Descartes é essencial, pois dela deriva o caminho (método) e o encontro com a verdade, uma certeza com valor de verdade para o sujeito Descartes. Digamos que é porque o filósofo moderno não cede de seu desejo “de distinguir o verdadeiro do falso, para caminhar com segurança nesta vida” (Descartes, 1637/2001, p. 13-14), que ele se depara com um ponto indubitável no encaminhamento do *cogito*. Descartes não se ocupa com o que é possível saber, mas em como agir – lembrando que “agir é arrancar da dúvida a própria certeza” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 88). Se a certeza emerge justamente da argumentação posta em marcha pela dúvida metódica, o faz em disjunção a esta; portanto pertence a registro distinto daquele da argumentação (dúvida metódica) é conduzida. Assim, podemos considerar que do corpo dos enunciados brota uma enunciação – que, como tal, remete ao sujeito – enquanto algo que fura, corta, destaca-se da visada do saber. O *sum* advém como um ponto indubitável, ponto de basta na metoní-

mia da dúvida; porém, na medida que é apenas um ponto, dele não decorre um campo de saber, mas um campo que se perde, conforme afirma Lacan a propósito do campo psicanalítico (Lacan, 1964/1988, p. 122). Logo, é preciso novamente retornar ao início, ao encaminhamento da dúvida – e retomar os termos do *cogito* – para que a certeza torne a se apresentar de forma pontual, escandida: *Dubito, cogito, ergo sum*. A esse respeito, Lacan afirma: “A certeza não é, para Descartes, um momento que se possa ter por assentado uma vez que foi atravessado. É preciso que ele seja, de cada vez, por cada um, repetido. É uma ascese. [...] É, propriamente, a instauração de algo de separado” (Lacan, 1964/1988, p. 212).

Assim, o *cogito* caracteriza uma experiência que deve ser atravessada não de uma vez por todas, mas a cada vez, da mesma forma que seus termos devem ser retomados por cada um que se disponha a empreender o percurso. Consideramos que este “algo de separado” está relacionado à emergência do sujeito enquanto elemento que irrompe a título da pulsação temporal caracterizada pelo *sum*, ponto de basta na espiral da dúvida. O segundo termo da proposição (“sou”) destaca-se do primeiro termo (“duvido, penso”), pois advém em disjunção e não em solução de continuidade em relação a ele. O *cogito* cartesiano não caracteriza um silogismo; tampouco se trata uma dedução estritamente lógica, a despeito do uso do conectivo “logo” (*ergo*). Do encaminhamento da dúvida algo se destaca a título de um elemento alheio ao encadeamento das razões – não obstante, dele extraído: “sou” (*sum*). Elemento heterogêneo à cadeia pela qual é engendrado, significante barrado, o “sou” testemunha a certeza indubitável arrancada à dúvida hiperbólica, presença do sujeito em queda. Se Lacan não hesita em atribuir a origem do sujeito da psicanálise justamente a esse momento é porque nele o sujeito comparece em sua dimensão própria: corte, furo, ruptura.

Descartes não apenas expõe a sua metodologia de trabalho, mas convoca o leitor a trilhar o caminho realizado por ele (é esse o significado de “método”, etimologicamente: caminho percorrido), a partilhar uma experiência. É possível encontrar na experiência cartesiana uma ressonância com a experiência analítica, e até mesmo com o próprio encaminhamento de Freud. Isso não quer dizer que o encaminhamento do filósofo seja analítico, mas que podemos destacar nele a presença de algo que, a nosso ver, faz com que Lacan situe ali o surgimento do sujeito. Esse “algo” é o desejo pelo qual Descartes é movido, o modo pelo qual conduz o seu encaminhamento ou método, e a formulação do *cogito* que, em seu momento inaugural, testemunha um assentimento forçoso já que uma certeza se impõe (e não se deduz) do encaminhamento da dúvida.

Lacan percebe no encaminhamento de Descartes algo inédito: no interior do pensamento algo se destaca – por certo é pensamento, mas um pensamento

*sui generis*, que se impõe a Descartes pelo encaminhamento da dúvida enquanto “desfilamento de um rechaço de todo saber” (Lacan, 1965/1998, p. 870). Trata-se de um pensamento *tout court*, sem predicado ou atributo; numa palavra, pensamento sem qualidade. A esse pensamento sem precedentes, ao *sum* considerado em termos de um pensamento sem qualidade, Lacan assimila o pensamento inconsciente inferido por Freud: o ponto de convergência é a certeza que se impõe (a Descartes e a Freud, respectivamente). Esta não é objeto de argumentação dubitativa, implica numa convicção íntima irrefutável. Vejamos então o que Lacan põe em destaque a propósito dessa questão:

O termo maior, com efeito, não é verdade. É *Gewissheit*, certeza. O encaminhamento de Freud é cartesiano – no sentido de que parte do fundamento do sujeito da certeza. Trata-se daquilo de que se pode estar certo. [...] *Não estou certo, tenho dúvidas*. [...] Ora – é aí que Freud enfatiza com toda a sua força –, a dúvida é o apoio de sua certeza. Ele motiva essa dúvida – há justamente ali, diz ele, signo de que há algo a preservar. [...] Mas o que quer que seja, eu insisto é em que há um ponto em que se aproximam, convergem, os dois encaminhamentos, de Descartes e de Freud. Descartes nos diz – *Estou seguro, porque duvido, de que penso* [...] – *Por pensar, eu sou*. [...] de maneira exatamente analógica, Freud, onde duvida [...] está seguro de que um pensamento está lá, pensamento que é inconsciente, o que quer dizer que se revela como ausente. É a este lugar que ele chama [...] o *eu penso* pelo qual vai revelar-se o sujeito. Em suma, Freud está seguro de que este pensamento está lá, completamente sozinho de todo *eu sou*, se assim podemos dizer, – a menos que, este é o salto, alguém pense em seu lugar (Lacan, 1964/1988, p. 38-39, grifos do original).

