

Coleção Psicologia Clínica e Cultura - UnB

Psicologia clínica **3**

e cultura contemporânea **volume**



Organizadoras

Deise Matos do Amparo

Eliana Rigotto Lazzarini

Isabela Machado da Silva

Larissa Polejack



TECHNOPOLITIK

Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea 3

**Deise Matos do Amparo
Eliana Rigotto Lazzarini
Isabela Machado da Silva
Larissa Polejack**
(Organizadoras)

(eBook, PDF)

Brasília

2017

ISBN: 978-85-92918-14-9





FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

REITORA

Márcia Abrahão Moura

DECANA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Helena Eri Shimizu

DIRETORA DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Wânia Cristina de Souza

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

Sheila Giardini Murta

COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

Maria Inês Gandolfo Conceição

Technopolitik Editora - Conselho Editorial

Ana Lúcia Galinkin - Universidade de Brasília

Ana Raquel Rosa Torres - Universidade Federal da Paraíba

Claudiene Santos - Universidade Federal de Sergipe

Marco Antônio Sperb Leite - Universidade Federal de Goiás

Maria Alves Toledo Burns - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto

Maria Lúcia Montes - Universidade de São Paulo - Capital

Maria das Graças Torres da Paz - Universidade de Brasília

Revisão: Maurício Galinkin/Technopolitik

Capa: Paulo Roberto Pereira Pinto/Ars Ventura Imagem & Comunicação

Projeto gráfico e diagramação: Maurício Galinkin/Technopolitik

Capa: "Fauno e Bacante" (1827), de Boris Orlovsky, Museu do Estado Russo, São Petersburgo, Rússia.

P974 Psicologia clínica e cultura contemporânea, v.3 / Organização Deise

Matos do Amparo, Eliana Rigotto Lazzarini, Isabela Machado da Silva,
Larissa Polejack .--Brasília, DF : Technopolitik, 201.

v. 3, 778 p. ; il.

Conteúdo: v. 3 - Parte 1 – Psicanálise, psicopatologia e clínica. Parte 2 -
Família, saúde e clínica.

Textos em português, inglês e francês.

e-Book (PDF)

ISBN: 978-85-92918-14-9

1. Clínica psicanalítica. 2. Psicanálise e literatura. 3. Saúde e políticas públicas. 4. Violência contra a mulher. 5. Violência contra criança e adolescente. 6. Psicopatologia. I. Amparo, Deise M. do (Org.). II. Lazzarini, Eliana R. (Org.). III. Silva, Isabela M. da (Org.) IV. Polejack, Larissa (Org.)

CDU: 159.964.2

Ficha catalográfica elaborada por Iza Antunes Araujo CRB1-079

ISBN: 978-85-92918-14-9 (PDF)

Technopolitik (MEI)

Tel: (61) 98407-8262. Correio eletrônico: editor@technopolitik.com

Sítio eletrônico na internet: <http://www.technopolitik.com.br> e <http://www.technopolitik.com>

Prefácio

Terezinha Féres-Carneiro

Professora Titular
Departamento de Psicologia da PUC-Rio

Para mim é uma grande honra ter sido convidada para escrever o Prefácio deste livro comemorativo dos dez anos do Programa Psicologia Clínica e Cultura da UnB. Tal honra traz consigo também grande responsabilidade. Tendo assistido ao nascimento do referido Programa, fui convidada para “madrinha”, o que também muito tem me honrado ao longo de todo este tempo.

A Psicologia Clínica se reafirma, cada vez mais, como um campo de saber no qual as determinações socioculturais ocupam um lugar central, dada sua relevância na construção da subjetividade. O *Programa de Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea da UnB* tem buscado demarcar sua identidade ressaltando os aspectos culturais das experiências subjetivas e a indispensável contextualização das teorias e das práticas clínicas.

Prefácio

Questões da saúde humana são contempladas pela Psicologia Clínica, que propõe intervenções em nível individual, grupal, social ou institucional, visando à prevenção, à avaliação ou ao tratamento. Ela tem também um papel importante na proposição, na elaboração e na implementação de políticas públicas de saúde, sobretudo de saúde mental.

Os atendimentos psicológicos se dão em diferentes abordagens teórico-práticas, em múltiplos espaços, tais como unidades básicas de saúde, contexto hospitalar, unidades psiquiátricas e em clínicas privadas. Ocorrem também quando surgem demandas relacionadas a diferentes momentos do ciclo vital, como na infância, na adolescência, na adultez e no envelhecimento. Tais intervenções podem se dar em diversas modalidades, como psicoterapia individual, de grupo, de família, de casal e de criança, dentre outras.

A Psicologia Clínica, em qualquer de suas abordagens teórico-práticas e em qualquer de suas modalidades, não pode ser dissociada da atividade de pesquisa, que vai lhe garantir a coerência, o rigor e o imprescindível embasamento teórico. Num tempo em que a interdisciplinaridade é valorizada e desejada, por ser facilitadora das experiências em suas múltiplas dimensões, e em que os saberes articulam-se uns aos outros para além de suas fronteiras, a Psicologia Clínica busca dar uma resposta a essa demanda contemporânea.

Esta importante articulação, entre diferentes saberes, entre clínica e cultura, entre atividade de pesquisa e prática clínica, o leitor vai encontrar nos 32 capítulos que compõem este livro *Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea 3*.

A questão da interdisciplinaridade é ressaltada com muita propriedade em trabalhos que articulam os campos da psicanálise, da literatura e da arte.

Diferentes momentos do ciclo de vida são focalizados, abordando temas relevantes referidos a diversas fases do desenvolvimento humano, tais como a elaboração da perda na adolescência e a sexualidade na velhice.

Os temas das agressões sexuais, da violência doméstica e do abuso sexual são abordados de forma bastante relevante em textos que focalizam a intervenção em gestação decorrente de violência sexual, a psicopatologia, a organização familiar, e os programas de atenção aos homens autores de violência, ressaltando a importância de compreender os sentidos para propor a intervenção.

Diversos conceitos relevantes são apresentados e discutidos, com rigor teórico, a partir de diferentes abordagens teórico-clínicas, como o de contratransferência, transicionalidade e espaço potencial, traços traumáticos e figuras projetivas, e constituição subjetiva e construção da fantasia. São também destacadas, com muita propriedade, técnicas como o procedimento de desenho-estórias no diagnóstico e na intervenção, o Rorschach na análise do eu-pele, as técnicas narrativas na terapia individual, a terapia de casal, e a psicoterapia dos casos limites.

A questão da prática profissional é discutida de modo muito pertinente em textos sobre residência multiprofissional, acolhimento institucional de adolescentes, e protocolos clínicos em psico-oncologia. Temas como tecnologia de gênero e representação da identidade feminina, saúde mental indígena, e contribuições epistemológicas da hipnose para a Psicologia moderna são também abordados de modo a instigar a curiosidade do leitor.

Os autores dos trabalhos que compõem este livro discutem, assim, com criatividade e rigor teórico e metodológico, as múltiplas questões nele

Prefácio

apresentadas, tornando esta obra indispensável para todos aqueles que estudam Psicologia Clínica e atuam nesta área que, como vimos, não pode ser dissociada da cultura.

Sumário

| Cap | Nome | Autoras/es | Pág. |
|---|--|--|------|
| | Prefácio | <i>Terezinha Féres-Carneiro</i> | iv |
| | Sobre Autoras e Autores | | xiii |
| PARTE 1: PSICANÁLISE, PSICOPATOLOGIA E CLÍNICA | | | |
| PSICANÁLISE, CLÍNICA E CULTURA | | | |
| 1 | Formação do Eu, constituição do sujeito e construção da fantasia | Christian Ingo Lenz Dunker, Daniela Scheinkman Chatelard e Márcia Cristina Maesso | 30 |
| 2 | De objeto de respeito a objeto de desejo: sexualidade e velhice | Priscilla Melo Ribeiro de Lima, Douglas Alves Viana, Larissa Rodrigues Moreira e Terezinha de Camargo Viana | 49 |
| 3 | <i>La constitution du lieu de la recherche : essai sur le contre-transfert, ses résidus et ses destinées</i> | Ana Paula Vieira Fraga Levivier | 75 |
| 4 | Transicionalidade e espaço potencial na clínica psicanalítica Winnicottiana com paciente falso <i>self</i> | Renata Arouca, Deise Matos do Amparo e Katia Cristina Tarrouquella Brasil | 89 |
| 5 | O testemunho interno: escritura de si, trauma e psicopatologia dos limites | Jean-François Chiantaretto | 108 |
| 6 | A clínica com adolescentes em conflito com a lei: contribuições da psicanálise no trabalho com a demanda | Laís Macêdo Vilas Boas, Deise Matos do Amparo, Sandra Francesca Conte de Almeida e Kátia Cristina Tarouquella Brasil | 129 |

Sumário (cont.)

| Cap | Nome | Autoras/es | Pág. |
|---|---|--|------|
| PSICANÁLISE, ARTE E LITERATURA | | | |
| 7 | Literatura e sujeito do desejo | Bárbara Taveira Fleury Curado e Elia Rigotto Lazzarini | 160 |
| 8 | <i>Enigmes de la créativité et de la création en psychanalyse pour une éthique psychanalytique de l'art</i> | Marjorie Roques e Anne-Valérie Mazoyer | 180 |
| 9 | Psicanálise e literatura: O espelho, de Machado de Assis, em diálogo com uma cena de Dom Quixote | Livia Mesquita de Souza, Terezinha de Camargo Viana e Ascención Rivas Hernandez | 200 |
| 10 | A ironia no processo sublimatório do personagem Aliócha Karamazov | Rodrigo Pereira da Silva e Francisco Martins | 221 |
| PSICOPATOLOGIA E CLÍNICA PROJETIVA | | | |
| 11 | Traços traumáticos e figuras projetivas nas catástrofes de simbolização | Pascal Roman | 243 |
| 12 | O Eu-pele no Rorschach | Bruno Cavaignac Campos Cardoso, Deise Matos do Amparo e Roberto Menezes de Oliveira | 266 |

Sumário (cont.)

| Cap | Nome | Autoras/es | Pág. |
|---|---|---|------|
| 13 | <i>Du tracé corporel à la trace : élaborer la perte à l'adolescence</i> | Catherine Matha | 286 |
| 14 | Clínica e psicopatologia dos autores de agressão sexual | Jean Yves Chagnon | 305 |
| PARTE 2: FAMÍLIA, SAÚDE E CLÍNICA | | | |
| FAMÍLIA, COMUNIDADE E INSTITUIÇÕES | | | |
| 15 | Construindo a memória familiar: estudo sobre o reencontro de famílias | Júlia S. N. F. Bucher- Maluschke e Christoph Käppler | 332 |
| 16 | A família de origem em terapia de casais | Wladimir Porreca | 351 |
| 17 | Contextualização dos programas brasileiros de atenção aos homens autores de violência doméstica | Fabício Lemos Guimarães e Gláucia R. S. Diniz | 371 |
| 18 | Acolhimento Institucional de Adolescentes: Reflexões e Prática Profissional | Juliana Castro Benício de Carvalho, Jacques Rhéaume e Liana Fortunato Costa | 395 |
| VIOLÊNCIA, GÊNERO E CULTURA | | | |
| 19 | Gestação decorrente de violência sexual: compreendendo sentidos para pensar a intervenção | Silvia Renata Lordello e Liana Fortunato Costa | 421 |

Sumário (cont.)

| Cap | Nome | Autoras/es | Pág. |
|---|---|--|------|
| 20 | Abuso sexual contra meninos: um olhar sobre polivitimização e organização familiar | Amanda Pinheiro Said, Liana Fortunato Costa e Denise de Freitas Marreco | 446 |
| 21 | Bonecas como tecnologia do gênero na representação de identidades | Jonas Carvalho, Júlia S. N. F. Bucher-Maluschke e Valeska Zanello | 472 |
| 22 | <i>The Cultural Transitioning of Immigrant Women to Canada: Applying a Social Justice Analysis</i> | Ada L. Sinacore | 496 |
| 23 | Violência no namoro: aspectos conceituais e horizontes para a prevenção | Karine Brito dos Santos e Sheila Giardini Murta | 521 |
| PSICOLOGIA DA SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS | | | |
| 24 | <i>Pediatric communication: a brief intervention on approaching of affective and psychosocial issues</i> | Marina Kohlsdorf e Áderson Luiz Costa Junior | 557 |
| 25 | Desenvolvimento e aplicação de protocolos clínicos em psico-oncologia: perspectivas para atuação em equipe de saúde especializada | Cristiane Decat Bergerot e Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo | 583 |

Sumário (fim)

| Cap | Nome | Autoras/es | Pág. |
|---|--|--|------|
| 26 | Gerenciamento de caso na perspectiva do usuário de <i>crack</i> e do profissional de saúde | Hannya Herrera Cardona e Maria Inês Gandolfo Conceição | 606 |
| 27 | “Saúde mental” “indígena”: do que estamos falando e a partir de onde? | Valeska Zanello e Marianna Queiróz Batista | 633 |
| 28 | Discutindo a formação na residência multiprofissional: contextualização, apontamentos e desafios para a psicologia | Sofia Costa e Silva Duarte e Larissa Polejack | 664 |
| INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS E SAÚDE MENTAL | | | |
| 29 | Contribuições epistemológicas da hipnose de Milton Erickson para a psicologia moderna | Mauricio Neubern | 684 |
| 30 | A terapia individual sistêmica e o uso de técnicas narrativas | Alexandre de Souza Amorim e Isabela Machado da Silva | 710 |
| 31 | O procedimento de desenho-estórias e suas formas derivadas: enfoque diagnóstico e interventivo | Valéria Barbieri, Sonia Regina Pasian e Fabiana Rego Freitas | 738 |
| 32 | Da clínica do olhar à clínica da escuta: uma passagem pela clínica da reforma, no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais | Valdelice Nascimento de França e Ileno Izídio da Costa | 761 |

Sobre Autoras e Autores

ADA L. SINACORE

PhD, Professora Associada do Departamento de Educação e Aconselhamento em Psicologia, McGill University, Montreal, Quebec/Canadá. Professora em Psicologia do Aconselhamento na Universidade da Columbia - University New York City. Professora no Instituto de Gênero, Sexualidade e Estudos Feministas na McGill University.

ÁDERSON LUIZ COSTA JUNIOR

Psicólogo, Professor Associado do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Doutor em Psicologia pela Universidade de Brasília.

ALEXANDRE DE SOUZA AMORIM

Psicólogo, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Psicólogo Clínico no Espaço Recontar (São José/SC).

AMANDA PINHEIRO SAID

Psicóloga (PAV- Ceilândia-DF/ SES/GDF), Doutoranda do PPGPSICC – UnB, psicoterapeuta de família (Interpsi - PUC/GO)

ANA PAULA VIEIRA FRAGA LEVIVIER

Psicóloga, Doutora em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise na Universidade de Paris 7 – França. Psicóloga do Instituto Regional do Trabalho Social – Champagne – Ardenne/França. Psicóloga da Associação Papillons Blanc de Reims.

ANNE-VALÉRIE MAZOYER

Professora Assistente e HDR na Universidade de Toulouse 2 – França. Membro da Sociedade Francesa de Psicopatologia da Expressão.

ASCENCIÓN RIVAS HERNANDES

Professora titular da Universidad de Salamanca – Espanha.

BÁRBARA TAVEIRA FLEURY CURADO

Doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Mestre em Psicologia Clínica e Cultura. Psicanalista membro da Escola de Psicanálise Corpo Freudiano - Seção Goiânia. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás.

BRUNO CAVAINAC CAMPOS CARDOSO

Psicólogo Clínico, Professor Assistente do Instituto de Educação Superior de Brasília – Iesb. Mestre e Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

CATHERINE MATHA

Psicóloga Clínica e Psicanalista, Professora Assistente em Psicologia Clínica e Psicopatologia na Universidade de Paris 13 SPC – França. Publicou vários trabalhos sobre masoquismo, ataque do corpo e escarificação.

CHRISTIAN INGO LENZ DUNKER

Psicanalista, Professor Titular do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP. Livre Docente em Psicologia Clínica, Pós-Doutorado na Manchester Metropolitan University. Mestrado e Doutorado – USP.

CHRISTOPH KÄPPLER

Doutor em Psicologia, Professor da Universidade Dortmund – Alemanha; Diretor da UAMR (Cooperação Acadêmica da Aliança das Universidades da Ruhr)

CRISTIANE DECAT BERGEROT

Pós-Doutora pela Universidade Federal de São Paulo, Preceptora da Residência Multiprofissional em Oncologia da Universidade Federal de São Paulo, Doutora pela Universidade de Brasília

DANIELA SCHEINKMAN CHATELARD

Psicanalista, Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Clínica e no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – UnB. Mestrado em Psicanálise e Doutorado em Filosofia na Universidade de Paris 8 – França. Bolsista Produtividade CNPq.

DEISE MATOS DO AMPARO

Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. Doutora e Mestre em Psicologia pela Universidade de Brasília. Pós-doutorado pela Universidade Paris Descartes – França, e pela Universidade Paris 13 – França. Bolsista Produtividade CNPq.

DENISE DE FREITAS MARRECO

Psicóloga, Chefe do Núcleo de Prevenção e Assistência à Situação de Violência da Região de Saúde do Centro Norte (Nupav/SCRCN/SES/GDF).

DOUGLAS ALVES VIANA

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás.

ELIANA RIGOTTO LAZZARINI

Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. Pós-doutorado pela Université Paris 13, Paris/França.

FABIANA REGO FREITAS

Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo – RP, Mestre em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos.

FABRÍCIO LEMOS GUIMARÃES

Psicólogo. Doutor e mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura – UnB. Especialista em Terapia Familiar e de Casais pela PUC-GO/Interpsi. Analista Judiciário/Psicólogo do TJDF.

FRANCISCO MARTINS

Psiquiatra, Psicólogo, Psicanalista, Professor Emérito da Universidade de Brasília, Doutorado em Psicologia. Universidade Católica de Louvain – Bélgica. Bolsista Produtividade 1D do CNPq.

GLÁUCIA R. S. DINIZ

Psicóloga, Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. Mestrado (1990) e Doutorado (1993) no Marriage And Family Therapy Program - United States International University, hoje Alliant International University, San Diego, California – EUA.

HANNYA HERRERA CARDONA

Graduada pela Universidad de Ibagué. Especialização em Psicologia Clínica Comportamental Cognoscitiva pela Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá. Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde pela UnB.

ILENO IZÍDIO DA COSTA

Psicólogo Clínico. Professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. Especializado em Psicologia e Psicoterapia Conjugal e Familiar (Cefam) e em Psicologia Clínica (CRP-01); Mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela UnB; Master of Arts in Philosophy and Ethics of Mental Health (University of Warwick/Reino Unido) e Doutor em Psicologia Clínica pela UnB/University of Warwick.

ISABELA MACHADO DA SILVA

Psicóloga, Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Terapeuta de Famílias pelo Domus: Centro de Terapia de Casal e Família (Porto Alegre/RS).

JACQUES RHÉAUME

Professor Emérito do Departamento de Comunicação Pública e Social, da Université du Québec à Montréal – Canadá. Doutor em Sociologia pela Universidade de Montreal, Membro do Centro de Treinamento e Pesquisa localizado no Centro de Saúde e Serviço Social (CSSS) de Montagne, em Montreal, e Membro fundador da Rede Internacional de Sociologia Clínica (Réseau International de Sociologie Clinique – RISC).

JEAN YVES CHAGNON

Psicólogo Clínico e Psicanalista, Especialista em Psicologia Jurídica, Professor de Psicologia Clínica e Psicopatologia na Universidade Paris 13, UTRPP, SPC. Membro da Sociedade Francesa de Rorschach e Métodos Projetivos e do Colégio Internacional de Adolescência (CILA).

JEAN-FRANÇOIS CHIANTARETTO

Professor de Psicopatologia na Universidade Paris 13. Ex-diretor da Unidade Transversal de Pesquisa em Psicopatologia e Psicogênese (UTRPP). Fundou e dirige o grupo de pesquisa "Literatura pessoal e psicanálise".

JONAS CARVALHO

Doutorando no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, Mestre em Ciências do Ambiente (UFT).

JÚLIA S. N. F. BUCHER-MALUSCHKE

Psicóloga, Doutora, Professora Emérita da UnB, Pesquisadora Senior da UnB, coordenadora do GT da Anpepp: Família, Processos de Desenvolvimento e Promoção da Saúde.

JULIANA CASTRO BENÍCIO DE CARVALHO

Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília, com estágio doutoral na Université du Québec à Montréal/ Canadá (UQAM). Psicóloga do Centro de Referência Especializado em Assistência Social - Creas, da Secretaria de Estado do Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos do Distrito Federal. Brasília, DF.

KARINE BRITO DOS SANTOS

Graduada em Psicologia e Comunicação Social. Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Professora da Universidade Federal da Integração Latino-Americana e Centro Universitário Dinâmica das Cataratas (Foz do Iguaçu, PR).

KÁTIA CRISTINA TAROUQUELLA BRASIL

Psicóloga, Professora do Mestrado e Doutorado em Educação e do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Brasília. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília, Graduada pela Universidade de Lyon II em Psicologia Clínica.

LAÍS MACÊDO VILAS BOAS

Psicóloga Clínica, Doutora e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

LARISSA POLEJACK

Psicóloga, com especialização em Psicodrama e em Educação Permanente em Saúde. Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, Mestrado e Doutorado pela UnB. Pós-doutorado em Saúde Pública pelo Department of Global Community Health and Behavioral Sciences da School of Public Health and Tropical Medicine, Tulane University/New Orleans, como bolsista Capes e em Saúde

Sobre Autoras e Autores

Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

LARISSA RODRIGUES MOREIRA

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás, residente em Psicologia no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG).

LIANA FORTUNATO COSTA

Psicóloga, Terapeuta Conjugal e Familiar, Psicodramatista, Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo.

LÍVIA MESQUITA DE SOUZA

Psicóloga com especialização em psiquiatria e psicologia da adolescência, pela Unicamp. Mestrado em Psicologia, pela PUC Goiás (2005) e doutorado em Psicologia Clínica e Cultura, pela UnB (2014). Psicóloga na Universidade Federal de Goiás

MÁRCIA CRISTINA MAESSO

Psicanalista, Pesquisadora e Pós - Doutora do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Clínica e Cultura – UnB, Mestrado e Doutorado em Psicologia Clínica – USP.

MARIA INÊS GANDOLFO CONCEIÇÃO

Psicóloga, psicodramatista didata supervisora, Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, Mestre e Doutora em Psicologia, pela UnB. Pós - doutora pela Universidade Federal Fluminense e pela University of Toronto – CAMH/CICAD.

MARIANNA QUEIRÓZ BATISTA

Antropóloga e Psicóloga, mestra em Psicologia Clínica pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília

MARINA HAIZENREDER ERTZOGUE

Doutora em História Social (USP). Docente dos Programas de Pós-Graduações em Ciências do Ambiente e Comunicação e Sociedade, na Universidade Federal do Tocantins.

MARINA KOHLSDORF

Psicóloga, Professora da Graduação e do Mestrado em Psicologia do Centro Universitário UniCeub. Mestre e Doutora em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde pela Universidade de Brasília. Psicóloga na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

MARJORIE ROQUES

Psicóloga Clínica na Unidade de crise do CHRU da Universidade de Caen – França. Professora Assistente de Psicologia na Universidade de Caen, Normandie, LPCN, UFR. Membro da Sociedade Francesa de Psicopatologia, de Expressão e Arte Terapia.

MAURICIO NEUBERN

Psicólogo, Professor Adjunto do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília. Doutor em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília. Pós-Doutorado pelo CEM/EHESS.

PASCAL ROMAN

Psicólogo e Psicoterapeuta no Serviço de Consulta Ambulatorial para Adolescentes Autores de Violência Sexual. Professor de Psicologia Clínica, Psicopatologia e Psicanálise da Universidade de Lausanne – Suíça.

<http://www.unil.ch/unisciences/pascalroman>

PRISCILLA MELO RIBEIRO DE LIMA

Professora Adjunta da Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, e docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP-UFG). Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Coordenadora do Gepev – Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Velhice.

RENATA AROUCA

Psicóloga, Professora Assistente do Instituto de Educação Superior de Brasília - Iesb. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília e Pós-doutorado em andamento pela Universidade de Brasília.

ROBERTO MENEZES DE OLIVEIRA

Professor da Universidade Católica de Brasília. Doutor em Psicologia. Experiência em Clínica Psicanalítica e Avaliação Psicodiagnóstica

RODRIGO PEREIRA DA SILVA

Mestre em Psicologia Clínica. Doutorando em Psicologia Clínica e Cultura na Universidade de Brasília

SILVIA RENATA LORDELLO

Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia, pela UnB. Terapeuta de Famílias (Interpsi/PUC-GO). Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do

Sobre Autoras e Autores

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

SHEILA GIARDINI MURTA

Doutora em Psicologia Social e do Trabalho, pela Universidade de Brasília, com estágio de doutoramento na Queensland University of Technology – Austrália. Orientadora no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (UnB).

SANDRA FRANCESCA DE ALMEIDA

Professora do Programa de Pós-Graduação em Educação e do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Brasília. Doutora em Ciências da Educação (Psicologia) pela Universidade Paris Descartes – França. Professora Aposentada da Universidade de Brasília.

SOFIA COSTA E SILVA DURTE

Psicóloga, Residente de Psicologia em Saúde da Criança pela Escola Superior de Ciências da Saúde.

SONIA REGINA PASIAN

Psicóloga, Professora Livre-docente do Departamento de Psicologia da FFCLRP/USP. Doutora em Ciências (Saúde Mental) pela Faculdade de

Medicina de Ribeirão Preto. Especialista em Psicologia Clínica de Orientação Dinâmica, Mestre em Filosofia pela Universidade Federal de São Carlos.

TEREZA CRISTINA CAVALCANTI FERREIRA DE ARAUJO

Professora do Departamento de Psicologia Clínica (UnB), Pós-Doutora pela Unesco (França), Doutora pela Université de Paris X - Nanterre, Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

TEREZINHA DE CAMARGO VIANA

Professora Associada do Instituto de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília. Pós-doutorado em Antropologia (Unicamp) e em Psicologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa – Portugal.

VALDELICE NASCIMENTO DE FRANÇA

Psicóloga. Mestre em Pesquisa e Clínica em Psicanálise pelo Programa de Pós-Graduação em Psicanálise do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Especialista em Psicanálise e Saúde Mental pelo Instituto de Psicologia da Uerj. Doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB).

VALÉRIA BARBIERI

Professora do Departamento de Psicologia da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto – USP/RP, Doutora e Mestre em Psicologia Clínica pelo

Sobre Autoras e Autores

Instituto de Psicologia da USP, com Pós-Doutorado em Psicanálise e Psicopatologia pela Universidade de Paris Denis-Diderot – Paris 7, Livre-Docente em Psicodiagnóstico Tradicional e Interventivo.

VALESKA ZANELLO

Psicóloga, bacharel em Filosofia e Doutora em Psicologia Clínica. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília. Orientadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

WLADIMIR PORRECA

Pesquisador Colaborador do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

PARTE 1:
PSICANÁLISE, PSICOPATOLOGIA E
CLÍNICA

PSICANÁLISE, CLÍNICA E CULTURA

1 **Formação do Eu, constituição do sujeito e construção da fantasia**

Christian Ingo Lenz Dunker

Universidade de São Paulo

Daniela Scheinkman Chatelard

Universidade de Brasília

Márcia Cristina Maesso

Universidade de Brasília

1. Introdução

Partindo da distinção das operações que concernem à Formação do Eu, à Constituição do Sujeito e à Construção da Fantasia, cunhadas por Lacan ao longo de sua obra, buscaremos demarcar a incidência da falta como fundamental para cada uma delas na invenção do subjetivo e do objeto na psicanálise, pressupondo que ambos não estão dados naturalmente.

Sinteticamente, entendemos tratar-se de três formas de conceber a subjetivação, historicamente presentes na tradição dialética, e que articulam relações distintas entre o real, o sujeito e suas instâncias de mediação. Na perspectiva da constituição acentua-se o processo do ponto de vista das rupturas que o determinam, dos limites que o constroem ou das escansões que dele se precipitam. Constituir é fazer algo iniciar de tal forma que seu produto ou fim

encontre-se já contido em sua origem ou começo. A lógica da constituição é uma lógica da diferença. A construção, ao contrário, enfatizará a leitura de um processo do ponto de vista de sua continuidade a partir de sua gênese. Construir é acrescentar, fazer crescer ou prolongar segundo uma lógica da identidade. Finalmente, a formação nos remete a uma leitura que entende o processo de subjetivação como transformação combinatória. Formar é dar forma, estabelecer objetos, imagens ou signos em uma certa relação que lhes confere unidade.

O tema da constituição nasce no solo das filosofias que se dedicaram ao tema da alienação, assim como a noção de formação se desdobra das filosofias da vida e o da construção se liga ao das filosofias das formas simbólicas.

Ocorre que nas diferentes concepções acerca do sujeito em psicanálise verifica-se um curioso e complexo cruzamento entre estas matrizes de leitura. Pretendemos mostrar como tal distinção pode ser útil para a compreensão da teoria lacaniana do sujeito, contribuindo talvez, para um melhor esclarecimento de certos problemas que lhe são atinentes.

2. Formação do Eu

Há em Lacan uma teoria da formação do eu. *O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência analítica* de 1949 é, por seu próprio título, um exemplo. O Eu é em síntese uma forma, todos os problemas em sua concepção decorrem desta tese. Forma original dada pela projeção da superfície corporal, forma ortopédica, instável, fragmentária ou cativante, que responde ao problema deixado por Freud (1914/2004) em *À guisa de Introdução ao Narcisismo*, acerca do Eu, do objeto, do ideal do Eu e dos seus respectivos investimentos libidinais. A textura do eu é equivalente à realidade própria de uma imagem, ideal enquanto imagem, real enquanto reflexão.

O tema da formação encontra-se de forma pronunciada na obra de Lacan em artigos como *Agressividade em Psicanálise* (1948/1998), nos seminários sobre os *Escritos Técnicos de Freud* (1954/1983) e sobre o *Eu na Teoria e na Técnica da Psicanálise* (1955/1985).

No ensaio de Lacan intitulado *Os complexos familiares na formação do indivíduo* (1938/1985) a ideia de forma, animada por uma atividade que lhe induz crises permanentes, será traduzida pela noção de complexo.

O “complexo de desmame” (Lacan, 1938/1985, pp. 22-30) que ocorre entre 0 a 6 meses aproximadamente, exprime esta fase pré-formal do eu. O *co-nascimento* (co-nascimento e conhecimento, por homofonia) exprime um momento de continuidade e combinação que determina não a formação do eu, mas a formação dos primeiros signos, mediadores para a formação do eu. A imagem do rosto humano, o tato materno, os sons e a resposta especular primária da mãe incluem-se neste primeiro complexo. O nascimento, separação prematura que nenhum cuidado materno pode compensar é menos determinado pelo instinto e mais uma função de asseguramento no grupo social, a insuficiência das funções vitais estabelecem a condição para seu completamento por uma dinâmica das formas artificiais. No tempo do desmame não há imagem do eu, nem reconhecimento do corpo próprio, sendo assim, Lacan não trata do narcisismo nem do autoerotismo propostos por Freud.

O complexo de desmame, independentemente das contingências operatórias é, segundo Lacan (1938/1985, p. 27), “frequentemente um traumatismo psíquico” que produz efeitos constatados na clínica psicanalítica, tais como toxicomanias e anorexias. Lacan atribui ao traumatismo do complexo de desmame o traço permanente de uma interrupção da relação biológica, deixado no psiquismo. Importante ressaltar que Lacan deixa explícito ao longo do texto que não se trata

Formação do Eu, constituição do sujeito e construção da fantasia

de uma relação biológica primordial que é interrompida pelo desmame, ao contrário, ele considera que a cultura regula o complexo de desmame, e que este dá, retroativamente, expressão psíquica ao que ele chama de um desmame mais antigo que é o nascimento, “separação prematura da qual provém um mal-estar que nenhum cuidado materno pode compensar” (Lacan, 1938/1985, p. 27). Com isso depreendemos que o traumatismo (da ruptura da relação biológica) é estrutural e fundamental para que o eu venha a ser artificialmente formado.

Lacan, na aula de 19/02/1974, criou o termo “*troumatisme*” para formular sobre o traumatismo, no neologismo destaca-se a palavra *trou* que pode ser traduzida por furo, buraco, permitindo considerar que há uma falta que acomete a mãe e a todos, implicando a criança numa posição diante da qual lhe resta inventar. Citando-o: “Mas nós todos sabemos, porque todos nós inventamos uma coisa para preencher o furo do Real. Lá onde não há relação sexual, se faz “*troumatisme*”. Inventamos! Inventamos certamente o que podemos”. (Lacan, 1974, p. 57)¹.

No “complexo de intrusão” (Lacan, 1938/1985, pp. 30-41) a partir dos 6 meses aos 2 anos, a complementariedade se desloca para os gestos e as posturas fundamentais: exibição, sedução, despotismo. Não há confusão eu-outro, mas indeterminação e transitivismo entre o lugar de agente e paciente da ação. A formação de rivais no primeiro ano de vida obedece a uma curiosa condição de similitude inerente ao processo de produção das formas: a diferença entre os parceiros não deve ser superior a dois meses e meio. O interesse pela face do outro desloca-se para o interesse pelo rival, confundindo identificação e amor, igualdade e discordância. Surge a violência contra o irmão.

1. Tradução livre feita pelos autores da seguinte citação: *Mais nous savons tous, parce que tous nous inventons un truc pour combler le trou dans le Réel. Là où il n'y a pas de rapport sexuel, ça fait « troumatisme ». On invente ! On invente ce qu'on peut, bien sûr.*

A identificação da forma no nível do rival funciona como elemento condicionante para o “estádio do espelho” (dos 6 aos 18 meses). O corpo despedaçado, de acordo com a proprioceptividade, relaciona-se à ruptura vital da adaptação imediata ao meio e à ruptura da unidade de funcionamento, efeito da submissão à pulsão. A busca pela restauração da unidade corporal promove as formas na qual a identidade vem a ser representada na imagem especular que permite o reconhecimento do ideal da imago do duplo. É na imagem do outro que o corpo despedaçado encontra sua unidade, sua própria imagem antecipada, numa situação dual, porém não-simétrica (Lacan, 1955/1985).

O mundo narcísico, próprio desse estágio, implica no investimento libidinal no corpo próprio e na centralidade da imago do duplo no reflexo especular, mas não contém o outro, a percepção do outro não basta para romper o isolamento afetivo do sujeito. A intrusão narcísica só reforça a tendência estrangeira, antes que o eu se afirme em sua identidade que é o correlativo, no plano do eu, da consciência no plano do conhecimento. Aqui, sim, há confusão entre o eu e esta imagem que o forma e o aliena.

Lacan (1938/2003) denomina como traumatizante o papel (de intrusão) do irmão que reativa a aflição do desmame, embora considere que o eu se forme no mesmo tempo que o outro, no drama do ciúme. Ele mostra esse drama com uma cena de ciúme infantil, relatada por Santo Agostinho (Confissões, I, VII), citemo-la: “Vi com meus próprios olhos e observei bem um menino tomado de ciúme: ele ainda não falava, mas não conseguia desviar os olhos, sem empalidecer, do amargo espetáculo de seu irmão de leite” (Lacan, 1938/2003, p. 43). O ciúme infantil participa da gênese da sociabilidade e do conhecimento, representando não a rivalidade, mas identificação.

Formação do Eu, constituição do sujeito e construção da fantasia

Após vários anos, Lacan (1964/1988) retoma a cena do irmão colaço, expressa por Santo Agostinho, para diferenciar a inveja do ciúme, sendo a inveja o que surge diante da visão da imagem da completude, quando o objeto do qual um foi separado é visto como possuído pelo outro que pode, com esse objeto, satisfazer-se.

No complexo de intrusão o ciúme comparece como afeto constituinte do eu e a imago do duplo como forma dominante, mas trata-se de uma identificação não edipiana, oposta à identificação narcísica, “um drama que se desenvolve da insuficiência à antecipação” (Lacan, 1949/1998, p. 100). O sujeito se transforma na medida em que assume uma imagem, é este ato inaugural que traduz a expressão freudiana do “novo ato psíquico” (Lacan, 1938/1985, pp. 30-41) necessário para a formação do eu. A formação do eu decorre, portanto, de uma separação inicial entre o eu enquanto idealidade e as formas dos objetos de sua realidade.

O traumatismo apresenta-se como fundamental para a formação do eu, segundo o que propôs Lacan (1938/1985) a partir dos complexos, evidenciando uma marca, um traço. O desmame deixa no psiquismo o traço permanente da interrupção da relação biológica, sendo também o que confere, *a posteriori*, expressão psíquica ao mal-estar vivido no nível do organismo na ocasião do nascimento, impossível de ser compensado e de ser inscrito como psíquico antes do desmame. A intrusão fraterna que é caracterizada por Lacan como traumatizante, o é por reativar o sentimento de aflição do desmame, contudo fornece o modelo arcaico do eu.

O termo traço se desdobra em conceitos caros para a psicanálise, assume a função de corte, comparece logo nas primeiras formulações de Freud como “traço

mnêmico” (*Erinnerungsspur*), como resto do que foi percebido, como um registro que torna presente uma ausência. Outra acepção do traço é o “traço único” (*einzigster Zug*) conceito também cunhado por Freud, para tratar da identificação do eu a um traço, naco extraído do outro. O “traço único” freudiano é retomado, transformado e nomeado por Lacan, no seminário *A identificação* (1961-1962), como “traço unário”, em referência à teoria dos conjuntos, para designar o Um não da unificação, mas da unicidade, consistindo no apagamento e redução do objeto e, portanto, na essência do significante passível de representar o sujeito para outro significante (Lacan, 1962/2011). O *traumatisme*, concebido por Lacan, diferencia-se da concepção de trauma como acontecimento histórico, para considerá-lo como o furo Real que incide no Simbólico, e desse modo nos significantes, impossibilitando que haja acesso ao significado de sua origem, conservando o seu caráter enigmático.