Assim, Lacan destaca a homologia entre os encaminhamentos de Descartes e de Freud, pois apesar de trilharem caminhos tão diversos se aproximam à medida que tocam o mesmo ponto: aquele que, partindo da dúvida, encontra a certeza. Descartes se deixa conduzir pela dúvida a mais radical e de seu interior extrai um ponto indubitável, *sum*; Freud, a propósito do sonho, isto é, dos elementos do texto do sonho em relação aos quais duvida – ali onde o sonho é nebuloso, impreciso, ambíguo –, não vacila: supõe a existência de um pensamento inconsciente. O ponto que Lacan destaca do encaminhamento cartesiano, “o *eu penso* pelo qual vai revelar-se o sujeito” (Lacan, 1964/1988, p. 39, grifo do original), é homólogo ao pensamento inconsciente postulado por Freud. Tomando a liberdade de reformular a frase de Lacan, poderíamos dizer que os termos são

intercambiáveis: “o eu penso/Isso pensa pelo qual vai se revelar o sujeito”. Essa é a homologia de determinação sublinhada por Lacan (1964/1988, p. 47): o sujeito se revela através da certeza, e também de um termo comum: o pensamento (sem qualidade). Retomemos então o desenvolvimento freudiano a partir do qual ele elabora a sua argumentação:

A dúvida sobre se um sonho ou alguns de seus pormenores foram corretamente relatados é mais uma vez um derivativo da censura onírica, da resistência à penetração dos pensamentos oníricos à consciência. Essa resistência não foi exaurida nem mesmo pelos deslocamentos e substituições que ocasionou; persiste sob a forma de dúvida presa ao material que foi permitido passar. *Se um elemento indistinto do sonho é atacado pela dúvida, temos uma indicação segura de que estamos tratando com um derivativo comparativamente direto dos pensamentos oníricos proscritos* (Freud, 1900/1972, p. 550, grifo nosso).

A dúvida é signo da resistência, que, por sua vez, é índice da presença do pensamento onírico. Ainda que soe paradoxal a ouvidos mais atentos, Freud afirma com todas as letras que o pensamento é a matéria-prima do sonho, isto é, que o inconsciente (*Isso*) pensa. Se o sonho pensa<sup>1</sup> enquanto a consciência encontra-se adormecida, então algo – o inconsciente – pensa em seu lugar, à sua revelia. Freud não hesita em afirmar que há pensamento inconsciente (uma vez que o inconsciente não é desrazão, mas tem razões que a própria razão desconhece). Quanto a esse ponto, afirma de modo radical que “as mais complicadas realizações do pensamento são possíveis sem a assistência da consciência” (Freud, 1900/1972, p. 631). Assim considerado, o pensamento não é uma função psíquica tributária da consciência, isto é, pensar não constitui uma prerrogativa desta já que no sonho há pensamento; tampouco o pensamento (onírico ou inconsciente) é um pensamento menor, portanto desqualificado, mas um pensamento sem qualidade. É o ponto comum dos encaminhamentos cartesiano e freudiano, pois o *cogito* apenas diz que sou, sem dizer o que sou (isto é, sem emitir juízo de atribuição, mas, sim, de existência) e o pensamento onírico do sonho não é pensado por aquele que dorme e sonha, mas *Isso* pensa.

Considerar a existência de um pensamento inconsciente é, aparentemente, uma contradição em termos. Mas é também supor o próprio pensamento enquanto disjunto da consciência: “[...] se existe pensamento no sonho [...], então o pensamento não é o que dele diz a tradição filosófica; principalmente, ele não é um corolário da consciência de si” (Milner, 1996, p. 34). Mas se trataria do

mesmo pensamento em ambos os casos? O pensamento onírico (inconsciente) não é da mesma ordem do pensamento qualificado: este é um derivado da consciência ao qual se atribui as propriedades de julgamento e suputação (Milner, 1996, p. 59). O pensamento inconsciente obedece ao funcionamento do processo primário, que não é regido pelo princípio de não contradição e tampouco está submetido à dimensão temporal cronológica. Portanto, não parece nem julga, mas institui uma verdade em relação à qual o sujeito deverá tomar lugar: “É que a uma nova verdade não podemos contentar-nos de dar lugar, porque é de assumir nosso lugar nela que se trata.” (Lacan, 1957/1998, p. 525).

Quanto a esse pensamento sem qualidade, este é o elemento de disjunção entre o pensamento e a consciência, ponto de opacidade no interior do próprio pensamento. Não obstante, ainda é pensamento; portanto, o sujeito (do inconsciente) é o correlato necessário a esse pensamento não qualificado, isto é, disjunto da consciência de si. No sonho, quem pensa o pensamento inconsciente se o eu (a consciência) dorme? O sonho é pensamento, mas não há um pensador: Isso (*Es*) pensa – e cabe ao sujeito advir nesse lugar – relembrando a exortação freudiana *Wo es war, soll Ich werden*. Se o texto do sonho é impreciso e o sonhador vacila Freud, entretanto, não o faz, situando no ponto de dúvida uma certeza: Isso pensa.

Homologamente, também é possível considerar o *cogito* cartesiano como um pensamento sem qualidade. Descartes também extrai uma certeza – concluindo “sou” – da própria vacilação da dúvida. Esse *sum* também é um pensamento disjunto de todo e qualquer atributo ou qualidade, pois não diz quem sou (Descartes, homem, animal racional), nem o que sou (pensamento, sonho, ser, substância). Com efeito, se o *cogito* é pensamento, trata-se de um pensamento que se impõe praticamente à revelia de Descartes e pode ser formulado em termos de um pensamento sem qualidade. Apenas compreendido desse modo pode-se dele derivar um sujeito (não uma consciência) já que esse pensamento não é pensado por alguém, ou seja, por um eu (Descartes), mas o sujeito advém sob a forma de um pensamento sem qualidade, que se apresenta disjunto de (um) si mesmo ou consciência de si: *sum*.

Para Lacan a certeza é o denominador comum dos encaminhamentos de Freud e Descartes, e em relação a esta (a certeza) – ponto de opacidade desprovido de toda e qualquer qualidade – ele a considera de ordem ética: “[...] um momento em que ele [Freud] sente a coragem de julgar e concluir. Aí está algo que faz parte do que chamei seu testemunho ético” (Lacan, 1964/1988, p. 43). O que é afirmado a respeito de Freud também poderia ser aplicado a Descartes, pois num dado momento de seu encaminhamento, trágico pela dúvida mais radical, ele – por um salto – é levado a concluir: “sou”. Assim, a nosso ver, também o *cogito* pode

ser considerado um “testemunho ético”, pois de acordo com Lacan este pode ser formulado em termos de “coragem de julgar e concluir”. Entretanto, é preciso não confundir coragem com bravura, feito heroico ou proeza, mas considerar a coragem como o ato pelo qual o sujeito se desprende daquilo que o arrima (Czermak, 1991, p. 39-40). Tudo pode servir de arrimo, inclusive a dúvida; a coragem em sua dimensão ética destacada por Lacan implica em não recuar, acatando a determinação que se impõe à revelia do sujeito: não ceder do desejo (Lacan, 1959-1960/1988, p. 382-385).

Apenas a título de ilustração, é possível traçar um paralelo entre o relato com que Descartes apresenta o seu *Discurso do método* e a maneira de Freud conduzir a sua exposição na “Interpretação dos sonhos”, que ele expõe numa carta a Fliess datada de 06 de agosto de 1899:

A coisa está planejada segundo o modelo de um passeio imaginário. No começo, a floresta escura dos autores (que não enxergam as árvores), irremediavelmente perdidos nas trilhas erradas [em Descartes, o saber escolástico e seus doutores]. Depois, uma trilha oculta pela qual conduzo o leitor [a dúvida metódica] – meu sonho exemplar com suas peculiaridades, pormenores, indiscrições e piadas de mau gosto [a descrição do método] – e então, de repente [“sou”], o planalto com seu panorama e a pergunta: em que direção você quer ir agora? (Masson, 1986, p. 366).

São enormes as diferenças entre o filósofo Descartes e Freud, o psicanalista; contudo, se há algum ponto em comum, este pode ser encontrado na posição em que ambos se sustentam, pois cada um, a seu modo, se encontra afinado com o desejo que o move. O trecho destacado na carta de Freud termina com uma pergunta<sup>2</sup> que pode ser tomada como uma convocação ao sujeito, já que convida cada um a empreender uma escolha e trilhar seu próprio caminho.

Abordando a questão por outro viés, vemos que o fundamento do sujeito da certeza é o corte, pois tanto em relação a Descartes quanto para Freud esta (a certeza) advém em ruptura com o encaminhamento anterior (a dúvida); logo, é corte com a dúvida, interrompendo seu fluxo argumentativo. É também por intermédio de um corte que surge um conceito fundamental (*Grundbegriff*), isto é, o conceito é o próprio corte que assim funda o (novo) campo. Sobre essa candente questão, vejamos o que diz Lacan:

Eu lhes falei do conceito de inconsciente, cuja verdadeira função é justamente estar em relação profunda, inicial, inaugural, com a do conceito de *Un-*

*Begriff* – ou de *Begriff* do *Un* original, isto é, o corte. Esse corte, eu o liguei profundamente à função do sujeito como tal. [...] É justo que pareça novo que eu tenha me referido ao sujeito, quando é do inconsciente que se trata. [...] tudo isto se passa no mesmo lugar, no lugar do sujeito que – da experiência cartesiana, reduzindo a um ponto o fundamento da certeza inaugural – tomou um valor arquimédico se é que foi esse o mesmo ponto de apoio que permitiu a direção inteiramente outra que tomou a ciência, nominalmente a partir de Newton (Lacan, 1964/1988, p. 46, grifos do original).

O conceito de *Unbegriff* seria a própria formulação do absurdo, pois como postular o conceito do não conceito? Entretanto, Lacan o faz a propósito do inconsciente, subvertendo o sentido da partícula privativa (*Un*), de negação, em função de corte. *Begriff* do *Un* original, conceito de corte: no limite do conceito brota o inconceitual enquanto conceito da falta (*das Unbewusste*), conferindo um estatuto ético ao conceito de inconsciente (Lacan, 1964/1988, p. 37). O conceito de *Unbegriff* (não conceito) seria o próprio inominável – se Lacan não tivesse a ousadia de nomeá-lo: *Unbewusste*, assim como seu termo homólogo, sujeito. Lacan situa o sujeito (cartesiano e também freudiano) reduzido a um ponto de certeza: *sum*, inconsciente. Assim, o sujeito comparece em sua função de corte – “função do sujeito como tal” (Lacan, 1964/1988, p. 46) – no interior da experiência cartesiana, aquela que Lacan situa no momento inaugural do *cogito*. O corte que o sujeito é constitui o ponto comum dos encaminhamentos de Freud e Descartes; mas, em seguida, os caminhos se separam.

De uma parte, Lacan radicaliza a problemática articulada por Freud através da formulação do inconsciente (*das Unbewusste*), fazendo do corte que esse conceito introduz (assim como a dimensão de corte com a dimensão conceitual) o próprio conceito de corte, ou ainda conceito da falta – em outras palavras, o *Begriff* do *Un*. De outra parte e tomando a direção inversa, Descartes funda a ciência moderna (inaugurada por um passo solidário ao que posteriormente foi empreendido por Freud, extraindo a certeza do encaminhamento da dúvida) e cimentando a fenda ao constituir um ponto de apoio “arquimédico”, sólida fundação de seu próprio edifício: desse modo, a ruptura inaugural, emergência do sujeito, é concretizada no ser. Não obstante, Lacan afirma o ponto de convergência entre os encaminhamentos cartesiano e freudiano:

Freud afirma-o [o inconsciente] constituído, essencialmente, não pelo que a consciência pode evocar, estender, discernir, fazer sair do subliminar, mas pelo que lhe é, por essência, recusado. E como é que Freud chama isto?

Com o mesmo termo com que Descartes designa o que chamei há pouco seu ponto de apoio – *Gedanken*, pensamentos. Há pensamentos nesse campo para além da consciência, e é impossível representar esses mesmos pensamentos de outro modo que não dentro da mesma *homologia de determinação em que o sujeito do eu penso se acha em relação à articulação do eu duvido* (Lacan, 1964/1988, pp. 46-47, grifo nosso).

Não é pela visada do saber que Descartes chega a uma certeza; ao contrário, uma vez o saber tendo sido atravessado pela dúvida, uma certeza irrompe em descontinuidade com seu encaminhamento. Da dúvida levada ao paroxismo cai uma certeza: o sujeito comparece na dimensão de queda que lhe é intrínseca, *sum*. Aí situado – ainda que pontualmente – não há como duvidar. O “sou” não é um pensamento, ou ainda, não se trata uma conclusão lógica por intermédio de um pensamento qualificado. Esse pensamento sem qualidade, pensamento puro – isto é, purificado de todo e qualquer atributo, mas não puro pensamento – é análogo àquele que Freud extrai do texto do sonho quando se depara com um ponto nebuloso, inexato, sobre o qual a dúvida incide. É também em relação a esta que Freud extrai a sua certeza, quando afirma que há ali um pensamento inconsciente, sem conteúdo (representacional), isto é, sem qualidade. Eis a homologia de determinação entre o encaminhamento de Freud e o de Descartes (Lacan, 1964/1988, p. 39).

### **O sujeito da psicanálise: correlato antinômico do sujeito da ciência**

O sujeito da psicanálise é o sujeito da ciência uma vez que ambos partem do mesmo fundamento: a certeza. Não se trata então de negar ao momento inaugural do *cogito* o estatuto de pensamento, mas de conferir-lhe a sua especificidade: pensamento sem qualidade, índice do sujeito, ponto comum entre os encaminhamentos cartesiano e freudiano. Afirma Lacan: “Não digo que Freud introduz o sujeito no mundo, pois é Descartes quem o faz. Mas direi que Freud se dirige ao sujeito para lhe dizer o seguinte, que é novo – *Aqui, no campo do sonho, estás em casa. Wo es war, soll Ich werden*” (Lacan, 1964/1988, p. 47, grifo do original).