3. A constituição do Sujeito

A constituição do sujeito será um processo que se cruza com a formação do eu. Um exemplo pode ser apresentado para situar a relação entre os dois processos. Suponhamos uma conferência que deve ser traduzida simultaneamente em dois idiomas diferentes. Imaginemos que um dos tradutores não possua nenhuma noção da língua que ele deve traduzir de tal forma que para livrar-se do embaraço ele crie, por sua própria conta, uma tradução imaginária, baseando-se para isso no que os sons da língua inteligível lhe evocam em sua língua natural. Não há, então, nenhuma relação de sentido possível entre o produto desta tradução e a intenção do conferencista. No entanto, ele deve encontrar uma lógica para que seu embuste não seja reconhecido. Virtualmente os elementos e a

Formação do Eu, constituição do sujeito e construção da fantasia

duração do discurso devem ser congruentes, as pausas devem ser respeitadas e as perguntas traduzidas como tais.

É uma relação deste tipo que encontramos entre a formação do eu e a constituição do sujeito. Duas lógicas distintas, duas formas diferentes de temporalidade, de relação ao objeto que, no entanto, se cruzam sob certas condições que lhes parecem conferir paridade.

Com isso buscamos dirimir alguns equívocos. Não consideramos que a formação do eu seja inteiramente associável ao campo do imaginário, nem que esta seja uma condição para a constituição do sujeito e nem que, afinal, a constituição do sujeito seja um processo que inclua e absorva completamente a formação do eu. Ao contrário, a relação proposta é de equivocidade permanente, de dupla inscrição ou desdobramento heterogêneo.

A teoria da constituição do sujeito em Lacan encontra-se desenvolvida principalmente nos Seminários sobre a *Relação de Objeto* (1957/1995), sobre as *Formações do Inconsciente* (1958/1999), sobre o *Desejo e sua Interpretação* (1959/2002), bem como no Seminário sobre a *Identificação* (1962/2011). É um período marcado pela influência da dialética em conjunção com o paradigma linguístico, para tratar da constituição do sujeito e do desejo. Nessas formulações o *trau*, furo que no *troumatisme* é marcado no Real, incide de modo distinto em cada tempo do Édipo. No primeiro tempo a falta é vivida como frustração que é imaginária, de um objeto real. No segundo tempo a falta é marcada pela privação, que é real de um objeto simbólico e no terceiro tempo opera a castração que é simbólica de um objeto imaginário.

No **primeiro tempo do Édipo** Lacan (1957/1998) parte da hipótese do assujeito. Há Outro como Linguagem, Outro como lugar de inscrição da criança na mitologia familiar e na ordem de parentesco, Outro primitivo e onipotente: a

mãe. Nem por isso se infere a presença ou ausência do eu, mas com certeza do complexo de desmame. Por outro lado, há uma relação condicional entre a forma fálica dos objetos, enquanto erotizados pelo Outro, e a constituição do falo como objeto simbólico e puramente metonímico.

O objeto de dom, a simbólica do ato, parece um desenvolvimento dependente da forma dos objetos, é uma forma simbólica do objeto já prevista no universo da produção de signos, mas que encontra aqui uma nova função. Função decorrente da recusa. A origem da demanda, esta constrição da pulsão ao desfiladeiro dos significantes, implica uma operação dialética da frustração como dano imaginário (a recusa do dom). Ora a frustração é uma experiência desde sempre dada, a mítica e fundante primeira experiência de satisfação é na verdade uma primeira experiência de insatisfação e de dor. José Miguel Wisnik (1992) criou um belo e satisfatório modo de abordar essa experiência inaugural com a letra da música *Momento zero*, da qual extraímos a seguinte parte: momento zero / em que te perco / e em que te recupero / no círculo sem centro / e na dor que tem dentro / mas não se diz.

A criança como falo para a mãe implica na suposição de uma identificação primitiva, narcísica e não edipiana. Quando se diz que a criança se identifica (pela via do imaginário) com o objeto (que por ser suposto implica no ato simbólico) do desejo da mãe, ou que no primeiro tempo do Édipo constitui-se um triângulo imaginário formado por mãe-criança-falo, a ideia é de que a própria formação deste triângulo tem simultaneamente um valor constitutivo. Ele marca uma ruptura que retroativamente reorganiza as formações de ideal, abrindo uma crise narcísica de pequenas proporções.

É esta crise que determina a passagem para o **segundo tempo do Édipo**. Nele há a descoberta lógica de que a criança pode ou não ser o falo. Há um

Formação do Eu, constituição do sujeito e construção da fantasia

desacoplamento do desejo materno decorrente da descoberta de que a mãe não é toda fálica, que ela está exposta à falta. É a chamada “mãe simbólica”, categoria de vida curta no ensino de Lacan. Aqui a forma simbólica da ausência-presença (*fort-da*) é tomada na lógica da constituição pela significação do sentido da transição. A frustração, como modo imaginário da falta, cede lugar à privação como interpretação da criança acerca da falta materna. Mas isso só pode ser dito assim na lógica da formação, onde uma forma da falta se desdobraria em outra. Do ponto de vista da constituição as coisas se dão de modo temporalmente inverso. É a enigmatização do desejo materno que constitui, retroativamente, a frustração como falta imaginária, justamente porque dá estatuto simbólico ao seu objeto. Antes disso a frustração está a serviço de outro processo, o da formação do eu, não da constituição do sujeito.

No segundo tempo o pai, como representante e agente da interdição, já está presente no campo do Outro, como forma simbólica, mas ele ainda não foi constituído no campo do Outro. Sua entrada se dá, portanto, pela figura do pai imaginário, assustador, onipotente agente de uma ameaça de castração que temporalmente já se dera, mas que só agora se constitui como operador para o desejo do sujeito. Este é o interesse em distinguir formação e constituição. Permite-nos entender que o pai já estava no campo do Outro, na mãe, como forma ele se desdobra em função por um movimento da constituição, que lhe confere assim um novo valor. A formação do Ideal do eu e a montagem do par de signos que articulam respectivamente a relação pai-mãe e a relação mãe-criança são um produto da formação, sua resolução pela operação de metaforização do Nome do Pai é um movimento da constituição do sujeito, posto que com o funcionamento da metáfora paterna há substituição de um significante por outro significante. Encontramos aqui exatamente esta distinção entre formação de mediações, formação de signos em sua função articulatória significante, metafórica

e metonímica e a operação constitutiva da metáfora paterna. Sem isso, não se consegue distinguir as produções metafóricas concretas de que a criança nos dá mostras, nem a metáfora paterna. Ou seja, não é porque no plano da formação do eu, uma certa capacidade simbólica seja verificada que, no plano do sujeito isso implicará em metáfora paterna. Ao mesmo tempo a primeira operação parece necessária, mas não suficiente, para a segunda.

No **terceiro tempo do Édipo** temos o pai como aquele que tem o falo, que supostamente a mãe deseja. Portanto ele pode doá-lo, conferindo ao falo a circulação que lhe faltava e, em decorrência, seu valor simbólico. A instalação do falo no campo do Outro (A/falo) com elisão do Nome-do-Pai, ora representado pela forma de um ideal, é o principal efeito da metáfora paterna. Temos aqui um movimento no plano da constituição que se torna condição necessária para uma nova forma, a forma do ideal de eu. A distinção entre formação do eu e constituição do sujeito oferece aqui, mais uma vez, a chave para entender porque o efeito formal, representando pelo surgimento do Ideal de Eu não deve ser confundido com o efeito em termos da própria constituição do sujeito, que é a constituição do superego. Por outro lado, o terceiro tempo do Édipo exige uma resposta à castração que permita ao sujeito gozar parcialmente de seu desejo. Outra exigência que se espera deste momento é que ele permita compreender a instalação do sujeito em sua masculinidade ou feminilidade. Para estas questões a resposta passa, necessariamente, por outro aspecto da constituição do sujeito, ou seja, o fantasma.

4. A construção do Fantasma

O desenvolvimento da problemática teórica do sujeito, os impasses representados por sua comensurabilidade linguística, bem como a dificuldade em

Formação do Eu, constituição do sujeito e construção da fantasia

teorizar o objeto, levando em conta a teoria freudiana das pulsões, acabam levando Lacan a acrescentar uma outra maneira de pensar a subjetivação. Durante algum tempo parece haver uma certa hesitação de incorporar esta vertente como uma espécie de resíduo da formação do eu no interior da constituição do sujeito, o núcleo não simbolizável do narcisismo, a forma primária e irreduzível de alienação representada pela fantasia. O célebre artigo *Nota sobre a Criança* (Lacan, 1969/2001) nos lembra que a família conjugal, em sua evolução, colocou em evidência o irreduzível de uma transmissão, a da ordem de uma constituição subjetiva implicada na relação de um desejo que não fosse anônimo. Da parte da mãe, na medida em que seus próprios cuidados carregam a marca de um interesse particularizado. Da parte do pai, na medida em que seu nome é o vetor de uma encarnação da Lei no desejo. Nesse sentido, na orientação lacaniana, o sintoma da criança se encontra no lugar de responder ao que há de sintomático na estrutura familiar. Na medida em que o sintoma se define neste contexto como representante da verdade, ou seja, da verdade do casal parental. Lacan (1969/2001, p. 369) nos explica neste texto que a distância entre a identificação ao ideal do eu e a parte tomada do desejo da mãe, se não há a mediação da função do pai, deixa a criança aberta às tomadas fantasmáticas. A criança, desta forma, torna-se objeto do fantasma da mãe e não mais se encontra na função de revelar a verdade deste objeto.

No seminário sobre os *Conceitos Fundamentais da Psicanálise* (1964/1988) e de forma vigorosa no seminário sobre a *Lógica do Fantasma* (1967/2008) observamos Lacan se debater com a ideia de construção. Todo o trabalho com a topologia decorre, em última instância, da passagem de uma lógica dialética, centrada na constituição, para uma lógica da construção que, não obstante, seria capaz de incorporar e reduzir a constituição através da noção de corte. Simultaneamente

vemos crescer, dentro do ensino de Lacan, uma revalorização da noção de forma, subsumida agora na noção de formalização.

Mas, além dos ganhos epistemológicos deste movimento, há um acréscimo clínico que se obtém pela ideia de construção do fantasma, ideia regente no horizonte da cura psicanalítica. Portanto, torna-se importante reforçar a vertente de estrutura tão cara a Jacques Lacan. Este fez do *objeto a* o operador lógico de uma estrutura. A criança de início está no lugar de objeto do desejo do casal parental. Este lugar de objeto deixa traços no inconsciente do sujeito. O sujeito, por sua vez, constrói sua fantasia em torno das marcas e das interpretações inconscientes em torno deste objeto que ele fora no desejo do Outro materno e ou parental. No seminário *Mais, Ainda*, Lacan (1973/1985) lembra que todo pai na função de agente da castração, transmite a castração, mas deixa sempre um resto desta operação simbólica. É de uma maneira originariamente perversa que a questão da fantasia se coloca e, como dirá Lacan, é uma *version vers le père*. Lacan distingue mito, inclusive mito do parricídio, e estrutura afirmando que o pai não tem que ser morto, porque ele está morto desde sempre, o Outro é um vazio. O mito do parricídio é necessário, mas como efeito de estrutura. O Outro é um vazio, um lugar, uma função, que permite funcionar uma estrutura psíquica. A estrutura do sujeito está no campo do Outro, essa é a tese de seus discursos.

Lembremos que construção do fantasma como acesso possível ao real, é também a proposta da formulação de Freud sobre as fantasias originárias (sedução, cena primária e castração) como invenção explicativa e retroativa para o enigmático do trauma.

A fórmula $\exists \& \forall$, tal como é tematizada principalmente nos seminários sobre o *Ato Analítico* (1968) e *A Lógica do Fantasma* (1967/2008), já aparece desde o seminário sobre as *Formações do Inconsciente* (1958/1999). A teoria da construção do

Formação do Eu, constituição do sujeito e construção da fantasia

fantasma é, em última instância, uma teoria da separação. Afinal uma lógica estrita da constituição, onde os elementos são extraídos retroativamente de uma situação que já os continha potencialmente não permite rigorosamente pensar outra forma de separação que a que seja interna a este mesmo movimento.

Lacan partiu dos conceitos de alienação e separação para formular sobre o lugar no campo do Outro, ou seja, na estrutura da linguagem, onde o sujeito é concebido, “o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito” (Lacan, 1964/1973, p. 194). A falta encontrada no Outro, quanto ao sentido de seu desejo, permite ao sujeito engendrar-se, separar-se, sendo ele também marcado nessa operação pela falta, pela perda de ser. A alienação é uma operação representada por Lacan pelo vel (V) lido por “ou”, que é essencial para fundar o sujeito, pois implica numa perda ineliminável, tal como apresentada nas frases “a bolsa ou a vida” e “a liberdade ou a morte”, nas quais a escolha sempre força a uma perda: ou a carência de recursos, ou a escravidão, ou a morte. Esta última inevitável para todos, não apenas pela mortalidade humana, mas pela entrada do sujeito na linguagem, pela morte da coisa como efeito do significante (Lacan 1964/1973, pp. 200-202).

Todas as afirmações canônicas de Lacan sobre o fantasma vão na seguinte direção: libertar a pulsão do fantasma, fazer cair o objeto *a*, separar o sujeito do gozo, retirar a tela que recobre a janela de onde o sujeito vê o mundo, e mesmo a noção de travessia sugere este deslocamento posicional de uma condição fixa, da fixação à ficção. Ou seja, uma análise deveria permitir ao sujeito não o abandono de seu fantasma, o que, mesmo que possível não seria desejável, mas um outro uso para o mesmo. Não é outra a definição inicial de Lacan (1958/1999) acerca do fantasma: o significante aprisionado no imaginário.

O método para a construção do fantasma é, neste sentido, um método redutivo, passar da multiplicidade de encenações fantasmáticas imaginárias, que incluem os devaneios e as fantasias historicamente infantis, para uma representação mais simples: uma frase, uma palavra, um objeto. Esta redução das fantasias ao fantasma traria como consequência clínica uma gradativa redução do gozo e um apaziguamento relativo do sofrimento sintomático. Isso pode ser atribuído à rearticulação simbólica do desejo que tem sua fonte e origem no fantasma.

Nossa hipótese é de que a novidade teórica que implica no raciocínio baseado na construção, tendo como tema chave o fantasma, não reside nem no sujeito nem no objeto, mas neste sinal que os articula, a punção (&). A punção representa as diferentes *formas* de combinar a relação ao objeto, de circular neste espaço que liga e separa a *constituição* do sujeito da *construção* do objeto no fantasma. Estes “modos de relação” são sintetizados na estrutura da punção, que como tudo o mais na álgebra lacaniana, admite muitas formas de leitura. Uma interpretação possível é a de que temos aí representadas quatro operações lógicas: a conjunção (**e** – \cup), a disjunção (**ou** – \cap), a proporcionalidade (menor $<$, maior $>$, ou implicação) e a negação (\square). Estamos restringindo a quatro relações possíveis uma vez que Lacan afirma que na lógica do fantasma todas as relações entre sujeito e objeto são admitidas, com exceção da identidade. Para extrair as notações relativas contidas na escrita da punção utilizou-se uma quinta operação: o corte. É sempre pelo corte que sabemos como o sujeito está no objeto de seu fantasma. Este corte, como assinalou Kaufman (1996, p. 197) estabelece uma “ligação flexível entre o sujeito do inconsciente e o objeto *a*. Ligação flexível onde, de outro modo, haveria não relação ou confusão”.

Formação do Eu, constituição do sujeito e construção da fantasia

A ideia de construção remete, como vimos, à de acrescentamento e de fato em Freud ela decorre deste ponto de ficção que se deve introduzir no tratamento para dar conta do que não pode ser lembrado. Por exemplo, na fantasia estudada por Freud (1919/2010) a primeira etapa do roteiro, “*um rival é espancado pelo pai*”, e a terceira etapa, “*uma criança é espancada*”, são conscientes. Trata-se de fazer enunciar a segunda etapa, “*sou espancado por meu pai*”. Esta segunda fase seria uma construção do tratamento, construção que parte das formas estabelecidas pelo narcisismo e pela estrutura dada pela constituição do sujeito mas, além disso, se infere a possibilidade de acrescentar algo que permita uma nova separação.

Não se deve imaginar que a construção seja exclusivamente um procedimento da cura analítica, ela é também um movimento da subjetivação, um momento de eclipse do sujeito em sua passagem fracassada de identificação ao objeto. No seminário sobre os *Conceitos Fundamentais da Psicanálise* (1964/1988) este problema é enfrentado com as noções de alienação e separação. O sujeito se constitui a partir de um significante elementar (S1) que permite que este se aliene ao saber (S2) instalado no campo do Outro. Esta é uma releitura possível da operação da metáfora paterna. Poder-se-ia dizer, também, que o ser se constitui a partir de sua alienação ao campo do Outro como sentido. Nesta alienação primeira, onde vemos representada a formação do eu, há um resíduo que se precipita: o não senso. A realização da castração do Outro, por exemplo, toma o lugar deste não sentido articulando a cadeia S1-S2 no campo do Outro. Mas então, em um terceiro tempo da constituição do sujeito, no lugar deste Outro barrado aparecerá o objeto a e aqui se dá a escolha forçada que caracteriza o fantasma.

5. Considerações finais

Buscamos abordar através das distintas concepções acerca do sujeito e do objeto na psicanálise, o cruzamento que se dá entre elas por meio do traço que marca o caráter inventivo diante da prematuração humana e do furo traumatizante (*trou-matisme*), mas fundamental para tais invenções. Na contramão de uma concepção desenvolvimentista, ou naturalista, a formação do eu, a constituição do sujeito e a construção da fantasia dependem de diversas e complexas operações, que incluem o outro (semelhante) e o Outro (estrutura da linguagem), tendo em comum a criação de artificios para lidar com o que falta na própria estrutura.

A emergência do sujeito do inconsciente é justamente este sujeito dividido pelo significante, barrado pela castração, resultado da dupla operação da constituição do sujeito: alienação e separação que marca desde o início sua relação com o Outro. O *infans* deve sair desta relação opaca e original pulsional com *das Ding*, com a Coisa, com o gozo irreduzível. A renúncia ao gozo como ética foi o que Lacan chamou de ética do real. A ética da psicanálise não é da mesma ordem de éticas clássicas ao serviço de bens ou de dever moral. Desejos e possíveis satisfações não são da ordem de gozo ou de vontade de gozo. A condição para que haja sujeito do desejo é que este sujeito seja subjacente à cadeia significante e que seja marcado pela castração. Assim, o respeito da ética se impõe para todo homem assujeitado à castração, para que sua descendência se inscreva na ordem humana. Neste sentido, o sujeito não deve ceder sobre seu desejo. Elaborando a análise de uma ética, Lacan se inscreve na linhagem de uma tradição, ao mesmo tempo marcando uma ruptura, passando de uma ética do ideal a uma ética do real. Deste encontro inevitável com a castração, a psicanálise pode oferecer ao sujeito novas chances de recuperar um saber sobre seu Real. O fim de análise pode implicar em reconhecer o modo de gozo, reconhecer a marca dos primeiros

encontros de gozo. Um novo efeito de sujeito: o que conduz Lacan (1973/2001) a dizer que se há uma possível promessa analítica, esta seria da ordem de um novo amor.

Referências

- Freud, S. (2004). À guisa de introdução ao narcisismo. In L. A. Hanns (Ed. & Trans.), *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (pp. 95-131). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1914)
- Freud, S. (2010). Batem em uma criança: contribuição ao conhecimento da gênese das perversões sexuais. In *Sigmund Freud Obras Completas*. (Trad. Paulo César de Souza). Vol. 14. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho originalmente escrito em 1919)
- Kaufman, P. (1996). *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1968). *L'acte psychanalytique*.
<http://staferla.free.fr/S15/S15%20L'ACTE.pdf> Recuperado em 12/04/2016.
- Lacan, J. (1974). *Le non-dupes errent*. (aula de 19/02/1974).
- Lacan, J. (1983). *O seminário: livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1954)
- Lacan, J. (1985). *O seminário: livro 2: o eu na Teoria e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1955)
- Lacan, J. (1985). *O Seminário: Livro 20: Mais, Ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho originalmente publicado em 1973)
- Lacan, J. (1985). *Os complexos familiares na formação do indivíduo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1938)

- Lacan, J. (1988). *O seminário: livro 11: os quatro conceitos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1964)
- Lacan, J. (1995). *O seminário: livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1957)
- Lacan, J. (1998). Agressividade em psicanálise. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1948)
- Lacan, J. (1998). O estádio do espelho como formador da função do eu. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1949)
- Lacan, J. (1999). *O seminário: livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1958)
- Lacan, J. (2001). Introduction à l'édition allemande d'un premier volume des *Écrits. Autres Écrits*. Paris: Éditions du Seuil. (Trabalho originalmente publicado em 1973)
- Lacan, J. (2002). *O desejo e sua interpretação: seminário 1958-1959*. (Publicação para circulação interna). Porto Alegre: Associação Psicanalítica de Porto Alegre.
- Lacan, J. (2003). Nota sobre a criança. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1969)
- Lacan, J. (2003). Os complexos familiares na formação do indivíduo. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1938)
- Lacan, J. (2008). *A lógica do fantasma: seminário 1966-1967*. (Publicação para circulação interna). Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife.
- Lacan, J. (2011). *A identificação: seminário 1961-1962*. (Publicação para circulação interna). Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife.

<http://staferla.free.fr/S21/S21%20NON-DUPES....pdf>. Recuperado em: 06/04/2016

2

De objeto de respeito a objeto de desejo: sexualidade e velhice¹

Douglas Alves Viana

Universidade Federal de Goiás

Larissa Rodrigues Moreira

Universidade Federal de Goiás

Priscilla Melo Ribeiro de Lima

Universidade Federal de Goiás

Terezinha de Camargo Viana

Universidade de Brasília

Pensar o sujeito requer, sempre, pensar o sujeito inserido na cultura. Essa inserção, entretanto, é constantemente trespassada pelo conflito entre o desejo e a sua realização, e pela impossibilidade do sujeito solucioná-lo de forma completa. O autocontrole das pulsões tornou-se o cerne do processo civilizatório, mas não sem deixar marcas e cicatrizes (Elias, 1939/1993; Freud, 1930/1996a). A cada novo momento histórico, o mal-estar decorrente desse impasse se manifesta de formas diferentes. A fim de nos situarmos, então, pensemos o sujeito moderno na cultura ocidental e, de forma mais específica, o sujeito idoso.

1. Esse capítulo é produto dos desdobramentos da pesquisa de doutoramento de Priscilla Lima sob a orientação da Profa. Dra. Terezinha Viana. A pesquisa foi desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília e na Universidade Federal de Goiás.

A questão da subjetividade do homem contemporâneo e suas condições existenciais tem sido bastante discutida nas ciências sociais e humanas. Os pontos debatidos envolvem, essencialmente, o declínio das velhas identidades que estabilizavam o mundo social para a instauração na atualidade de uma nova e fragmentada identidade. As transformações sociais e tecnológicas ocorridas a partir da Modernidade e, mais especificamente, a partir do final do século XX, parecem acarretar um deslocamento do indivíduo de seu local social e cultural e, conseqüentemente, de si mesmo. Essa fragmentação identitária, resultado da Modernidade e acentuada pela alta modernidade (Giddens, 1992/2002), traz novas formas de subjetividade, ou seja, novas formas de o sujeito lidar consigo, com suas questões internas e com o mundo social à sua volta. A ruptura empreendida a partir do Iluminismo, no mundo ocidental, ainda reflete nas subjetividades atuais, traduzida pela presença constante de um mal-estar social e individual.

Freud (1908/1996b) lança fundamentos importantes para a análise da vida na civilização moderna em oposição à vida instintual. Ao analisar a vida urbana e seu afã pela novidade e prazer, Freud afirma que “a vida urbana torna-se cada vez mais sofisticada e intranquila. Os nervos exaustos buscam refúgio em maiores estímulos e em prazeres intensos, caindo em ainda maior exaustão” (p. 171). Apesar de Freud não concordar plenamente que a causa das doenças nervosas esteja diretamente vinculada a essas questões, esse ponto levantado reflete uma característica das sociedades modernas de então, mas também das sociedades da alta modernidade. O aumento das possibilidades de obtenção de prazer, mesmo que rápido e ilusório, trazem conseqüências às subjetividades contemporâneas.

A velhice na contemporaneidade

A entrada na Modernidade imprimiu novos modos de subjetivação à sociedade, que passou a se desenvolver a partir da modernização dos meios de produção. A sociedade moderna é marcada por um processo de individualização e, segundo Debert (1999), pela institucionalização do curso da vida, uma de suas dimensões fundamentais. A transformação de certas demandas da esfera privada em questões de ordem pública levou à cronologização da vida e à padronização de suas etapas. A cronologização da vida e a padronização de suas etapas são elementos modernos que desencadearam fenômenos complexos, como o processo de escolarização, a entrada no mercado de trabalho e a aposentadoria. A institucionalização do curso de vida, além de regulamentar as sequências de suas etapas e os limites entre elas, significou a construção de perspectivas e projetos através dos quais os sujeitos orientam e planejam suas vidas, individual e coletivamente.

Dessa forma, a partir da Modernidade, “uma forma de vida, em que a idade cronológica era praticamente irrelevante, foi suplantada por outra, em que a idade é uma dimensão fundamental na organização social”, ressalta Debert (1999, pp. 50-51). Os estágios da vida são claramente definidos e delimitados e a fronteira entre eles é demarcada pela idade cronológica. A padronização dos estágios da vida decorrentes dessa cronologização pode ser entendida como consequência das mudanças estruturais na economia, que deixou a base doméstica para se basear no mercado de trabalho. Sendo assim, o curso da vida se transforma em um espaço de experiências abertas sem a demarcação de rituais na passagem de uma etapa para outra.

Em pesquisa sobre esse fenômeno de cronologização da vida, Debert (2006) ressalta que assistimos a um duplo processo, que desencadeia um novo

delineamento dos estágios que marcam o envelhecimento e dissolve a vida adulta como experiência de maturidade, responsabilidade e compromisso. Dessa forma,

a juventude perde conexão com um grupo etário específico e passa a significar um valor que deve ser conquistado e mantido em qualquer idade através da adoção de formas de consumo de bens e serviços apropriados. Por outro lado, a velhice perde conexão com uma faixa etária específica e passa a ser um modo de expressar uma atitude de negligência com o corpo, de falta motivação para a vida, uma espécie de doença autoinflingida. (p. 51)

Apesar de a velhice ser objeto de interesse da humanidade desde os seus primórdios, a Psicologia do Envelhecimento, a Gerontologia e a Geriatria são campos científicos e profissionais relativamente novos. É preciso ressaltar que o século XX marcou grandes avanços na ciência do envelhecimento, embora ainda haja um longo caminho a ser percorrido para elucidar os pontos ainda obscuros do fenômeno do envelhecimento. Principalmente nas últimas décadas do século XX, pode-se observar um aumento da população idosa, no Brasil e no mundo. Groisman (2002) resalta que isso se deve, especialmente, aos avanços da medicina que, associados a novas técnicas e tecnologias, criaram novos meios para cuidados com a saúde e melhoria da qualidade de vida.

O processo de envelhecimento constitui-se como um processo natural do corpo, que imprime no organismo diversas alterações físicas e funcionais. Essas mudanças são progressivas e trazem, como consequência, a redução na capacidade funcional geral do organismo. Entretanto, esse processo não é homogêneo, nem para o corpo que envelhece e nem mesmo para o indivíduo. Em análise de pesquisas acerca da definição da velhice a partir dos processos biológicos, Groisman (2002) aponta para a complexidade do processo de

De objeto de respeito a objeto de desejo: sexualidade e velhice

envelhecimento. Entre os estudos analisados pelo pesquisador, nenhum conseguiu encontrar marcadores biológicos que indicassem e avaliassem a “idade real” da pessoa. Entre os pontos abordados por Groisman está o fato de que idade e o envelhecimento não são objetivamente observáveis. Alguns subsistemas fisiológicos se deterioram lenta e progressivamente desde o nascimento e outros de forma mais rápida e a partir de fases específicas da vida. O envelhecimento, além de ser um processo heterogêneo em um mesmo grupo sociocultural, também o é quando comparamos os sistemas e subsistemas de um mesmo organismo. Assim, o critério “envelhecimento biológico” parece não ser muito seguro para definir e compreender a velhice, pois o envelhecimento faz parte de um processo dinâmico do desenvolvimento ao longo de toda a vida e não, unicamente, da velhice.

A partir do estudo realizado por Silveira, Batista, Colussi e Wibelinger (2011), podemos depreender que seja possível que, com o aumento da expectativa de vida e melhoria da qualidade de vida na velhice, e da disponibilidade de medicamentos que melhoram o desempenho sexual, os idosos sintam-se mais seguros para o estabelecimento de relações sexuais. Esses autores afirmam, entretanto, que o problema surge quando a possibilidade de melhoria na qualidade da vida sexual não vem acompanhada de uma educação sexual que atente para os riscos presentes no não uso do preservativo, o que, de certa maneira, revela a omissão da problemática sobre as pessoas mais velhas na abordagem das campanhas educativas de prevenção da AIDS. Mattos e Nakamura (2007) destacam a importância do enfrentamento das limitações provenientes da velhice para o pleno exercício da sexualidade de forma satisfatória.

Os ideais culturais construídos a partir da Modernidade repercutem de forma incessante na maneira como os sujeitos lidam com seu corpo e sua sexualidade. A partir das teorizações de Freud (1930/1996a) sobre o mal-estar na cultura, podemos depreender que a ordem, a higiene, a beleza e o autocontrole se

tornaram ideais a serem perseguidos a todo custo pelo sujeito moderno. A contemporaneidade tem sido marcada por uma busca pela beleza e insatisfação com a própria imagem. Apesar de não ser recente a busca por se enquadrar nos padrões culturais de beleza, os atuais avanços da medicina estética e da medicina antienvhecimento têm oferecido possibilidades reais na conquista desses ideais. Esses avanços possibilitaram metamorfoses e atuações no corpo que desvelam o mal-estar e a angústia ligados à possibilidade de envelhecimento.

Lopes, Arantes e Lopes (2007) destacam alguns estudos no campo da estética e afirmam que, por mais que a beleza seja definida como uma percepção que é agradável aos sentidos, sua definição é perpassada pelo contexto sociocultural do indivíduo que a observa. Todo padrão de beleza reflete, assim, os ideais culturais, e as imagens valorizadas são as que, de certa forma, encaixam-se nesse padrão. A partir dos estudos culturais desenvolvidos por Elias (1939/2011), Giddens (1992/2002) e Lipovetsky (2007), podemos afirmar que o ideal de beleza, a partir da modernidade, associa-se ao de juventude. A imagem do corpo jovem tornou-se a expressão viva e ativa da beleza, da vitalidade, da vida saudável e da produtividade. Por oposição, a velhice acaba por representar um estágio indesejado da vida, protelado ao máximo. O peso do tempo que passou se expressa na perda da flexibilidade dos movimentos, na cor dos cabelos, na falta de elasticidade da pele, entre outros aspectos.

Diferentemente do olhar de desejo que recai sobre o corpo jovem, o corpo velho não mais satisfaz o padrão cultural de beleza. A contemporaneidade é marcada pela exaltação da jovialidade e da procura pelo prazer incessante, bem como pela obsessão pela perfeição – física e emocional. A proliferação de medicamentos e técnicas que buscam a eliminação de defeitos e a potencialização de aspectos admiráveis têm compelido o homem contemporâneo a buscar o ideal de sujeito sexualmente potente, magro, imune à tristeza e sem rugas. A diferença e

De objeto de respeito a objeto de desejo: sexualidade e velhice

a fraqueza são radicalmente combatidas e desprezadas, afirma Sennett (1998/2005). Como reflexo disso, o velho, o doente mental e o diferente terminam por serem relegados a um não-lugar e a uma desvalorização social. Concordando com Lipovetsky (2007), podemos arrazoar que a subjetividade do sujeito hipermoderno tem se configurado pela avidez por bem-estar, rejuvenescimento e renovação constante das sensações e combate ao envelhecimento. Não existem padrões de beleza para a velhice, já que a tendência atual é a negação do que ela traz e a tentativa de manutenção de uma jovialidade eterna.

Freud (1930/1996a) afirma que existem três fontes de sofrimento das quais o sujeito não tem escapatória: o corpo, as relações e a natureza. De fato, na velhice, essas três fontes parecem se tornar mais evidentes: a natureza ou o mundo externo impossível de controle, as relações sociais que se enfraquecem, e o corpo, palco das marcas do tempo e socialmente barrado ao exercício da sexualidade em sua plenitude na velhice. Tratando-se do corpo, fica evidente que a sexualidade é um dos pontos mais suscetíveis a trazer aflições e sofrimento, já que o corpo é a fonte máxima de expressão da sexualidade. Almeida e Patriota (2009) afirmam que “a sexualidade humana historicamente é um tema cercado de tabus, e particularmente na terceira idade constitui um assunto impregnado de preconceitos” (p. 7).

Na contemporaneidade, há a supervalorização do sujeito belo e sexualmente potente. Por conseguinte, há a exclusão dos indivíduos que não se encaixam nesse padrão. A vida após os 60 anos parece estar relegada ao esquecimento. Algumas pesquisas de psicanalistas brasileiros ressaltam que a exclusão da velhice do circuito de investimento afetivo pode anular as possibilidades de construção de projetos e expectativas em relação ao futuro (Goldfarb, 2004; Mucida, 2004, 2009). Dessa forma, muitos sujeitos velhos acabam por desinvestir libidinalmente o mundo exterior. Além disso, a sexualidade na velhice é frequentemente vista e

baseada em estereótipos e representações sociais. Algumas pesquisas, como as de Almeida e Patriota (2009), Lopes, Arantes e Lopes (2007) e Silveira et al. (2011) revelam que as pessoas idosas não se sentem ou não são vistas como atraentes fisicamente, além disso também são vistas como não tendo interesse por sexo ou incapazes de sentir algum estímulo sexual.

Apesar dessa representação social negativa em torno da sexualidade na velhice, pesquisas como as de Almeida e Patriota (2009), Lopes, Arantes e Lopes (2007) e Silveira et al. (2011) demonstram que os velhos têm construído uma vida sexual ativa. As novas tecnologias foram responsáveis por proporcionar ao idoso melhor qualidade em todos os campos da vida: nas relações sociais e familiares, e no desempenho sexual, por exemplo. Assim, contrariando os estereótipos, a velhice vem se tornando cada vez mais uma fase ativa da vida. Com o maior acesso aos novos medicamentos – do tipo Viagra, por exemplo – que melhoram o desempenho sexual, alguns idosos relatam maior segurança e elevação da autoestima para estabelecer relações sexuais.

Vale destacar que pesquisas recentes, como as de Garcia, Lima, Andrade e Abrão (2012), Okuno, Fram, Batista, Barbosa e Belasco (2012), Silveira et al. (2011) demonstram que, juntamente com o aumento do exercício da prática sexual, tem ocorrido um aumento significativo das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), especialmente da AIDS, entre essa população. O aumento da possibilidade de exercício sexual parece não ser acompanhada de informações sobre os cuidados a serem tomados para evitar possíveis DSTs e manter uma vida sexual saudável. Pois, se houver informações e compreensão de que algumas mudanças podem ocorrer com o envelhecimento, há grandes possibilidades de uma vida sexual dos idosos mais satisfatória, conforme analisado por Silveira et al. (2011).

Compreendemos, entretanto, que a sexualidade não se restringe ao ato sexual em si mesmo. Ao longo da constituição e desenvolvimento da vida sexual do indivíduo, a atividade sexual representa bem mais do que capacidade física para ter uma relação sexual, simbolizando, também, a capacidade do sujeito de desejar e ser desejado, como nos reafirma Freud ao longo de sua obra (1905/1996c, 1930/1996a). Ao romper epistemologicamente com a sexologia, Freud estende a noção de sexualidade a uma disposição psíquica universal, fazendo dela a essência de toda atividade humana. A sexualidade está intimamente imbricada no corpo e ao desejo. O corpo, desde o nascimento, busca pelo estado de completude e ausência de desprazer, e descobre no outro a possibilidade de realização de seus desejos. Desde então, o olhar de desejo sobre o corpo se torna fundamental para a inscrição do sujeito no circuito libidinal.

Desde Freud (1923/2007), compreendemos que o Eu se constitui a partir das sensações corporais. O Eu “é, sobretudo um Eu corporal” (p. 38) e está atravessado pelas pulsões e pelo desejo. Freud (1915/2004) define as pulsões como um conceito-limite na fronteira entre o mental e o somático, como representante psíquico dos estímulos originados dentro do organismo. Assim, a pulsão seria uma exigência de trabalho feita ao psiquismo em consequência de sua ligação com o corpo, que é pulsional.

Ao se deparar com um estímulo, interno ou externo, esse corpo sai de seu estado de quietude e inércia, indo em busca de alívio. À medida que a energia pulsional aumenta, objetos para descarga são procurados. Dessa forma, na ausência do seio materno, a chupeta ou o dedo da mão servem de objetos substitutivos para a descarga pulsional. Freud (1914/2004) destaca que a partir desse corpo pulsional e das satisfações obtidas, inúmeras identificações vão ocorrendo no decorrer da vida. Além disso, os objetos de satisfação passam a ser

procurados externamente ao corpo. A criança descobre que precisa do outro para satisfazer suas necessidades de afeto e reconhecimento.

O que de início era um corpo percebido e sentido em partes vai, gradualmente, transformando-se em uma vivência corpórea totalizada e unificada em torno da imagem corporal. Lacan (1954/2009) afirma que o *infans* começa a experimentar seu corpo como unificado a partir do que o Outro lhe reflete e lhe fala. Essa construção de uma imago própria se dá a partir do olhar da mãe, do Outro. O Outro, Lacan afirma, “tem para o homem valor cativante, pela antecipação que representa a imagem unitária tal como é percebida, seja no espelho, seja em toda realidade do semelhante” (p. 148). A subjetividade é constituída narcisicamente através da mediação do outro.

Ressaltamos a importância estruturante do olhar do Outro na constituição da própria imagem corporal e na experiência do corpo que envelhece e continua a pulsar, conforme postulado por Lacan (1949/1998, 1954/2009). Quando, na velhice, a imagem refletida é a de um corpo velho, muitas vezes pode emergir um Eu-feiura que encarna o horror à fragmentação. Mucida (2004) destaca que, por mais que existam, na atualidade, recursos tecnológicos para prolongar a vida, não há como “diminuir a distância entre um envelhecimento corporal inevitável e um psiquismo que não envelhece. De qualquer forma, o corpo físico que se modifica (...) somado às perdas objetais que se tornam mais numerosas e às perdas sociais, tem consequências sobre o narcisismo” (p. 100).

Diante da reconfiguração psíquica que a velhice impõe, torna-se fundamental que o sujeito encontre vias de elaboração de um luto pelo corpo e de reestruturação da própria imagem a fim de não submergir em sofrimento psíquico. Levando em consideração a gama de temas e dilemas presentes no estudo da sexualidade na velhice, vamos nos ater a uma breve análise, tendo como

base o livro de Gabriel García Márquez *Memória de Minhas Putas Tristes* (2006) e a psicanálise.

Transando (n)a velhice – amor e sexo

As mudanças no corpo e no psiquismo após a maturidade modificam a forma como o velho é olhado e tem seus desdobramentos em sua relação consigo mesmo. As “humilhações bondosas” tornam-se constantes, denuncia Rubem Alves (2009), escritor mineiro. Podemos perceber um movimento de infantilização e dessexualização da velhice no discurso de pessoas mais novas:

Quando a esposa jovem e bonita me viu, veio em minha direção para me cumprimentar. Fiz um gesto de levantar-me. Mas ela, delicadíssima, me disse: “Não, fique assentadinho aí”. Se ela me tivesse dito simplesmente “Não precisa se levantar”, eu não teria me perturbado. Mas o fio da navalha estava precisamente na palavra “assentadinho”. Se eu fosse moço, ela não teria dito “assentadinho”. Foi justamente essa palavra que me obrigou a levantar-me para provar que eu ainda era capaz de levantar-me e assentar-me. Fiquei com dó dela porque eu, no meio de uma risada, disse-lhe que ela acabava de dar-me uma punhalada. (Alves, 2009, pp. 51-52)

Levando em consideração essa concepção, não podemos deixar de refletir acerca do sofrimento que essa destituição de desejo imposta ao idoso pode causar. Em *Memória de Minhas Putas Tristes*, García Márquez (2006) levanta a ideia da velhice como um tempo para a construção de uma sexualidade própria. Nesse quase romance, Márquez retrata a vida de um velho jornalista nonagenário que se encontrava destituído do desejo de viver, sem inspiração para continuar exercendo

seu ofício de cronista. Assim, próximo de seu aniversário de 90 anos, imbuído de um último ato lascivo na vida resolve se “dar de presente uma noite de amor louco com uma adolescente virgem” (p. 7). Após procurar a casa de prostituição de uma antiga amiga, encontra Delgadina, uma jovem adolescente, adormecida na cama. A partir de então, seus encontros com essa jovem são responsáveis por reavivá-lo, afetiva e profissionalmente:

Atormentado de amor, mandei consertar os estragos da borrasca e aproveitei para providenciar muitos outros remendos que vinha demorando fazia anos (...). Reorganizei a biblioteca (...). No fim me liberei da pianola como se fosse relíquia histórica, com mais de cem rolos de clássicos, e comprei um toca-discos usado mas melhor que o meu, com alto-falantes de alta fidelidade que aumentaram o ambiente da casa. (p. 7)

É instigante observar a construção poética feita por Márquez (2006): atormentado de amor, o jornalista remenda a casa. A movimentação da pulsão de vida, após longo período de perda dos objetos de investimento, especialmente o corpo envelhecido e inerte, reconduz o velho personagem ao circuito pulsional. Essa dinâmica entre pulsão de vida e pulsão de morte é retratada por Freud (1920/2010) da seguinte maneira:

É como um ritmo hesitante na vida dos organismos; um grupo de instintos precipita-se para a frente, a fim de alcançar a meta final da vida o mais rapidamente possível; atingida determinada altura desse caminho, o outro corre para trás, a fim de retomá-lo de certo ponto e assim prolongar a jornada (p. 208).

No entanto, sua escolha objetal se dá de forma inusitada.

O encontro com Delgadina o faz apaixonar-se ao ponto de não querer desvirginá-la, mas ansiar por preservar sua pureza. Até então, tinha levado uma vida pacata no casarão herdado dos pais, vivendo de sua parca aposentadoria, complementada pelo ofício de professor de gramática e pelas crônicas dominicais que escrevia a um jornal. O personagem afirma:

Dito às claras e às secas, sou da raça sem méritos e sem brilho, que não teria nada a legar aos seus sobreviventes se não fossem os fatos que me proponho a narrar do jeito que conseguir nesta memória do meu grande amor (Márquez, 2006, p. 11).

O amor o fez reencontrar-se com a vida. O instigante é que seu romance baseia-se nas trocas afetivas com a imagem da jovem enquanto ela dorme. Todas as noites em que vai ao seu encontro, Delgadina encontra-se adormecida. O protagonista descreve a experiência da seguinte forma: “Naquela noite descobri o prazer inverossímil de contemplar, sem as angústias do desejo e os estorvos do pudor, o corpo de uma mulher adormecida” (p. 35). Mais adiante, a descrição dessa experiência adquire ares de algo milagroso. É notória a mudança que ocorre em sua autopercepção:

Fiquei à beira da ruína mas bem compensado pelo milagre de estar vivo na minha idade. A casa renascia de suas cinzas e eu navegava no amor de Delgadina com uma intensidade e uma felicidade que jamais conheci em minha vida anterior. Graças a ela enfrentei pela primeira vez meu ser natural enquanto transcorriam meus noventa anos. Descobri que minha obsessão por cada coisa em seu lugar, cada assunto em seu tempo, cada palavra em seu tempo, não era o prêmio merecido de uma mente em ordem, mas, pelo

contrário, todo um sistema de simulação inventado por mim para ocultar a desordem da minha natureza. (pp. 73-74)

García Márquez (2006), dessa forma, faz uma quebra nos preconceitos cristalizados a respeito da sexualidade na velhice e a apresenta como responsável pela reinvenção da vida de seu personagem, momento de se conhecer e de se reconhecer em seus desejos e vícios. Demonstra, assim, a essencialidade da sexualidade. *Memória...* amplia o tema da sexualidade para além da genitalidade e do ato sexual em si. Nesse romance, assim como em “*O Amor nos Tempos do Cólera*”, a sexualidade é tratada como enlace, troca de afetos, desejo entre duas pessoas e suas diversas possibilidades de significação. Amor e sexo são compreendidos em suas interfaces. Márquez afirma: “O sexo é consolo que a gente tem quando o amor não nos alcança” (2006, p. 79). Percebemos como o personagem significa a sexualidade como o afeto que é dirigido de uma pessoa a outra, sendo o ato sexual apenas parte que se transforma em todo quando a relação é destituída de amor.

Essa inviabilidade de conciliação entre o amor e o gozo é postulado por Lacan (1960/2008) e amplamente discutida pela psicanálise. O amor não é experimentado através do sexo. Em seu seminário *A Ética da Psicanálise*, Lacan utiliza-se do amor cortês para abordar o amor pela via do simbólico. O amor, para existir, pressupõe a exclusão do gozo genital. Daí o apaixonado se contentar apenas em olhar o ser amado, diante da impossibilidade de possuí-lo. Essa forma de amor retrata a impossibilidade de completude por sustentar a falta. Percebemos que, diante da experiência da falta, o velho jornalista entrevê um futuro e novas possibilidades de enlaces libidinais.

Durante toda a sua vida, o jornalista se relacionou com várias mulheres, mas em encontros apenas sexuais. O personagem afirma que nunca manteve relações

De objeto de respeito a objeto de desejo: sexualidade e velhice

sexuais com alguma sem pagá-la por isso de alguma forma. Entretanto, o encontro com Delgadina mudou essa forma de investir afeto. Desde o primeiro encontro, a relação entre o nonagenário e a menina se constituiu de forma diferente:

Entrei no quarto com o coração desvairado e vi a menina adormecida, nua e desamparada na enorme cama de aluguel, tal e como sua mãe a tinha parido. Jazia meio de lado, de cara para a porta, iluminada pelo lustre com uma luz intensa que não perdoava detalhe algum. Sentei-me para contemplá-la da beira da cama com um feitiço dos cinco sentidos. (...) Me despi e dispus as peças de roupa do melhor jeito que pude no cabide para não estropiar a seda da camisa e o linho bem-passado. (...) Tratando de não despertá-la, sentei-me nu na cama com os olhos já acostumados aos enganos de luz avermelhada, e revisei-a palmo a palmo. (...) Tentei separar suas pernas com meu joelho por causa de uma tentação imprevista. Nas duas primeiras tentativas ela se opôs com as coxas tensas. Cantei em seu ouvido. (...) *Naquela noite descobri o prazer inverossímil de contemplar, sem as angústias do desejo e os estorvos do pudor, o corpo de uma mulher adormecida.* (Márquez, 2006, p. 31-35, destaque nosso)

Essa maneira diferente de “amar”, não ligada ao ato sexual propriamente dito, seguiria: “voltei para a cama com minha cueca de beijos estampados e me estendi ao lado dela. Dormi até as cinco ao acalanto de sua respiração apaziguada” (Márquez, 2006, p. 64). E mesmo após um longo tempo, diante da entrada em mais um ano de vida, seu temor e sua expectativa em morrer durante a noite parecem ser consolados pela presença e fragrância de Delgadina:

Preparado naquela noite para tudo, me deitei de barriga para cima à espera da dor final no primeiro instante de meus noventa e um anos. Ouvi sinos

distantes, senti a fragrância de Delgadina dormindo de lado, ouvi um grito no horizonte, soluços de alguém que talvez tivesse morrido um século antes naquela mesma alcova. Então apaguei a luz com o último suspiro, entrelacei meus dedos com os dela para levá-la pela mão e contei as doze badaladas da meia-noite com minhas doze lágrimas finais, até que os galos começaram a cantar, e em seguida o repicar dos sinos de glórias, os foguetes da festa que celebravam o júbilo de haver sobrevivido são e salvo aos meus noventa anos. Minhas primeiras palavras foram para Rosa Cabarcas: - Compro a casa inteira, com o armazém e o pomar. [...] - Você acha que ela vai concordar? - Ai, meu sábio triste, está bem que você esteja velho, mas não idiota - disse Rosa Cabarcas morrendo de rir. - Essa pobre criatura está zonzada de amor por você. (pp. 126-127)

Diante das perdas e das dificuldades em lidar com o próprio corpo que não mais responde como anteriormente, diante da falta, da castração, o velho jornalista se encontra com o amor. Lacan (1973/1985) afirma que amar é dar o que não se tem. Em estudo psicanalítico sobre a sexualidade e seus impasses a partir de romancistas brasileiros, Ferreira (2013) observa que, no amor, apesar de não ter e não ser o falo – e, portanto, não podendo oferecer o que falta ao amante

o amado, como signo de um sujeito, oferece justamente aquilo que ele, por ser falante, não tem, ou seja, o seu ser. O nada por nada é o modo pelo qual o amor se inscreve no regime das trocas simbólicas (p. 35).

Um corpo envelhecido sugere formas diferentes de investimentos libidinais, que contornam o vazio refletido, dando-lhe bordas e novos contornos. Esse vazio, inerente ao ser humano desejante, é o resto indizível presente nos espelhos e que

De objeto de respeito a objeto de desejo: sexualidade e velhice

move o sujeito em busca da completude inalcançável. Mucida (2009) ressalta que “torna-se fundamental suportar a falta sempre presente nessas escritas no corpo e na imagem dando-lhes destinos nos quais o sujeito esteja implicado” (p. 70).

Cada nova etapa do desenvolvimento impele o sujeito a reinventar-se frente às demandas internas e externas. A sexualidade na velhice, assim como nas outras fases da vida, é experimentada com características próprias. O desejo, que nunca morre, precisa encontrar novas maneiras de se inscrever. Mucida (2009) ressalta que, para alguns idosos, a velhice traz maior liberdade e conhecimento de si, com efeitos notáveis sobre os encontros sexuais. Abrir-se para a possibilidade de encontrar o amor que suporta a falta atrela-se à maneira como o sujeito suporta em si mesmo a falta e a solidão que são intrínsecas à existência.

Em estudo sobre a velhice e a morte, Maud Mannoni (1995) retrata a sexualidade a partir de características peculiares dessa etapa. Em cada etapa da vida, a sexualidade é experimentada de formas diferentes. Na velhice, as modificações corporais demandam uma nova trama a ser feita na forma de lidar com o corpo e com a sexualidade. Mannoni afirma uma sexualidade pautada não apenas no prazer do órgão no ato sexual, mas também a que está presente na ternura e nos “contatos a serem mantidos pela voz, o olhar, o toque” (p. 21). Pulsões parciais, como um olhar, uma forma particular de falar, um toque, certas palavras, ou seja, miudezas do cotidiano que, apesar de muitas vezes impossíveis de serem nomeadas, (re)acendem o desejo e reconduzem o sujeito ao amor.

A velhice pode ser um tempo para a redescoberta da cumplicidade e de novas vias para satisfação do desejo. García Márquez descreve essas sutilezas presentes na sexualidade na velhice em *O Amor nos Tempos do Cólera* (1985/2003) e *Memória de Minhas Putas Tristes* (2006). O velho jornalista de “*Memória*” declara: “Naquela noite descobri o prazer inverossímil de contemplar, sem as angústias do desejo e os

estorvos do pudor, o corpo de uma mulher adormecida” (p. 35), como já ressaltado. Em “*O Amor...*”, o encontro se dá entre dois velhos enamorados após mais de 50 anos de espera. A escrita da libido se dá de formas diferentes na velhice, Márquez (1985/2003) descreve o encontro entre Florentino Ariza e Fermina Daza:

Era a primeira vez que fazia amor em mais de vinte anos e tinha-o feito embargada pela curiosidade de sentir como podia ser na sua idade após um retiro tão prolongado. Mas ele não lhe dera tempo para saber se o seu corpo também o queria. Tinha sido rápido e triste e ela pensou: “Agora é que está tudo fodido”. Mas enganou-se: apesar do desencanto de ambos, não se separaram por um momento nos dias seguintes. (...). Não tentaram de novo o amor até muito depois, quando a inspiração chegou sem que a buscassem. Bastava-lhe a ventura simples de estar juntos. (...) Fizeram um amor tranquilo e são, de serenos avós, que se fixaria em sua memória como a melhor lembrança daquela viagem lunática (...). Deixavam passar o tempo como dois velhos esposos escaldados pela vida, para lá das armadilhas da paixão, para lá das troças brutais das ilusões e das miragens dos desenganos: para lá do amor. Pois tinham vivido juntos o suficiente para perceber que o amor era o amor em qualquer tempo e em qualquer parte, mas tanto mais denso ficava quanto mais perto da morte. (pp. 420, 425)

Alguns idosos redescobrem a sexualidade com o parceiro/a parceira de toda a vida ou com um novo parceiro/nova parceira, mas nem sempre o sujeito idoso encontra alguém com quem possa construir um novo relacionamento. A aceitação do corpo envelhecido que pulsa e busca prazer é, muitas vezes, inaceitável. Mucida (2009) enfatiza que a sexualidade

De objeto de respeito a objeto de desejo: sexualidade e velhice

sempre se coloca para o sujeito falante como algo avesso ao instinto, avesso ao anatômico e, portanto, inclui um campo complexo no qual persistem também os desencontros. Dizer que a sexualidade é avessa ao anatômico não implica que se possa prescindir dos efeitos do real ao corpo (p. 138).

O toque, o olhar, o desejo alheio são indícios de que o corpo pulsional e simbólico estão presentes. A resposta do outro auxilia o sujeito a lidar com o vazio da imagem do corpo envelhecido e a dar novos contornos e novas simbolizações às castrações do real. Mais do que sonhar, os velhos precisam se apaixonar novamente. Por mais que os sonhos reflitam um futuro como possibilidade de novos rearranjos, apaixonar-se diz respeito a um presente a ser usufruído e compartilhado. É a alteridade que contorna o corpo angustiado pela sensação de desamparo e aniquilação.

Dar contorno à dor e ao vazio da imagem é uma forma de lidar com a consciência da finitude do corpo. As marcas, as dores, os olhares, as perdas de atributos estéticos são ecos da mortalidade. A finitude, irrepresentável, é angustiante. Essas perdas narcísicas confrontam o sujeito com a possibilidade da castração real da morte, mas que podem ser elaboradas em conjunto com um real que ofereça ao velho possibilidades de substituição simbólica das perdas. As relações de avosidade, o investimento na saúde física, a preservação da autonomia, o respeito às escolhas e decisões são exemplos de como o ambiente à volta do idoso pode auxiliá-lo a elaborar essas perdas. A substituição simbólica das perdas possibilita ao velho encontrar formas de reestetizar sua velhice.

Considerações Finais

Pensando as diferentes formas de encarar a velhice, nos personagens de Gabriel García Márquez (2006) percebemos que essa fase da vida, assim como as outras fases do desenvolvimento, depende de uma elaboração social e individual da maneira como o sujeito se coloca no mundo e também de como a sociedade encara esse novo velho corpo que se apresenta. Conforme discutido, a constatação da velhice, muitas vezes, advém da comprovação de que o corpo está perdendo a habilidade em lidar com questões cotidianas. O corpo passa a não responder de forma rápida e eficiente aos comandos da vontade. O velho e o corpo precisam reaprender o caminho. Há medo da perda da autonomia e do domínio do corpo, medo do sofrimento por doenças incapacitantes, medo da dependência, o horror à fragmentação corporal (Lima & Viana, 2015; Lima, Viana, & Lima, 2015). A angústia se presentifica ante a necessidade de elaboração de um luto por esse corpo. Além disso, o sujeito velho precisa lidar com os preconceitos e representações sociais negativas no tocante ao seu lugar, existencial e simbólico, e ao exercício de sua sexualidade.

O velho, muitas vezes, deixa de ser objeto de desejo e também objeto de respeito. Na crônica *De Armas na Mão pela Liberdade*, Rachel de Queiroz (2002, p. 116) declara:

Na mentalidade da maioria das pessoas, velho é pra viver preso, na casa, no quarto; o ideal é uma cadeira de rodas, mas nem sempre a conseguem. E o infeliz do idoso quase nunca pode se defender da solícitude dos mais moços, filhos, parentes, guardiões; “Não coma esse doce, olha o diabetes!” (como se o doce fosse de arsênico). “Cuidado, não vá tropeçar!” “Calma, segure bem no corrimão!” “Olha o buraco na calçada, veja onde está pisando!” E os mais solícitos ou mais medrosos nos seguram com tanta força o braço que até

De objeto de respeito a objeto de desejo: sexualidade e velhice

parecem estar carregando às grades um preso renitente. (...). Ninguém parece entender que a primeira condição para o velho não se sentir tão velho é deixá-lo sentir-se livre. Resolver seus problemas pessoais; ser ele próprio quem conte os seus sintomas ao médico, ser ele próprio quem decide se toma ou não os remédios prescritos – como faz todo mundo. Deixar que ele se liberte um instante ao menos da tutela dos “entes queridos” e não lhe ralhar se ele, liberado, der uma topada, um tropicão, no exercício dessa liberdade. Deixá-lo que durma só, que não lhe apareça ninguém no quarto à meia-noite, perguntando se ele está insone (está muito feliz, lendo), se esqueceu de tomar o Lexotan...

A infantilização da velhice e ausência de desejo vão, aos poucos, minando a imagem que o idoso tem de si mesmo. São os pequenos traços, as pequenas identificações, reeditadas durante a vida, que moldam a identidade do sujeito, mesmo na velhice, afirma Mucida (2009). As relações imbricadas e indissociáveis entre a percepção interna e o reflexo externo fazem com que o que é introjetado do Outro se torne parte de si mesmo. Quando o sujeito sofre frustrações no âmbito social, na velhice ou em qualquer outra etapa da vida, devido à incapacidade de cumprir os ideais culturais, instala-se nele um conflito entre o Eu e o Ideal-de-Eu. Esse conflito pode conduzir a estados depressivos, como analisa Mucida. Na velhice, esse embate pode ser acirrado quando padrões de beleza jovial e produtividade não se aplicam mais, mas permanecem como ideais a serem cultivados. Quando o sujeito velho não mais supre essa demanda social, passa a ser tutelado pelas pessoas à sua volta, como se sua autonomia deixasse de existir. O velho perde a liberdade de se expressar e de se movimentar, em casa e na vida.

As expressões comumente utilizadas para a velhice – terceira idade e melhor idade – desencadearam uma espécie de higienização da velhice. O velho, tratado respeitosamente como idoso ou integrante da terceira/melhor idade, é um sujeito cuja sexualidade, autonomia e singularidade lhe são negadas. Os personagens que evocamos como ponto de partida para nossa análise nos permitiram refletir acerca do significado da sexualidade e do corpo na nossa sociedade. Sociedade na qual o corpo tem adquirido uma dimensão bastante plástica e os padrões de beleza impostos têm princípios totalmente contrários às perdas vividas na velhice. Jovialidade, beleza, corpo malhado, magro, belo, rosto sem rugas, sem marcas de expressão negam as marcas que vão aparecendo na velhice devido ao percurso do tempo, que se impõe e por mais que se retarde esse processo, não há como evitá-lo, já que é natural do desenvolvimento humano.

O personagem do romance de Márquez (2006) encontra no amor de uma jovem virgem o impulso de vida que lhe faltou durante toda a vida, podendo na velhice descobrir as possibilidades de experimentar o polo do amor em detrimento do gozo. Nesse sentido, pensar as possibilidades de exercício de uma vida sexual saudável na velhice perpassa a reflexão acerca da sexualidade e dos padrões de beleza impostos ao corpo durante toda a vida. Redescobrir o próprio corpo e formas substitutivas de obter prazer, através de vias de amar e cuidar de seu corpo envelhecido, deixando-o aprazível para si mesmo, é tarefa que o sujeito necessita exercer por si mesmo. Fazer novos investimentos na imagem de si quando os outros não abrem muitas trilhas é uma via salutar de elaboração psíquica do luto pelo próprio corpo, afirma Mucida (2009).

Referências

- Almeida, L. A., & Patriota, L. M. (2009). Sexualidade na terceira idade. *Qualit@s Rev. Eletrônica*, 8(1), 1-20.
- Alves, R. (2009). *Desfiz 75 anos*. Campinas, SP: Papirus.
- Debert, G. (1999). *A reinvenção da velhice*. São Paulo: EDUSP, FAPESP.
- Debert, G. (2006). A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. Em M. Barros (Org.), *Velhice ou terceira idade?* (4 ed., pp. 49-67). Rio de Janeiro: FGV.
- Elias, N. (1993). *O processo civilizador* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1939)
- Elias, N. (2011). *O processo civilizador* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1939)
- Ferreira, N. P. (2013). *Malditos, obscenos e trágicos*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Freud, S. (1996a). O mal-estar na civilização. Em Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 21, pp. 65-148). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1930)
- Freud, S. (1996b). Moral sexual 'civilizada' e doença nervosa moderna. Em *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 9, pp. 169-186). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1908)
- Freud, S. (1996c). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Em *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 117-231). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1905)

- Freud, S. (2004a). À guisa de introdução ao narcisismo. Em *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 1, pp. 95-131). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1914)
- Freud, S. (2004b). Pulsões e destinos das pulsões. Em *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. (Vol. 1, pp.145-173). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1915)
- Freud, S. (2007). O ego e o id. Em *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 3, pp. 13-102). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1923)
- Freud, S. (2010). Além do princípio do prazer. Em *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 161-239, P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Cia das Letras. (Original publicado em 1920)
- Garcia, G., Lima, L., Andrade, L., & Abrão, F. (2012). Vulnerabilidade dos idosos frente ao HIV/AIDS. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 24(3),183-188.
- Márquez, G. G. (2003). *O amor nos tempos do cólera*. Rio de Janeiro: Record. (Original publicado em 1985)
- Márquez, G. G. (2006). *Memória de minhas putas tristes*. Rio de Janeiro: Record. (Original publicado em 2005)
- Giddens, A. (2002). *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1992)
- Goldfarb, D. (2004). *Do tempo da memória ao esquecimento da história* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Groisman, D. (2002). A velhice, entre o normal e o patológico. *História, Ciência, Saúde –Manguinhos*, 9(1), 61-78.

De objeto de respeito a objeto de desejo: sexualidade e velhice

- Lacan, J. (1985). Aristóteles e Freud: A outra satisfação. Em *O Seminário: Livro 20* (M. D. Magno, Trad., pp. 70-86). Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1973)
- Lacan, J. (1998). O estádio do espelho como formador da função do eu. Em *Escritos* (V. Ribeiro, Trad., pp. 96-103). Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1949)
- Lacan, J. (2009). A tópica do imaginário. Em *O Seminário: Livro 1* (B. Milan, Trad., pp. 101-121). Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1954)
- Lacan, J. (2008). O amor cortês em anamorfose. Em *O Seminário: Livro 7* (A. Quinet, Trad., pp. 169-187). Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1960)
- Lima, P. (2013). *Tempus fugit... carpe diem: poiesis, velhice e psicanálise* (Tese de doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Lima, P., & Viana, T. (2015). Velhice e psicanálise: O corpo, o tempo e o trabalho na clínica com idosos. Em D. Hur, F. Lacerda Jr., & M. R. Resende (Orgs), *Psicologia e transformação: Intervenções e debates contemporâneos* (pp. 223-246). Goiânia, Go: Editora UFG.
- Lima, P., Viana, T., & Lima, S. (2015). Poética da velhice em narrativas autobiográficas: Um estudo à luz da psicanálise. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(1), 58-78.
- Lipovetsky, G. (2007). *A felicidade paradoxal*. São Paulo: Cia das Letras. (Original publicado em 2006)
- Lopes, M. S., Arantes, R. C., & Lopes, R. G. (2007). Um breve ensaio sobre a aceitação da beleza na efemeridade dos corpos. *Revista Kairós*, 10(2), 45-61.

- Mattos, G., & Nakamura, E. (2007). Aspectos da sexualidade no processo do envelhecimento. *Revista Científica JOPEF*, 7(1), 14-21.
- Mannoni, M. (1995). *O nomeável e o inominável*. Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1991)
- Mucida, A. (2004). *O sujeito não envelhece*. São Paulo: Autêntica.
- Mucida, A. (2009). *Escrita de uma memória que não se apaga*. São Paulo: Autêntica.
- Okuno, M., Fram, D., Batista, R., Barbosa, D., & Belasco, A. (2012). Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em idosos portadores de HIV/AIDS. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(número especial 1), 115-121.
- Queiroz, R. (2002). *Falso mar, falso mundo*. São Paulo: Arx. (Original publicado em 1995).
- Sennett, R. (2005). *A corrosão do caráter: Consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Record. (Original publicado em 1998)
- Silveira, M., Batista, J., Colussi, E., & Wibelinger, L. (2011). Sexualidade e envelhecimento. *Kairós*, 14(5), 205-220

3

La constitution du lieu de la recherche : essai sur le contre-transfert, ses résidus et ses destinées

Ana Paula Vieira Fraga Levivier

Institut Régional de Travail Social Champagne- Ardenne – France

Introduction

Il existent de traitements déjà finis mais qui nous interrogent à tel point que leurs matériaux viennent nourrir nos démarches de recherches. En ayant ces traitements comme exemple je parlerais de ce que d'emblée je nomme des résidus contre-transférentiels, c'est-à-dire des éléments du travail analytique passé qui cependant persistent et échappent à l'usure du temps. Un aspect de leur richesse est ainsi découvert : ré-mobiliser des investissements pulsionnels. Les conséquences de ces actualisations libidinales sont nombreuses et c'est en suivant l'une d'entre elles que je rendrais compte de la manière par laquelle ces résidus contre-transférentiels contribuent à mon élaboration théorique.

Les répercussions psychiques et corporelles venues du transfert interpellent la façon dont je me prends face à la théorie et à la pratique. Ces retours m'ont conduit à l'hypothèse suivante : ce sont les éléments du contre-transfert qui activent la remémoration de la clinique et sa conséquente quête théorique. Je

pense que cette hypothèse est parlante pour les cliniciens, même si sa démonstration n'est pas aisée. La difficulté vient de l'origine contre-transférentielle de ces éléments car ils appartiennent à notre intimité – et alors, deux problèmes se posent : l'un, celui de trouver les conditions de leur communicabilité et, l'autre, celui de répondre des conditions de légitimité de la recherche en psychanalyse. L'ambition de ce texte est de montrer les chemins pris pour les résoudre¹.

L'élaboration d'un parcours fait avec un patient demande l'effort de rendre manifestes les positions prises. Or, ce travail marche par à-coups et le manque de liens entre la construction théorique et son répondant clinique émerge parfois de manière déconcertante. Ou bien, il n'y a pas de corrélation possible entre le réel de la cure et sa restitution proprement dite. Que faire dans ces moments ? Je tends à revivre ces deux expériences de la chose humaine (clinique et théorie) à partir des complications qui s'accroissent en tentant de cerner leur association par les éléments des cures qu'en moi reviennent. Quand je joints à la cure sa restitution formelle, c'est le mouvement de la théorie qui se révèle, dans le sens où les éléments de cette jonction viennent de l'analyse du transfert et du contre-transfert. Je pense à Pierre Fédida lorsqu'il parla de l'inhérence clinique du contre-transfert dans la théorisation du transfert : « ...la théorie du transfert procède nécessairement d'une organisation transférentielle où le contre-transfert est l'argument noétique de la connaissance du transfert » (Fédida, 1978, p. 293). Dans cette perspective le contre-transfert est une manifestation du transfert, là où les matériaux inconscients de l'analyste percutent avec les investissements qui lui sont adressés. C'est par cette particulière confrontation libidinale que les fonctions de recul et de neutralité du clinicien sont dans un de leurs moments les plus fragiles, concrétisant par là le « danger » (Benjamin, 1940, p. 431) du passage et de la

1. Par conséquent cette écriture est aussi le lieu d'une limite, située entre le témoignage et sa formalisation conceptuelle.

restitution parce que l'écoute risque de se trouver traversée par des éléments dont la destination d'analyse n'est pas l'analyse du patient. L'analyste et le patient sont différemment concernés par les irrptions de leurs mondes internes, accentuant les répétitions, les résistances et les manifestations inconscientes de leurs prototypes libidinaux et fantasmatiques.

Les résidus contre-transférentiels identifiés comme tels et utilisés dans la recherche sont des éléments révélateurs puisqu'ils dénotent les positions à partir desquelles l'analyste a écouté son patient. Ils apportent une vue sur ce qui échoit au transfert : de quel contexte il se déprend et de quoi il se démarque pour acquérir valeur de technique. Ces résidus sont les passeurs qui transforment l'intime de l'analyste en produit culturel via la théorisation. À ma connaissance c'est Georges Devereux, dans son célèbre *De l'angoisse à la méthode*², qui le premier a formalisé pour les sciences humaines et sociales cette façon de concevoir la recherche. Il avança déjà de la « réticence » (p. 75) de la part des psychanalystes à étudier leur contre-transfert. De ma part, je prendrai deux voies pour parler de la recherche à partir des résidus contre-transférentiels:

- (1) La première est un regard sur la façon d'intervenir en ayant un même matériau clinique de travail : c'est la question du passage de la technique clinique vers la méthode de la recherche.
- (2) La seconde s'occupe du destin de ces matériaux : c'est la question du transport des matériaux de la clinique vers la recherche.

2. Devereux, G. 1967. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion, 1980. « J'affirme que c'est le contre-transfert, plutôt que le transfert, qui constitue la donnée la plus cruciale de toute science du comportement, parce que l'information fournie par le transfert peut en général être également obtenue par d'autres moyens, tandis que ce n'est pas le cas pour celle que livre le contre-transfert. », p. 15.

Cette distinction est didactique, son avantage est d'attirer l'attention sur les conjonctures de production de la théorie de la clinique et, précisément, sur les défis soulevés par le contexte de cette production. Je développerai le passage de la technique clinique vers la méthode de la recherche en guise de préalable au délicat transport des matériaux cliniques à des milieux qui lui sont externes, ce qui portera sur la transformation des résidus contre-transférentiels en œuvre de culture. Pour la suite, je suis seulement en mesure d'exposer une piste de travail : il s'agit de tirer les conséquences des spécificités des cadres des recherches selon leur milieu d'évolution, par exemple, université, institutions de recherche, écoles ou instituts de formation en psychanalyse.

Des différenciations nécessaires

Dès que les matériaux du patient sont retravaillés au dehors de son analyse ils passent par un processus de transformation en affinité avec la singularité de l'analyste : ils deviennent des matériaux transférentiels de celui-ci (Fédida, 1995). Quels sont les fondements de ce processus pour que reste valable son répondant clinique ? En ce qui concerne la fiabilité et la rigueur des données, c'est le moment où se pose la question des fondements de ce processus. Cependant, il est fondamental d'éviter deux écueils que j'identifie lorsque les matériaux rapportés par l'analyste sont repris : (1) à la manière d'un prolongement qui mime la cure et (2) en faisant corps avec analyse ou/et la supervision de l'analyste lui-même. Autant dire que c'est la confusion instaurée entre les lieux, places et fonctions, rendant caduques les limites réciproques. À l'encontre de ces écueils, j'aimerais souligner ce que la recherche inaugure de nouveau afin de la distinguer des espaces de la formation analytique.

Les résidus contre-transférentiels se mélangent aux formes expressives du présent. Du point de vue de l'historicisation (Fédida, 1978) d'un parcours, ils rendent partiellement lisible l'insu qui meut le clinicien vers la transformation de ce avec quoi il travaille³. L'insu fait partie de la passion qui oriente une liberté obstinée et en quête, et sa contribution la plus valeureuse pour la recherche réside dans le soutien de son élan. Et, à souligner, surtout pas dans le déchiffrement analytique des connexions désirantes et/ou fantasmatiques du chercheur, que je réserve aux espaces analytiques. Néanmoins l'analyse personnelle et la supervision influencent la recherche puisqu'elles modifient le rapport aux éléments choisis et analysés – d'après leurs spécificités, je pense qu'elles à peu près trient ce qui se communique. Quant à savoir pourquoi certaines données des cures et non pas d'autres se prêtent à cette démarche, aux espaces analytiques de répondre. En ne reprenant ni l'analyse personnelle ni la supervision, en quoi une méthode s'appuyant sur le contre-transfert sert à la recherche ?

De la technique vers la méthode

Le cadre analytique détermine les possibilités de progression de la cure utilisant l'espace de création que l'inachèvement de la théorie permet d'atteindre. La méthode analytique a sa souplesse, qui la rend capable de se renouveler, et les aménagements dans la cure sont les exemples de cette capacité. Si je parle d'un passage de la technique analytique vers la méthode de la recherche c'est pour mettre en valeur ceci : je garde le maniement de la technique du transfert au terrain de son efficacité symbolique, le cadre de la séance. Dans ce sens, il serait

3. Il y a un moyen de se singulariser en se historicisant. De même, il est admis de dire qu'il y a une histoire personnelle de la recherche qui traverse une vie. Ce que le chercheur nomme ses questions, ses sujets, sa méthode, etc., sont les indices de cette *historicisation*.

incongru de prétendre transporter sur la recherche une technique dont le centre d'action ne s'y prête plus. Ce transport serait à mon sens abusif compte tenu des limites du champ clinique. Ces arguments valent également pour le contre-transfert à une différence près : la présence des matériaux cliniques est une constante parmi les objets qui intéressent le chercheur-clinicien. Ce pourquoi en référence à la recherche je parle de méthode basée sur le contre-transfert, dans la mesure où les données de celui-ci entretiennent la quête théorique par des rapports de corrélation et de décalage vis-à-vis de leur origine. Une des tâches du chercheur consiste à repérer et à formaliser leur présence.

Freud a montré que le produit de la rationalisation, la « pensée intellectuelle », engage en sa production le refoulement, la négation et la dénégation (Freud, 1925a). Pour que cette « fonction spéciale » soit opérante, le psychisme et son répondant corporel tiennent à l'écart les affects pénibles et sexuellement déroutants afin que la pensée puisse utiliser de ses sources pulsionnelles, tout en déniaient leur impact sur l'intellect. Il postule un rapport d'exclusion entre intellectualisation et mise à découvert des affects : la pensée intellectuelle serait née sous la coupe d'une séparation entre affect et intellect (Freud, 1925a). Je tiens par apparente cette séparation, parce que la mémoire corporelle porte les traces de ce que les processus de rationalisation tentent de faire taire. De plus, penser de manière rationnelle demande de la concentration pour s'extraire du monde – ce qu'une discipline du corps n'ignore pas : silence, solitude, complaisance motrice, retrait perceptif des stimuli, plongée en soi. Cependant, l'angoisse et les affects diffus qui s'emparent du corps et de la pensée peuvent envahir l'éclosion de la pensée intellectuelle, ou l'accompagner le long de sa production. Ces envahissements illustrent l'éphémérité des mécanismes de défense, malgré la diversité des stratégies corporelles et psychiques mises à l'œuvre pour que le travail intellectuel atteigne une certaine tranquillité.

L'approche freudienne de pulsions reste dualiste : un versant est plus accessible à l'analyse en tant que contenu de représentation et un versant d'approche plutôt incertain et équivoque est rattaché aux affects (Freud, 1915). Dans *Le refoulement*, deux aspects de la transformation des affects sont remarqués : leur destin est le plus ardu à suivre par l'analyse et c'est à partir de leur refoulement que l'on peut attester ou non de la réussite du mécanisme de défense. Des trois destins indiqués :

- (1) les affects disparaissent ;
- (2) ils sont transformés en angoisse ou en un autre affect ;
- (3) ils ne sont pas reconnus par l'analyste,

c'est le dernier qui attire davantage l'attention de Freud (Freud, 1915). Toutefois cette non reconnaissance reste énigmatique puisqu'elle laisse en ouvert la question de savoir si elle fait avancer l'analyse ou si elle est plutôt un frein, une résistance de l'analyste à l'écoute de l'inconscient du patient. À notre sens, l'attention privilégiée de Freud à ce destin tient à ce qu'ici la coalition entre matériaux transférentiels et contre-transférentiels fait barrage à la clarification de leur distinction.