Podemos então considerar que ambos os encaminhamentos – de Descartes e de Freud – partem do fundamento do sujeito da certeza, isto é, têm na certeza enquanto conceito (em seu estatuto de corte, disjunção) o seu fundamento (*Grundbegriff*). Mas desse momento em diante os caminhos se separam: o enca-

minhamento de Freud é ético porque diante da certeza ele não cede de seu desejo, fundando o inconsciente enquanto conceito fundamental do campo psicanalítico. Já Descartes recua da certeza inicial e fundadora, substancializa o sujeito e passa da certeza à verdade, invocando em relação a esta última a garantia de Deus. Dessa forma, malgrado seu testemunho inicial, o passo seguinte de Descartes é dado no sentido de promover uma espécie de apagamento da incidência do *cogito* enquanto corte, decalagem, ruptura, fazendo desse sujeito – digamos – *in status nascendi* uma substância pensante (*res cogitans*). O que leva Lacan a dizer:

Quando Descartes inaugura o conceito de uma certeza que se manteria por inteiro no *eu penso* da cogitação, [...] poder-se-ia dizer que seu erro é crer que isso é um saber. Dizer que ele sabe alguma coisa dessa certeza. Não é fazer do *eu penso* um simples ponto de desvanecimento. (Lacan, 1964/1988, p. 212, grifo do original).

É notável que Lacan afirme que Descartes inaugura o conceito de uma certeza. Como conceito, esta é um *Grundbegriff*, uma vez que cava no real. O conceito fundador de um campo é sempre salto, precipitação no vazio, sulco, marca da incidência do desejo, emergência do sujeito: assim, o conceito de certeza constitui o fundamento do sujeito. A certeza enquanto conceito opera um corte por onde se introduz o sujeito. Podemos então dizer que o sujeito é certo (no sentido de “certo”), vale dizer, não duvidoso – ele é o fundamento da certeza porque ele é (e não pensa); ele é onde não pensa (que é) e quando pensa (duvida) não é. Esse é o momento inaugural do encaminhamento de Descartes (*Dubito, cogito, ergo sum*): certeza pontual, sulco no real, surgimento do sujeito. Contudo, enquanto descontinuidade, esse passo não vai por si, e por isso precisa ser mais uma vez retomado, exigindo o sujeito em ato (ético) de modo a garantir, *a posteriori*, aquilo que o causa. Lacan adverte que Descartes recua de sua posição fundadora já que não dá lugar ao sujeito enquanto ponto de desvanecimento, ancorando-o no ser: “sou uma coisa que pensa, que duvida, que concebe, que afirma, que nega, que quer, que não quer, que imagina e também que sente” (Descartes, 1641/2000, p. 45-46), isto é, fazendo dele uma substância pensante: *res cogitans*. O entendimento de sutura do sujeito vai caracterizar a ciência moderna.

Assim, encontramos em Descartes as duas faces da ciência (e seu sujeito): aquela do corte pelo qual emerge um elemento heterogêneo à cadeia dubitativa (a ciência enquanto corte incide sobre a esfera perfeita do *cosmos*, pulverizando-o, e a emergência do sujeito por intermédio de uma enunciação); de outra parte, a que promove a sutura do sujeito (através da sua substancialização). Aqui se

encontra o núcleo da antinomia constitutiva, pois Descartes faz surgir o sujeito, mas não lhe dá voz – porque se ocupa em dar-lhe consistência, fundamentando-o no ser; apenas Freud, por escutar o sujeito, o fará. A ciência moderna e o sujeito surgem a um só tempo, por intermédio do encaminhamento cartesiano, mas os termos se articulam em oposição recíproca: onde vige o discurso da ciência – e é este o discurso que vigora desde então até os nossos dias, são tempos modernos, os nossos –, o sujeito encontra-se ausente. Em contrapartida, o sujeito comparece nos interstícios desse discurso, ou dizendo de forma mais acurada, ele é o furo, a fenda, o corte que, por sua emergência pontual, escande o discurso da ciência. A antinomia se condensa na própria locução “sujeito da ciência”: não há sujeito fora do discurso da ciência moderna (não há sujeito antes de seu advento, tampouco há um sujeito natural), assim como não há sujeito na ciência (na vigência cerrada desse discurso). Consequentemente, é legítimo propor: há o sujeito da ciência, mas não há sujeito na ciência.

Desse modo, desde a ótica da psicanálise, o campo científico poderia ser considerado como aético<sup>3</sup>, uma vez se situa fora da referência fundadora ao desejo e, portanto, à enunciação que se encontra na sua própria origem. A problemática ética não é interna ao campo da ciência. Entretanto, embora a marcha da ciência prossiga de forma implacável em seu esforço de sutura, o sujeito resiste e subsiste. Diz Lacan:

A lógica moderna [...] é, de modo incontestado, a consequência estritamente determinada de uma tentativa de suturar o sujeito da ciência e o último teorema de Gödel mostra que ela fracassa nisso, o que equivale a dizer que o sujeito em questão continua a ser o correlato da ciência, mas um correlato antinômico, já que a ciência mostra-se definida pela impossibilidade do esforço de suturá-lo (Lacan, 1965/1998, p. 875).

Com efeito, o esforço da ciência consiste na tentativa de suturar o sujeito, mas esse esforço se revela impossível de realização plena em decorrência de seu próprio estatuto, já que o sujeito se caracteriza justamente por ser o elemento que se subtrai a toda tentativa de apreensão integral. O sujeito não é ser, nem substância, nem ente, mas em virtude de sua homologia ao inconsciente é corte, escansão, fenda, rachadura no edifício da ciência.

Retomando o primeiro aspecto do paradoxo que consiste em afirmar o sujeito da psicanálise como o próprio sujeito da ciência – como afirmá-lo se o discurso da ciência pretende justamente suturar o sujeito? –, é possível propor um encaminhamento para o impasse, considerando que o paradoxo se sustenta em

antinomia. Malgrado os esforços da ciência em suturá-lo o sujeito escapa dado o seu estatuto conceitual – tanto em virtude de sua homologia ao inconsciente como conceito da falta, quanto porque enquanto elemento da estrutura da linguagem ele é apenas aquilo que um significante representa para outro significante.

A linguagem científica por excelência (a matemática) também porta uma dimensão significante já que seus enunciados se formulam literalmente; sabemos que a enunciação é algo que emerge na ordem do enunciado, e não fora dela; a enunciação não é uma positividade em si mesma, mas a escansão que fura o plano do enunciado. Não há enunciação “pura” assim como não há desejo “puro” – este se articula no plano da demanda, em relação ao qual subjaz a título de ausência. A enunciação constitui, através de sua emergência, o furo, a escansão, o intervalo no nível do enunciado, fazendo com que o discurso da ciência não resulte inteiramente cerrado.

A própria história da ciência atesta que é sempre por intermédio de um sujeito causado pelo desejo – no caso, o cientista – que uma enunciação se faz pelo surgimento de um conceito, fundamental. Contudo, enquanto discurso, a ciência promove o esquecimento de seu passo fundador: “[...] a ciência, se a examinarmos de perto, não tem memória. Ela esquece as peripécias em que nasceu uma vez constituída, ou seja, uma dimensão de verdade, que é exercida em alto grau pela psicanálise” (Lacan, 1965/1998, p. 884).

A ciência despreza a verdade do desejo como se este fora um elemento inaproveitável que, por essa razão, pode ser descartado enquanto resto (Sbano, 1999). Assim, descarta o desejo, a enunciação – e, por conseguinte, também o sujeito – e preserva o saber. Em seus primórdios, a ciência se desembaraçou da verdade deixando-a aos cuidados de Deus, nomeadamente (por Descartes) o seu garante. A psicanálise, no entanto, não esquece a dimensão da verdade que se encontra em sua própria origem – a fundação do campo psicanalítico através da formulação de seu *Grundbegriff*, o inconsciente – pois é preciso renunciar à ideia de que a cada verdade corresponde o seu saber (Lacan, 1965/1998, p. 883). Se o sujeito é o correlato antinômico da ciência, podemos considerar, homologamente, a verdade como o correlato antinômico do saber. A verdade se encontra em disjunção ao saber, já que é parcial, e não verdade absoluta, última ou primeira. Conforme vimos, o campo da psicanálise não se constitui de uma vez por todas – ao contrário, se constitui em perda – de modo que a questão da verdade como fundadora do campo se recoloca a cada vez.

Partindo de um ponto comum – a certeza inaugural e fundadora de Descartes e Freud que emerge sob a forma de um pensamento sem qualidade –, o campo da ciência e o da psicanálise tomam direções diametralmente opostas, pois

a primeira resguarda o saber e não se ocupa da verdade, enquanto que a segunda a recoloca em cena, aquela Outra. Sobre esse ponto, diz Lacan:

É aqui que se revela a dissimetria entre Descartes e Freud. Ela não está de modo algum no encaminhamento inicial da certeza fundada do sujeito. Ela se prende a que, nesse campo do inconsciente, o sujeito está em casa. E é porque Freud lhe afirma a certeza que se faz o progresso pelo qual ele muda o mundo para nós. Para Descartes, no *cogito* inicial [...] o que visa o *eu penso* no que ele bascula para o *eu sou*, é um real – mas o verdadeiro fica de tal modo de fora que é preciso que Descartes em seguida se assegure, de quê? – senão de um Outro que não seja enganador e que, por cima de tudo, possa garantir só por sua existência as bases da verdade, possa lhe garantir que há em sua própria razão objetiva os fundamentos necessários para que o real mesmo de que ele vem de se assegurar possa encontrar a dimensão da verdade (Lacan, 1964/1988, p. 39, grifos do original).

Assim, a certeza comparece no momento inicial do *cogito* como um real indubitável: *sum*. Mas o passo seguinte de Descartes é buscar uma garantia para a verdade e ele encontra uma solução deixando-a nas mãos de Deus, de um Deus sumamente bom e veraz, não enganador. Desse modo, o sujeito – que surge em seu estatuto real – é ancorado no ser, e a verdade passa a ser garantida por Deus. Já em relação ao sujeito da psicanálise, a verdade é a sua causa; portanto, cabe a ele garantir, por própria sua perda, por sua elisão, o campo do inconsciente ao qual se encontra submetido: *Wo es war, soll Ich werden*.

Quanto ao segundo aspecto do paradoxo da questão, que considera o sujeito da psicanálise como o próprio sujeito da ciência, o que soa paradoxal da afirmação de Lacan deve-se ao fato de que ele também afirma que a ciência – sobretudo a lógica moderna – é a tentativa (ainda que malfadada) de suturar o sujeito (Lacan, 1965/1998, p. 875). Vejamos suas implicações.

A ciência moderna implica no estabelecimento de uma linguagem universal e universalizante – a saber, a matemática –, operando segundo o modo combinatorio uma vez que o número não mais remete a uma entidade ideal (Número), mas comparece em sua dimensão de letra. A linguagem matemática é um discurso à medida que formula enunciados logicamente articulados sob a forma de equações, proposições e axiomas; no entanto, esse discurso se articula de forma acéfala, pois não remete a quem diz e tampouco se dirige a um sujeito. Não há dimensão de enunciação presente nessa linguagem, há apenas enunciados. Não obstante, é linguagem e como tal é significante, mas apenas à medida que sua estrutura de

base é literal – trata-se do jogo significativo em sua forma estritamente combinatória. A ciência soletra sem, no entanto, nomear, e ademais pretende soletrar a totalidade do real, recobri-lo inteiramente por intermédio de seus enunciados. Esse discurso é obturante do sujeito, posto que sem intervalo e sem resto. No limite, o mecanismo posto em jogo pelo discurso da ciência é o da forclusão do sujeito<sup>4</sup> (Lacan, 1965/1998, p. 889).

O desenvolvimento repentino, prodigioso, da potência do significativo, do discurso que surge das pequenas letras das matemáticas, e que se diferencia de todos os discursos até então sustentados, torna-se uma alienação suplementar. Em quê? No fato de tratar-se de um discurso que nada esquece. É por isso que ele se diferencia da memorização primeira que prossegue em nós sem que saibamos, do discurso memorial do inconsciente cujo centro está ausente, cujo lugar é situado pelo *ele não sabia* que é propriamente o sinal da omissão fundamental onde o sujeito vem situar-se. O homem aprendeu, num dado momento, a lançar e a fazer circular, no real e no mundo, o discurso das matemáticas que, este, não teria procedimento a menos que nada fosse esquecido. Basta que uma pequena cadeia significativa comece a funcionar baseada nesse princípio para que as coisas continuem exatamente como se funcionassem sozinhas [...] (Lacan, 1959-1960/1988, p. 287, grifo do original).