Vingt deux ans plus tard, la question est toujours d'actualité. Dans *Constructions en analyse*, Freud (1937) va nuancer ses vues sur *l'évidence* de la difficulté que posent les affects à la cure en réaffirmant que leur lisibilité revient pour beaucoup à la capacité qu'a ou non l'analyste de les *reconnaître*. C'est moins l'affect en lui-même qui engendre la difficulté mais davantage la manière dont l'analyste s'y prend pour les mettre au profit du transfert. Les défis de la reconnaissance des destins affectifs rejoignent les divers enjeux posés par l'analyse du transfert et du contre-transfert en tant que son argument noétique (Fédida, 1978). Il s'avère que c'est seulement de l'analyse du transfert que l'approche des affects est techniquement possible, sous réserve que l'analyste surmonte les obstacles que

lui-même érige à l'encontre de son écoute, puis, de leur abord. Si le destin se concrétisant en la reconnaissance de l'affect est surmonté par l'analyste, alors le destin transformation sera d'un accès moins épineux du fait même que les voies ouvertes aux manifestations de l'angoisse ou d'un autre affect auraient été facilitées par les effets de ce connaître à nouveau ce qui avait déjà été une fois venu à jour⁴.

Je pense que le destin de la disparition affective signe la singularité des mouvements libidinaux du patient et de l'analyste. Ces disparitions sont des épreuves de taille posées au transfert et à la découverte des éléments contre-transférentiels. Si l'affect est l'emblème de la pulsionnalité dans ses tournures invraisemblables, sexualisées ou non, c'est parce que par lui la fantaisie s'élabore et s'ouvre au dit par une irruption corporelle immédiate, le plus souvent dépourvue de paroles. Et ici c'est tout un champ de formalisation à construire car la place du corps de l'analyste et du patient dans la cure restent d'un moindre développement à l'intérieur de la théorie analytique. Ce qu'en termes de la technique éclaire leur abord est la désignation des positions possibles et interdites, les recommandations à suivre que j'associe à la place des corps : abstention du contact, changement des positions (corps, regard, voix). Malgré le cheminement que la métapsychologie se doit de faire pour aborder le statut du corps en psychanalyse, la surprise amenée par l'affect (manifestation corporelle par excellence) est qu'il repousse les frontières ontologiques de l'analysable.

Lorsqu'il est accordé le privilège à une pensée qui s'appuie sur la séparation entre processus de théorisation et leurs racines pulsionnelles le penseur encourt le danger de se laisser aller tantôt vers l'abstraction, tantôt vers un psychologisme rationalisé. Ce serait s'attaquer à faire disparaître l'affect des productions dont l'intellect préside le raisonnement. L'intérêt de prendre en compte les résidus contre-transférentiels est de

⁴ Peut-être qu'on pourrait parler ici de *retrouvailles* à l'occasion de cette *reconnaissance* de la part de l'analyste.

rendre plus complexe l'investigation scientifique en associant à la théorie ce que les affects mobilisent. C'est aux frontières poreuses (Serres, 1983) entre affect et intellect qu'il est possible d'introduire le recours à ces *résidus* des cures comme repères. Pourquoi maintenir un lien entre tels résidus et le contre-transfert ? Parce que c'est par ce lien qu'il est possible d'accéder aux éléments déclencheurs de la recherche, ce qui est une constatation d'après-coup restituant ma propre expérience⁵. Cette démarche est certes limitée par la dénaturalisation du milieu de naissance des matériaux travaillés et je suis consciente que la brèche reste ouverte à des confusions conceptuelles, voire au danger de traiter de la même manière de choses distinctes : démarches (clinique et recherche) et lieux (analytiques et non analytiques). Je reste nonobstant convaincue que le travail de pensée qui reconnaît ses résidus contre-transférentiels peut s'en approcher, de façon partielle, de ce que les processus de théorisation tendent à nier par le refoulement. Leur présence requiert une proximité avec ce qui meut, depuis la clinique, l'analyste en sa quête, ce qui est un outil précieux pour la recherche.

Au-delà d'une pensée massivement intellectualisée, les résidus contre-transférentiels mènent à un état particulier de plongée en soi, à un retournement affectif d'où advient un relatif inconfort : ils offrent à la recherche la rencontre avec l'inconnu, les incompatibilités et les contradictions. Par leur singularité, leur fiabilité clinique ne se prête pas aux opérations intellectuelles à caractère universalisant. Par conséquent, ils empêcheront le chercheur d'aller vers un plaquage de la théorie dans la clinique, l'écartant des solutions en systèmes explicatifs clos. La dynamique de pensée qui s'installe montre que l'objet de la recherche et l'intérêt du chercheur ne sont ni abstraitement construits, ni distants de ses bouleversements subjectifs. Il s'en suit que les écarts entre théorie

5. Je pense avoir rendu lisible cette direction méthodologique par l'écriture d'une recherche, publiée en 2006 chez L'Harmattan, sous le titre *La mort à fleur de peau. Corps et mort en psychanalyse*.

et pratique prolifèrent, aussi bien que les ouvertures, et il est possible de s'étonner intellectuellement, ne serait-ce qu'au titre d'une hésitation (fort féconde d'ailleurs), face à l'imprévisibilité des affects. Selon ce repère méthodologique, il s'agit de se laisser imprégner par les variations d'après-coup des manifestations de l'inconscient, étudiant la vérité portée par cette étrange mémoire⁶.

Le partage des matériaux : de la clinique vers la recherche

Des résonances entre les matériaux de la clinique et de la recherche font le pont entre l'élaboration en analyse en tant que source de théorisation. L'investigation scientifique s'éclaire de cette influence et nourrit ce que la recherche va élaborer de propre. L'attention flottante guide l'écoute clinique, la pensée et le corps sont engagés instantanément dans les échanges et les hypothèses émises sont sujettes au déroulement du transfert. Dans la recherche, espace et temps révolus, l'engagement est indirect, il se fait par la mémoire, l'oubli, les reconstitutions intermittentes, les lectures interposées, quand le corps et la psyché sont affranchis du rapport direct à l'autre. Libérés, ceux-ci gagnent une habitude et une vitesse (Deleuze, 1968) qui éloignent le chercheur des aléas contre-transférentiels et des mises en abîme de soi, le lot de toute clinique. Les processus de théorisation sont plus sujets aux préférences profondément enracinées de chacun, favorisant par là la spéculation (Freud, 1920). Mais force est de constater que dès que les matériaux d'étude ressortent de la pratique la liberté du travail théorique se retrouve différemment assujettie : les tonalités contre-transférentielles aimantent les élaborations, orientant de la sorte les choix théoriques.

6. « Une solide confiance en la rigueur du déterminisme dans le psychisme avait certainement sa part dans la conversion à cette technique, qui devrait remplacer l'hypnose », mots de Freud lors de sa relecture historique des origines de la *talking cure* (Freud, 1923, p. 55). Cf. aussi l'article « Croire en l'inconscient » (Widlöcher, 1993), dans lequel il parle de l'authentique *témoin* qui est l'inconscient.

L'influence clinique dans la recherche impose des limites à ce que je conçoit comme un égarement spéculatif. Le texte de Freud qui je pense illustrer au mieux cette méthode est *Au-delà du principe du plaisir*⁷. Ce qu'il annonce comme le produit de ses spéculations s'appuie sur les phénomènes cliniques de la répétition comme origine et comme énigmes à explorer. La créativité de sa pensée est ainsi bornée, dans la proximité entre la pratique et la liberté théorique. Ce que me fait dire qu'un processus de pensée, voire la conduite d'une recherche, se consent à la spéculation sans pour autant s'éloigner de son terrain d'origine. Il n'en demeure pas moins que *Au-delà du principe du plaisir* est reconnu parmi les travaux le plus spéculatifs de Freud. Je pense qu'il est important de rappeler la particularité de cette spéculation, qui se voit éclaircie plus tard, dans *L'analyse avec fin et analyse sans fin*, lorsqu'il parlera de l'aide que la théorie fournit au traitement : « Sans spéculer ni théoriser – pour un peu j'aurais dit fantasmer – métapsychologiquement, on n'avance pas ici d'un pas. » (Freud, 1937, p. 240). Il montre le pivot autour duquel la psychanalyse puise sa théorie : le fantasme est son garant. En faisant acte de l'intrication entre la théorie de la clinique et la vie fantasmatique, j'avance que conceptualiser est lier par le contre-transfert théorisation et fantasme sous forme de la sorcière métapsychologie (Freud, 1937). La pensée qui y prends corps est la métapsychologie, c'est ce que revient à l'abstraction en psychanalyse quand ses racines pénètrent jusqu'au royaume du fantasier (Freud, 1921).

Gilles Deleuze et Félix Guattari (1991) ont montré la fécondité de la pensée dans l'art, la science et la philosophie. Mais c'est à la seule dernière qu'ils ont réservé l'exclusivité de la création des concepts. Or, la psychanalyse fait preuve de création conceptuelle à partir du vécu clinique qu'elle rend possible, l'éclatante saisie de *Das Unheimliche* (Freud, 1919) l'enseigne. Peut-être est-ce une des raisons

7. *La psychopathologie de la vie quotidienne et L'interprétation des rêves* contiennent aussi ce retour sur soi lorsque Freud construit à partir de ses propres actes manqués et rêves.

pour laquelle la théorie de la clinique évolue vers une métapsychologie, vers un discours second sur un langage né dans un espace-temps où le régime du corps et de la pensée est hétérogène au régime où se trouve, après-coup, l'analyste lorsqu'il tente de rendre compte de son expérience transférentielle. La spécificité de cette théorie est d'être le produit des restes du contre-transfert et de ce qui s'en éloigne.

Conclusion

Une recherche cernant des résidus contre-transférentiels persiste attachée à la clinique : c'est à la fois une limite et une richesse. Cet attachement permet de puiser dans la mémoire du transfert les fondements de la méthode du travail, ce que consiste l'apport des recherches psychanalytiques au champ de la recherche en sciences humaines et sociales. Dans « Topiques de la théorie » Pierre Fédida (1978) a nommé « métatransfert » (p. 332) ce retour sur l'analyse qui se poursuit en dehors des cures. Ce n'est pas la révision du cas, ni analyse de l'analyse, mais l'instauration d'un « lieux » différencié d'élaboration, où le changement de vue entraîne d'autres modalités de déploiement des matériaux.

Ce qui appartient en propre à ces recherches est l'ouverture de zones de démarcations entre les lieux où la psychanalyse se renouvelle. La démarche clinique est interrogée par la curiosité du chercheur et celle de la recherche par l'inquiétude du clinicien : l'aventure consiste à se procurer les moyens pour que l'entendu, l'étudié et l'interprété soient nouvellement appréciés. Ce qui requiert proximité et distinction faites entre les espaces où la psychanalyse s'enrichit des conditions de son exercice et de sa communicabilité. Les éléments contre-transférentiels contribuent à bâtir une référence méthodologique pour la recherche en mobilisant et en rendant présents l'étrangeté et l'inconnu de la clinique, à l'endroit même où la pensée intellectuelle tend à les nier. Parfois les

choix d'interprétation accentuent l'existence sans commune mesure entre théorie et clinique. Ce qui éclaire d'autant plus la spécificité de la production théorique en psychanalyse.

La recherche est un lieu à se constituer, remanié et renouvelé par son élan. Si la clinique renverse l'établi, il est probable que sa recherche fasse contraste. Sa communication devrait alors inciter à des aperçus défaisant les évidences, touchant le lecteur dans son inconnu et, qui plus est, dans son ouverture et son originalité.

References

- Benjamin, W. (1940). Sur le concept d'histoire. In W. Benjamin, *Œuvres III*, 2000 (pp. 427-443). Paris : Gallimard.
- Deleuze, G. (1968). *Différence et répétition*. Paris : PUF.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1991). *Qu'est-ce la philosophie ?*. Paris : Minuit.
- Devereux, G. (1967). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion, 1980.
- Fédida, P. (1978). *L'absence*, Paris : Gallimard.
- Fédida, P. (1995). *Le site de l'étranger. La situation psychanalytique*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1915). Métapsychologie. Le refoulement. In S. Freud, *Œuvres Complètes 1914-1915*, XIII (pp. 189-203). Paris : PUF, 1994.
- Freud, S. (1919). L'inquiétante étrangeté. In S. Freud, *L'inquiétante étrangeté et autres textes. Das Unheimliche und andere Texte*, 93, pp. 25-139. Paris : Gallimard, Folio, 2001.

- Freud S. (1920). Au-delà du principe du plaisir. In S. Freud, *Œuvres Complètes 1926-1920*, XV (pp. 273-338). Paris : PUF, 1996.
- Freud, S. (1921). Psychologie des masses et analyse du moi. In S. Freud, *Œuvres Complètes 1921-1923*, XVI (pp. 1-83). Paris : PUF, 1991.
- Freud, S. (1923). Psychanalyse et théorie de la libido. In S. Freud, *Résultats, idées, problèmes II (1921-1938)*, 2^e éd. (pp. 51-57). Paris : PUF, 1987.
- Freud, S. (1925a). La négation. In S. Freud, *Œuvres Complètes 1923-1925*, XVII (pp. 165-171). Paris, PUF : 1992.
- Freud S. (1925b). Note sur le « Bloc-notes magique ». In S. Freud, *Résultats, idées, problèmes II (1921-1938)*, 2^e éd. (pp. 119-124). Paris : PUF, 1987.
- Freud, S. (1937a). Constructions dans l'analyse. In S. Freud, *Résultats, idées, problèmes II (1921-1938)*, 2^e éd. (pp. 269-281). Paris : PUF, 1987.
- Freud, S. (1937b). L'analyse avec fin et l'analyse sans fin. In S. Freud, *Résultats, idées, problèmes II (1921-1938)*, 2^e éd., (pp. 231-268). Paris : PUF, 1987.
- Serres, M. (1983). *Rome. Le livre des fondations*. Paris : Hachette Littératures/Grasset et Fasquelle.
- Widlöcher, D. (1993). Croire en l'inconscient. *Nouvelle Revue de Psychanalyse : L'inconscient mis à l'épreuve*, 48, 97-113.

4 Transicionalidade e espaço potencial na clínica psicanalítica winnicottiana com paciente falso *self*

Renata Arouca de Oliveira Morais

Universidade de Brasília

Deise Matos do Amparo

Universidade de Brasília

Katia Cristina Tarouquella Brasil

Universidade Católica de Brasília

O entrelaçamento entre a teoria e um caso clínico será o pano de fundo para discutir as contribuições da clínica psicanalítica de referência winnicottiana no trabalho com pacientes falso *self*. Winnicott compreende que esse tipo de sofrimento psíquico ocorre devido a uma falha ambiental precoce no período de dependência absoluta do bebê na relação com o adulto. Nessa perspectiva, a função do analista junto a esses pacientes seria, além de interpretar, favorecer a transferência ao proporcionar um ambiente que seja continente e favoreça ao *holding*, assegurando um suporte às falhas vividas no ambiente precoce e deixando seu registro de necessidades do infantil presente no (dentro) do adulto. Assim, favoreceria a retomada do processo de desenvolvimento emocional do indivíduo com a criação da transicionalidade e instauração de um espaço potencial entre a

dupla. Desse modo, a relação analítica é, não apenas, de resignificação, mas, também, uma forma de constituir um vivido na relação atual com o analista.

Winnicott e o falso self

Segundo Winnicott (1967), o *self* se desenvolve ao longo de um processo no qual as qualidades dinâmicas das experiências são fundamentais para a saúde psíquica do bebê. Neste processo o autor considera um bebê ativo com capacidade para participar na criação, na modificação ou na manutenção do ambiente, e assim, ressalta a capacidade do próprio indivíduo de se desenvolver apesar da existência de uma falha ambiental. Entretanto, do seu ponto de vista, a característica essencial “é a capacidade da mãe (ou da substituta da mãe) de se adaptar às necessidades do bebê através de sua capacidade sadia de se identificar com o bebê (sem, evidentemente perder sua própria identidade)” (Winnicott, 1967, pp. 195-196).

Desse modo, inicialmente o bebê necessita de um ambiente-mãe onde a configuração inicial formada neste contexto pelo bebê é indiferenciada e indissolúvel. As angustias vivenciadas por ele são muito primitivas e eclodem em uma etapa da vida bastante precoce onde o infante ainda não é claramente configurado como um sujeito capaz de experimentá-las e representá-las como algo interno. Entretanto, Winnicott (1956) apresenta casos clínicos, em que evidencia falsos *self*, devido à impossibilidade de existência de um ambiente-mãe suficientemente bom, esses pacientes reagiram mal às intrusões sofridas em suas vidas e possuem um *self* que ainda não está constituído. Fala-se em falhas no processo de maturação em que a mãe, ou figuras substitutivas, não pôde se identificar com seu bebê e responder às suas necessidades. Com isso, passa a não existir uma relação de ego entre o infante e a mãe, e o bebê não pode começar a

existir, ter experiências e construir um ego pessoal, atribuindo ao bebê a tarefa de se acomodar às insuficiências maternas (Doin, 2001).

Nestes casos, não há integração do *self*, há a formação de defesas dissociativas, o que não é o mesmo que desintegração. Aqui, partes do *self* permanecem ocultas defendendo-se do ataque do ambiente, enquanto que outra parte fica em contato com o exterior num movimento de submissão/passividade que falseia a si mesmo e constitui, dessa maneira, o falso *self*, as identificações superficiais. Nestes casos, surge essa tendência à dissociação na organização meio ambiente e indivíduo, desencadeados, como uma reação ao fracasso das experiências de adaptação ativa do ambiente. A dissociação faz com que a vida interior – o mundo particular de fantasias do indivíduo – contenha poucos elementos derivados da realidade externa. A vida secreta torna-se, assim, incomunicável. O indivíduo se deixa levar por uma vida falsa, e essa submissão a um ambiente sedutor acaba por produzir um falso *self*, em que as pulsões ficam do lado do meio ambiente sedutor, traindo a verdadeira natureza humana. A impossibilidade de configurar uma área segura para desenvolver o fantasiar impede o bebê de conviver com o segredo, necessário para que ele se sinta fortalecido o suficiente para deixar, em segurança, a proteção do isolamento primário. O campo transicional não se constitui como tal, impedindo que a criança flutue para dentro e para fora do seu mundo interno, de acordo com suas necessidades.

No texto “O brincar e a realidade”, Winnicott (1975) diz que a mãe suficientemente boa deve responder à onipotência do bebê, dando-lhe sentido, ela terá também uma função simbólica na medida em que dá sentidos imaginários, mas deve-se fazer ao mesmo tempo falhante em sua capacidade de dar resposta mesmo que essa falha seja introduzida de modo gradual. É necessário que ela suporte profundamente e sustente por um tempo suficiente o gesto através do qual o desejo da criança tenta se escrever no corpo.

Na sustentação do ambiente à criança, ou, em umas das funções exercidas pela mãe suficientemente boa, existe uma dimensão temporal implícita. Winnicott, de acordo com Candi (2010), volta-se para a temporalidade ao apreender o fator quantitativo da resposta materna. Para o autor, essa dimensão é fundamental para o desenvolvimento da capacidade de simbolizar, pois o objeto proporciona uma continuidade temporal contratada com a descontinuidade inevitável ligada às frustrações intoleráveis e às ausências prolongadas da mãe. É com o tempo que o equilíbrio entre as presenças e ausências permitirá a capacidade de estar só, implicando a internalização do *holding* e envolvendo a possibilidade de viver num espaço transicional que se encontra entre o interno demais e o externo demais. Entretanto, podem haver falhas, demora nesse percurso por parte da mãe ou sua resposta em excesso, e Winnicott (1951) escreve de maneira mais detalhada sobre esses aspectos mais sombrios da negatividade:

Caso se torne impossível fazer com que a criança compreenda a ausência, quando a mãe sai de casa para ter um novo bebê, então, do ponto de vista da criança, a mãe está morta. É isto o que significa estar morto. Trata-se de uma questão de dias, horas ou minutos. Antes que certo limite seja atingido, a mãe ainda está viva; depois de transposto o limite ela morreu. Entrementes, há um precioso momento de raiva, talvez, sempre potencial e trazendo consigo o medo da violência. Daqui chegamos aos dois extremos, tão diferentes um do outro, a morte da mãe quando ela está presente e sua morte quando ela não pode reaparecer e, conseqüentemente, voltar novamente à vida. Isso tem a ver com a época anterior ao tempo em que a criança construía a capacidade de fazer reaparecer e fazer tornar a viver o objeto na sua realidade psíquica interna, sem precisar da segurança proporcional pelo ver, tocar ou cheirar (Winnicott, 1951, p. 39).

Winnicott (1951) nos traz, nessas passagens, que a morte psíquica está ligada à espera longa que ultrapassou os limites do bebê ou os excessos maternos que provocam nele uma raiva que aniquila sua capacidade de espera. Ele nos diz: “Isto é o que significa estar morto” (p. 41), a mãe não responsiva extingue a experiência de ser do bebê, a ausência da mãe produz uma anulação do bebê à sua própria vida. A criança tenta fazer reaparecer internamente a mãe, mas não consegue achar uma imagem com vitalidade e se torna impermeável à sua própria dor e à sua própria possibilidade de ter uma experiência afetiva. Nesses casos, a reapresentação do objeto externo se desvitaliza e se esfumaça, e compromete a capacidade de criar e manter objetos transicionais que possam preencher criativamente o espaço potencial.

Um desenvolvimento psíquico em que o bebê possuiu um ambiente-mãe facilitador significa que ela nutriu o potencial criativo do infante e abriu caminho para a alucinação, além de possibilitar a utilização do recurso da ilusão no contato entre a psique e o meio ambiente e a consequente construção desse espaço de ilusão propiciado pelo objeto transicional (Winnicott, 1951). Este objeto transicional serve de apoio ao *self* no processo de enfrentamento, desilusão da realidade com a consequente descoberta da alteridade do objeto e de sua não disponibilidade, indispensáveis para a construção do objeto externo.

Sobre este processo de desenvolvimento e o estabelecimento da capacidade de usar objetos, Winnicott (1968) reconhece que isso envolve um processo de se relacionar, encontrar, destruir o objeto com a não realidade dele, e, por último, ele sobrevivendo a destruição o infante pode usá-lo. Assim, com a destruição o infante percebe que o objeto se encontra fora da realidade do *self* e isso é fundamental para a criação da realidade. São dois fenômenos distintos conduzidos pelo uso do objeto: a fantasia e a localização real do objeto fora da área de projeção do *self*, ou seja, independente dele e de seus estados internos.

Transicionalidade e espaço potencial na clínica psicanalítica

A psicoterapia é efetuada na superposição de duas áreas lúdicas, a do paciente e a do terapeuta. Se o terapeuta não puder brincar, então ele não se adequa ao trabalho. Se é o paciente que não pode, então algo precisa ser feito para ajudá-lo a tornar-se capaz de brincar, e então a psicoterapia pode começar. O brincar é essencial porque nele o paciente manifesta sua criatividade (Winnicott, 1975).

Na analogia feita por Winnicott (1975) da bebê-mãe com o paciente-analista, vimos que o bebê passa a utilizar outros objetos substitutos como dedo ou a chupeta, ou brinca com ursinhos, mantendo assim, a ideia de controle mágico e auxílio na apreensão da realidade externa. Segundo Winnicott (1969) são objetos que não fazem parte do corpo do bebê, mas do ponto de vista do bebê ainda não são plenamente reconhecidos como pertencentes à realidade externa. O bebê assume direitos sobre ele que é afetuosamente acariciado, amado, mutilado e nomeado, pelo autor, como objetos transicionais. Este objeto representa o seio, ou o objeto da primeira relação e precede o teste de realidade. No seu contato com o objeto transicional, o bebê elabora a passagem do controle onipotente (mágico) para o controle pela manipulação (envolve o erotismo muscular e o prazer de coordenação). Dessa forma, temos que este objeto transicional jamais está sob o controle mágico, como o objeto interno, nem tampouco fora de controle, como a mãe real. Assim, o objeto transicional tem esse nome não por ser transicional, mas por representar a transição do bebê de um estado em que está fundido com a mãe para um estado em que está em relação a algo externo e separado.

A esta área intermediária de experimentação, o autor dá o nome de espaço potencial, e prossegue afirmando que “os fenômenos transicionais representam os primeiros estágios do uso da ilusão” (Winnicott, 1969, p. 27). Para o bebê, o

espaço potencial significa a possibilidade de passar pela experiência da transição entre o subjetivo e o objetivamente percebido. É uma área não questionada, lugar de repouso na difícil tarefa de conciliar o mundo interno com o externo. O bebê que foi privado dessa experiência terá dificuldade em se relacionar com o mundo de forma espontânea e criativa. Segundo Winnicott (1975) há uma evolução dos fenômenos transicionais para a possibilidade de brincar. Ele defende a ideia de que:

O brincar criativo e a experiência cultural, incluindo seus desenvolvimentos mais apurados, têm como posição o espaço potencial existente entre o bebê e a mãe. Refiro-me à área hipotética que existe (mas pode não existir) entre o bebê e o objeto (mãe ou parte desta) durante a fase do repúdio do objeto como não eu, isto é, ao final da fase de estar fundido ao objeto. (Winnicott, 1975, p. 49)

Nesta analogia, também, quando o autor afirma que a ausência demasiadamente grande ou a intrusão do ambiente no contato inicial do bebê faz com que a criança reaja mal ao ambiente. Estas reações poderão levar o bebê a se relacionar com o ambiente na base da submissão, lidando de forma passiva com a realidade externa e acaba por produzir um falso *self*. Compromete-se, assim, a relação entre a realidade externa com a realidade interna. A impossibilidade de configurar uma área segura para desenvolver o fantasiar impede o bebê de conviver com o segredo, necessário para que ele se sinta fortalecido o suficiente para deixar, em segurança, a proteção do isolamento primário. O campo transicional não se constitui como tal, impedindo que a criança flutue para dentro e para fora do seu mundo interno, de acordo com suas necessidades.

A psicoterapia também é uma forma especializada de brincar: “A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta” (Winnicott, 1975, p. 59). Em nosso trabalho temos, portanto, como pressuposto, as teorizações de Winnicott (1975) a respeito do significado do brincar como constitutivo da subjetividade. O autor relaciona a criatividade ao “estar vivo” e ao sentimento de existir como uma unidade capaz de inter-relacionar o mundo subjetivo e o mundo real e extrair enriquecimento dessa inter-relação. Assim como a relação mãe-bebê depende da fidedignidade do ambiente, também a relação analisando-analista depende da confiança e da possibilidade de sobrevivência a sentimentos intensos ou à agressividade que possam se manifestar, ou seja, a possibilidade de usar o analista. Esta afirmação demonstrou-se verdadeira nas sessões clínicas com a paciente com a qual ilustramos este trabalho. Desse modo, a figura do analista introduz além da função de *holding* a possibilidade de se deixar ser usado como um objeto transicional ao auxiliar o analisando na descoberta de seu verdadeiro *self* e na apreensão da realidade objetiva.

Contribuições de Winnicott para o trabalho clínico

Em dois artigos, “Variedades clínicas da transferência” (1954-1955) e “Tipos de psicoterapia” (1961), Winnicott propõe três variedades clínicas com base em diferentes registros de sofrimento, decorrentes de diferentes momentos de falhas no processo maturacional e que demandam modos distintos e específicos de trabalho clínico. Dessa forma, Winnicott utiliza a classificação diagnóstica para se localizar em relação às demandas do indivíduo e para o tipo de psicoterapia necessária.

A clínica na qual encontramos-nos refere-se àquela cuja análise precisa lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional e relaciona-se com uma falha em períodos anteriores ao estabelecimento da personalidade como uma entidade, chamada por Balint (1968) de falha básica, pode produzir estados psicóticos ou falsos *selfs*. Ao falar do verdadeiro *self*, Winnicott quer dizer de um *self* que, na verdade, ainda se encontra em desenvolvimento, ou seja, não constituído devido à impossibilidade de existência interna, devido à insuficiência de um ambiente suficientemente bom, e reage mal às intrusões sofridas na vida. Nesses casos, a estrutura pessoal ainda não está integrada e é anterior à aquisição da unidade pessoal em termos de espaço e tempo. Nesse contexto, a ênfase do manejo clínico recai sobre o estabelecimento do *setting*. Essa clínica é caracterizada por uma complexa organização de *holding* que permite, sem necessariamente recorrer à interpretação, a regressão à dependência.

O autor se guia pela teoria do desenvolvimento emocional primitivo, principalmente para os momentos no qual o bebê ainda não está diferenciado e possui uma dependência absoluta do meio ambiente, para compreensão dos fenômenos humanos com os quais nos deparamos na clínica. Nesse sentido, Winnicott (1945) afirma que o analista deve ser capaz de localizar o estágio maturacional, no qual o nascimento do paciente teve origem, pois, desse modo, compreenderemos a natureza do adoecimento, procedendo de forma adequada em relação aos cuidados que devem ser conduzidos de acordo com as suas necessidades.

Nesta clínica, para o autor o *setting* mostra-se essencial, pois ele é um foco do trabalho. Em sua análise com Winnicott, Margaret Little (1990) relata que pôde seguir seu próprio ritmo, ele “permitiu que eu fosse eu mesma, vivesse um ritmo próprio, enquanto anteriormente havia sido alternadamente impulsionada e contida, de modo que nem o ritmo nem as condições eram meus” (p. 49). Ela

revela que as sessões com Winnicott eram caracterizadas por poucas interpretações e pelo *holding*.

Em casos extremos, talvez seja necessário que, em algum momento da análise, o *holding* assuma uma forma física, como no caso de Little. Winnicott (1954-1955), no entanto, relaciona esse cuidado com a compreensão do sofrimento do paciente e da expressão dessa compreensão, de modo que o paciente sinta-se sustentado pelo analista: “toda vez que compreendemos profundamente um paciente, e o mostramos através de uma interpretação correta e feita no momento certo, estamos de fato sustentando o paciente” (p. 354).

Winnicott (1962-1963) revela que na clínica antes de fornecer interpretações, o objetivo da análise é proporcionar um “ambiente suficientemente bom”, que se adapte à necessidade do paciente e dos seus processos de maturação, de modo que seja possível o surgimento de um ego, bem como o abandono de organizações defensivas e a retomada do processo de amadurecimento. Dessa forma, a análise é vista como a satisfação das necessidades, mostrando outra forma de trabalho, onde, até então, o principal instrumento de trabalho era a interpretação.

A utilização dos erros do analista é uma das fases mais importantes do trabalho, pois permite que o paciente sinta raiva pela primeira vez a respeito de detalhes das falhas na adaptação, já que, na época em que ocorreram, provocaram rupturas. É essa parte do trabalho que liberta o paciente de sua dependência do analista e também traz uma reordenação das situações de falha precoce.

Nesse sentido, para Winnicott (1968, 1969) o paciente não apenas transfere, mas também usa criativamente o analista. O papel do analista é ser usado pelo paciente, sendo um fenômeno ambiental e não apenas uma projeção. Dessa forma, o analista funciona como objeto e ambiente. Contudo ele nos alerta que para um objeto ser usado, é necessário ter desenvolvido a capacidade de usar

objetos e isso faz parte da mudança para o princípio da realidade. É uma conquista para o crescimento emocional e depende de um ambiente facilitador.

De modo que se pode relacionar essa posição do paciente à posição do bebê, que na ausência de um “ambiente suficientemente bom”, pode não adquirir a capacidade de usar objetos. Quando isso ocorre, o papel do analista é o de fornecer um ambiente *holding* que possibilite ao paciente o desenvolvimento da capacidade de usar o analista, passando, assim, da relação ao uso do analista. No trabalho com Luana, caso clínico que será apresentado a seguir, o analista deixa-se usar como um ambiente acolhedor, seguro no qual poderia confiar.

Nessa clínica, que envolve um manejo específico, um dos desafios para os analistas é construir uma relação com o paciente desenvolvendo uma relação de contenção, acolhimento, cuidado, considerando a sua forma de estar no mundo e a organização do seu *self*. Muitas vezes, o paciente apresenta dificuldades de contato com a realidade externa ou com dificuldades em manter a realidade compartilhada. Nesse sentido, estar junto levaria em conta os aspectos pré-verbais, ou seja, a sensorialidade, onde o analista deve estar atento à forma com que o paciente se coloca no *setting* e na presença.

Assim, a clínica com pacientes fronteirços demanda do analista uma maior disponibilidade emocional e abertura para a relação, o que acaba afetando sua contratransferência e exigindo muito mais do analista, em diversos níveis, pois são esses pacientes, segundo Winnicott (1961), que “pressionam a integridade do terapeuta, já que necessitam de contato humano e de sentimentos reais, e mesmo assim precisam colocar uma confiança absoluta na relação que tanto dependem” (p. 85). Uma forma importante de estabelecimento de contato é a de colocar em palavras e devolver para o paciente o que se passa na relação, no ambiente ou no paciente. Prestando-se muita atenção às formas de comunicação com o paciente,

por exemplo: a tonalidade da voz, a linguagem mais firme e direta em momentos que se precisa dar contenção e limites, as inflexões que se podem ser dadas na linguagem; além da necessidade de firmeza do analista e do *setting* para dar a sensação de continuidade ao paciente.

Exploraremos um caso clínico buscando refletir sobre esses aspectos teórico-clínicos apontados.

Caso Clínico

Luana, 24 anos, está em atendimento há três anos, é filha de pais separados, foi criada pelo pai durante alguns anos, em função de abandono da mãe, e possui um irmão mais velho. Já foi internada algumas vezes com um quadro persecutório e, atualmente, faz acompanhamento psiquiátrico com uso de medicação. A paciente traz em seu relato uma história de vida com muita violência. Nos seus atendimentos iniciais sua fala girava em torno de assuntos sobre rejeição e seus questionamentos sobre onde se encontrava, evidenciando a sua necessidade de organização. Suas questões reverberam na analista interrogações com relação à delimitação dos espaços – no *setting* e em relação ao vínculo. Ou seja, ela fazia a analista se questionar sobre a importância do *setting* e da diferenciação das posições e, com isso, já demonstrava para a analista certa confusão com o outro quando trazia uma vivência mais sensorial e delimitações internas e externas frouxas que se mostravam mais atreladas a um mundo de concretude, com poucos registros fantasmáticos e angústias desorganizadoras. Luana tem uma vida conturbada emocionalmente, ela está em busca de sua área verdadeira ou *self* verdadeiro e parece desejar mais posse de si mesma. O trabalho analítico dizia respeito a um mundo mais arcaico e a constituição de seu *self*.

Inicialmente, o estabelecimento de um ambiente de *holding* era um manejo clínico necessário para que fosse possível à paciente confiar na analista e no ambiente. Apesar da necessidade que a analista sentia de colocar limites e dar um contorno ao que se passava nas sessões, também sentia que era importante para a paciente que a terapeuta experimentasse sua confusão e sua agressividade. Luana permitiu que a analista experimentasse um pouco de sua realidade psíquica, sua organização defensiva e sua forma de comunicar os conflitos. Foi preciso que vivenciassem juntas o que se passava nas sessões, para que, em seguida, isso fosse ligado à história da paciente, dando sentido e significado à experiência. Não há como apagar a história da paciente, mas o trabalho clínico permite que o analisando dê uma nova significação pelo trabalho de elaboração em um contexto de um ambiente que mantenha o *holding*.

Nessa clínica, o analista, segundo Winnicott, precisa funcionar como a “mãe suficientemente boa” e permitir ser alvo da agressividade do paciente e ainda assim, sobreviver a ela. A sobrevivência do analista se expressa principalmente na manutenção do *setting* analítico, que permite que o paciente desenvolva a capacidade de usar objetos. Nessa situação, o analista funciona como mãe/ambiente, pois não revida os ataques do paciente e permite que ele se coloque fora de sua área de onipotência, situação que instaura a realidade externa e a fantasia. Ao assumir esse lugar, o analista acolhe, contém e, ao mesmo tempo, pode sustentar determinadas experiências sem interromper a experiência do paciente, e exerce, assim, a função de *holding* (Winnicott, 1954), facilitando o processo de desenvolvimento no sentido de uma integração. Além dessa função de *holding*, o analista em seu exercício deve se deixar usar como objeto transicional, ou seja, pertencer a uma área intermediária, segura e neutra de experiência que não será contestada e que permitirá o desenvolver da fantasia, flutuando para dentro e fora do seu mundo de acordo com suas necessidades (Winnicott, 1951).

Do ponto de vista da contratransferência, nesse caso, a analista sentia que precisava estar identificada, ou mesmo fundida, com a paciente, e, ao mesmo tempo, permanecer orientada para a realidade externa. O desafio era manter a transicionalidade, mostrando a Luana a possibilidade de uma maior utilização da linguagem como recurso para lidar com sua realidade psíquica em um espaço compartilhado, em um espaço potencial (Winnicott, 1975). Uma área neutra e intermediária de experiência, nem da paciente, nem da analista, mas de ambas, onde paciente e terapeuta poderiam coexistir de forma criativa.

Os atendimentos com Luana seguiam um ritmo que causava exaustão na analista, estes ocorriam face a face, onde a paciente observava atentamente os movimentos da terapeuta, com um olhar de interesse. A situação fazia, por outro lado, com que a analista se sentisse controlada e perseguida. A transferência apresenta-se de modo intenso, por esse aspecto da fusão, e provocou na analista uma grande confusão em seus sentimentos.

A analista percebia que, inicialmente, quando tentava interpretar o que ocorria nas sessões, relacionando a transferência de Luana com sua história de vida e com sua relação com os outros, Luana se sentia agredida, como se as suas pontuações fossem um ataque. No começo dos atendimentos, existia uma enorme dificuldade da paciente de confiar na analista, repetindo na análise um sentimento paranoide que se fazia presente na sua forma de lidar com o outro. Ela precisava ficar no controle e no domínio da situação para se relacionar com a terapeuta, de modo que demorou algum tempo para que Luana pudesse construir uma relação de confiança.