É importante ressaltar que Lacan destaca uma “alienação suplementar” a propósito do discurso da ciência. Assim, não se trata de compreender essa alienação em um sentido pejorativo ou ainda crítico (como se fosse algo a ser superado) e tampouco de negar que há uma alienação em jogo – no caso da ciência, ela implica numa alienação a mais. Mas a que ela vem se acrescentar? À alienação posta em causa pela própria estrutura da linguagem, no que esta constitui uma das operações de causação do sujeito: este é um efeito da estrutura, resultado de uma operação simbólica<sup>5</sup>. Assim, à alienação enquanto fato de estrutura o discurso da ciência vem sobrepor outra, que o aliena da primeira, constituinte – essa alienação suplementar se caracteriza pelo fato de que a ciência nada esquece. Sabemos que a estrutura da linguagem é marcada por uma falta, isto é, o campo da linguagem é incompleto, barrado, e por esta razão um sujeito advém a partir dessa falta – “sinal da omissão fundamental onde o sujeito vem situar-se” (Lacan, 1959-1960/1988, p. 287). O discurso da ciência, ao contrário, pretende constituir um campo sem intervalo, logo, sem possibilidade para que o sujeito possa vir a se inscrever enquanto elemento subtraído, ausente. O discurso da ciência é,

assim, a própria sutura da hiância do inconsciente, único “lugar” (fora do espaço, Outra cena) onde um sujeito pode advir.

O paradoxo é, dessa forma, constitutivo: a ciência moderna – e o seu discurso – é fundada por uma enunciação de Descartes; ao mesmo tempo é esse discurso que empreende, *a posteriori*, a fagocitose da enunciação que o constitui. Assim, em seus enunciados, a ciência se empenha em apagar o traço do desejo que se encontra na sua própria origem: “[...] é que a ciência, como estrutura de saber, incorpora, em seu enunciado, a própria enunciação que o produziu.” (Rocha, 1999, p. 136). Esse traço é o próprio sujeito.

## O resto fecundo da operação da ciência

Ao acompanhar o encaminhamento proposto por Lacan, chegamos, então, não à solução do problema, mas à depuração que constitui o seu cerne: “o sujeito em questão continua a ser o correlato da ciência, mas um correlato antinômico, já que a ciência mostra-se definida pela impossibilidade de suturá-lo” (Lacan, 1965/1998, p. 875). Portanto, a operação da ciência resulta na sutura e na abolição do sujeito; mas esta caracteriza uma finalidade (não intencional, bem entendido) que não chega a ser plenamente alcançada, sendo permanentemente relançada, pois embora o sujeito seja o termo correlato à ciência, essa correlação se faz em antinomia. Vale dizer, a antinomia consiste justamente na impossibilidade de consecução do projeto da ciência, pois o sujeito é o elemento que escapa a essa apreensão integral que seu discurso pretende realizar.

É possível, então, considerar que o sujeito escapa ao ideal científico de total recobrimento do real em virtude de seu próprio estatuto conceitual. Vale dizer, o sujeito enquanto efeito da estrutura do significante vem redobrar a hiância causal do conceito de inconsciente, *das Unbewusste*, lacuna que se inscreve em falta (Lacan, 1964/1988, p. 146). Esse resíduo descontínuo da operação significante – uma vez que é a própria linguagem que o coloca (mesmo a linguagem matemática opera a partir de uma falta cuja notação é o zero) revela-se impossível de ser eliminado. “Sujeito” (S) seria, assim, a notação dessa impossibilidade, notação que indica a subtração desse elemento, sem atribuir-lhe um estatuto ontológico. Se a pretensão do discurso científico é soletrar a totalidade do real por meio de seus enunciados, esse discurso parece desconhecer que é no plano do enunciado que uma enunciação pode irromper, uma vez que ambos – enunciação e enunciado – pertencem ao registro da linguagem e, portanto, derivam dessa estrutura primordial: “Tudo surge da estrutura do significante” (Lacan, 1964/1988, p. 196). Ou

seja, é nos interstícios do plano do enunciado que uma enunciação pode emergir, cavando, através de sua emergência, esses mesmos interstícios. Desse modo, podemos supor que o sujeito é antinômico à ciência uma vez que ele é o retorno incessante da ruptura, da falta, do corte. Se o discurso da ciência (ou seu ideal) consiste na tentativa de sutura do sujeito – em outras palavras, em constituir um corpo de enunciados articulado de tal forma a não permitir nenhum intervalo – o sujeito é o real que retorna escandindo, rasgando esse corpo, malogrando, a cada vez, a consecução do projeto científico.

Curiosamente, ao dizer que a ciência se define pela impossibilidade do esforço de suturar o sujeito, Lacan (1965/1998, p. 875) propõe uma definição de ciência no mínimo surpreendente. A linguagem da ciência é matemática, letras que se articulam em enunciados, isto é, fórmulas e equações, sem lugar para a enunciação. As letras que constituem os enunciados matemáticos (com o advento da ciência, essa se torna a linguagem por excelência) se articulam sem menção, ou ainda, sem necessidade de recorrer a quem diz, isto é, sem sujeito (na verdade, ninguém diz – elas se articulam logicamente), e também sem endereçamento, já que não se dirigem especificamente a alguém. O discurso da ciência se caracteriza por uma sintaxe implacável. Vale dizer, nos enunciados do discurso da ciência o sujeito – enquanto a própria dimensão de enunciação – é aquilo que se encontra ausente. Talvez fosse melhor dizer que o sujeito se presentifica como ausência, falha, furo, mas essa é uma formulação delicada, uma vez que o propósito da ciência – ou ainda o seu ideal – é o de ser um discurso que venha recobrir todo o real, sem deixar restos.

Se o empreendimento da ciência é, em última instância, o de suturar o sujeito, essa tentativa revela seu limite e o sujeito sempre retorna. Assim, o sujeito é essa “presença” absolutamente peculiar, puro traço que o discurso da ciência tenta, em vão, apagar. Os esforços da ciência revelam-se baldados e a antinomia é, portanto, constituinte: o sujeito é síncrono do corte perpetrado pela ciência, corte pelo qual ela se constitui enquanto a ciência (moderna) e através do qual o próprio sujeito emerge. A ciência encontraria aí o seu limite uma vez que “mostrasse definida pela impossibilidade do esforço de suturá-lo” (Lacan, 1965/1998, p. 875). Por conseguinte, o sujeito da psicanálise é este: o que se constitui através do passo que inaugura a ciência moderna e em antinomia com seu discurso.

A partir de sua emergência no momento inaugural do *cogito* cartesiano o sujeito fica, desde então, à espera, *en souffrance*<sup>6</sup>, até que Freud venha resgatá-lo, trazendo-o de volta para a sua morada: o inconsciente.

Há o sujeito, que está aí esperando desde Descartes. Ouso enunciar, como uma verdade, que o campo freudiano não seria possível senão certo tempo

depois da emergência do sujeito cartesiano, por isso que a ciência moderna só começa depois que Descartes deu seu passo inaugural. É desse passo que depende que se pudesse chamar o sujeito de volta para casa, no inconsciente [...]. É preciso, para compreender os conselhos freudianos, partir desse fundamento de que é o sujeito que é chamado – o sujeito da origem cartesiana (Lacan, 1964/1988, p. 49-50).