Como apontado por Winnicott, a experiência da raiva, dirigida às falhas da analista, é algo muito comum nessa clínica e esteve presente na relação da analista com Luana. No texto do Winnicott (1947) intitulado, “O ódio na

contratransferência”, ele aponta não apenas para o aparecimento do ódio nessas relações, mas também para a importância de o analista abrir possibilidades para o paciente poder expressá-lo. Essa é a condição para a constituição da singularidade do paciente e para que seja possível o trabalho de elaboração daquilo que se repete pela via da transferência. O autor acrescenta que o analisando não poderá confiar em alguém incapaz de discernir e admitir a sua própria ambivalência e o ódio na contratransferência. Nesse sentido, segue dizendo: “Quando o paciente está à procura de um ódio legítimo, objetivo, ele deve ter a possibilidade de encontrá-lo, caso contrário não se sentirá capaz de alcançar o amor objetivo” (p. 283). A raiva e a ambivalência da analista eram um aspecto presente em sua relação, e Luana percebeu logo nas primeiras sessões. O fato de a analista não negar, mas poder assumir e colocar para a paciente, assim como da paciente poder sentir-se “livre” para expressão de seu sentimento na relação, criou autenticidade na relação e introduziu uma forma de presença sensível da analista.

Luana fala em sua história das várias cenas de violência que sofreu e que teve que lidar. Essas experiências se passavam dentro no contexto familiar, com o casal parental, e, também, fora dele em seu ambiente de estudo e trabalho. As deficiências ambientais repetitivas e contínuas levaram-na a uma paralisação da atividade psíquica, uma facilidade para atuar e uma grande dificuldade de pensar sobre suas emoções. Luana age impulsivamente e compulsivamente na atuação e, ao mesmo tempo, apresenta uma realidade psíquica na qual vigora um sistema paranoide, ávido e voraz.

Com efeito, o trabalho psicoterapêutico com a paciente implicou a oferta de um lugar, um olhar no qual ela pudesse se sentir reconhecida, acolhida. Isso demandou do analista uma adaptação ao ritmo e à subjetividade/necessidade de Luana. A continuidade do trabalho, mesmo depois de percalços iniciais e de atuações violentas da paciente, no sentido de destruir o *setting*, permitiu que a

paciente tivesse a segurança de que a analista a compreendia e estava ali com disponibilidade para escutá-la. Dessa maneira, Luana pôde odiar/destruir e se deixar odiar, sem retaliação e sem abandono. Essa experiência contribuiu para que a paciente pudesse, no desapego dos sentidos de si, habitar junto com a analista, uma “terceira área de experimentação”, um encontro afetivo, uma criação (Winnicott, 1951).

Nesse sentido, a analista se viu na relação com Luana tendo que ser constante, continente, paciente, mas, principalmente, tendo que ter a disponibilidade de se adaptar suficientemente bem aos seus modos de subjetivação e criar um contexto clínico adequado ao *self* da paciente. A analista percebeu que precisou experimentar o tipo de angústia da paciente na relação analítica para que pudesse compreendê-la e se identificar com ela.

Esse tipo de identificação é algo que essa clínica demanda, não apenas com Luana, mas com outros pacientes falso *self*: entrar nesse estado de identificação, a partir do qual vivencia-se a experiência analítica de estar junto e de sentir junto para, posteriormente, fazer o distanciamento necessário para compreender e para usar a contratransferência estabelecendo uma relação analítica para além da transferência e contratransferência. Parecido com a relação de um bebê com mãe.

Considerações Finais

Alguns pacientes buscam sua área verdadeira ou *self* verdadeiro ao desejarem mais posse de si mesmos. Essa sua busca é o trabalho clínico. Como afirma Winnicott (1960), por meio do *holding* e do manejo, o olhar e o corpo podem se transformar em experiências constitutivas para o indivíduo possibilitando que ele venha a habitar o próprio corpo, conhecendo suas partes e seus limites. Podendo, assim, reencontrar-se através do outro, ou seja, ao acolher, conter, sustentar e

exercer as funções de uma mãe suficientemente boa, em que sua presença pode ir sustentando também uma ausência progressiva e, assim, servir de condição para emergência de vida psíquica (Winnicott, 1956).

A clínica dos pacientes falso *self* faz o analista se deparar com situações clínicas arcaicas, nas quais o indivíduo não se constituiu como uma pessoa integrada e separada, tem dificuldades de viver bem no corpo e se relacionar com objetos. Desse modo, para Winnicott, o que norteia essa clínica é essencialmente uma atitude de compreensão, uma verbalização de que está ocorrendo algo que sustenta a função central “de apoio simples ao ego”. Uma clínica onde a interpretação não tem o mesmo papel que tem na clínica da neurose. Antes de fornecer uma interpretação, o objetivo de uma psicoterapia nesses casos, segundo Winnicott (1972), é proporcionar um “ambiente suficientemente bom”, que se adapte às necessidades do paciente e dos seus processos de maturação, de modo a permitir o surgimento de um ego, o abandono de organizações defensivas primitivas e a retomada do processo de amadurecimento.

Referências

- Balint, M. (1968). *A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Candi, T. S. (2010). *O duplo limite: o aparelho psíquico de André Green*. São Paulo, SP: Escuta.
- Doin, C. (2001). Espelho e pessoa. Em: J. Mello Filho (Org.), *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott* (pp. 197-232). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Little, M. I. (1990). *Ansiedades psicóticas e prevenção: Registro pessoal de uma análise com Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

- Winnicott, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: F. Alves.
- Winnicott, D. W. (1947). O ódio na contratransferência. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1954). Retraimento e regressão. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1954-1955). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico. In C. Winnicott, R. Sheperd, & M. Davis (Orgs.) *D. W. Winnicott: explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Winnicott, D. W. (1956). Preocupação materna primária. In C. Winnicott, R. Sheperd, M. Davis (Orgs.), *D. W. Winnicott: explorações psicanalíticas*, Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Winnicott, D. W. (1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1961). Tipos de psicoterapia. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1962-1963). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1967). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1968). Sobre “o uso de um objeto”. In C. Winnicott, R. Sheperd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1969). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1972). *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

5 O testemunho interno: escritura de si, trauma e psicopatologia dos limites¹

Jean-François Chiantaretto

Université Paris 13 – France

Quando se está entre analistas e o objeto de nossas trocas é a escritura, geralmente admite-se, de antemão, que toda escritura é escritura de si. Eu me questiono contra esta falsa evidência, há mais de 20 anos. Existe um modo de investimento específico de escritura, que envolve o leitor em uma modalidade transferencial, que repousa sobre um contrato de leitura que proclama a identidade do autor enquanto pessoa e das figuras narrativas do autor, do narrador e do personagem principal². Isso caracteriza um conjunto de gêneros literários (autobiografia, diários, memórias e testemunhos, autoficção, ensaios...), que pode ser designado, na falta de melhor termo, de escritura(s) de si, na qual este contrato toma o valor de um ato que declara a escrita como autoapresentação do autor em pessoa. Toda a escritura de si, assim definida, é sustentada por uma tensão irreduzível entre um fantasma de autoengendramento e o recurso ao outro como testemunha garantidora de uma escuta, entre a certificação da identidade e o

1. O presente texto retoma um artigo precedente publicado na *Revue Belge de Psychanalyse*, 67, 2015-2. Ele se situa na perspectiva aberta pela ideia de testemunho interno: Chiantaretto, J.-F., 2005.

2. Na sequência dos trabalhos de Philippe Lejeune.

testemunho de uma alteração. E quer se reconheça ou não, não se lê esses escritos como se lê uma ficção, as modalidades identificatórias, transferenciais e autotransferenciais não são as mesmas...

Não se trata apenas de uma questão literária, mas também, e sobretudo, de uma questão psicanalítica. O desafio é sair das armadilhas da psicanálise aplicada à literatura e de considerar que a literatura é suscetível de enriquecer a psicanálise não somente do exterior, mas também do interior. No encontro entre um texto literário e um analista, não é o analista que interpreta o texto, mas o texto que interpreta o analista, pelo menos se ele neste caso consente e tem gosto suficiente pela escritura para admitir que, após Freud, ele, o psicanalista, é o rival mais ou menos invejoso e mais ou menos infeliz dos escritores. Mas há uma questão mais específica sobre a qual eu gostaria de concentrar meus propósitos. A delimitação de uma cena interior, que se *deixa ver* nas palavras e se *deixa escutar* ao leitor pela escritura de si, evidencia o que falha na psicopatologia dos limites: um bom lugar para si, para ser e se sentir existir, que corresponde, em grande parte, a esta área de descanso da qual falava Winnicott, um lugar separado de toda obrigação relacional.

Eu me situo na perspectiva de um território próprio às escrituras de si, mas, certamente, não nos termos de uma análise comparada das possibilidades e das impossibilidades respectivas da escritura de si e da escritura ficcional. Proponho abordar aqui a noção de limites no sentido de uma delimitação de si na e pela escritura. Delimitar *seu lugar* (o lugar de ser / o lugar de estar) por meio da escritura, tal será a perspectiva da escritura de si, que vem a ser plenamente visível quando o autor escreve sua vida a partir da sobrevivência a um projeto de extermínio. Junto aos grandes escritores da sobrevivência que são Imre Kertész e Aaron Appelfeld, ambos sobreviventes do Holocausto (*Shoah*), um texto estritamente autobiográfico vem ocupar um lugar à parte em suas obras,

caracterizado, por um e por outro, de maneira um pouco diferente, por um jogo entre a escritura de si e a escritura ficcional: *Dossiê K* (*Dossier K*, Kertész) e *História de uma vida* (*Histoire d'une vie*, Appelfeld).

Estes dois textos permitem compreender que a perspectiva de uma delimitação de si supõe uma confiança suficiente nas palavras para se *fazer escutar*, confiança que supõe, ela mesma, a experiência fundadora de um além ou de um aquém das palavras. Experiência que é precisamente *o lugar* do distúrbio dos limites que caracterizam as patologias do mesmo nome, em particular se podemos levar em conta a dimensão incestuosa frequentemente presente nesse registro psicopatológico. Um distúrbio dos limites cuja questão central é alcançar a confiança nas palavras para se falar e se escutar, ao se endereçar ao outro – confiança que pressupõe uma experiência interior de si, suficientemente convincente para se sentir vivo e familiarizado com o mundo, suficientemente assegurado de seu lugar de *ser diferente entre os diferentes*.

O projeto de extermínio no genocídio certamente não tem nada em comum com a questão incestuosa familiar. Mas, *do ponto de vista da experiência interior do sujeito individual*, a testemunha sobrevivente e o sujeito-limite que viveu uma experiência incestuosa vêm nos falar de duas modalidades de sobrevivência a duas tentativas de assassinato psíquico, que me parecem se esclarecer mutuamente – uma, do lado da invasão psíquica; a outra, do lado da ameaça vital. Um pouco mais perto do "assassinato da alma", tal como foi exposto por Schreber e teorizado por Ferenczi, a questão é, nos dois casos, de sobreviver a uma intrusão *em si* da necessidade do outro, para se sentir existir em um lugar psíquico, bom para si. É este esclarecimento recíproco que eu gostaria de tornar sensível aqui, apesar da extrema delicadeza de uma tal aproximação. Este esclarecimento de ambas experiências, ainda que exclusivamente do ponto de vista da experiência interior de sobrevivência, permite balizar com precisão: o que a testemunha sobrevivente

encontra na escritura, ao enfrentar o risco da ameaça vital de uma decepção fora da escritura, é o que o sujeito limite, preso na confusão incestuosa dos lugares, *busca* junto ao analista, ao ser confrontado à ameaça vital de uma decepção na relação analítica. *O que um encontra, o outro procura*: a garantia de uma escuta, da possibilidade de encontrar a quem falar de si, de encontrar este interlocutor interno, este semelhante em si que eu nomeio “testemunha interna”.

Tal será, em todo caso, meu projeto, partindo dos dois textos autobiográficos de Kertész et Appelfeld. Um deles, o de Kertész, onde o autor, no diálogo interior encenado na escrita de si, experimenta um para além das palavras, tornado possível a confiança nas palavras para tornar a vida possível de ser vivida. O outro, Appelfeld, onde o autor, trabalhando na escritura com a desconfiança das palavras, experimenta um aquém das palavras, deixando o corpo apto à memória viva na presença indefectível do passado. E no *a posteriori* desta dupla leitura, a questão do incestual na psicopatologia dos limites poderá retornar, sob o ângulo do assassinato, da solidão e do segredo.

Além das palavras

A escritura de si em Kertész coloca em evidência a ausência de sentido que parece reinar sobre a vida, na infeliz convergência da catástrofe nazista e da sua vivência infantil com relação a separação dos pais – ou seja na continuidade entre a debilidade do acolhimento parental e aquela do mundo, tal qual será organizado pelos nazistas (ver Kertész, 1988, pp. 87-88). Mas com o *Dossier K*, ou seja, com a reescritura de entrevistas autobiográficas conduzidas em 2003-2004 com seu editor húngaro, a perspectiva muda.

Dossier K. constitui o único texto de Kertész a ser reivindicado como sendo uma autobiografia. O texto se apresenta sob a forma de um diálogo com um

interlocutor e é destituído de toda dimensão ficcional, ao contrário de outros textos de Kertész, à exceção de *Être sans destin* (*Ser sem destino*). O diálogo não é mais um dispositivo ficcional que permite colocar em cena o diálogo interno do autor, mas um modo de escritura de si que coloca oficialmente o outro em posição não somente de interlocutor, mas também de testemunha fiadora de uma escuta, fora da solidão do monólogo interno – construído para ser lido pelos outros. Portanto, há uma confiança nas palavras para se fazer escutar, ao renunciar à proteção romanesca ou à tentação da ambiguidade autoficcional.

Esta inédita demonstração em si da confiança é referida por Kertész à sua mãe, a quem ele descreve como dotada de um autocentrismo de vida suficientemente forte para negar o perigo e ir pedir notícias de seu filho deportado a um oficial nazista, com sua estrela amarela (Kertész, 2006, pp. 21-22). E ele assinala a dimensão infantil desta confiança, levando-nos a pensar que ele a herdou, o que foi suficiente para que sobrevivesse a Auschwitz, em função de sua idade, o que provavelmente não teria sido possível, a seus olhos, se tivesse sido deportado na idade adulta.

[...] Não é fácil remover a alegria de vida de uma criança de catorze anos, especialmente se ela está cercada por companheiros de sua idade com quem pode partilhar o seu destino. Há nela uma espécie... uma espécie de ingenuidade inocente que a protege do sentimento de angústia e desespero absoluto. Neste sentido, é mais fácil quebrar um adulto. [...] no estado de ruína moral onde eu estava, esta confiança... não era, sem dúvida, gloriosa, mas era certamente visível. Eu imaginava simplesmente que era dever do mundo dos adultos me tirar de lá e me conduzir são e salvo para casa. Tudo soa hoje muito bobo, mas isso é realmente o que eu sentia. E eu acredito firmemente que fui salvo por esta confiança infantil. (Kertész, 2006, pp. 19-20).

O recurso em si à confiança cega da mãe levanta um além, um além da mãe, mas, sobretudo, um além da catástrofe, que inscreve a possibilidade de acreditar que há *alguém para si*, uma presença atenta e amorosa, garantia de um lugar para si no mundo dos humanos. Um além das palavras, produzido pelas próprias palavras: um além que a escritura permite experimentar, ao preservar a criança sobrevivente na sua sobrevivência e ao materializar seu futuro, na intencionalidade que apoia o ato de escrever e a confiança nas palavras que ele supõe. "Precisamos agradecer a alguém por nossa vida, mesmo que se acredite que não há ninguém para receber esses agradecimentos" (Kertész, 2006, p. 36). Há, para Kertész, nesta gratidão incondicional, um além de toda explicação, quer se trate do dom da vida, quer se trate de seu inverso absoluto, o Holocausto. A possibilidade de ser está intrinsecamente ligada a esta experiência do mais além, na escritura de si, no fato mesmo de dar a sua vida para ser lida pelo outro, saindo assim da "sobrevivência jamais sobrevivida".

Contar sua vida para vivê-la, tornar sua vida viva, apesar de todo o vivido, ao contá-la a um outro, instituído na escritura de si como testemunha fiadora de uma escuta. Em suma, isso significa materializar para além de um ponto de vista sem o qual uma vida não pode ser vista, de um olhar sobre a vida às vezes necessária para ela e não existindo senão através dela: "Quem olha por nós?" (Kertész, 2006, p. 86).

A escritura de si aparece finalmente, com *Dossier K*, como um ato de confiança, *contra todas as expectativas*, com relação ao solilóquio colocado em cena nos outros textos de Kertész. O ato de confiança é, sem dúvida tornado possível pelo dispositivo da entrevista autobiográfica que *carrega* o outro nas palavras, como do exterior do texto. O outro, neste caso o interlocutor muito particular que é o editor, seria aquele de quem o escritor depende vitalmente, de certa maneira como a criança dependeu vitalmente do ambiente parental, incluindo aí o plano

psíquico. Tomar o outro como fiador de uma escuta torna literalmente visível o mais-além, como o ponto a partir do qual pode-se ver, quer dizer, se ver visto pelo outro graças à confiança dada às palavras. Esta confiança é adquirida contra a dupla catástrofe, íntima e coletiva, que impediu para Kertész a via do engendramento. Na falta de engendrar, a escritura de si permite criar, quer dizer, criar um lugar para viver, para fazer, apesar de tudo, a experiência de viver a vida.

Aquém das palavras

Como *Dossier K* na obra de Kertész, *Histoire d'une vie* ocupa um lugar específico na obra de Appelfeld. Ele, nesta obra, reivindica uma abordagem autobiográfica, mas definida de maneira muito singular pelos "lugares de vida": são eles que ordenam a história e a construção da memória, é sobre sua *apresentação* que repousa literalmente a *autoapresentação* na sua dimensão factual e afetiva, e não o inverso.

Este livro não é um texto, mas sim uma tentativa, um esforço desesperado para conectar as diferentes camadas da minha vida à sua raiz. Que o leitor não encontre nestas páginas uma autobiografia estruturada e precisa. São diferentes lugares de vida que se encadeiam uns aos outros na memória e mobilizam ainda. Uma grande parte está perdida, a outra foi devorada pelo esquecimento. O que resta parece não ser nada, no momento e, no entanto, fragmento após fragmento, eu senti que não eram apenas os anos que as uniam, mas também uma forma de sentido. (Appelfeld, 1999, pp. 10-11)

Efetivamente, ao longo da história, a descrição dos lugares ocupa o essencial da escritura memorial: o assunto do passado só é acessível pelo corpo e o que do corpo sustenta as palavras: a voz.

O testemunho interno: escritura de si, trauma e psicopatologia dos limites

São os lugares que permitem lembrar porque eles testemunham a sobrevivência e isto permite aos sobreviventes encontrar ou recuperar sua voz, quer dizer, as "palavras certas" ancoradas no corpo, plenamente responsáveis por sua origem sensorial. A escritura memorial (o trabalho de memória tornado possível pelo projeto de escritura) está centrada não sobre os acontecimentos do passado, mas sobre os lugares do passado, na medida em que eles estão sempre potencialmente presentes no corpo. E a escritura de si vem como que tecer uma ligação entre esses lugares, (re)uni-los, fabricando e revelando indissociavelmente o tecido memorial e aquilo que aí é o sujeito.

Para Appelfeld, deportado quando criança para os campos nazistas, este tecido memorial é definido como a memória do corpo ou, mais precisamente, a memória refugiada no corpo, sem as palavras.

Se os "defensores dos fatos" estivessem dispostos a me ouvir um momento, eu lhes diria novamente que eu tinha sete anos quando a Segunda Guerra Mundial eclodiu. A guerra entrou no meu corpo, não na minha memória. Eu não inventei, eu fiz emergir das profundezas de meu corpo as sensações e os pensamentos absorvidos cegamente. Agora eu sei: mesmo se eu soubesse formular meus pensamentos, isto não teria ajudado. As pessoas exigiam os fatos, os fatos precisos, como se neles residisse o poder de resolver todos os enigmas. (Appelfeld, 1999, p. 200)

Sem as palavras, mas não sem a possibilidade das palavras, sem o apelo, sem a busca das palavras: o que se refugiou no corpo da criança, privada de sua infância, que perdeu para sempre seus pais e seu mundo, é a *experiência interior de si*. Uma experiência sensorialmente fragmentada, mas uma poderosa experiência de lugares em si onde o sujeito existe em suas sensações. Foi preciso que a ausência

das palavras na criança estivesse suficientemente viva para anunciar as palavras que viriam.

Esta ausência de palavras na criança abandonada à sua sobrevivência, que está ao mesmo tempo à espera das palavras, poderá ser pensada como a atenção dada ao silêncio entre as palavras que obriga colocar em *silêncio a voz*. Precisar-se-á que esta experiência de voz silenciosa seja contactada pelo adulto que recorre à escritura, ao menos para poder encontrar as palavras certas. A escritura de si não poderá tecer as ligações entre os "pontos de memória" a não ser nesta condição, que permanece, no entanto, mais acessível na escritura romanesca, a qual confronta o escritor ao sofrimento de uma "luta dolorosa com as memórias enterradas da infância" (Appelfeld, 1999, p. 206). Esta luta parece referir-se à dificuldade para Appelfeld de permanecer suficientemente em ligação na escritura romanesca, com a voz silenciosa da criança sobrevivente, e é, sem dúvida, porque o diário constituiu a partir da adolescência uma passagem obrigatória.

Somente aqueles que têm dificuldade em falar precisam de um diário. Quando eu olho para o meu diário, eu descobro que ele está cheio de frases inacabadas, da obsessão de ser preciso, e que o espaço entre as palavras fala mais do que as próprias palavras. De qualquer forma, meu diário não é um testemunho que jorra abundantemente, mas uma expressão inibida. [...] Minha escritura, nas suas premissas, foi mais contida do que solta, ela era como um prolongamento do meu diário. Algo da minha maneira de falar havia-lhe impregnado. O medo constante de que uma impropriedade me escapasse e me denunciasse, o que caracterizaria minha maneira de falar muito tempo depois da guerra, se exprimia desde os meus primeiros escritos. Em vão tentei melhorar o fluxo. Minha escritura era uma espécie de marcha na ponta dos pés, uma desconfiança, uma repugnância. (Appelfeld, 1999, p. 134)

A continuidade da infância até a idade adulta teve como eixo o silêncio, um silêncio que devia encontrar finalmente nas palavras um lugar de expressão, e não somente um envelope protetor ou um tamponamento. Esta é a única maneira de acessar a "palavra certa", a palavra capaz de falar o silêncio e, portanto, nunca cheia de si: a palavra dando lugar ao silêncio como o lugar da alma, designado como tal pelo silêncio da criança.

Em suma, o silêncio da criança se compõe. Isso remete à experiência traumática dos campos e, anteriormente, ao silêncio compartilhado com os pais, antes do desaparecimento deles. O gueto, seguido do campo, inscreveram definitivamente uma desconfiança nas palavras mais fáceis, na palavra mais “fluida”. A precisão das palavras deve ser *arrancada*. Ela só pode vir na tensão do esforço, até o balbuciar, ou seja, até o enfrentamento do silêncio.

Eu relatei a partir daí a desconfiança com relação às palavras. Uma sequência fluida de palavras desperta a minha suspeita. Eu prefiro o balbucio, no qual eu escuto o atrito, o nervosismo, o esforço para refinar as palavras de todo excesso, o desejo de alcançar qualquer coisa que venha de dentro. As frases suaves, fluidas, despertam em mim um sentimento de inadequação, um ordenamento que viria preencher um vazio. (Appelfeld, 1999, p. 114).

A ausência de palavras da criança corresponde mais precisamente à busca de palavras capazes de dizer de falar da ausência, de ser testemunha da ausência. Deve-se diferenciar esse silêncio, essa resistência à palavra procedente de uma desconfiança frente à presença falsa que as palavras portam, do silêncio confiante compartilhado com os pais, ameaçado e ameaçador de não estar presente após o desaparecimento deles.

Meus pais falam pouco e parecem alertas. Isso é mais evidente com minha mãe. Assim que ela escuta, seus grandes olhos se arregalam, como se ela desejasse se impregnar de tudo o que havia ao seu redor. Em casa, também o silêncio é mais significativo do que a fala. Daqueles dias distantes e enterrados não resta nenhuma palavra em minha memória, apenas os olhos de minha mãe. Eles continham tanta doçura e atenção em mim que eu ainda os sinto hoje. (Appelfeld, 1999, pp. 14-15)

Este silêncio surge de uma relação compartilhada com o mundo e, especialmente, com a natureza, na presença do olhar materno que será e deverá ser – questão vital – para internalizado. Esta presença, fonte de confiança, associa a contemplação silenciosa dos lugares e o contato com a interioridade, ao mesmo tempo em que ela garante a acessibilidade ao que é, graças à permanência indefectível do que já foi mostrado. Esse silêncio confiante se manifesta melhor através da experiência de sobrevivência da criança na natureza. Appelfeld, após ter escapado do campo nazista, sobreviveu dois anos se escondendo na floresta e nos campos. A confiança à obra na sobrevivência é indissociável de uma desconfiança reivindicada em relação às palavras, relacionadas com a solidão silenciosa do sobrevivente.

Eu vivi dois anos no campo, rodeado de florestas. Há visões que foram gravadas na minha memória e muito foi esquecido, mas a desconfiança permaneceu inscrita no meu corpo, e ainda hoje, a cada passo, eu paro para escutar. A palavra não me vem muito facilmente, e isto não é surpresa: durante a guerra não se falava. Cada catástrofe parece repetir: o que há para dizer? Não há nada a dizer. (Appelfeld, 1999, p. 113)

A desconfiança visa basicamente as palavras abstratas, às quais Appelfeld têm um verdadeiro ódio (Appelfeld, 1999, p. 124). Apenas as palavras-imagens do corpo *tomam* o sujeito, enquanto que as palavras abstratas da erudição o deixam, o ameaçam de desaparecimento (Appelfeld, 1999, p. 170). As palavras abstratas são duplamente traiçoeiras à memória corporal da criança, quer se trate de sensações e imagens associadas ao silêncio compartilhado na presença do olhar materno, ou aquelas associadas ao silêncio da sobrevivência. Em contraste, as palavras conectadas à sensorialidade da criança, fiéis ao silêncio, são garantidoras do ser. E a voz, se ela é suficientemente ancorada no corpo da criança, permite o diálogo entre passado e presente, entre lugares do passado e lugares do presente, isto é, o diálogo entre meu passado e meu presente que condiciona a vivência do eu.

O assassinato

Além ou aquém das palavras, da transcendência das palavras à sua animação corporal, do adolescente à criança, de Kertész a Appelfeld, a questão colocada pela escritura de si desses dois sobreviventes é bem aquela da dimensão enigmática da confiança nas palavras. As palavras, assim consideradas na sua origem sensorial e na sua materialidade espiritual, são o lugar do enigma do ser, enigma que, se ela *contacta*, autoriza a viver, quer dizer, a se liberar da condenação de *sobreviver*. A resistência cuja escritura vem testemunhar ao mesmo tempo em que a coloca em obra é a resistência ao assassinato da interioridade, o assassinato da alma teorizado por Ferenczi e que eu definiria assim nesses termos: a tentativa induzida pelo outro, mais ou menos consumada e mais ou menos invisível, de matar em si a necessidade do outro para se sentir existir. A escritura vem materializar esta interioridade e, assim, formalizar a conquista, seja na dor de viver, tanto de um lugar para si no mundo e de um recurso ao outro para a

garantir. E é exatamente nesse ponto, lá onde a escritura é bem-sucedida para fazer valer a sobrevivência e a instituir um lugar para viver, que o incesto vem inscrever a falha dos sujeitos *incestuados* para sobreviver ao assassinato psíquico – ou pelo menos a incapacidade de aí sobreviver de uma maneira que torna a vida suficientemente vivível para habitar um lugar bom para si, como diferente entre os diferentes. E isto é particularmente visível nas patologias dos limites, terreno privilegiado do incestuoso.

Sabe-se que a questão do incestuoso foi aberta por Ferenczi, particularmente em seu texto sobre a confusão das línguas, e depois teorizado plenamente por Racamier. Incesto sem abuso sexual visível, o incestuoso se define como um registro de abuso narcisista sem autor alegado – não uma organização, mas um *registro* psicopatológico e um registro que é senão ligado a uma organização: presente eletivamente no campo da psicose e das patologias dos limites, ele está também presente no campo das neuroses³. Contudo, torna-se visível para o analista, se este sabe escutar, o assassinato da alma, de onde o paciente incestuado vem testemunhar, geralmente inconscientemente – o assassinato da alma: a marca exercida sobre um sujeito limitado à "negação de si por si mesmo"⁴, que o priva de um contato suficientemente pleno com seu funcionamento psíquico para se sentir existir – no sentido winnicottiano do termo –, quer dizer, de uma experiência interior suficientemente viva.

O local da operação incestuosa não é o psiquismo de um sujeito individual considerado como tal, mas a ligação mais ou menos não-relacional pela qual o psiquismo de um (que eu nomeio o *incestuado*) está a serviço das necessidades

3. Certamente de acordo com as modalidades específicas.

4. Esta excelente formulação de François Perrier, pela qual ele caracterizou a posição do alcoolista, aplica-se melhor aqui (Perrier, 1978, p. 503).

narcísicas do psiquismo do outro (que eu nomeio o *incestuador*), necessidades narcísicas cortadas de toda dimensão erótica ou autoerótica. O incestuador toma o lugar do incestuado pela falta de lugar para si próprio, ele é literalmente deslocado, condenado a se encontrar lá onde ele não está, no outro. O incestuador está então, de certo modo, gravemente descentrado, *autocentrado* na busca de um centro que ele não encontra em si mesmo e/ou inconscientemente delega para ocupar o lugar de um outro: delega para um outro ou para outros no seio da família⁵, a ser considerado na sua formação atual e na sua formação transgeracional.

Existe frequentemente uma incerteza na leitura dos trabalhos ou nas trocas entre analistas, quando se evoca o registro incestual: trata-se do incestuado ou do incestuador? Esta incerteza testemunha bem a clínica do incestual, que se caracteriza por uma confusão de lugares (dos psiquismos), assinalada pela impossibilidade de designar claramente o assassino ou o assassinado. Isto abarca bem evidentemente o fato de que o analista, em sua prática, encontra com menos frequência o incestuador do que o incestuado, e que este último vai levar um tempo até tolerar saber quem é o assassino, o homicida, mesmo que ele saiba, de antemão, que é o lugar de um assassinato e que ele é capaz, de certo modo inconscientemente, de torná-lo conhecido do analista.

Mais fundamentalmente, esse assassinato da alma foi realizado sem deixar traços pelo incestuador, com a finalidade de encontrar um equilíbrio narcísico pela expulsão, no outro, da dor de existir e do sofrimento vinculado ao conflito interno e à ambivalência. A operação envolve uma autodesvalorização em favor da

5. O presente trabalho opta por abordar o registro incestuoso em referência exclusiva a uma clínica individual, enquanto Racamier foca no grupo ou na família

supervalorização do outro. "Incestuado", "incestuador": eu utilizo esses termos para enfatizar que nós não estamos no registro edipiano do assassinato ou da sedução fantasmática, mas no registro de matar alguém ou, mais precisamente, do apagamento da interioridade, da alteridade de alguém. A questão não é o pensamento do assassinato, mas o assassinato do pensamento. Eis, em todo caso, o ponto aqui desenvolvido.

Da solidão de ser ao segredo do pensamento

Três textos acompanharam particularmente minha *formação contínua* de analista e acompanham hoje, talvez mais do que nunca: "*L'enfant mal accueilli et la pulsion de mort*" ("A criança mal acolhida e sua pulsão de morte", Ferenczi, 1929), "*La capacite d'être seul*" ("A capacidade de estar só", Winnicott, 1958) e "*Le droit au secret : condition pour pouvoir penser*" ("O direito ao segredo: condição para poder pensar", Aulagnier 1986). Ferenczi completou e expandiu a metapsicologia freudiana, ao pensar o narcisismo na sua dimensão relacional: para que o adolescente e depois o adulto possam assumir a responsabilidade de seu funcionamento psíquico e, assim, encontrar seu lugar na Terra, ou seja, aceder plenamente ao estatuto de sujeito. É necessário antes que o bebê possa ter experienciado seu funcionamento psíquico como fonte de gratificação indissociavelmente erótica e narcísica pelo outro do qual ele depende vitalmente. É nesta condição que a solidão que caracteriza o estado de sujeito desejante torna-se acessível, habitável e viva. Isto aproxima o modelo winnicottiano do ser só e estar só na presença da mãe. Trata-se de ser em relação sem ter a necessidade de comunicar, a possibilidade de estar só estando então condicionada por uma experiência relacional de si, onde a mãe está lá com ela mesma, separada do lactente. O bebê pode habitar sozinho seu espaço, porque a mãe, estando lá, pode

habitar sozinha seu próprio espaço. O que Winnicott descreve aqui é nada menos do que a criação da possibilidade de pensar, isto é, de pensar só, possibilidade autorizada pelo prazer da mãe de pensar só na presença do bebê separado dela, a exemplo do que foi antecipado por ela como sujeito separado, autônomo, tendo um contato secreto com seu mundo interior. Como se o pensamento fosse presumir a experiência mútua de uma separação da mãe e do bebê, fonte de prazer para ambos, em dois espaços diferentes, mas em presença.

Estamos aí muito perto do “direito ao secreto como condição para poder pensar”, de acordo com Aulagnier, quando ela parte da situação analítica para refletir sobre a atividade de pensar. A mãe deve tornar possível o prazer da separação na atividade de pensar, prazer para além do fundamento do estado de desejo no registro da sexualidade. “Descobrir-se capaz de pensar com prazer e de pensar sem prazer é o pré-requisito necessário a toda atividade de pensar” (Aulagnier, 1986, p. 237). Deve-se acrescentar que o prazer tido no pensar, se é garantido pela mãe, deve ser dado por ele mesmo ao bebê. “É como uma criação que se deve a si mesmo que o pensamento é investido pela primeira vez” (Aulagnier, 1986, p. 230). Esta frase de Aulagnier poderia quase que definir a criatividade segundo Winnicott. Radicalmente, o secreto que condiciona a atividade de pensar é a localização no interior de si mesmo da criatividade, no sentido de fazer a experiência de ser em sua própria criatividade.

É exatamente esta localização, do pensar como sendo também uma apropriação, que é pervertida na incestualidade. O incestuado é expropriado de sua criatividade. Isto significa que não há mais nada de secreto nele, tanto para si quanto para o incestuador. O secreto em si, o secreto de si: um e outro são apagados. Em outros termos, é apagado o não dizível do investimento do bebê pela mãe, ou seja, segundo Piera Aulagnier, o não dizível da interpretação pela porta-voz maternal. Ou, segundo Winnicott, o não comunicável desta

indispensável área interna de repouso, deslocada de toda obrigação relacional – uma área interna de repouso tornada possível por um modo de presença da mãe que retira toda obrigação de estar completamente lá, para ela e para o bebê. É esta intenção que está comprometida na incestualidade, é a antecipação maternal como sujeito falante – a incompatibilidade é retroativa em sua implantação criativa (no sentido da criatividade winnicottiana), quer como uma primeira experiência, seguinte ao momento onde a operação incestuosa intervém na construção psíquica do bebê, depois da criança.

O incestual nas patologias dos limites

Nathalie Zaltzman estava certa ao recordar, com toda clareza e inventividade que a caracterizava, que o direito ao secreto corresponde para o analista ao compromisso ético e metodológico de não abusar “da posição de poder e de abuso de poder que o paciente lhe atribui” (Zaltzman, 2009, p. 51)⁶ – que ele lhe atribui porque ele, de certo modo, já o sofreu gravemente. Respeitar o não dizível do paciente constitui um pré-requisito da análise. Esse pré-requisito é essencial com pacientes psicóticos, na medida em que o não dizível concerne à transgressão de uma injunção de morte ou de assassinato, pela concepção e o nascimento do sujeito, o que ela chama de “crime contra *Thanatos*”. Com os pacientes não psicóticos, o pré-requisito reenvia à regra fundamental, que corresponde, e isto tem muita importância aqui, ao convite de não “tudo dizer”, mas de “dizer o mais possível que vier e como vier”.

6. Trata-se da última conferência de Nathalie Zaltzman, pronunciada poucos dias antes de sua morte.

Racamier enfatizou a relação eletiva entre a ligação incestual e o modo de pensamento psicótico, o qual procede de uma submissão do pensamento do bebê, e depois da criança, ao dito da mãe. Daí um apagamento do secreto do investimento do bebê, pela mãe, fonte e condição do pensamento. Na psicose, é o próprio processo de pensamento que está totalmente distorcido. Mas a incestualidade é também a marca característica das patologias dos limites, no sentido que estou acostumado a falar, ou seja, um conjunto diversificado de patologias que incluem particularmente os funcionamentos-limite e as perversões narcísicas⁷.

E nesses registros, ao contrário da psicose, é de antemão que a autorrepresentação do sujeito no processo de pensar que é atacada, mesmo que o sujeito mostre a crença de que é possível e desejável tudo dizer – crença que será seu modo de resistência específica, se ele se engaja em uma análise.

Quando Freud recorda, principalmente em “Autoprésentation” (“Autobiografia”), que “a exigência de sinceridade na comunicação” constitui “o pressuposto de cura” (Freud, 1925, p. 87), deve-se entender o que o termo “sinceridade” significa aqui: o esforço para encontrar as palavras o mais próximo de sua vida interior e no endereçamento ao outro. Trata-se aí de uma posição oposta da declaração de sinceridade ou do sentimento de ser sincero, que supõe a crença na possibilidade de uma coincidência de si com si-mesmo, de uma autorrepresentação sem resto. Trata-se de uma *certeza de ser si mesmo*, que nega em si a divisão, a conflitualidade e a multiplicidade ligadas ao inconsciente, as antíteses, portanto, da perspectiva e do espírito da psicanálise. E esta certeza seria absolutamente diferente da *certeza de ser*, no fundamento do sentimento de existir. A

7. As diferentes patologias dos limites têm por traço comum um superinvestimento dos limites: entre os diferentes lugares da psique, entre soma e psique, entre si e o outro (Chiantaretto, 2011).

certeza de si, que sempre refere, mais ou menos diretamente, na neurose a um fantasma de autoengendramento, pode ser pensada como uma resistência, mas uma resistência literalmente oferecida ao analista, na demanda que lhe é dirigida como sujeito suposto saber. Na neurose, trata-se de uma resistência desde o início abordada, bastante boa.