O sujeito da ciência surge do encaminhamento cartesiano enquanto certa com valor de verdade, disjunto do encaminhamento do saber posto em derrição através da instituição da dúvida. Nessa medida, o momento inaugural do *cogito* pode ser considerado como um testemunho ético. Essa disjunção é o “ponto de ruptura por onde dependemos do advento da ciência. Nada mais temos, para conjugá-lo, senão esse sujeito da ciência” (Lacan, 1965/1998, p. 883). Desse modo, o sujeito se conjuga com a ciência (não há sujeito antes de sua entrada no mundo) mas o faz em antinomia, pois não pode haver sujeito na vigência cerrada de seu discurso. A tentativa da ciência é a de sutura do sujeito – e nesse empreendimento ela se vai tornando cada vez mais eficiente e sofisticada – mas, baldados os seus esforços ele retorna, como o lixo retorna nas enchentes (Sbano, 1999, p. 6).

É desse resto tornado fecundo pela escuta de Freud que a psicanálise se ocupa. Se Lacan tem razão quando afirma que “a escória é o resto extinto” (Lacan, 1964/1988, p. 129), a abolição do sujeito pelo discurso da ciência resultaria – se exitosa – na escória da (nossa) “humanidade”. E a promessa científica poderia ser formulada nos termos da advertência contida em um de *Los Caprichos* de Goya: “El sueño de la razón produce monstruos”.

## Referências bibliográficas

- Czermak, M. (1991). *Paixões do objeto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Descartes, R. (2000). *Meditações metafísicas*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1641)
- Descartes, R. (2001). *Discurso do método*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1637)
- Freud, S. (1972). A interpretação dos sonhos. In S. Freud [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. IV e V. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (1976a). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise – A dissecação da personalidade psíquica. In S. Freud [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas*

- completas de Sigmund Freud*, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933 [1932])
- Freud, S. (1976b). Novas Conferências Introdutórias sobre psicanálise – A questão de uma *Weltanschauung*. In S. Freud [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933 [1932])
- Goya, F. (1972-99). *Los Caprichos*. Estampa 43, “La fantasía abandonada de la razón produce monstruos imposibles; unida con ella, es madre de las artes y origen de sus maravillas”.
- Koyré, A. (1992). *Considerações sobre Descartes*. Lisboa: Editorial Presença. (Trabalho original publicado em 1963)
- Lacan, J. (1998). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In J. Lacan [Autor], *Escritos* (p. 496-533). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1957)
- Lacan, J. (1988). *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Seminário de 1959-1960)
- Lacan, J. (2005). *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Seminário de 1962-1963)
- Lacan, J. (1964/1988). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Seminário de 1964).
- Lacan, J. (1965/1998). A ciência e a verdade. In J. Lacan, *Escritos* (p. 855-892). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1965)
- Masson, J. M. (Org.). (1986) *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhem Fliess 1887-1904*. Rio de Janeiro, Imago.
- Milner, J.-C. (1996). *A obra clara – Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Rocha, A. C. (1999). Sobre o ensino e a transmissão. In *Boletim n. 2 – Jornadas do Seminário A Angústia*. Documento de circulação interna. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano Associação Psicanalítica.
- Sbano, V. (1999). Descartes: a dúvida e a suspeita modernas. *Mimeo*. Rio de Janeiro.

## Notas

- <sup>1</sup> Vale dizer, não se trata de “um mundo arcaico de vastas emoções e pensamentos imperfeitos”, como acreditava Havelock Ellis (citado em Freud, 1900/1972, p. 629).
- <sup>2</sup> Que remete ao *Che vuoi?*, interpelação quanto ao desejo assinalada por Lacan.
- <sup>3</sup> Não se pretende (des)qualificar o discurso da ciência (por exemplo, afirmando que ele seria antiético), mas dizer que, enquanto discurso, prescinde – mais do que isso, suprime – (d)a enunciação fundadora de seu próprio campo.

- <sup>4</sup> O conhecimento científico aplicado produz tecnologia, que por sua vez é capaz de engendrar, no limite, algo que poderia ser qualificado de “inteligência artificial” – como, por exemplo, o computador, que é capaz de realizar operações complexas a partir de uma estrutura binária. Assim, a ciência pode, no limite, produzir uma “com-ciência”, mas quanto ao desejo ela nada quer saber.
- <sup>5</sup> Para maiores esclarecimentos remetemos o leitor ao Seminário 11, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, no qual a questão é amplamente tratada por Lacan, sobretudo nas lições XVI e XVII (cf. Lacan, 1964/1988, p. 193-217).
- <sup>6</sup> Na dupla acepção da expressão em francês: no padecimento de sua própria elisão e também como se diz de uma mercadoria que não foi resgatada.

Recebido em 01 de maio de 2015

Aceito para publicação em 11 de agosto de 2015



## SOBRE OS AUTORES

### **Adriana Wagner**

Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Psicologia Social pela Universidad Autonoma de Madrid. Endereço para correspondência: Rua João Dutra, 10, 601. Bairro Petrópolis. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, CEP: 90630-100. Telefone: (51) 3335-1458. E-mail: [adrianawagner.ufrgs@hotmail.com](mailto:adrianawagner.ufrgs@hotmail.com)

### **Andrea Gabriela Ferrari**

Psicóloga, Psicanalista, Doutora em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS). Professora do Departamento de Psicanálise e Psicopatologia do Instituto de Psicologia da UFRGS. Coordenadora do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Clínica Interdisciplinar da Infância da Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS e do NEPEIA (CNPq). Endereço para correspondência: Rua Ramiro Barcelos n. 2600, sala 139, bairro Santa Cecília. CEP: 90035-003. Instituto de Psicologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS. Fone: (51) 3309-5066. Email: [ferrari.ag@hotmail.com](mailto:ferrari.ag@hotmail.com)

### **Angelica Paula Neumann**

Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Endereço para correspondência: Rua Carlos Miranda, 82, 404 – Bloco B. Bairro Fátima. Erechim, Rio Grande do Sul. CEP: 99700-000. Telefone: (54) 9642-4182. E-mail: [angelicaneumann@gmail.com](mailto:angelicaneumann@gmail.com)

### **Carla Guanaes-Lorenzi**

Docente no Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Mestre em Psicologia pela USP na área de terapia de grupo, fatores terapêuticos e saúde mental. Doutora em Psicologia pela USP. Endereço para correspondência: Rua Antônio dos Santos Martins, 165 – Lagoinha. CEP: 14095420. Telefone: (16) 3917-1366 / (16) 8803-1224 Email: [carlaguanaes@ffclrp.usp.br](mailto:carlaguanaes@ffclrp.usp.br)

**Carolina Lisboa**

Psicóloga (PUC-RS). Mestre e Doutora em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS). Professora da Graduação e Pós-Graduação em Psicologia da PUC-RS. Endereço para correspondência: Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 11, sala 939. Porto Alegre-RS. CEP: 90619-900. Telefone: (51) 3320-3500 ramal 7747. Email: lisboacaro@gmail.com