No incestuado, no domínio do campo das patologias dos limites – o que seria diferente na psicose –, a certeza de si assume um outro valor: o incestuado não deixa de se investir como suposto saber daquilo que lhe aconteceu, forçado que ele é de se reduzir *ao saber que ele tem de que o outro lhe fez sem o saber*. Detentor único de um saber que deve permanecer inacessível ao outro que ele, e só ele, pode impedir o acesso, ele se condena a ser para si mesmo e sempre um intruso. A certeza aqui é a única cura do incestuado, face à incerteza que rompe a representação de sua concepção (e de seu nascimento), sobrecarregada pela crença em seu estatuto definitivo de indesejável – crença inalterável enquanto princípio de sua possível sobrevivência. Então, ele tenta desesperadamente trancar a inquietude no cerne de seu ser: ele não pode e não deve aí ter espaço para “a inquietude de estar no mundo” (Toledo, 2010, p. 13). E o pensamento, se fixando como garantia de certeza enquanto lugar exclusivo e solitário de sua produção, faz-se obrigatório a se recusar numa compulsão a ignorar.

No campo das patologias dos limites, o incestuado não oferece resistência ao analista. A transferência é dominada pelo ódio, e mais particularmente pelo ódio do pensamento do analista. E o processo analítico não poderá se desenvolver senão a partir do prazer que o analista terá, apesar e através do ódio do paciente, de investir a investigação do psiquismo do paciente como fonte de questionamento sobre seu próprio psiquismo – e, assim, tornar fonte de interrogação para o paciente o seu próprio funcionamento psíquico, até que ele tenha aí prazer.

... E como encontrar a boa inquietude, aquela que permite viver com os seus semelhantes no consentimento à diferença? Esta é sem dúvida a interrogação ameaçada de apagamento pelo incesto, uma ameaça que marca mais especificamente as patologias dos limites. Mas, além da psicopatologia dos limites, como suportar a inquietude de ser no mundo, quando o ser teve muita inquietude em sua constituição e sua existência? Preocupado em não mais poder confiar nas palavras para se encontrar e encontrar prazer de existir em busca do outro, para se buscar no consentimento ao outro, para experimentar o consentimento do outro. Esta é a pergunta oferecida aos analistas e aos outros, por escritores como Appelfeld e Kertész, que trabalham a partir da sobrevivência.

Referências

- Appelfeld, A. (1999). *Histoire d'une vie*. Editions de l'Olivier/Le Seuil.
- Aulagnier, P. (1986). Le droit au secret: condition pour pouvoir penser. In P. Aulagnier, *Un interprète en quête de sens*. Paris: Ramsay.
- Chiantaretto, J.-F. (2005). *Le témoin interne. Trouver en soi la force de résister*. Paris: Aubier.
- Chiantaretto, J.-F. (2011). *Trouver en soi la force d'exister. Clinique et écriture*. Paris: Campagne Première.
- Chiantaretto J.-F. (2014a). Les limites de l'écriture de soi : à propos de Kertész et Appelfeld. In J.-F. Chiantaretto (Dir.), *Écritures de soi, écritures des limites* (pp. 13-24). Paris: Hermann.

- Chiantaretto J.-F. (2014b). L'incestueux et l'incestueux: à propos de l'incestueux. In F. Houssier (Dir.), *Violences dans les liens familiaux* (pp. 27-34). Paris: In Press.
- Kertész I. (1988). *Le refus*. Arles: Actes sud.
- Kertész I. (2006). *Dossier K*. Arles: Actes sud.
- Ferenczi S. (1929). L'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort. In *Psychanalyse 4*. Paris: Payot.
- Ferenczi S. (1933). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. In *Psychanalyse 4*. Paris: Payot.
- Freud S. (1925). Autoprésentation. In *Œuvres complètes Psychanalyse*, Vol. 17. Paris: PUF.
- Racamier P. C. (1995). *L'inceste et l'incestueux*. Paris: Les éditions du collège.
- Perrier F. (1978). La chaussée d'Antin. *Œuvre psychanalytique* Vol. 2. Paris: Albin Michel.
- Toledo C. de (2010). *L'inquiétude d'être au monde*. Lagrasse: Verdier.
- Winnicott D. W. (1958). La capacité d'être seul. In D. W. Winnicott (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.
- Zaltzman N. (2009). Le secret obligé. In P. Aulagnier et al, *La pensée interdite*. Paris: PUF.

6 Clínica com adolescentes em conflito com a lei: contribuições da psicanálise no trabalho com a demanda¹

Laís Macêdo Vilas Boas

Universidade de Brasília

Deise Matos do Amparo

Universidade de Brasília

Sandra Francesca Conte de Almeida

Universidade Católica de Brasília

Kátia Cristina Tarouquella Brasil

Universidade Católica de Brasília

Demanda de análise ou análise por mandato?

Para Freud (1926/2006), o que se impõe como essencial ao início de uma análise é saber se o sintoma do sujeito pode ser trabalhado por meio de um processo analítico. O sintoma neurótico que causa sofrimento é a demanda legítima para a psicanálise. Não sem razão, Freud (1913/2006), no texto *Sobre o início do tratamento*, propôs que antes de iniciar uma empreitada analítica era preciso deixar o paciente, por volta de duas semanas, em um tratamento de ensaio. Nesse tratamento seria possível indagar se o método psicanalítico de cura poderia fazer algo por aquele sujeito.

1. Texto baseado na versão em francês publicada. Vilas Boas, L. ; Amparo, D. M. ; Almeida, S. ; Brasil, K. . Clinique des adolescents en conflit avec la loi : contributions de la psychanalyse au travail de la demande. Filigrane: *Écoutes psychothérapeutiques*, v. 24, p. 57-77, 2015.

Em 1905[1904], no texto *Sobre a Psicoterapia*, Freud é claro ao afirmar que a psicanálise não é aplicável a pessoas que se submeteram a ela unicamente devido à autoridade de seus familiares e não por causa de seu sofrimento. Por outro lado, Freud não toma essa premissa ao pé da letra pois, anos depois, em 1920, ele aceita como paciente a jovem homossexual cuja demanda teve origem, inicialmente, na família. Porém, sem dúvida, essa questão representa um nó górdio para a teoria e a clínica psicanalíticas – como transformar uma demanda, seja ela por mandato de uma autoridade ou até mesmo um pedido de ajuda, em uma demanda de análise?

A concepção de demanda de análise envolve o momento em que o sujeito se reconhece em seu sofrimento, ou seja, reconhece sua participação no sintoma e pode fazer um enigma de sua queixa, construindo uma teia de respostas ao longo da análise. Isto significa dizer que a implicação do sujeito no seu sintoma constitui, como lembra Freud (1914/1996), o primeiro passo para o tratamento psicanalítico: “primeiro e antes de tudo, o início do tratamento em si ocasiona uma mudança na atitude consciente do paciente para com sua doença” (p. 167). Lacan (1958a) introduz o conceito de retificação para designar, justamente, o trabalho do analista de abrir caminhos, no início do tratamento, para que a subjetividade do analisando se implique nas situações que, nas queixas iniciais, eram apresentadas como externas a ele. Nessa perspectiva, é fundamental que o analista opere pequenas aberturas no inconsciente que levem o analisando a dar-se conta da singularidade do seu desejo, em jogo na análise. Assim, a escuta do analista e suas intervenções (retificações e não propriamente interpretações), visam ao momento lógico em que o sujeito pode se questionar sobre os motivos que o levaram à análise, saindo de uma posição meramente queixosa para constituir um sintoma articulado à sua subjetividade, ou, em outros termos, ao desejo inconsciente que o habita e que rege sua relação com o Outro.

Clínica com adolescentes em conflito com a lei: contribuições da psicanálise no trabalho com a demanda

Embora Freud já apontasse que uma análise não se sustenta quando a demanda não advém do próprio sujeito, isso não significa afirmar que o analista não possa acolher um pedido de ajuda, mesmo que sob mandato. Então, não se trata somente de saber se é possível realizar um trabalho analítico, a partir de uma determinada demanda, mas, sobretudo, de fornecer as condições de retificação, nas entrevistas iniciais, de modo a que o sujeito se implique subjetivamente na demanda, isto é, que se crie um desejo de análise, um sintoma analítico, com a contribuição do analista. Por essa razão, dentre outras, a clínica com adolescentes em conflito com a lei ganha um interesse especial.

A psicoterapia psicanalítica com esses adolescentes nem sempre encontra o suporte da demanda dos familiares, que podem, inclusive, estar ausentes, por inúmeros motivos, da vida dos adolescentes. Muitas vezes, por terem uma vida marcada pela transgressão, fato que lança as famílias em um sentimento de desamparo e de impotência, que as leva à desesperança em relação aos jovens, estes nem sempre podem contar com o apoio afetivo familiar. Assim, o que comparece como demanda em relação a esses adolescentes é o que se pode chamar de demanda sob mandato social, demanda por um tratamento psicológico, mas articulada a um eixo educativo, cujas expectativas, muitas vezes, são de ordem moralizante. Em situação de internação ou de semiliberdade, o adolescente está sempre se deparando com profissionais que representam o Estado. Contudo, o tratamento psicanalítico é de outra natureza e não se confunde com a imagem de uma autoridade moral e dos bons costumes. Então, ao ser oferecida uma escuta psicanalítica a esses adolescentes alguns conceitos teórico-clínicos estão em jogo, tais como a demanda do sujeito; o lugar da transferência, o enquadre e as ambivalências institucionais.

Segundo Arnaux (2003), ao praticar a psicanálise fora do enquadre psicanalítico clássico, alguns riscos precisam ser observados, como a ameaça ao

processo associativo e um enquadre falho, que pode acarretar em dificuldade de sustentar o processo psicoterápico. Roussillon (1999) chama a atenção de que nessas situações é preciso disponibilizar um enquadre na medida da problemática clínica encontrada. Essa clínica nos encaminha para a chamada “clínica dos extremos”, que nos convoca a uma nova postura voltada para um novo objeto de investigação e de reorganização do enquadre psicoterápico, uma vez que os sujeitos transgridem os limites e constroem de modo particular a transferência. Assim, as patologias relacionadas ao agir constituem um desafio para o clínico, já que os sintomas se situam massivamente fora da cena psíquica e esses sujeitos se colocam de modo projetivo em relação ao clínico e à equipe de acolhimento. O ato, o sofrimento e a violência se relacionam ao Outro e a linguagem não possui exatamente o *status* de comunicação intersubjetiva, de modo que as relações possuem sempre o risco da violência e da destruição, o que revela uma problemática limite. Nesse contexto clínico, como construir uma demanda de análise?

Considera-se que nessa clínica é preciso um trabalho de desidentificação com a demanda social e institucional e uma busca pela própria demanda do adolescente. O analista deve considerar o problema que é enunciado pela sociedade, que a instituição de acolhimento do adolescente representa, para dele se ocupar, mas é fundamental que o analisante construa sua própria versão, isto é, uma questão que lhe faça enigma, e cuja inscrição se fará na ordem da palavra e não do agir.

Em verdade, a aproximação excessiva do adolescente com o discurso social pode representar um complicador. Afinal, quanto mais ele afirmar que precisa e deseja entrar em conformidade com a moral social, mais distante poderá se situar de si próprio e apresentar resistência para falar, interrogar-se sobre o sentido de sua delinquência. O psicanalista sabe que o valor da delinquência para o sujeito é

diferente daquele impresso pelo social. Por isso, é preciso auxiliar o adolescente a formular o sentido desse comportamento.

Em conjunto com a transformação de um pedido de ajuda em uma demanda de análise, no caso de adolescentes internados privados de liberdade, é importante pensar na transferência institucional, constituída pela multiplicidade de relações do espaço grupal institucional, cuidando para que os muros da instituição não invadam o espaço do *setting* analítico, já que os muros do local de atendimento são os mesmos da instituição de internação. Como fazer, então, para que o analista não seja igualado à instituição e seus muros? Como ele pode oferecer ao adolescente um espaço criativo de elaboração e de simbolização, apesar desse espaço se localizar intramuros? Parece-nos oportuno trazer, aqui, a concepção de enquadre proposta por Roussillon (1995). O autor lembra que o enquadre é um espaço circunscrito, que impõe um limite e bordeja, ou seja, que enquadra e sustenta. Para a psicanálise, essa concepção ganha um caráter dinâmico, pois pode assumir distintas funções para diferentes pacientes. Funciona como uma cena ou uma tela que ganha a impressão de cada sujeito e pode ser repensada pelo analista em cada caso. Depende da história singular e da economia pulsional do sujeito, em um dado momento. Roussillon acrescenta que o enquadre articula diferentes processos, como materialização, abstração, imobilização e metaforização e, assim, se apresenta como um conceito dinâmico que possibilita uma leitura econômica, pois se apoia no processo, mas sendo ele mesmo um objeto a ser simbolizado e a simbolizar, isto é, um objeto a ser representado é também um objeto da representação.

Tal concepção é essencial na compreensão de que a atuação do analista não se restringe unicamente ao campo das palavras, mas que ela leva em conta, também, o ambiente do atendimento e o próprio corpo do analista, como uma tela para a transferência do analisante e como um veículo para as intervenções do

analista. Nessa perspectiva, como pensar em um enquadre que aponte limites, que seja borda e que contribua para a simbolização de adolescentes, cujo modo de relação com o mundo passa privilegiadamente pela transgressão dos limites?

A delinquência consiste no conflito de um sujeito com a lei, com a moral social. A psicanálise muito nos fala sobre o papel da moral no refreamento das pulsões. O conflito possui dois fluxos – por um lado, o desejo de caráter inconsciente e, por outro lado, a exigência civilizatória, o recalque e a moral. O trabalho de transformar a demanda em enigma requer acolher o desejo, receber o adolescente como um sujeito de desejo e reconhecê-lo para além do lugar do delinquente. A outra meta desse momento inicial do tratamento é operar a transferência, em outras palavras, “fisgar” o analisante ao processo analítico e à pessoa do psicanalista. Lacan (1958b) resgata o valor desse momento lógico, que precede a experiência propriamente dita analítica, e o nomeia de entrevistas preliminares.

A relação entre transferência e demanda é íntima, pois é por meio da primeira que a segunda pode ser transformada em demanda analítica, em um movimento que permite que “a queixa se transforme numa demanda endereçada àquele analista e que o sintoma passe de estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo” (Quinet, 2002, p. 16). O analista cria as condições que incita o sujeito a se decifrar, o que permite que a demanda seja endereçada ao analista por meio da transferência.

As entrevistas preliminares, além de problematizarem questões sobre a demanda e a transferência, permitem ao analista se posicionar no manejo da transferência, isto é, assumir o lugar do analista com aquele analisando, em particular. Uma questão de partida, bastante importante, é o manejo transferencial em sua relação com a hostilidade dos pacientes, pois esse é um dos

pontos que logo aparece no tratamento de adolescentes violentos. Como trabalhar, então, com um paciente que mostra sua hostilidade “a céu aberto”?

Sobre uma clínica possível da adolescência: O trabalho com a demanda

A clínica psicanalítica com adolescentes em conflito com a lei, de entrada, impõe um complicador na prática; trabalhar a demanda inicial e dela fazer uma demanda analítica, pois esses jovens encontram no ato o principal recurso para lidar com a angústia. O trabalho com a demanda exige um tempo de espera que, por vezes, não é possível de ser suportado pelos sujeitos sem a precipitação do agir dentro do enquadre psicanalítico.

Nesse contexto, a relação com o analista pode representar uma ameaça, pois ela é uma porta aberta para que aquilo que é da ordem do traumático se realize. Assim, estar com o analista pode significar a possibilidade de algum tipo de enlace com ele, mas se na relação com o Outro o adolescente se sente à mercê de sua voracidade, como não agir, como não se defender da relação transferencial com o analista? Como negociar as angústias persecutórias mobilizadas pela aproximação com o psicanalista? E em meio a tantas atuações do adolescente, qual é o lugar do analista? Qual o sentido do seu trabalho?

Em um primeiro momento, o sofrimento é o que deve estar em jogo para o sujeito se engajar em uma análise. Posteriormente, a demanda de ajuda deve se transformar em um enigma para o sujeito. Se fosse possível separar esses momentos da demanda, nas entrevistas preliminares, teríamos dois. O primeiro seria o de uma demanda que é sob mandato, mas onde o sujeito reconhece ou é conduzido a reconhecer o seu sofrimento. O segundo momento seria a transformação do pedido de ajuda em uma demanda de análise, em que o

paciente produz uma questão sobre o seu sintoma. Porém, a clínica com adolescentes, principalmente aqueles que priorizam o ato, parece encontrar dificuldades já nesses primeiros momentos.

No acolhimento dos adolescentes, o analista deve se debruçar sobre o trabalho com o desamparo, com o sofrimento, seja ele reconhecido ou não pelo sujeito, antes de se precipitar em auxiliá-lo a construir uma questão, isto é, uma demanda de análise. Coutinho (2006) ressalta que a instauração de um espaço de fala, de acolhimento e de laço com o adolescente deve ser priorizada no tratamento e lembra que é fundamental, na condução do tratamento, acompanhar o adolescente no trabalho de inscrição do agir na ordem da palavra.

Nessa clínica, em particular, apostamos na transferência como uma tentativa de convencer o sujeito a entrar na “boca do jacaré”, ou seja, de fazer com que a relação entre angústia e ato não seja tão colada e que haja um espaço de simbolização entre ambos. Segundo Pinel (2007), apesar da carga destrutiva, alguns atos violentos carregam em si um desejo de significação, e, por vezes, o trabalho sobre o enquadre pode ser o que possibilita o processo de simbolização. Discutiremos mais profundamente o enquadre como promotor de enlaçamento na relação entre o analista e o adolescente, no caso relatado a seguir, que foi desenvolvido mais amplamente em Villas Boas (2013).

O atendimento psicoterápico, de orientação psicanalítica, aconteceu em um espaço de internação onde o adolescente encontrava-se em privação de liberdade, em uma instituição social em Brasília, capital do Brasil. Este e outros atendimentos eram realizados por estudantes de psicologia, em estágio clínico supervisionado por professores de Clínicas-Escola de duas universidades.

O Caso Tiago e o enquadre como promotor de enlace

Tiago contava com 18 anos no início do acompanhamento clínico, realizado em uma instituição de internação para adolescentes em conflito com a lei, onde ele estava internado havia pouco mais de um ano. O atendimento durou dez meses e foi realizado uma vez por semana.

A família do adolescente era composta por dois irmãos mais velhos: uma irmã, com 25 anos, e um irmão, com 21 anos. Até seus oito anos, seus pais eram casados, mas o relacionamento do casal era bastante tumultuado e Tiago presenciou inúmeras cenas de violência doméstica. “*Eu via meu pai bêbado, batendo na minha mãe*”. Seu pai viveu em casa até quando Tiago tinha oito anos de idade. Depois, sumiu da cidade sem dar notícias. O pai retornou quando Tiago tinha 17 anos e ia visitá-lo na instituição em que ele se encontrava recluso. Três anos após a separação, sua mãe iniciou um relacionamento com outro homem, cuja relação se mantinha até a data do atendimento clínico. Para a análise do caso, chamaremos a situação de violência doméstica de “cena 1”.

Nas sessões de atendimento, Tiago afirmava que a vida no crime era boa por lhe permitir sentir “*adrenalina, o perigo*”. Ele fazia assaltos de carros e de casas, a mão armada, e com o dinheiro desses assaltos ia ao *shopping* comprar roupas de marca. Ao ser questionado sobre a “adrenalina”, dizia, batendo a mão no antebraço: “*é adrenalina na veia*”, relatando que quando estava na cena do crime, pensava: “*O que é que eu vou fazer se a polícia chegar?*” E acrescentava que o receio de a polícia chegar tornava tudo mais excitante.

Em uma ocasião, ao ser interceptado pela polícia, Tiago foi enviado para uma instituição onde ficou em privação de liberdade. Sua mãe o visitava com frequência e seu pai, depois de anos de ausência, também passou a lhe fazer algumas visitas, na instituição. Tiago dizia que não gostava das visitas do pai, mas

as aceitava porque a mãe e a irmã pediam que tentasse se relacionar com ele. Nos encontros com o pai, Tiago jamais lhe perguntou sobre o seu desaparecimento, que durou quase dez anos, e, apesar de querer saber sobre a motivação desse afastamento, nunca se autorizou a indagar seu pai sobre o ocorrido, pois esperava que ele o fizesse espontaneamente.

A ocasião que acarretou a sua prisão, que chamaremos de “cena 2”, se referiu a uma situação transgressiva, que foi narrada da seguinte forma: *“Fui assaltar um carro com um amigo e, sem que percebêssemos, havia uma senhora dentro do carro. Naquele momento, apareceu um policial e atirou em mim, várias vezes”*. A outra versão foi a seguinte: *“Eu não queria mais fazer assaltos, o tesão que eu sentia com isso estava cessando. Mas estava passando do lado de um carro e o amigo que queria fazer um assalto enquadrado uma senhora em um veículo”*. Tiago assumiu o papel que sempre lhe cabia: sentou-se ao lado da vítima, fazendo ameaças, colocou a arma na cabeça dela, enquanto seu comparsa dirigia o carro. Um policial apareceu, houve trocas de tiros, o amigo de Tiago conseguiu fugir, mas ele foi capturado. Ao relatar sua função nos assaltos, dizia que ficava com a arma apontada para a vítima, fazendo-lhe ameaças. Parecia sentir prazer em exercer poder sobre suas vítimas.

O caso clínico foi marcado por essas duas cenas, que são paradigmáticas na história de Tiago, na trama de um adolescente em conflito com a lei. Ambas possuem alguns elementos que formaram o eixo principal da análise do caso: a cena 1 trata de uma situação traumática vivida, a saber, a violência e o abandono do pai. A cena 2 ilustra a situação que acarretou sua internação. Na cena 1, Tiago assiste passivamente à agressividade do pai contra a mãe, e permanece passivo também diante do abandono paterno. Na cena 2, o adolescente sai da posição de passividade e assume o lugar do agressor.

Demanda e transferência: atualização das cenas

O trabalho de construir uma demanda com Tiago teve dois complicadores. O primeiro é que Tiago parecia não entrar em contato com seu sofrimento. Não tinha o menor vislumbre daquilo que era da ordem do seu desamparo, ressaltava como conseguia sair facilmente de situações difíceis e se gabava de que nada de problemático em sua vida o afetava. Entrar em contato com seu desamparo o colocava na posição de passividade e vulnerabilidade, da qual se defendia.

Diante de uma situação de dor que se transforma em sofrimento psíquico, quando se trata de uma dor que não pode ser simbolizada, o sujeito pode funcionar na base da neutralização afetiva e sob o registro do ato e da ação direcionada ao outro. Desse modo, a clínica da passagem ao ato comporta uma mensagem (não verbal) endereçada ao outro, como uma tentativa de comunicar, de partilhar e de colocar para o outro as situações traumáticas que o sujeito internamente não consegue simbolizar. Nesse caso, estamos na clínica da falta de sentido e da falta de ligação. Nessa perspectiva, a problemática que nos é exposta é que o ato se situa como uma tentativa de simbolização, que passa pela ação e não pelo recalçamento. Assim, o outro, como objeto de projeção, se torna também objeto de suporte para uma subjetivação que não se interiorizou. Por outro lado, Marty (2003) destaca que o ato violento na adolescência pode ser um caminho de busca do prazer, fundamentalmente narcísico, para esvaziar o aparelho psíquico das exigências de trabalho de ligação e de representação dos efeitos dos traumatismos. Desse modo, o agir se situa como um instrumento de luta contra a ameaça de desintegração e de destruição do sujeito.

Sustentada por uma relação transferencial que se consolidava, a analista pôde apontar para Tiago que nem sempre, na sua vida, ele conseguira sair de situações difíceis e que essas lhe custaram muito caro, representando um peso a ser

carregado. Mas Tiago resistia a entrar em contato com o seu sofrimento. Assim, a analista mudou de estratégia e decidiu fazer uso da dimensão imaginária na qual ele parecia estar preso. A analista passou a reagir por meio de expressões faciais aos relatos de Tiago, demonstrando como era espantoso ele ter vivido momentos tão difíceis. Sem dizer nada, ele a olhava de modo enigmático. Assim, foi pelo corpo da analista, pelas suas expressões faciais, que a comunicação com Tiago passou a ganhar algum sentido. Nos primórdios da constituição psíquica, Freud (1895/2006) aponta que, imerso no desamparo, o bebê apela ao outro por meio do choro e da motricidade descontrolada. O ato exprime o desconforto do bebê, mas a mãe supõe que, no pequeno infans, existe um sujeito de desejo e o interpreta. A analista sustentou uma função semelhante à materna, nesses episódios da terapia de Tiago.

O segundo complicador na construção da demanda, na situação clínica, foi que Tiago testava a analista: como um adolescente que foi abandonado pelo pai e que entrou na marginalidade, com suas regras próprias, poderia confiar em alguém? De início, Tiago alertou: *“Eu só falo se você me perguntar”*. E continuou: *“Aprendi a ser assim no mundo do crime, não confiar em ninguém”*. Todos os profissionais com quem Tiago entrava em contato eram representantes do Estado. No entanto, a analista lhe oferecia uma escuta livre de qualquer censura e sem nenhum vínculo com o Estado. Era preciso que houvesse um lugar para a transferência, de modo que Tiago pudesse construir com a analista uma relação diferente das outras. A analista não era do mundo do crime, ela não era da sua família, ela também não era funcionária da justiça; afinal, o que ela poderia querer dele? Como confiar em alguém que apenas o escutava em seu sofrimento, um sofrimento que ele não se permitia encontrar? Com o passar do tempo, a construção de uma relação transferencial permitiu que esse jovem pudesse se confiar à sua análise. Para que isso ocorresse, foi preciso que ela não expressasse

qualquer postura corporal ou interpretação que parecesse significar algum julgamento.

É importante mencionar os desafios do enquadre, pois os atendimentos eram realizados na unidade de saúde da instituição e aconteciam a cada dia em uma sala diferente. O agente de segurança da instituição ficava na porta da sala onde se realizava o atendimento e, por vezes, insistia em deixar a porta aberta, como sinal de proteção da analista em relação à Tiago. Contudo, a analista insistia em manter a privacidade de sua escuta e determinava que a porta fosse fechada, buscando garantir, assim, os limites de dentro e de fora do espaço psicoterápico. Mesmo que o espaço físico sofresse algumas alterações, como mudança de sala, o que não mudaria e continuaria estável seria a escuta da analista.

Tiago sentia todo o enquadre como ameaçador. Estava sempre pronto a se defender e, no início, focava todo o seu olhar e atenção na analista. Esta decidiu, então, redefinir com ele a noção de enquadre, ao procurar demarcar que ela não tinha controle sobre qual a sala em que aconteceriam os atendimentos, ou seja, que ela, a analista, não detinha o poder de decidir sobre aquele espaço. Desse modo, ela lhe mostrava que o espaço físico não era deles, mas que as palavras sim, e que estas constituíam o espaço de trabalho, onde quer que as sessões se realizassem.

Em uma das sessões, algo curioso ocorreu. Os adolescentes, ao serem trazidos para o local de atendimento, normalmente vinham acompanhados do agente e se mantinham com a cabeça baixa e as mãos para trás. Aguardavam a analista numa pequena sala de espera, na enfermaria. Após as férias de fim de ano, Tiago não esperou a analista ir ao seu encontro. Ao chegar à enfermaria, logo saiu a procurando nas diversas salas do local. Foi quando a analista ouviu o agente falar para Tiago: “*Você não sabe onde ela está*”. Mas, mesmo assim, ele continuou a

procurá-la e a encontrou. Entrou na sala em que ela estava, fechou a porta e sentou-se. Portanto, não lhe importava mais a sala, mas a segurança de que a analista estaria em alguma delas para escutá-lo.

Quanto à questão transferencial, durante quase todo o tratamento Tiago se posicionava corporalmente de modo confrontativo, olhava a analista constantemente e observava todos os seus movimentos. Esta, por sua vez, sentia-se presa, encurralada e angustiada. Mas sabia que a sua postura não poderia representar nenhuma ameaça para Tiago, pois ele parecia sempre desconfiado e pronto para atacar, como se esperasse que a analista fosse grosseira ou mandá-lo embora. Não seria esse um modo de defender-se, ao reviver o traumatismo de abandono e de violência? Na sua postura confrontativa, Tiago parecia provocar a analista, assim como provocava os outros profissionais e os outros adultos que ele encontrava, na fantasia de que desistiriam dele e assumiriam uma posição agressiva ou apassivada, paralisada. Parecia demandar que a analista o rechaçasse ou sentisse medo, como se ela, diante dele, fosse sua vítima. A analista não respondeu à demanda; pelo contrário, sustentou a posição de um Outro acolhedor, mas firme, lá onde os adultos de referência falharam.

O trabalho de análise é uma aposta nas palavras, para singularizar a constituição de uma demanda analítica, onde o analista é testemunha do desejo do paciente, endereçado ao Outro, do qual o analista faz “*semblant*”, e não um pequeno outro, que reconhece e responde às suas demandas (de reconhecimento e de amor). Ao se recusar a ocupar a posição de reconhecimento da demanda endereçada ao analista, mas de escutar o sujeito no seu desamparo, o analista sustenta a sua função e dá provas da ética da psicanálise. Afinal, não é respondendo à demanda e tamponando, assim, o desejo do sujeito, que uma demanda de análise se constituirá.

Clínica com adolescentes em conflito com a lei: contribuições da psicanálise no trabalho com a demanda

Foi preciso suportar o que Tiago direcionou à analista, deixar que ele se colocasse naquele lugar, sem, entretanto, responder à sua demanda. Em um primeiro momento, o que ele demandava era um rechaçamento, e era por meio dessa demanda que ele se engajava no tratamento. Porém, a analista não poderia responder à agressão por meio de uma interpretação destrutiva ou por uma fala agressiva. Em 1912, na *Dinâmica da Transferência*, Freud apontou que a transferência comporta um paradoxo: ao mesmo tempo em que é a resistência mais poderosa ao tratamento, é uma condição de sucesso do trabalho psicanalítico. Divide-se a transferência entre positiva e negativa – a primeira trata de sentimentos amistosos e afetuosos para com o analista, e a segunda refere-se a uma posição hostil, podendo se apresentar, por exemplo, com certa agressividade dirigida ao analista ou com a desqualificação de sua atuação. Ambas estão assentadas sobre pulsões eróticas primitivas e recalçadas, que se tornam manifestas por meio da transferência.

Por várias vezes a analista desejou pontuar, de modo mais explícito e incisivo, o quanto Tiago estava desamparado e como sofria com isso. No entanto, conseguiu reconhecer que aquele caminho seria usado por ela para devolver a agressividade que Tiago lhe direcionava, como se lhe dissesse: “*Quem você pensa que é para me enfrentar? Você não passa de um pobre diabo!*”. Foi preciso que a analista se colocasse à escuta do seu próprio inconsciente para reposicionar seu desejo de escutar o paciente e domar o cavalo raivoso que são as reações transferenciais negativas. A proposta ética da análise é justamente sustentar o desejo que tangencia a escuta para fazer do desejo inconsciente do analisante o objeto orientador do trabalho de análise.

Ao oferecer sua escuta, a analista contribuiu para que uma demanda de análise pudesse aparecer, mobilizada pela cena 2. Tiago contou várias vezes à analista a cena do assalto. No entanto, a cada narrativa, um elemento novo era

acrescentado, de modo que nunca era a mesma cena. Em um primeiro momento, ele lhe dissera que não sabia que havia uma mulher dentro do carro; depois, em outro episódio, relatou que sabia que ela estava lá e que “acabou” por fazê-la refém; por fim, afirmou que visavam ao roubo do carro e ao sequestro da vítima. Certamente, grande parte das mudanças nos relatos acontecia de modo consciente, mas, ao contar a cena 2 para a analista e acrescentar alguns detalhes, que poderiam lhe parecer assustadores, Tiago testava sua analista e parecia querer saber se ela ainda o atenderia, mesmo sabendo do que ele fora capaz de fazer. Almeida e Atallah (2008) destacam que a rememoração (*erinnerung*) aponta para algo do não representável, pois a memória é plena de lacunas não preenchíveis pelo universo simbólico do sujeito e isso significa que a fala do sujeito é sempre algo inacabado.

Com a confiança estabelecida na transferência, foi possível ter acesso, alargar e relativizar o mundo imaginário de Tiago. Abrir, minimamente, uma porta para a fantasia. Buscar uma significação do ato constitui-se em um dos direcionamentos do tratamento desses adolescentes. Acreditamos que aqui foi possível o início de uma tomada simbólica na construção de um espaço psíquico fantasmático diferente da dimensão do ato, cujo fio de articulação com as questões conflitivas inconscientes mais tarde foi encontrado.

Tiago utilizou o recurso do agir na clínica numa tentativa de reatualizar o desamparo ou fazer com que a analista se sentisse numa posição de vítima. Ou ela, ou ele. Ora, o poder que o analista tem no tratamento é o de se desvencilhar dessas demandas sem constrangimento. O analista paga “[...] com sua pessoa, na medida em que, haja o que houver, ele a empresta como suporte aos fenômenos singulares que a análise descobriu na transferência” (Lacan, 1958a, p. 593), pois tem de suportar ficar na posição de não responder nos moldes da demanda, ao mesmo tempo em que solicita o uso da palavra ao analisante. Parte do manejo

transferencial se dá pelo convite à fala diante do ato. Vamos aqui nos referir à angústia e ao termo *erwartung* – expectativa – utilizado por Freud (1917/2006), para pensarmos um caminho visando à retomada da palavra.

***Erwartung* – um caminho para a elaboração psíquica**

O despertar para a angústia é dado não pela presença do Outro mas, sim, pela confrontação com o desejo do Outro, que faz comparecer o desamparo originário. Lacan (1960-61) retoma um conceito freudiano (1917/2006) que pode ser importante no tratamento, o de expectativa – *erwartung*. Ora, o sujeito ao sentir-se em desamparo, angustia-se e foge. A importância da angústia no processo analítico se dá pelo fato de o analista trazer para a análise a função de espera. No referido seminário, Lacan parte da concepção de que o sinal da angústia é dado na medida em que algo perturba o eu ideal originado na imagem especular. No desamparo, o sujeito está transtornado, não consegue ultrapassar essa situação de modo algum. Entre o desamparo e a fuga existe outra saída, que faz parte da própria angústia, que é o seu caráter de *erwartung* – expectativa.

Tiago não demonstra o afeto da angústia nos primeiros momentos de sua fala ou de seus relatos. A angústia é um sinal que coloca o sujeito em estado de espera para o perigo futuro. Existe algo da ordem da expectativa que possibilita que o desamparo compareça, e que permite, também, uma elaboração psíquica. A angústia possui, assim, um caráter produtivo, pois esperar por algo pressupõe um tempo de compreensão e de elaboração (Chediak, 2007). Tiago não se permitia sentir a angústia e corria para tamponá-la com seu ato, recusando o tempo da expectativa que permite a elaboração psíquica. Nas sessões, ao assumir uma postura corporal confrontativa, olhava a analista fixamente e lhe dizia – “*eu só falo se você me perguntar*”.

A angústia, no início do tratamento, estava presente na analista, que instigava, insistentemente, Tiago a falar. E ele falava, respondia a tudo que a analista lhe perguntava e permanecia lá, encurralando-a com o olhar, mas com muita tranquilidade e serenidade na voz. A analista encontrava-se em uma posição desconfortável e se perguntava onde estaria a angústia daquele adolescente diante dela. Aos poucos, a analista foi assumindo uma postura mais displicente² e oferecia, com seu corpo, um tempo de espera que permitisse uma elaboração, sem a passagem direta para uma resposta plena ou para o agir. Algumas sessões após esse novo posicionamento, Tiago parecia nervoso e, sem que a analista lhe perguntasse, retomava as várias questões que lhe haviam sido feitas anteriormente. Depois, angustiado por sempre repetir as mesmas respostas e embora o ar displicente da analista parecesse incomodá-lo, começou a falar de seu cotidiano na instituição, contando segredos e revelando para onde e quando fugiria. Relatou a cena 2 várias vezes, demonstrando, a partir de um determinado momento, algum nível de elaboração.

A angústia pôde ser compreendida como sinal de busca de ajuda para lidar com o desamparo que o aparelho psíquico não tinha estrutura para suportar. Ela comparecia para sinalizar que era preciso um trabalho de elaboração. Não bastava contar a cena; era preciso que ela fosse revista e revisitada. Nas intervenções, a analista buscava a remontagens da cena, nas mínimas diferenças. Ela não apontava as discrepâncias nos vários relatos, pelo contrário, as ouvia e fazia as intervenções a partir delas. Isso ocorreu no tempo suspenso da ação, o tempo de expectativa. Por exemplo, quando o adolescente contou pelas primeiras vezes a cena 2, as duas partes relatadas mais rapidamente se referiam ao seu papel

2. O termo “displicente” é relativo a uma escolha de postura, com o intuito de introduzir uma incógnita na transferência e chacoalhar a posição em que a analista se encontrava, isto é, a de angustiada.

com as vítimas e o surgimento do policial. Primeiramente, ele só queria o dinheiro da vítima; depois, afirmou que era ele quem a continha; em seguida, relatou que nos roubos ele sempre ocupava o papel de quem “ficava” com as vítimas; e, por fim, se reconheceu como uma figura ameaçadora, pois as ameaçava de morte e queria ver o medo no rosto delas. Com relação ao policial, um representante da lei, ele aparece, em um primeiro tempo, como um mero infortúnio, mas quando Tiago pôde falar, em momentos posteriores, “*da sensação de adrenalina*”, um novo campo em seu discurso se abriu. Disse, em outras palavras, que esperava o policial e com o seu surgimento parou de se ocupar do sofrimento da vítima pois, naquele instante, ele queria mesmo era atirar no policial. Mas, de novo, o “infortúnio”: Tiago foi o atingido. A analista focava suas intervenções sempre no “algo de novo” que surgia em seu discurso, buscando ampliar, no jovem, a dimensão simbólica, pela fala.

Aulagnier (1995, p. 6) diz que “o sujeito é o afeto-angústia; ele a vive de modo total, e essa impregnação, essa captura do ego que se dissolve na angústia, é propriamente o que impede a mediação pela palavra”. Nas últimas sessões, Tiago narrou o prazer com o sofrimento do outro e a raiva que sentia do pai. Imprimiu algum sentimento em relação ao ocorrido com o pai, a quem se referia, no começo dos atendimentos, como aquele que “*não é nada na minha vida*”. Assim, colocar em palavras é transformar em comunicável aquilo que foi vivido no âmbito do corpo, ao mesmo tempo em que se toma uma mínima distância em relação à vivência afetiva. Para Aulagnier (1995), quando isso acontece, mostra que o ego já adquiriu certo domínio e objetividade perante um afeto.

Freud (1930[1929]/2006) propõe a sublimação e a fantasia como processos psíquicos para fugir ao sofrimento, deslocando a libido para eludir a frustração do mundo externo. “[...] Esse procedimento já mostra claramente uma intenção de nos tornar independentes do mundo externo pela busca de satisfação em processos

psíquicos internos...” (p. 88). Este seria o movimento da análise, não especificamente no sentido sublimatório, mas de busca por satisfação na elaboração, ou seja, em processos psíquicos internos. Para que o sujeito não precise de um ato que curto-circuite o processo de simbolização, ou melhor, para além do ato, ele pode ter outros recursos. Freud (1930[1929]/2006) escreve que “assim como o negociante cauteloso evita empregar todo seu capital num só negócio, assim também, talvez, a sabedoria popular nos aconselhe a não buscar a totalidade de nossas satisfações numa só aspiração” (p. 91). Para Tiago parar de apostar todas as suas fichas na criminalidade, seria preciso que recorresse ao recurso simbólico que lhe permitisse sair das garras da onipotência materna. O agir surge, exatamente, a partir da impossibilidade de elaborar a angústia por meio de um processo interno. O sujeito, então, toma o caminho que o conduz a uma atuação no mundo externo.

As demandas de Tiago foram se tornando complexas na medida em que suas fantasias ficaram em alto relevo. Isso foi possível por meio do manejo da transferência (não respondendo do lugar demandado) e do trabalho no campo da fala. Assim, considera-se que a análise produziu alguma elaboração psíquica por parte de Tiago, pois certas associações e vinculações foram feitas, seja na exposição de afetos (como o de raiva do pai e de seus próprios atos criminosos) seja na relação com sua história de vida.

Destarte, apesar de o ato ser dado à interpretação psicanalítica e permitir vislumbrar os entremeios do desejo adolescente, ele também possui a capacidade de emudecer. Sousa (2000) afirma que o ato violento é um rompimento do diálogo e não contribui para a recriação do laço social, pois impede a circulação da palavra. Como já abordado, esse é um caminho precário de simbolização. Nessa direção, Melman (2003, p. 69) afirma que “a violência aparece a partir do momento em que as palavras não têm mais eficácia”. Quando o sujeito deixa de

ser reconhecido como sujeito, quando sua fala não é caminho para obter tal reconhecimento, a violência sobrevém. A violência pode ser entendida como o declínio do poder da palavra – não se reconhece o outro como semelhante, então é impossível colocar a palavra em circulação. O ato violento sinaliza um impasse na manutenção dos laços sociais e, como consequência, emudece a palavra do sujeito.

É no impasse do ato, de simbolizar algo ao mesmo tempo em que cala a palavra, que a clínica psicanalítica pode mostrar seu poder. Freud nos ensina sobre o poder da palavra e a teoria de Lacan revela o caráter apaziguador do simbólico. A clínica nos convoca a colocar o peso sobre a palavra e a implicar o sujeito no seu discurso e no seu desejo.

Os níveis da transferência

A análise da transferência, nesse caso clínico, pode ser feita em dois níveis. O primeiro, já trabalhado nas sessões anteriores, situa-se no âmbito da relação analítica entre Tiago e a analista. Apesar de aparentemente receptivo à proposta de análise, o jovem se posicionava de modo confrontativo e ameaçador. No tratamento, a angústia compareceu do lado da analista e do lado do adolescente a atuação. Da parte da analista, duas respostas eram possíveis, via transferência negativa: a de se posicionar como vítima da intimidação de Tiago e sentir-se encurralada, ou lhe responder, também agressivamente, e acabar por expulsá-lo da situação de análise. Contudo, a analista conseguiu manejar a transferência de modo a não entrar no jogo do analisante. Com certa tranquilidade, fazendo *semblant* de despreocupação, a analista buscou uma terceira posição, para que a angústia pudesse comparecer do lado de Tiago. Isto possibilitou o tempo de espera e de elaboração psíquica das cenas.

O segundo nível é o da transferência institucional, que é essencial por perpassar o primeiro de modo marcante. Era claro que no início do tratamento Tiago se dirigia à analista com o discurso de que havia se transformado e não queria mais fazer parte do mundo do crime. Não era para a analista que ele falava, mas para uma pessoa que representava a instituição. O enquadre analítico não estava, de início, despojado do enquadre institucional, portanto era preciso que a analista ficasse atenta a essa questão, que interfere no processo analítico.

No caso de Tiago, a instituição, de um certo modo, impossibilitou a continuidade do trabalho. Para uma melhor compreensão, vamos trazer à tona o fim do tratamento. Nos últimos meses, devido a problemas da instituição, a analista foi, por vezes, impedida de atendê-lo. A gestão da instituição alegava vários motivos, como poucos agentes de segurança, ausência de espaço físico para o atendimento, impossibilidade de retirá-lo do pátio, onde outros adolescentes estavam tomando sol. Quando isso ocorria, na sessão posterior a analista o informava sobre as razões alegadas que haviam impedido o atendimento. Mas a frequência com que isso passou a acontecer tornou-se bastante impeditiva e, um dia, Tiago parou de comparecer às sessões. A instituição havia invadido o espaço mínimo do enquadre que se tinha conseguido estabelecer, mesmo em condições tão adversas.

Existiam somente duas possibilidades para os encontros com Tiago: ou na unidade de saúde (local onde se realizavam os atendimentos) ou o educador social da instituição poderia marcar um horário para falar com o adolescente e com a analista. A primeira situação foi invadida pela instituição, de modo que, por quatro semanas consecutivas, Tiago se recusou a comparecer aos atendimentos. A segunda, com a interferência da profissional, foi essencial. Porém, apesar dela ter feito o encaminhamento, desde o início, ela não concordava com o tratamento, dizendo que Tiago não tinha solução e era perda de tempo o tratamento.

Acreditava que a analista deveria ofertar sua escuta para quem desejasse realmente mudar, e que este não era o caso de Tiago. Durante um mês, a analista solicitou que fosse marcado um horário para que ela tentasse conversar com Tiago. Mas a profissional responsável nunca o marcava e insistia para que a analista atendesse outros adolescentes, ao invés de Tiago. Passadas seis semanas, a analista parou de insistir, desistiu. Neste caso, as crenças e a atitude da profissional e a estrutura organizacional da instituição invadiram o enquadre da análise, a ponto de tornar impossível sua continuidade.

Da experiência com esse caso, alguns aspectos podem ser ressaltados tanto no que se refere ao manejo transferencial quanto ao enquadre. A partir de uma certa “displícência” com relação ao ambiente institucional, foi possível constatar que o enquadre não é unicamente uma tela de projeção do analisante, mas também é um espaço para a atuação do analista. Todo enquadre analítico pode permitir a construção de um novo registro psíquico para o sujeito, pode constituir-se em um lugar onde seus atos ganhem as marcas de novas significações. Porém, a posição da profissional, responsável por Tiago, mostrou que a instituição, que sustenta o discurso de reabilitação e de reintegração social de todos os adolescentes, pode se apresentar, de fato, como um cruel impeditivo em relação ao enquadre. Afinal, as intervenções da profissional operaram de modo a selecionar quais adolescentes mereciam os atendimentos disponíveis, ou seja, aqueles que, segundo a sua avaliação, saberiam aproveitar o que a instituição tinha a lhes oferecer.

Nessa perspectiva, o atendimento psicoterápico corria o risco de se transformar em uma moeda de troca entre o adolescente e a instituição.

Considerações finais

A clínica psicanalítica com adolescentes remete o sujeito a uma questão singular, a um enigma, não para respondê-la ou abafá-la, mas para implicar o sujeito no seu desejo e nos seus sintomas. O adolescente pode vir a se desesperar ao vislumbrar o engodo da demanda, pois mesmo que ela se desdobre em várias, que se sobrepõem, a falta de resposta do analista aponta para um desejo insaciável no horizonte (Alberti, 2009). Para desvendar o mistério que está na base de seu desejo, é o desejo do analista que autoriza o adolescente, ao acolher e escutar o seu desamparo e assinalar a insatisfação do desejo e a impossibilidade da relação sexual.

Lesourd (2004) propõe que na análise de adolescentes, especialmente aqueles marcados por comportamentos transgressores, o analista trabalhe na direção de que o sujeito possa se autorizar pelos seus atos. Para tanto, o autor faz uma distinção entre o agir e o ato. O agir é o caminho que, diante da angústia, o sujeito lança mão para ter certeza de sua existência – certeza narcísica, que o aliena ainda mais no Outro. Por outro lado, vimos que o ato (como em *Totem e Tabu*) marca o surgimento do sujeito e é uma enunciação subjetiva. A passagem de um para o outro requer a inscrição do agir na ordem da palavra. A dimensão do ato envolve o reconhecimento da autoria do sujeito, no plano do inconsciente. Na dimensão da consciência, é certo que o delinquente sabe que é o autor, mas o que o ato vem lhe trazer, para além do plano consciente, é a marca de seu desejo.

Porém, o trabalho de remeter o sujeito ao campo do simbólico é particularmente difícil na clínica onde há uma predominância do agir. A atuação reaparece no processo psicanalítico, de modo privilegiado, com frequência, como um impulso de rompimento da relação transferencial, como marca de uma transferência negativa (Amparo, Gusmão & Vilas Boas, 2012). A angústia do

Clínica com adolescentes em conflito com a lei: contribuições da psicanálise no trabalho com a demanda

processo adolescente, sobremaneira nos adolescentes em conflito com a lei, os remete a uma dificuldade de simbolizá-la. Assim, a premência do agir pode indicar uma dificuldade no manejo da pulsão; em outras palavras, uma restrição ao uso do recurso simbólico (Balier, 1996).

A hipótese de Marty (2010), de que o recurso ao ato é um desvio do conflito interno na obtenção de prazer, aponta que, no trabalho analítico, é preciso buscar outra fonte de prazer: a elaboração psíquica, na ligação de afetos a representações e na ligação de representações atuais a traços mnésicos. Este processo é muito difícil na adolescência, pois lembrar-se é fazer ressurgir o laço incestuoso e parricida do Édipo. “O ato toma lugar de um pensamento e, mais precisamente, de uma lembrança que não pôde ser elaborada” (p. 50). O fantasma incestuoso é traduzido na violência: na impossibilidade de dominar a angústia, o ato aparece como único recurso.

A ordem simbólica, desde a dialética especular, possui uma função apaziguadora. Afinal, a lei, a proibição instaurada pelo pai, que é da ordem da linguagem, intervém na relação especular e introduz o ritmo simbólico (Lacan, 1953-54). Não à toa, adolescentes presos em uma posição narcísica se apresentam por meio de uma violência inquietante. É a instauração da lei que, paradoxalmente, integra o sujeito à sexualidade, pois o reconhecimento da posição sexual do sujeito está ligada ao sistema simbólico (Lacan, 1953). Então, não é de uma errância, oriunda do encontro com o pubertário, próprio da adolescência, que estamos tratando?

Resgatar o sujeito por meio da dimensão da palavra é um desafio, pois a violência emudece a palavra. O analista trabalha, via potencialização da palavra, para que o sujeito possa se apropriar dela e reconhecer o outro como seu semelhante. Trata-se de implicar o sujeito no que ele diz, na medida em que a

palavra possui um estatuto de verdade. Esse movimento faz parte do que Lacan (1953-54) chamou de *reintegração simbólica da história do sujeito*, que busca a apropriação, pelo sujeito, de sua própria história, reinventada e reescrita ao longo do tratamento psicanalítico

No caso de Tiago, a analista, ao se distanciar da demanda (imaginária) de reconhecimento e de rechaço a ela endereçada, por meio do comportamento narcisista e hostil do adolescente, auxiliou-o na construção de uma demanda de análise, que o remeteu ao enigma de seu desejo. Um trabalho de elaboração psíquica foi possível, então, graças ao manejo da relação transferencial, mesmo nas condições adversas interpostas pela instituição ao enquadre clínico. Contudo, o tratamento foi interrompido pela intervenção invasiva e disruptiva da profissional responsável pelo adolescente, certamente com o respaldo institucional.

Embora não tenha sido possível dar continuidade ao atendimento de Tiago, o que acarretou um sentimento de frustração na analista e nas supervisoras de sua prática clínica, a experiência resultante desse caso clínico renovou nosso desejo de sustentar a intervenção psicanalítica com adolescentes em conflito com a lei e em situação de institucionalização, apostando nos efeitos da escuta e da circulação da palavra como recursos privilegiados para a assunção do desejo, lá onde muitos sequer supõem um sujeito.

Referências

- Alberti, S. (2009). *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Almeida, L. P. de, & Atallah, R. M. F. O conceito de repetição e sua importância para a teoria psicanalítica. *Ágora*, 11(2), 203-218. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982008000200003>.
- Amparo, D. M., Gusmão, M. M., & Vilas Boas, L. M. (2012). O agir violento na adolescência: Simbolização e dispositivos clínicos. In D. M. Amparo, S. F. Almeida, K. T. Brasil, M. I. Conceição, & F. Marty, (Orgs.), *Adolescência e violência: Intervenções e estudos clínicos, psicossociais e educacionais* (pp. 79-92). Brasília: Editora UnB.
- Arnaud, D. J. (2003). Le psychanalyste, l'éthique et l'institution. In F. Marty, P. Gutton, & P. Givre (Orgs), *Le fait accompli dans la psychothérapie de l'adolescent* (pp. 195-208). Rouen: Editeur Publications De L'universite De Rouen.
- Aulagnier, P. (1995). Angústia e Identificação. *Percurso*, 14(1), 5-14.
- Balier, C. (1996) *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris: PUF.
- Chediak, G. F. (2007). *Sobre a Angústia: Um ensaio psicanalítico* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Coutinho, L. C. (2006). Pensando sobre as especificidades da clínica psicanalítica com adolescentes. *Jornal de Psicopatologia Fundamental On line*, 6(2), 44-55
- Freud, S. (2006). Projeto para uma psicologia científica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. I, pp. 335-454). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1895)

- Freud, S. (2006). Sobre a psicoterapia. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. VII, pp. 241-251). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1905[1904])
- Freud, S. (2006). A dinâmica da transferência. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XII, pp. 109-119). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1912)
- Freud, S. (2006). Sobre o início do tratamento. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XII, pp. 137-158). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1913)
- Freud, S. (1996). Recordar, repetir e elaborar. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1914)
- Freud, S. (2006). Conferências introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XXV: A Ansiedade. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI, pp. 393-400). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1917)
- Freud, S. (2006). A Questão da análise leiga. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XX, pp. 175-248). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1926)
- Freud, S. (2006). O mal-estar na civilização. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI, pp. 67-148). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1930[1929])
- Lesourd, S. (2004). *A construção adolescente do laço social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lacan, J. J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Clínica com adolescentes em conflito com a lei: contribuições da psicanálise no trabalho com a demanda

- Lacan, J. J. (1953-54). *O Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. J. (1958a). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. J. (1958b). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. J. (1960-61). *O Seminário, livro 8: A transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Marty, F. (2010). Violências e passagem ao ato homicida na adolescência. In D. M. Amparo, S. F. Almeida, K. Brasil, & F. Marty (Orgs), *Adolescência e Violência: Teorias e Práticas nos campos clínico, educacional e jurídico* (pp. 17-30). Brasília: Editora UnB.
- Melman, C. (2003). *O homem sem gravidade: Gozar a qualquer preço*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Pinel, J. P (2007). Le traitement institutionnel des adolescents violents. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 48(1), 109-122.
- Quinet, A. (2002). *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Rocha, F. J. B. (2011). *Entrevistas preliminares em Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Roussillon, R. (1995). *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. Paris: PUF.
- Roussillon, R. (1999). Les enjeux de la symbolisation à l'adolescence. In ISAP (Org.), *Troubles de la personnalité. Troubles des conduites. Adolescence* (pp. 7-23). Paris: GREUPP.

Sousa, E. L.A (2000). O silêncio da violência. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 19, 43-53.

Villas-Boas, L. M. (2013). *A clínica do adolescente: Vicissitudes da angústia e da transferência no agir violento* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília. Brasília, Brasil.

PSICANÁLISE, ARTE E LITERATURA

7

Literatura e o sujeito do desejo

Bárbara Taveira Fleury Curado

Universidade de Brasília

Eliana Rigotto Lazzarini

Universidade de Brasília

Introdução

Literatura e palavra andam juntas como amantes em um bom casamento. Uma serve à outra e faz dela algo maior. Mas entre elas, como em todo matrimônio, há uma fenda, um rasgo que escoa o não sentido, a impossibilidade da complementariedade e significação plena. Green (1994) nos lembra da resposta de Hamlet ao ser questionado por Polônio sobre o que lia: “Palavras, palavras, palavras” (pp. 23-24). É daí que parte a ideia que temos de literatura, da palavra, da junção delas, da sua representação. Uma representação que sabemos não estar contida apenas na palavra em si – isolada, como um conceito, mas também em algo que vai além dela e só faz sentido para quem a lê. É a partir daí, da palavra, que buscamos a compreensão dos processos psíquicos despertados no leitor, por sabermos que há algo nessa experiência milenar que vai além da interpretação e

gera efeitos muitas vezes transformadores em quem a vivencia, mas sabendo também do limite que há em seu saber.

Green (1994) critica o trabalho de interpretação da obra de arte, qualquer tipo que seja, pois para ele, interpretar uma obra é transcrever – descrever – uma experiência que só faz sentido se vivida e experimentada. O autor afirma: “Tudo aquilo que o crítico expôs aos nossos olhos com sua interpretação quebra o encanto, mesmo quando essa interpretação revela as riquezas ocultas do texto” (p. 20). Ao negar a interpretação da obra literária, aponta que esta só o é – só adquire um sentido – no momento em que se relaciona com o leitor. Esta relação é sempre única e singular, nos fala o autor, e justamente por isso a experiência toma o lugar da interpretação. De acordo com o autor, a obra literária sempre remete a uma realidade extraliterária, que diz do psíquico, do inconsciente. Por isso ele afirma ser a literatura a arte que converte um setor da realidade psíquica ao da realidade literária.

Através desse viés, Green (1994) nos mostra que o texto literário estabelece uma nova ordem com a realidade a partir de seu efeito estético. Este é promovido pela sua linguagem: a linguagem literária. Sobre isso Lajolo (1981) afirma que é a relação entre as palavras e o contexto que possibilita a literatura surgir no texto. Para esse autor, a “linguagem parece tornar-se literária quando seu uso instaura (...) um espaço de interação de subjetividade (autor e leitor) que escapa ao imediatismo, à predictibilidade e ao estereótipo das situações e usos da linguagem que configuram a vida cotidiana.” (p. 38).

Sabemos que a escrita é base para o texto literário, pois é ela, através de sua linguagem, que o constrói. Mas não é qualquer escrita, falamos aqui da escrita promovida pela linguagem literária, conceito que estamos tentando delinear.

A linguagem literária

Se abrirmos um dicionário, perguntarmos aos críticos literários, poetas, leitores ou leigos, o que é literatura, respostas diversas nos serão dadas. Dentre elas está a arte da escrita, de inventar ideias, transformar palavras, de fazer invenção verbal ou meramente de utilizar a linguagem humana para fins estéticos.

Eagleton (2006) – crítico literário – nos fala em sua obra *Teoria da literatura: uma introdução*, que a literatura inclui desde uma escrita fatural até a escrita fictícia, mas nem toda forma de escrita fatural ou fictícia é literatura. O que a difere de outras formas de escrita, de acordo com Eagleton, não é seu gênero, ou seja, histórias em quadrinhos podem não ser consideradas literatura apesar de serem ficção, enquanto uma história real pode sê-la. É a forma como a linguagem é nela empregada que a torna um texto literário, nos explica o autor. Forma peculiar, pois de alguma maneira ela foge daquilo que esperamos, que estamos habituados a ler ou ouvir. Eagleton afirma que ela transforma o comum criando novas tessituras, ritmos e ressonâncias, ou seja, novos significados. “A especificidade da linguagem literária, aquilo que a distinguiu de outras formas de discurso, era o fato de ela ‘deformar’ a linguagem comum de várias maneiras” (p. 5). Primeiro desfamiliarizando-a, e depois criando um “efeito de estranhamento” (p. 5).

Justamente por não ser objetiva nem exata que precisamos entrar no trabalho árduo de tentar conceituar a literatura que aqui nos referimos. Sua primeira característica, que já começamos a pincelar, é a linguagem que ela emprega que causa estranhamento e é chamada de linguagem literária. Roland Barthes (1978), em seu livro *Aula*, discorre justamente sobre isso. O autor afirma que para sermos humanos estamos todos submetidos à linguagem. Assim, a literatura se define pela prática dessa linguagem escrita, se constituindo muito mais por sua forma, por esse jogo de palavras, do que pelo que comunica em mensagem.

Literatura e o sujeito do desejo

Garcia-Roza (2004) coloca que o homem é um efeito de emergência da palavra. Em seu livro *O mal radical em Freud* faz uma recapitulação da origem do homem, como efeito imediato da linguagem. De acordo com o autor, a linguagem significa os objetos do mundo e o próprio homem, possibilitando-o emergir como tal, não mais naturalizado como os outros animais, pois uma nova ordem o rege, a ordem simbólica. E de acordo com Lacan (2005), é o registro que faz do homem efeito de linguagem.

Concordamos com esses autores ao pensar o ser homem a partir da linguagem, ou seja, submetido a essa maneira de se fazer ser. Barthes (1978) afirma que só há como se expressar humanamente se submetendo às estruturas linguísticas. Para o autor, somos todos escravos desta, já que sua forma de expressão, a língua, nos é obrigatória. É com base nessa compreensão que Barthes (1978) diz ser a linguagem uma manifestação de poder à qual todos estamos submetidos. Concluindo que para nos desvincularmos totalmente do poder, não há outra maneira senão fora da linguagem.

Só resta, por assim dizer, trapacear com a língua, trapacear a língua. Essa trapaça, salutar, essa esquiva, esse logro magnífico que permite ouvir a língua fora do poder, no esplendor de uma revolução permanente da linguagem, eu a chamo, quanto a mim: literatura. (Barthes, 1978, p. 16)

Para Barthes, a literatura é por si mesma subversiva, pois ela utiliza de uma expressão de poder, a língua, mas a subverte. O autor explica em seu livro *Aula* que a literatura não necessita de regras de estruturação para se fazer compreender, ela diz algo pelo seu contrário, desconstrói e recria palavras, significados, sensações e olhares, possibilitando assim um encontro – mesmo que fugaz e

efêmero – do sujeito com a liberdade¹. Manoel de Barros (1993/2013a fala sobre essa subversão da linguagem no poema abaixo, ao mesmo tempo em que faz esse movimento dentro da poesia:)

VII

No começo era o verbo.

Só depois é que veio o delírio do verbo.

O delírio do verbo estava no começo, lá onde a criança diz: *Eu escuto a cor dos passarinhos.*

A criança não sabe que o verbo escutar não funciona para cor, mas para som.

Então se a criança muda a função de um verbo, ele delira.

E pois.

Em poesia que é voz de poeta, que é a voz de fazer nascimentos –

O verbo tem que pegar delírio. (pp. 10-11).

Nesse poema, Barros (1993/2013) mostra o que Barthes (1978) afirmara, que “é no interior da língua que a língua deve ser combatida, desviada: não pela mensagem de que ela é o instrumento, mas pelo jogo das palavras de que ela é o teatro” (p. 17). O poeta faz isso ao brincar com as palavras, jogo este que subverte as leis gramaticais, transformando o que ficaria sem sentido em algo que vai além do sentido óbvio – esperado –, que toca nas questões existenciais do leitor através do reconhecimento de suas experiências no texto.

1. Liberdade é concebida aqui, por Barthes (1978), como uma maneira de não estar submetido às estruturas de poder, como uma forma mais original – única - de conseguirmos nos expressar no mundo.

Octavio Paz (2012), além de ser poeta, desenvolveu um rico trabalho teórico sobre poesia, no qual discorre sobre a criação poética exercendo-a, ou seja, escrevendo de maneira também poética. O autor afirma que:

O poema é o que está além da linguagem. Mas isso que está além da linguagem só pode ser alcançado por intermédio da linguagem. Um quadro será poema se for algo mais que linguagem pictórica. (...). Ser um grande pintor significa ser um grande poeta: alguém que transcende os limites da sua linguagem. (p. 31)².

Como podemos perceber nessa passagem, o que caracteriza para Paz (2012) um poeta é a maneira com que ele transcende a linguagem através de sua arte, seja ela qual for. O autor fala sobre transcender aquilo que nos constitui, aquilo sob o qual somos escravos – a língua. Percebemos com os autores aqui citados que não há como ser humano sem estar inserido na linguagem, mas como o poeta nos aponta, ela é insuficiente, sempre resta algo que não pode ser abarcado nela, como se denunciasse um furo, um instante em que a palavra não é suficiente para representar o que sentimos.

Há vários momentos em que nos faltam palavras para expressar o que desejamos de fato. A poesia – e/ou a literatura - de acordo com Paz (2012), trabalha rodeando esse furo, esse lugar que não conseguimos representar o que sentimos. Ou seja, em termos psicanalíticos, esse núcleo irrepresentável. E ela faz isso utilizando a linguagem, nos afirma tanto Paz (2012), quanto Barthes (1978) ao falarem deste assunto. A literatura se utiliza da língua para ir além dela. Assim,

2. É preciso deixar claro que o que estamos concebendo aqui como literatura, Paz (2012) compreende como poesia. Isso porque, para o autor, a poesia abarca a literatura e outras expressões artísticas. Por isso o mesmo afirma que um pintor pode ser um poeta, pois para ele a poesia é qualquer expressão artística que transcenda a linguagem.

para esses dois autores, ser escritor é colocar a palavra em liberdade, é transmutá-la, ir adiante, aonde ela não consegue chegar.

Plastino (2008) ao analisar a obra *Laços de Família*, de Clarice Lispector, afirma que a literatura é a arte de transformar a palavra, de arrancar sua clareza e deixá-la “opaca”, para que assim a mesma ganhe outras dimensões significativas. Observemos o poema abaixo:

A DOENÇA

Nunca morei longe do meu país.

Entretanto padeço de lonjuras.

Desde criança minha mãe portava essa doença.

Ela que me transmitiu

Depois meu pai foi trabalhar num lugar que dava essa doença nas pessoas.

Era um lugar sem nome nem vizinhos.

Diziam que ali era a unha do dedão do pé do fim do mundo.

A gente crescia sem ter outra casa ao lado.

No lugar só constavam pássaros, árvores, o rio e os seus peixes.

Havia cavalos sem freios dentro de matos cheios de borboletas nas costas.

O resto era só distância.

A distância seria uma coisa vazia que a gente portava no olho.

E que meu pai chamava exílio. (Barros, 2000/2013, p. 45)

A palavra “lonjuras” vai ganhando novas significações ao longo do poema. Percebemos que o poeta faz isso desconstruindo a estrutura gramatical e retirando o sentido habitual que normalmente utilizamos ao empregá-la. A palavra

“lonjuras” adquire novos sentidos, talvez não passíveis de explicação, mas passíveis de serem sentidos no contexto. Assim, ao tornar o significante maleável, flutuante, gerando novas conotações às palavras, a literatura pode mudar nossa forma de ver o mundo. O que era óbvio, cotidiano, se torna estranho. Do não-sentido – que semanticamente o texto literário parece prover – nasce(m) novo(s) sentido(s). Sentidos estes que vão além do gramatical e habitual para o sujeito que lê, mas que lhe são únicos por serem de acesso exclusivo do leitor. Ou seja, a experiência que este poema do Manoel de Barros - e a palavra “lonjuras” - nos causa é singular.

O texto literário de Clarice Lispector é outro exemplo que podemos citar para mostrar essa linguagem própria da literatura na qual as palavras se desfazem de seu sentido corriqueiro, para questionarem esse sentido habitual ou criarem novos sentidos. De acordo com Plastino (2008) é assim que a escritora dá “vida nova às palavras, comunicando-lhes um conteúdo inesperado” (p. 34). Lispector³ procura, por meio de sua escrita, nos colocar em contato com uma experiência de ser e existir. O autor afirma que é através de uma linguagem anímica, com metáforas, metonímias e sinestesias, que Lispector nos vai gerando questionamentos.

E é pela experiência de suas personagens, de sua narrativa, dos deslocamentos de suas palavras que esses questionamentos vão surgindo. O que soa, para o leitor, é que ela está procurando alguma coisa através de sua escrita, uma forma de se expressar, ou talvez mais, um meio de ser, de exercer sua existência. Observem esse trecho de sua obra *A hora da estrela*: “Escrevo porque sou um desesperado e estou cansado, não suporto mais a rotina de me ser e se não fosse

³ As obras de Clarice Lispector que nos pautamos para fazer essas observações são as seguintes: *Laços de família*, *A hora da estrela*, *A paixão segundo G.H.* e *Um aprendizado ou o livro dos prazeres*.

a sempre novidade que é escrever, eu morreria simbolicamente todos os dias. ” (p. 21).

Lispector, expressa constantemente em sua obra os limites da linguagem nessa busca incessante para conseguir se expressar. Em *A paixão segundo G. H.* lemos “A linguagem é o meu esforço humano. Por destino tenho que ir buscar e por destino volto com as mãos vazias. Mas volto com o indizível” (p. 178). De forma poética, Lispector (1994) fala da necessidade em que a linguagem se faz na sua existência, afinal, para ser humano é preciso usar a língua. Ao mesmo tempo, a escritora nos remete ao limite dessa língua.

Limite diante a existência humana, pois é diante da grandeza do que somos e sentimos que a linguagem mostra seus limites para nos expressar. Entre ser/sentir e pensar/falar/escrever parece haver uma lacuna, um limite que se faz conflito. O que percebemos ao ler Paz (2012), Barthes (1978) e o próprio Freud (1900 [1901]) é que a linguagem se faz a partir de nossa existência, possibilitando nos expressar, logo, sermos seres de expressão, mas o que expressamos através dela nunca engloba tudo o que somos ou sentimos, pois o que a linguagem diz sermos nunca irá coincidir com o que de fato somos. Algo restará a ser dito, a se saber, “nesse sentido, haverá sempre um fracasso da linguagem” (Plastino, 2008, p. 38). Plastino (2008) afirma que Lispector questiona “a possibilidade do eu exprimir a coisa” (p. 39). Podemos concluir que a escritora se depara aí com a impossibilidade humana de se expressar por completo, mesmo sendo, aliás, justamente por ser, um ser de linguagem.

Unheimlich – Esse estranhamento familiar

Para adentrarmos numa segunda característica que acreditamos existir na linguagem literária, cabe-nos introduzir de forma sucinta um conceito de Freud (1919). Foi no texto *O estranho* que o autor adentra no conceito de *Unheimlich*. O autor decide então estudar o que ele chama de sentimento de estranheza, compreendendo-o através da estética, que para ele não era “simplesmente a teoria da beleza, mas a teoria das qualidades do sentir” (p. 237). Na primeira parte do texto Freud se concentra em definir a palavra estranho – *Unheimlich* em alemão. O autor busca seu sentido denotativo em variados dicionários (alemão, grego, latim, francês e inglês) e percebe que *a priori* ela pode ser definida simplesmente por não familiar, esquisito ou sinistro, mas que em alguns casos ela também é usada como seu antônimo, ou seja, familiar, conhecido.

Hanns, (1996) no *Dicionário comentado do alemão de Freud*, nos recorda que *Un* é um “prefixo de negação aproximadamente equivalente a ‘des’, ‘in’ em português” (p. 232). O que Freud (1919) percebe é que na língua alemã a palavra *Unheimlich* além de carregar dentro de si seu oposto *heimlich*, é também usada nos dois sentidos: familiar e estranho.

Freud foi o primeiro a pensar o estranhamento – *Unheimlich* – como um conceito estético. O autor, ao analisar o conto de Hoffmann, nos mostra que o sentimento de estranhamento sentido pelo leitor é representado pelo medo de ferir ou perder os olhos. Freud explica que “esse estranho não é nada novo ou alheio, porém algo que é familiar e há muito estabelecido na mente, e que somente se alienou desta através do processo de repressão.” (p. 258). Esse efeito de estranheza – *Unheimlich* – foi associado por Freud (1919) ao “fenômeno do duplo” (p. 252).

Freud em 1919 já esclarece – mas se utilizando de outros termos – que o duplo se trata do instante em que a imagem falha, que o sujeito é destituído de sua

posição narcísica, retirando a ilusão de completude sustentada pelo imaginário, pelo sentido que este constrói para sustentar quem somos. O duplo seria então, esse momento *Unheimlich* em que o sujeito se faz saber como ser cindido: parte conhecida de si mesmo e parte inconsciente, logo, desconhecida por si.

Compreender o conceito de *Unheimlich* nos é fundamental já que para a psicanálise a estética, enquanto “teoria das qualidades do sentir” (Freud, 1919, p. 237), só pode ser pensada enquanto estética do desejo. Ou seja, como França (2012) retoma em seu livro *Psicanálise, estética e ética do desejo*, “o *Unheimlich* do desejo é nosso princípio estético” (p. 142). França discorre em seu livro sobre esse sujeito cindido – parte inconsciente – e seu desejo, para mostrar a criação como um “percurso singular do desejo, expresso nos efeitos sublimatórios (...) e os produtos criados (...) enquanto causa do desejo” (p. 142). O que a autora enfatiza em sua obra é como nosso desejo carrega essa marca inconsciente, esse não saber sobre si mesmo, que forma o *Unheimlich* do desejo.

Pensando na questão estética através de nosso objeto de estudo, a literatura, Umberto Eco (1971/2006) afirma que cada obra literária possui um código característico próprio, causando sempre um estranhamento no leitor, pois este não está familiarizado com suas regras. De acordo com este autor, “efeito de estranhamento” faz o leitor se tornar ativo na leitura, buscando uma significação particular da obra que lê.

Podemos pensar, então, que o estranhamento que sentimos ao ler uma obra literária ocorre devido a esse sentimento *Unheimlich*, ou seja, por conter algo de familiar, daquilo que me constitui mesmo estando recalcado, mas de uma forma inusitada, na qual, perco por um tempo minhas referências, minhas verdades ficam abaladas, podendo surgir outras ou apenas continuarem sendo questionadas. Situação que nos causa aflição, angústia, já que o material que nos

causou estranhamento é justamente aquele que estava recalcado e não sabemos – conscientemente – a razão.

O sentimento de *Unheimlich* foi aqui escolhido como mais uma das características possíveis de se encontrar em uma obra literária. Ele pode ser experienciado quando o texto é capaz de colocar o leitor nesse lugar sem sentido que revela sua falta estrutural. Ou seja, como França (2012) explica, quando o mesmo retira-nos de nossa posição narcísica (de completude), colocando um limite na representação ao revelar aquilo que o imaginário oculta – o real.

Há algo na obra literária que vai além do escrito, do representável, do consciente, e que toca o leitor. Isso pode abalar suas verdades, caso revele uma outra verdade sobre si, que está sempre oculta no inconsciente. Sobre isso França (2012) discorre: “O equívoco da experiência *Unheimlich* aponta a falha que ecoa a insuficiência do simbólico em recobrir o real. Na falha da miragem, o estranho se mostra e indica o Real impossível (...)” (p. 133).

O estranhamento que sentimos diante de palavras que nos parecem tão familiares, nos revela justamente o que já faz parte de nós, mas não temos acesso. Por isso Freud (1919) afirma sermos seres cindidos, parte inconsciente, logo, não saber sobre si. Mas Lacan (1959-1960) nos mostra que o que a literatura aponta é para o que há de mais fundo no inconsciente, seu núcleo, aquilo que foge da representação, que não temos acesso e se faz impossível de compreender, revelando nossa falta estrutural: o real.

Escrever e ler seriam, então, formas de tentar ter acesso ao que nos é mais íntimo, ao que somos sem saber sê-lo. Mas a linguagem sempre esbarra nesse real. Ele é seu limite, já que esse registro escapa à simbolização impossibilitando nossa representação. Assim, como Lacan (2005) já havia dito, o real se situa à margem

da linguagem, mas é a partir dessa experiência *Unheimlich* que ele nos é apontado, que reconhecemos sua existência.

Participação e desejo do leitor

Ainda temos uma terceira característica encontrada numa obra de arte, que está também estritamente ligada às questões subjetivas, e diz da legitimação dela. Como já dito, o leitor não é passivo, pelo contrário, ele é tão ativo que cabe a ele dar sentido à obra, mesmo esse sentido sendo pessoal e singular, referente apenas às suas experiências psíquicas. Assim, ao falarmos de uma legitimação, pensamos como uma terceira característica a hipótese de que o leitor também seja um legitimador da obra literária.

Green (1994) afirma que o leitor, ao se deparar com um texto, vê a junção de letras e só começa de fato a enxergar o escrito quando dá sentido a essa junção. Ao fazer esse movimento, Green explica que o leitor representa para si mesmo o texto, logo, muda de posição, pois como um espelho, ele “liga dentro de si uma cadeia de representações, que pertence a ele e não ao texto” (p. 23).

Para Green (1994), o texto diz “olhe para mim” ao mesmo tempo em que o leitor diz “mostre-me”, o que logo em seguida, com a leitura, gera a inversão dessa preposição, fazendo com que o leitor diga “mostre-me” e nesse exato momento o escritor fale “olhe para si” (p. 25). O que o escritor mostra é o resultado de um processo de criação, um filho. E o leitor se identifica com essa criação, afirma Green, desejando assim tê-lo escrito. “De fato, todo leitor deseja profundamente ter escrito o livro de que gostou e que o despertou para o prazer, assim como todo escritor goza por identificação com o prazer que ele mesmo provocou” (p. 25).