**Cleci Maraschin**

Docente do curso de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Endereço para correspondência: Rua Ramiro Barcelos, 2600/ sala 3003,90035-003 – Porto Alegre – RS. Telefones: (51) 30225920 (51) 33085466. Email: cleci.maraschin@ufrgs.br

**Daniel Magalhães Goulart**

Doutorando em Educação pela Universidade de Brasília. Mestre em Educação pela Universidade de Brasília, Psicólogo pela Universidade de São Paulo e Bacharel Especial em Pesquisa pelo Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Endereço para correspondência: SGAN 912, Mód. C, Bloco E, apt. 108, Asa Norte, CEP 70790-123, Brasília-DF, Brasil. Email: danielgoulartbr@yahoo.com.br

**Dayane Costa de Souza Pena**

Mestre em Psicologia pela UFSJ. São João del Rei, Minas Gerais, Brasil. Endereço para correspondência: Rua Professora Glória Penchel, 49, Castro Pires, Teófilo Otoni, Minas Gerais. CEP: 39801-683 Telefone: (33) 8802-1546 Email: dayanepena@ymail.com

**Edilson Pastore**

Psicólogo e Mestre em Psicologia Clínica (UNISINOS), Coordenador do Departamento de Ensino da Clínica Pinel. Endereço para correspondência: Rua Santana, 1455, Porto Alegre-RS. CEP: 90040-373. Telefone: (51)3223-7799 / 3223-7131. Email: edilson.pastore@clinicapinel.com.br

**Florencia Stelzer**

Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación (*CIMEPB*), Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. Endereço para correspondência: Complejo Universitario Maniel Belgrano, Casa histórica, funes 3280, cuerpo 5, nivel 3 (7600) – Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Email: florenciastelzer@gmail.com

**Ingrid Vorsatz**

Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**Jamille Mateus Wiles**

Psicóloga, Especialista em Atendimento Clínico com ênfase em Psicanálise. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicanálise: clínica e cultura pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Endereço para correspondência: Rua Ramiro Barcelos n. 2600. Sala 139. Bairro Santa Cecília. CEP: 90035-003 - Instituto de Psicologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS. Fone: (51) 33095066. Email: jamillemw@hotmail.com

**Liciane Diehl**

Programa de Pós-graduação em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Grupo de pesquisa: Psicologia da saúde ocupacional. Endereço para correspondência: Faculdade de Psicologia – Av. Ipiranga, 6681 – Porto Alegre/RS – 90619-900. Prédio 11 – Sala 933 – Telefone: (51) 3320-3550 – Ramal: 7745. Email: licidiehl@gmail.com

**Luciano Bedin da Costa**

Docente da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Endereço para correspondência: Avenida Juca Batis-ta, 1490, casa 9, Bairro Cavallhada, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Tel. (51)98420073. Email: bedin.costa@gmail.com

**Manoel Antônio dos Santos**

Professor Associado da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP). Doutor em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo, com Livre Docência em Psicoterapia Psicanalítica pela Universidade de São Paulo. Endereço para correspondência: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto-SP, 14040-901. Email: masantos@fflcrp.usp.br

**María Laura Andrés**

Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación--(CIMEPB), Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. Endereço para correspondência: Complejo Universitario Maniel Belgrano, Casa histórica, funes 3280, cuerpo 5, nivel 3 (7600) – Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

**Marina Belelli Barbosa**

Graduanda do departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Endereço para correspondência: Avenida Bandeirantes, 3900 CEP: 14040-901. Ribeirão Preto, São Paulo. Telefone: (016) 3602-4446 ou (016) 3602-4835. Fax: (016) 3602-4835 Email: marina.belelli@hotmail.com

**Mary Sandra Carlotto**

Programa de Pós-graduação em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Grupo de pesquisa: Psicologia da saúde ocupacional. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Luterana do Brasil e Doutora em Psicologia Social pela Universidade de Santiago de Compostela – Espanha. Pós-Doutora pela Universidade de Valencia – Espanha. Endereço para correspondência: Faculdade de Psicologia – Av. Ipiranga, 6681 – Porto Alegre/RS – 90619-900. Prédio 11 – Sala 933 – Telefone: (51) 3320-3550 – Ramal: 7745. Email: mscarlotto@gmail.com

**Mônica Medeiros Kother Macedo**

Doutora em Psicologia. Docente titular da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/Brasil, Coordenadora do Grupo de Pesquisa Fundamentos e Intervenções em Psicanálise no Programa de Pós-graduação em Psicologia (PUCRS). Endereço para correspondência: Av. Ipiranga 6681, Prédio 11, sala 926, CEP: 90619-900. Porto Alegre – RS. Email: monicakm@puccrs.br

**Patricia Rutsatz**

Mestre em Psicologia clínica no Grupo de Pesquisa Fundamentos e Intervenções em Psicanálise no Programa de Pós-graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/Brasil. Endereço para correspondência: Av. Ipiranga 6681, Prédio 11, sala 926, CEP: 90619-900. Porto Alegre- RS. Email: patriciarutsatz@gmail.com

**Renata Amélia Roos**

Docente do curso de Psicologia da Instituição Evangélica de Novo Hamburgo, Novo Hamburgo, RS, Brasil. Mestre em Psicologia social e institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutoranda em psicologia social e institucional na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Endereço para correspondência: Rua Henrique Dias 110, ap. 51 – Bairro: Vila Nova, Novo Hamburgo CEP: 93520-270. Telefone: (51) 96603848. E-mail: renata.r@ienh.com.br

**Roberto Calazans**

Doutor em Teoria Psicanalítica pela UFRJ. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSJ. Bolsista de Produtividade em Pesquisa Nível 2 do CNPq. Endereço para correspondência: Praça Dom Helvécio, 74, Fábricas, Campus Dom Bosco, sala 2.03, São João del-Rei, Minas Gerais. CEP: 36.301-160 Telefone: (32) 3379-2588 Email: roberto.calazans@gmail.com

**Sebastián Urquijo**

Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación-(*CIMEPB*), Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. Endereço para correspondência: Complejo Universitario Maniel Belgrano, Casa histórica, funes 3280, cuerpo 5, nivel 3 (7600) – Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

**Silvia Maria Abu-Jamra Zornig**

Psicanalista, Doutora em Psicologia Clínica pela Puc-Rio, Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica Puc-Rio, Coordenadora do curso de Especialização em Psicologia Clínica com Crianças, Puc-Rio. Endereço para correspondência: Rua Sara Vilela, 100, Rio de Janeiro-RJ. CEP: 22460-180. Telefone: (021) 2294-5605. Email: silvia.zornig@terra.com.br