Literatura e o sujeito do desejo

Gradiva foi a primeira análise de obra literária que Freud (1907[1906]) publicou. Seu percurso é extremamente interessante e nos esclarece essa emancipação que a obra tem de seu criador. Percebemos durante a leitura desse artigo de Freud que não estamos nos deparando com uma análise de seu autor (Jensen), por mais que ela seja produto de seu inconsciente e consciente, a mesma acaba por construir um inconsciente próprio, passível de ser analisado independentemente de seu criador.

Nesse momento Freud (1907[1906]) percebeu o jogo mostrar/ocultar presente não apenas na fala humana, mas em todas suas criações. Concluindo que a obra, como filho do autor, é uma produção que depois de terminada, se torna autônoma dele, indo além do seu criador.

A obra pode revelar, sim, algo do próprio desejo do autor. Já que, como Freud percebeu e demonstrou em diversas obras – *A interpretação dos sonhos* (1900[1899]), *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana* (1901), *Os chistes e sua relação com o inconsciente* (1905), *Fragments da análise de um caso de histeria* (1905[1901]) – todas as produções do inconsciente (e o texto literário é uma produção que abarca material consciente e inconsciente) tais como: os chistes, sonhos, lapsos, erros e o sintoma, são expressões de desejos recalcados que conseguiram romper a censura e ir à consciência – cada um à sua maneira, ainda com resquícios de uma censura. Mas mais do que revelar algo sobre o autor, Freud (1907[1906]) percebe que a obra cria seus próprios mecanismos de mostrar/ocultar, ou seja, sua própria dinâmica e existência.

Já a identificação do leitor com o texto não revela uma semelhança deste com o autor nem dele com a obra em si, identifica-se é com o que a obra mostra do leitor para o leitor, é com o inconsciente da obra que vai de encontro com o de quem a lê (com aquilo que é seu, mas até aquele momento o acesso estava vetado,

recalcado). Ou seja, a identificação se dá com a revelação que o texto revela, de nosso desejo inconsciente e oculto por nossos sintomas.

Já a criação, a colocamos aqui não apenas como um processo psíquico do escritor, pelos motivos óbvios – o da feitura da obra –, mas também e pela mesma razão que torna o leitor criador, que é consequência do processo de identificação com a obra: o encontro, o vislumbre e arrebatamento do próprio desejo. Esse processo de identificação com o próprio desejo leva o escritor e o leitor a criarem a obra. Um a escrever, outro a transformar o texto – e a si próprio – com sua leitura.

Sobre o leitor, Paz (2012) afirma: “um poema só se realiza plenamente na participação: sem leitor, a obra só existe pela metade” (p. 47). Toda obra teria, assim, dois momentos, um que se refere à sua criação, ou seja, a do escritor em sua produção. O outro é quando o leitor a lê. Nesse momento o texto é recriado. Novos sentidos são descobertos, criados, e por isso mesmo podemos dizer que a função que a obra literária cumpre para seu criador, o escritor, é a mesma que se realiza com seu leitor. “Cada leitor procura alguma coisa no poema. E não é nada estranho que a encontre: já a tinha dentro de si” (Paz, 2013, p. 32). Esse dentro de si, compreendemos como aquilo que se refere ao desejo do leitor.

De acordo com Barthes (1978), a literatura é sempre a representação do real – real não como realidade, mas no sentido lacaniano, ou seja, como aquilo que escapa à realidade, que remete a falta originária de nossa estrutura, o núcleo do inconsciente, o que sempre resta por ser impossível de ser simbolizado. Para Barthes a literatura é uma recusa em aceitar o real, ou seja, escrever e ler literatura são tentativas do homem de representar-se, de simbolizar e compreender seu núcleo inconsciente, aquilo que não sabe sobre si, sobre sua existência. Segundo o autor, escrever e ler seriam uma busca incessante pelo saber.

Literatura e o sujeito do desejo

Green (1994) descreve em *O Desligamento* o caminho que o leitor percorre diante da escolha de um livro, ou seja, o autor liga o desejo pela leitura com um desejo pelo conhecimento, por algo a mais que ainda não temos acesso, uma curiosidade que se aponta desde o encantamento pela capa do livro até a leitura de cada página. Um desejo de saber que está ligado à sexualidade.

Ler e escrever, afirma Green (1994), são pulsões parciais domesticadas pela educação, ou seja, pulsões inibidas quanto ao seu objetivo, dessexualizadas e deslocadas, por isso mesmo, sublimadas. Freud (1930) já havia nos dito isso, mas Green (1994) retoma para falar do desejo de escrever e ler como um substituto afastado de um desejo de ver e saber que está de acordo com toda curiosidade sexual. Para o autor, tal curiosidade foi sublimada, perdendo assim seu caráter sexual e transposta a outro objeto, no caso os livros. O desejo de ver ainda se mantém, afirma Green (1994), mas não mais com o caráter sexual. Os livros seriam, então, de acordo com o autor, uma promessa de conhecimento, de um saber que todos desejam ter, saber ligado à nossa sexualidade, à nossa existência como tal.

O que nos leva a ler? A busca de prazer pela introjeção visual que satisfaz certa curiosidade (...). Podemos inclusive questionar se o critério da literatura não é, justamente, produzir textos que não conseguem evitar sua relação com o prazer. Trata-se, de fato, de prazer experimentado, pelo/ com o olhar. (Green, 1994, p. 21)

Nessa passagem percebemos que Green fala de uma busca pelo prazer ligada ao visual, a pulsão que se satisfaz pela escopofilia. A literatura pode ser compreendida aqui como uma promessa de saber que todos desejamos ter, mas

que nenhum de nós tem acesso, um saber sobre a sexualidade, sobre essa parte inconsciente que rege nossas escolhas e vidas.

Sobre esse saber que a literatura possui, Barthes (1978) nos diz que, ao contrário do que muitos pensam, “o saber que ela mobiliza nunca é inteiro nem derradeiro; a literatura não diz que sabe alguma coisa, mas que sabe algo de alguma coisa” (p. 19). Enquanto a ciência trabalha procurando verdades, a arte não demonstra compromisso com esta. Acreditamos aqui que como toda arte, a literatura não tem função nem obrigações, e é justamente por não tê-la que ela consegue alcançar tão bem aquilo que a psicanálise batalha, teoriza e pratica para chegar, a verdade do sujeito, aquilo que lhe é mais íntimo e mais único, seu desejo.

França (2012) afirma que a maneira que a arte – e aqui nos referimos em específico à literatura – encontra para acessar os efeitos de verdade do sujeito ocorre quando ela aponta para o real. Sobre isso, Barthes (1978) fala que a literatura “sempre tem o real por objeto de desejo” (p. 23), por isso mesmo, ela é utópica, já que o real nos é inacessível. Leyla Perrone-Moisés, tradutora do livro *Aula*, de Barthes (1978), afirma no posfácio dessa obra que “para o escritor, a língua não é uma mina de riquezas ou um repertório de possibilidades; a língua é insuficiência e resistência” (p. 65). Se escrever e ler é tentar incessantemente representar o real, nos fazer compreender, a língua sempre será limitada para tal desejo. Como já dito, por mais que ela represente, que a palavra nos expresse e nos permita descobrir o novo, há sempre um limite na qual ela esbarra. Resistir à língua, tentar transpô-la, é o que o escritor faz ao utilizar dela para expressar algo (se expressar) além do que a língua é capaz de representar.

Por esse motivo (ou seja, por a literatura apontar para o real) que acreditamos que ela só diz sobre as faltas. Mas Plastino (2008) faz uma afirmação interessante sobre isso: “Falar da falta é falar do desejo, uma vez que ela existe como elemento

acionador do desejo” (p. 57). Apontar para o real, como afirma França (2012), é tocar em nossa falta estrutural, naquilo que temos de mais íntimo, mas como uma interrogação. E se isso pode produzir efeitos de verdade no sujeito, a autora dirá que é por tocar nos desejos recalçados e associados às nossas experiências primitivas.

Conclusão

Ler pode se tornar, então, uma possibilidade de nos depararmos com aquilo que é nosso, com nosso desejo, ou pelo menos nos aproximarmos dele. Escrever e ler podem se tornar dois momentos de uma experiência só: a de fusão dos nossos contrários, de encontro das pulsões, fusão de *Eros* e *Thanatos*, é momento de *Unheimlich* e êxtimo, de belo e horror, experiência de um ir além de si, de ser eu e ser outros, de ser eu justamente porque tenho outros em mim.

Podemos concluir que a obra literária (com sua linguagem própria e seus efeitos *Unheimlich*) pode suscitar o que Green (1994) chama de “transferência de existência” (p. 246), uma transferência que vai do olhar do escritor, que a legitima ao emancipá-la oferecendo-a ao mundo, até o leitor, que surge como seu segundo criador. Desse deslocamento, acreditamos que possam advir efeitos de verdade tanto no escritor quanto no leitor. Efeitos, porque como vimos aqui, dessa verdade sabemos que ela fala apenas sobre nosso desejo. E desse desejo, acreditamos que a literatura surge aqui como uma das possíveis formas de contorná-lo, vislumbrá-lo, mais próximos de nós. Sobre isso, Manoel de Barros (1998/2013b) pode nos dizer de forma bela: “Pelos meus textos sou mudado mais do que pelo meu existir.” (p. 63).

Referências

- Barros, M. (2013a). *Biblioteca Manoel de Barros [coleção]: O livro das ignoranças*. São Paulo: LeYa. (Original publicado em 1993)
- Barros, M. (2013b). *Biblioteca Manoel de Barros [coleção]: Retrato do artista quando coisa*. São Paulo: LeYa. (Original publicado em 1998)
- Barros, M. (2013). *Biblioteca Manoel de Barros [coleção]: Ensaios fotográficos*. São Paulo: LeYa. (Original publicado em 2000)
- Barthes, R. (1978). *Aula*. Trad. de Leyla Perrone-Moisés. São Paulo: Editora Cultrix.
- Eagleton, T. (2006). *Teoria da literatura: uma introdução*. 6^a ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Eco, U. (2006). *A estrutura ausente*. Trad. de Pérola de Carvalho. São Paulo: Perspectiva. (Original publicado em 1971)
- França, M. (2012). *Psicanálise, estética e ética do desejo*. São Paulo: Perspectiva.
- Freud, S. (1996). A interpretação dos sonhos. Em: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Vol. 21. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1901)
- Freud, S. (1996). Delírio e sonhos na Gradiva de Jensen. Em: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Vol. 21. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1907)
- Freud, S. (1996). O estranho. Em: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Vol. 27. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1919)
- Garcia-Roza, L. A. (2004). *O mal radical em Freud*. 5.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Original publicado em 1990)

Literatura e o sujeito do desejo

- Green, A. (1994). *O desligamento: psicanálise, antropologia e literatura*. Rio de Janeiro: Imago.
- Hanns, L. A. (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Hoffmann, E.T.A. (1993). *O Homem da Areia*. Rio de Janeiro: Imago.
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1960)
- Lacan, J. (2005). *O Simbólico, o Imaginário e o Real em Nomes-do-Pai*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lajolo, M. (1981). *O que é literatura*. São Paulo: Brasiliense.
- Lispector, C. (1994). *A paixão segundo G.H.* Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Paz, O. (2012). *O arco e a Lira*. São Paulo: Cosac Naify.
- Plastino, G. (2008). *O discurso da falta em Clarice Lispector: “Laços de família”*. 2ed. Osasco: Edifício.

8

Enigmes de la créativité et de la création en psychanalyse pour une éthique psychanalytique de l'art

Marjorie Roques

Université de Caen-Normandie – France

Anne-Valérie Mazoyer

Université de Toulouse Jean Jaurès – France

Introduction

Dès ses débuts, la psychanalyse s'est intéressée à la culture et s'est inspirée des œuvres artistiques. Freud souligne à quel point elles sont une source précieuse qui enrichit la clinique psychanalytique: productions culturelles, études de cas et monographies se nourrissant mutuellement. Pour lui, les écrivains et les poètes « ont coutume de savoir une foule de choses entre ciel et terre, dont notre sagesse d'école ne saurait même pas rêver » (Freud, 1907/1986, p. 141). Sans avoir eu recours à la technique psychanalytique, et sans enseignement académique, les artistes possèdent une large connaissance du fonctionnement psychique. Freud leur reconnaît en effet une justesse clinique dans l'appréhension des mouvements de l'âme.

Dans ses nombreux articles et essais, il célèbre sa dette envers les grands auteurs (Bayard, 2003). Son habileté dans l'analyse des œuvres d'art (Freud, S.,

1910/1927, *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*; Freud, S. 1914a/1985, *Le Moïse de Michel-Ange*) est remarquable. Il ne plaque pas la théorie psychanalytique, il se laisse pénétrer par elles. Il découvre ainsi dans les mythes et autres tragédies, les fondements de la psychanalyse alors à ses balbutiements, et dégage des concepts tels que l'inconscient, le symbolisme, le rêve. Citons *La Gradiva* (Freud, 1907) de Jensen qui atteste sa théorie sur le rêve, *L'Homme au sable* de Hoffmann (1817/1964), ou encore *Personnages psychopathiques à la scène* (Freud, 1905/2006), qui lui permet de décrire le sentiment d'inquiétante étrangeté provoqué par le retour du refoulé. En outre, tel que le rappelle Anzieu (Chasseguet-Smirgel et Grunberger, 1979), les deux grandes organisateurs du psychisme humain doivent leurs noms à deux tragédies grecques: Œdipe et Narcisse.

Le précurseur de la psychanalyse ouvre également la voie à la compréhension des processus créateurs et à leurs sources par la théorie psychanalytique (Brun, 2005). Il ne cherche pas dans ses écrits à introduire l'art dans la cure analytique, mais davantage à saisir le lien entre art et psychanalyse, en envisageant le destin artistique/esthétique des motions pulsionnelles. Il s'intéresse aux effets de l'œuvre sur le spectateur et aux affects qui se manifestent face à elle, signant la levée des défenses et des tensions conflictuelles. L'œuvre soulage le spectateur de désirs insatisfaits ou impossibles à satisfaire, et le plaisir ressenti favorise la libération des sources pulsionnelles inconscientes (Freud, 1908a/1971). Lire un ouvrage, écouter de la musique ou assister à un spectacle a un effet dit cathartique, les œuvres purgent des passions et libèrent les pulsions. Freud voit dans le théâtre par exemple, le prolongement du jeu, le spectateur s'identifie au héros et en tire une satisfaction, permettant la réalisation de son désir.

Korff-Sausse (2006) met en lien la figure du spectateur face à une œuvre et celle de l'analyste, elle tisse une analogie entre le travail psychique du psychanalyste et le fonctionnement psychique du spectateur. Elle établit également

un parallèle entre contre-transfert dans la cure analytique et dans l'expérience esthétique. Elle rappelle que : « la pensée psychanalytique contemporaine insiste beaucoup sur la nécessité – et la difficulté – du partage de l'expérience entre le thérapeute et son patient dans la clinique du traumatisme » (p. 516). Korff-Sausse soutient combien le modèle du contre-transfert peut être envisagé comme outil de connaissance dans l'esthétique. Le spectateur est comme l'analyste, surface de projection de contenus appelés à être métabolisés et digérés par l'activité transformationnelle (fonction alpha chez Bion) et ce, en vue d'une appropriation subjective de contenus et de vécus psychiques souvent intolérables et peu figurables. Si le spectateur, par son travail de déchiffrage, participe à l'acte de création, l'analyste tente, dans des situations assez extrêmes, de constituer du psychique, de faire advenir le symbolique, de produire de la pensée là où le traumatique peut conduire à des butées du travail psychique et des associations. L'œuvre peut alors faire fonction d'objet transitionnel au sens de Winnicott (1971) et transformationnel tant pour celui qui fabrique que pour celui qui contemple. Elle constitue là une externalisation des instances psychiques en favorisant les échanges entre les deux psychés et en soutenant des échanges entre le dedans et le dehors (Guillaumin, 1998).

Rôle et impact du sexuel dans la création chez Freud. La sublimation

Aborder la question de la création exige de se confronter à une notion psychanalytique complexe : la sublimation¹. Dès 1908, dans « La morale sexuelle civilisée », Freud (1908a/1971) en propose une définition qui semble parcourir son œuvre. « La pulsion sexuelle met à la disposition du travail culturel des quantités

1. Nous nous sommes référés au travail de Grunberger, B., Chasseguet-Smirgel, J. (1979). *La sublimation : les sentiers de la création*. Paris : Tchou.

de forces extraordinairement grandes et cela par la suite de cette capacité spécialement marquée chez elle de pouvoir déplacer son but sans perdre pour l'essentiel de son intensité. On nomme cette capacité d'échanger le but sexuel originaire contre un autre but qui n'est plus sexuel mais qui lui est psychiquement apparenté, capacité de sublimation » (p. 33). La sublimation devient une capacité d'échanger le but à l'origine sexuel contre un autre qui n'est plus sexuel, mais qui est psychiquement parent avec le premier. L'objet et le but de la pulsion sont transformés, au point que la pulsion sexuelle se satisfait dans une œuvre non sexualisée. Dans le *Malaise dans la culture* (Freud, 1929/1992), la sublimation renvoie au travail psychique qui transforme la pulsion sexuelle en un but valorisé via des créations, elle est associée au développement culturel et à des activités dites *élevées* que sont l'art, la science etc. Si, dans la sublimation, la libido sublimée est désexualisée suite à son passage dans le moi, il n'en reste pas moins qu'elle demeure en rapport avec les pulsions sexuelles qui en sont la source et le moteur. Si la survie psychique nécessite le respect du principe de réalité, c'est-à-dire supporter la répression des pulsions et la frustration, grâce à la sublimation, les pulsions sexuelles trouvent un moyen d'être satisfaites, autre que par la décharge ou l'ajournement. Selon De Mijolla-Mellor (2012), la sublimation « a cette particularité de tenir compte de l'interdit et de le dépasser, ce faisant, elle donne l'impression de l'ignorer » (p. 25). La sublimation se situe donc à la croisée des pulsions sexuelles et des pulsions d'autoconservation. Seules les pulsions sexuelles se subliment mais c'est l'autoconservation qui pousse à la sublimation.

Freud considère la sublimation comme un destin exceptionnel de la pulsion. Il pense que ce mécanisme est à l'origine de la culture. La sublimation est le quatrième destin possible de la pulsion après le renversement dans son contraire, le retournement sur la personne propre et le refoulement. La principale différence

entre refoulement et sublimation est la suivante : pour le premier, le destin porte sur les représentations liées à la pulsion, tandis que pour la seconde, le destin porte sur la pulsion elle-même, dont les buts et les objets sont modifiés. En outre, la sublimation constitue une issue économique moins coûteuse. En 1914, le concept de narcissisme permet à Freud (1914b) de développer sa théorie du processus de sublimation qu'il distingue de l'idéal du moi, mettant en œuvre fortement le refoulement. La sublimation, elle, satisfait aux exigences pulsionnelles sans le recours au refoulement. Le créateur, fort des tendances sublimatoires, ne recherche pas la satisfaction sexuelle directe, mais la gratification narcissique. Freud assimile la sublimation à un deuil objectal. Le Moi, devant renoncer à l'objet, se propose à l'amour de son Ça pour se substituer à celui-ci. Pour cela, une partie du Moi s'attribue les traits de l'objet. Ainsi *être comme* remplace *aimer*. On passe alors de la libido d'objet à la libido narcissique, c'est-à-dire d'un but sexuel à une déssexualisation. La sublimation s'avère ici possible grâce à l'identification, c'est-à-dire un mécanisme qui permet au Moi de renoncer à placer ses objets idéaux à l'extérieur de lui-même. De Mijolla-Mellor (2012) entend la sublimation comme une ré-érection du Moi dans le Moi, dans le sens où « c'est à partir des investissements narcissiques primitifs qu'une partie de la libido a été prêtée à l'objet pour l'édifier une première fois » (p. 93). Elle s'écarte sensiblement de la conception freudienne, pour postuler que les activités désignées par la sublimation ne sont pas forcément socialement valorisées et que « le critère qui en fera des sublimations ne peut tenir qu'à cette négociation interne du sujet avec son narcissisme et ses instances idéales » (p. 297).

Créativité, création, symbolisation: les apports de Winnicott et de Roussillon²

Roussillon (2012) rappelle que le fondement de la création est le sexuel pour Freud, tandis que pour Winnicott, le sexuel s'avère secondaire. Si Freud développe la problématique de la création, Winnicott se centre sur la créativité, entendue comme potentiel créateur. Selon Winnicott (1988), la créativité s'apparente à une potentialité créatrice présente en chacun³ de nous et mobilisée ou mobilisable. Il ajoute que la créativité est ce qui donne le sentiment que la vie « vaut la peine d'être vécue » (p. 40). Elle se distingue de la création qui est engagée dans un destin artistique nécessitant la mobilisation d'un talent. La créativité peut renvoyer aux solutions proposées par le sujet, alors que la création ne concerne que des œuvres finalisées et reconnues par le public. La créativité, fortement associée à l'illusion, est mise en jeu dans l'aire transitionnelle. Villa (2011), dans la lignée de Winnicott, associe créativité primaire et aire transitionnelle. Discutant la distinction féconde entre *faire par impulsion* (ce qui caractérise la vie créatrice) et *faire par réaction* (à un stimulus), il rappelle combien prédominent la prise en compte des besoins du moi et l'impossible dissolution du complexe d'œdipe, qui se manifestent par un échec du passage de l'omnipotence à la créativité. Il nous dit que « c'est ici un faire vivant. Cette aire se situe entre la créativité primaire et la perception fondée

2. Les travaux de Winnicott notamment sur la menace d'anéantissement (non daté) nous semblent incontournables car les traumatismes froids ou primaires affectent les processus de symbolisation. Les agonies primitives, cherchant à s'imposer au moi (comme des hallucinations) pour être figurées et liées à une représentation, peuvent constituer une réserve d'incrédible selon Green (1982) (Duparc, 1997) (Pirlot, Cupa, 2012). Autrement dit, elles encouragent à inventer et à créer des formes pour donner un lieu à ces éléments insuffisamment métabolisés. L'élaboration créative ferait advenir les perceptions traumatiques sans cesse répétées ou au contraire oubliées -au prix d'un coûteux assèchement de la vie psychique- au statut de souvenir.

3. Comment oublier l'introduction du ludique dans la cure thérapeutique avec l'enfant ? Winnicott (avec le squiggle) a introduit la production créatrice comme support de la rencontre clinique. Il tente de suppléer les carences associatives du sujet et permet ainsi un accès à la vie fantasmatique.

qu'intervient l'aire intermédiaire où s'accomplissent ces phénomènes transitionnels qui permettent de passer de la non-existence à l'existence, de l'être à sur l'épreuve de réalité » (Winnicott, 1988, p. 42). L'objet ou plutôt sa création procède de l'omnipotence du nourrisson, car avant même « d'être perçu », il « est investi » (Lebovici, 1983, p. 20). Selon Winnicott (1975a), « la créativité, alors, est la capacité de conserver tout au long de la vie quelque chose qui est propre à l'expérience du bébé : la capacité de créer le monde » (p. 91). A ce titre, il met au cœur du processus créateur la relation d'objet. Remarquons que sa conception diffère de celle de Freud qui place la pulsion au cœur de ce processus.

La théorie de la transitionnalité et le concept de trouvé-crée permettent de considérer la vie imaginative dans son lien avec la réalité, aussi ils offrent un éclairage sur les processus liés à la créativité et à la création. Ici, la satisfaction hallucinatoire du désir rencontre la réalité créable : l'objet créé par l'hallucination rencontre l'objet trouvé, à savoir l'objet de la réalité externe, présenté par la mère ou par l'environnement. La satisfaction hallucinatoire du désir se maintient grâce à la rencontre avec une réalité qui accepte d'être créée, transformée. L'objet s'ajuste aux besoins du bébé et accepte d'être transformé par lui, de même, le bébé éprouve l'illusion de créer à partir de ce qu'il lui est donné, ce qui participe à la construction de soi, de sa subjectivité, dans le sens d'intégration de pans d'éléments et de création à partir de l'informe. Le processus créateur émerge de cette rencontre entre la satisfaction hallucinatoire du désir (le créé) et la réalité (le trouvé)⁴. « La mère place le sein réel juste là où l'enfant est prêt à le créer, et au bon moment » (Winnicott, 1975a, p. 21).

Parce que l'objet créé rencontre l'objet trouvé, le sujet développe une sorte de

⁴. Ce que Roussillon (1998) traduit comme la source du besoin de créer, lequel trouve son origine d'un écart non trop irréductible entre le trouvé et le créé. Si cette réalité ne se trouve pas au bon moment, alors le processus hallucinatoire du désir sera suspendu ou abandonné.

confiance avec la réalité extérieure et peut investir une activité culturelle, artistique ou scientifique⁵. L'analyse des processus créateurs nous amène à saisir l'émergence de la vie psychique ou plutôt comment le psychisme est encouragé dans la voie de la symbolisation, de la figuration et de la représentation. La symbolisation s'avère être la finalité de l'appareil psychique : l'intégration et la liaison psychiques permettent de se construire et de se représenter le monde environnant. La créativité se met en œuvre lorsqu'elle rencontre l'objet premier à symboliser, celui-ci devenant appareil à symboliser ou encore dispositif de symbolisation. Il est objet à et *pour* symboliser. « Symboliser c'est relier sur fond de déliaison, de rupture, des liens à reconstruire par la pensée » (Vacheret, 2015, p. 13). Outre la symbolisation, Roussillon (1998, 2008) fait du *besoin de créer*, le modèle de la création qui interroge le sexuel et se substitue au désir de créer où le sexuel ouvre à la question de la création⁶. Le besoin de créer se caractérise par un juste écart entre le trouvé et le créé. Le sujet est alors autant créateur que créé, dans le sens de transformé par les productions (communication intrasystémique). Il existe un transfert de la matière dans le dispositif symbolisant afin de lui donner une autre forme. La transitionnalisation du rapport à la production créatrice s'effectue aussi dans l'intériorité psychique. La créativité est précisément la relation qu'un sujet entretient avec la réalité extérieure, relation non d'assujettissement mais d'échanges dans un espace transitionnel. Les potentialités primaires du bébé s'actualisent dans les réponses de l'environnement, objet aux qualités de contenance, de malléabilité, de constance, de patience et de plaisir (Roussillon,

5. Les développements sur le vrai et le faux self permettent à Winnicott de distinguer ce qui relève du rêve de la rêvasserie, autrement de la fantasmatisation. Avec la fantasmatisation ou la rêvasserie se développe une activité mentale compulsive, la réalité échoue à être intégrée dans le monde interne, les processus d'introjection ne peuvent se mettre en place. L'imagination au contraire prend appui sur la vie réelle et son utilisation possède une valeur enrichissante pour le psychisme.

6. Roussillon (2008): le sexuel est au départ motif caché du processus créateur pour ensuite devenir la force liante, la poussée qui favorise la mise en œuvre.

2012), donnant du sens aux premiers mouvements pulsionnels et affectifs. Ainsi, le lien de l'enfant avec sa mère conditionne sa relation avec la réalité et lui permet de développer plus ou moins ses capacités créatives.

Le processus créateur

Anzieu (1981) s'insère entre les théories de Freud et de Winnicott pour distinguer la créativité et la création : « la créativité se définit comme un ensemble de prédispositions du caractère et de l'esprit qui peuvent se cultiver et que l'on trouve sinon chez tous (...) du moins chez beaucoup. La création, par contre, peut être définie comme l'invention et la composition d'une œuvre, d'art ou de science, répondant à deux critères : apporter du nouveau, en voir la valeur tôt ou tard reconnue par un public. Ainsi définie, la création est rare. La plupart des individus créatifs ne sont jamais créateurs (...) » (p. 17).

Anzieu (1981) s'intéresse davantage au poïétique qu'à l'esthétique, c'est-à-dire aux mouvements qui œuvrent à la production créative : du bouleversement à la publication, à la communication de la production artistique, en passant par le code (le style, la forme) de l'œuvre. Il appréhende le processus créateur en 5 phases parcourues de façon simultanée ou successive par le sujet créateur, pendant que le sujet créatif en traverse une ou quelques-unes.

Le premier temps: le saisissement créateur

A la faveur d'une crise intérieure (appelée saisissement, inspiration, régression), le sujet se laisse aller à une dissociation ou à une régression. Il rappelle la conceptualisation de Missenard (1979) sur *le décollage*, entendu comme la circonstance provoquant le saisissement. Il s'agit d'un moment à risque où le sujet accepte de se libérer des carcans de la vie et du réel, d'une liberté où l'enjeu est de

se démarquer. Le saisissement qui se définit par cet état psychique traumatique dont la représentation serait l'issue, se retrouve aussi chez M'Uzan (1977). Selon lui, certaines de ces activités psychiques sont précédées par cet état particulier qu'il nomme *saisissement* et qui correspondrait à ce que les artistes nomment l'inspiration. Ce dernier, caractérisé par « une modification de la naturelle altérité du monde extérieur », « l'altération de l'intimité silencieuse du Moi psychosomatique » et « le sentiment d'un flottement des limites séparant ces deux ordres avec une connotation d'étrangeté » (pp. 3-27), serait traumatique. M'Uzan en déduit que l'activité de représentation permettrait de dépasser une situation traumatique.

Le second temps : la prise de conscience des représentations psychiques inconscientes

De ce voyage intérieur, la partie consciente du moi rapporte un matériel inconscient, réprimé qui va devenir le noyau organisateur de l'œuvre.

Le troisième temps : Un code qui devient corps

Ce noyau organisateur est institué (code) et génère une œuvre originale. Ce code trouve chair dans un matériau qui lui donne forme.

La composition de l'œuvre

Cette composition peut être assimilée à une formation de compromis comme le symptôme. Le surmoi opère des censures et travaille son style, impose des règles esthétiques afin que la production soit communicable, partageable. Les processus secondaires sont mobilisés à cette phase du travail créateur.

La production de l'œuvre au dehors

Nombre d'œuvres sont brûlées, détruites avant d'avoir pu être exposées à autrui. Dernière étape du processus créateur, la livraison au-dehors s'apparente à

un dévoilement de l'intime où le sujet accepte de voir sa production critiquée, jugée, évaluée par d'autres et poursuivre ainsi son destin. Le rapport du créateur à l'œuvre s'achève. Cette étape permet de mettre fin à un prolongement narcissique de l'auteur par l'œuvre. La composition travaille la psyché du public, procure des émotions, facilite un travail de rêverie.

Le créateur est celui qui doit faire avec des charges pulsionnelles restées à l'état de tension (« l'inemployé », Anzieu, 1996, p. 29) et qui ne trouvent pas à se décharger dans la vie quotidienne ni à se lier suffisamment à d'autres investissements du sujet. Selon une acceptation économique, l'inemployé renvoie à ce qui déborde le psychisme et qui met en échec un système d'adaptation. (...) une expérience est advenue, qui n'a pas été enregistrée, ni même éprouvée comme telle (...). L'œuvre tisse sur les traces laissées par ce surgissement une toile d'araignée pour les capter, elle leur fournit une enveloppe fragile dont elle suture incessamment les déchirures (...). Le créateur est donc celui qui est débordé, rappelant en cela l'effraction du pare-excitation mise en jeu dans le trauma. L'œuvre est ce qui donne corps par la sollicitation de médias sonores, kinesthésiques, langagiers, picturaux... Le débordement par les pulsions ne s'apaise pas avec le processus créateur, car le sujet doit affronter aussi sa propre destructivité, pouvant laisser l'œuvre à l'état de projet avorté. En cela, l'art et plus largement la créativité, sollicitent la mort et la sexualité. L'envie haineuse activée peut aller jusqu'à exiger la destruction de l'œuvre mais aussi l'extinction de la fécondité créatrice. Le repli narcissique et la régression sont des temps à haut risque car l'unité narcissique est menacée. Il n'est pas tout de gérer le surgissement, l'inspiration, le saisissement dépersonnalisant, il s'agit aussi de souffrir durant un labeur drainant dans son sillage dévalorisation, honte et angoisse.

L'inemployé (Anzieu, 1996) ou des mouvements pulsionnels en manque de contenant, exige leur traitement par des représentations de choses. Le destin d'une production, d'une création s'apparente alors à une mise en œuvre de l'inemployé et rompt avec d'autres logiques telles que la mise en acte, l'hallucination, la décharge qui sont des traitements différenciés d'une force pulsionnelle en attente d'élaboration, de destin psychique. Le processus à l'œuvre dans la création n'est pas sans activer nombre de résistances narcissiques: certes, le créateur connaît une forme de surestimation narcissique, visant à repousser l'échéance de sa propre mort ou avoir l'illusion que ses écrits, sa production, demeureront après sa disparition. Il connaît aussi un mouvement de dévalorisation de ses productions : il doit supporter les mouvements d'envie haineuse à destination du corps maternel et de ses contenus, puis dans un second temps, le retournement de ses mouvements haineux sur soi dans une crainte de représailles. Aussi, le processus créateur est-il jalonné d'idéalisation et de persécution.

Traumatisme et création : la « contrainte à créer » et « l'art du danger ».

M'Uzan (1977) remarque que chez les créateurs, la représentation est insuffisante pour sortir de la situation traumatique. Pour la dépasser, ils ont donc recours à une seconde opération : la création. Cette seconde opération est nécessaire car la représentation les submerge d'un flot d'images provoquant un nouveau traumatisme : « jeu d'une élaboration autarcique », elle « reviendrait à une forme d'aliénation » (pp. 3-27). La création permettrait donc de sortir de cette aliénation dans le sens où elle consiste à décrire à autrui sa situation intérieure. Ces idées correspondent à ce que Roussillon (1998) appelle la *contrainte à créer* : une expérience, débordant les capacités de liaison d'un sujet, n'a pu être appropriée

subjectivement c'est-à-dire trouvée-crée. La création apparaît alors comme le seul moyen de s'approprier secondairement cette expérience. S'inspirant de la conception kleinienne de la réparation⁷, Chasseguet-Smirgel (1971) distingue, dans le processus créateur, des démarches qui visent à réparer l'objet et celles qui visent à se réparer, se rapprochant de la contrainte de créer. Ici, l'écart entre le trouvé et le créé s'avère excessif, la pulsion sexuelle n'a plus une fonction de liaison et, dès lors, ne peut contenir les forces destructrices. La contrainte à créer est aussi une contrainte à détruire (Roussillon, 1998). Elle se caractérise par une tentative de transitionnalisation d'une expérience qui a échoué à être intégrée psychiquement et qui se trouve en marge du psychisme. La symbolisation primaire n'a pas eu lieu et cherche à s'effectuer à l'aide du dispositif-symbolisant. Le lien avec la production peut être qualifié de secondaire au sens où le sujet cherche à créer à l'extérieur parce qu'il souffre. Soit la production doit rester à portée (agrippement perceptif), soit il est exigé qu'elle disparaisse et avec elle, ce qu'elle tentait de suturer. Or, Chouvier (1998), rappelle que la « création n'est pas cette seconde peau de perfection qui vient colmater les brèches d'une psyché défaillante soumise au décroire » (p. 131). Des expériences non advenues peuvent renforcer cette contrainte à créer, le refuge dans la création devient alors une exigence pour tenter de maîtriser l'événement. C'est ainsi que la production n'a de cesse de matérialiser les contenus psychiques, la zone du traumatisme primaire de la psyché restant non lié, clivé des processus intégrateurs de la subjectivité. La création artistique est alors compulsivement répétée (y compris dans les thèmes de l'œuvre) afin de tenter de réduire cette béance au cœur de la subjectivité. La production matérialise alors la rencontre manquée entre le trouvé et le créé.

7. Voir M. Klein. (1929/1968) : La réparation dépend de l'élaboration de la position dépressive. Celle-ci autorise une relation à l'objet de type ambivalent et met en œuvre des défenses plus névrotiques comme : l'inhibition, le refoulement et le déplacement qui permet la réparation de l'objet fantasmatiquement détruit lors de la position paranoïde.

L'œuvre devient ainsi le réceptacle de ce qui ne peut être qu'imparfaitement traité en soi. Nous nous situons là en deçà de l'élaboration mentale, dans le registre de la projection. L'œuvre serait alors un objet transnarcissique qui aurait comme fonction de souder un tissu narcissique trop tôt troué (Pirlot, 2011). La contrainte à créer et le trauma primaire interrogent le destin du négatif dans l'œuvre. Tout artiste, lorsqu'il crée, est confronté à des manques et à des failles qui sont intégrés dans l'œuvre d'art. Le négatif devient alors le ferment de la création. Il y a toujours une part de mortifère dans l'œuvre. Selon Chouvier (1998), l'œuvre travaille le créateur, cette fomentation créatrice est le résultat de la réinjection pulsionnelle, où la pulsion libidinale œuvre aux côtés de la négativité et pour elle. Chez certains créateurs, le négatif serait une puissance mettant à mal la capacité créatrice et exigeant du sujet une contrainte à créer, se payant par son sacrifice ou par l'épuisement de ses forces vives : dès lors, créer et vivre deviennent consubstantiels.

Le Poulichet (1999) considère également certaines créations comme des topiques externes de suppléance. Selon elle, ces créations n'entrent pas dans un espace moi/non-moi. Au contraire, elles se fondent sur l'échec de la constitution d'une aire transitionnelle. « C'est dans la mesure même où un holding et une expérience d'illusion engendrant la créativité ont échoué, qu'un autre type de création se trouve parfois appelé au cœur d'une expérience de détresse » (p. 8). Il est donc possible d'accéder à la création sans passer par la créativité. Elle conceptualise ses idées avec la notion d'« art du danger ». Il s'agit d'un mode défensif, mis en œuvre précocement, contre une expérience de détresse et qui vise à anticiper la répétition de cette expérience. Des sujets, précocement confrontés au débordement pulsionnel, n'ont eu d'autre choix que d'investir un fragment de réalité. Ce fragment de réalité, que Le Poulichet nomme « corps étranger », prend, en quelque sorte, la place du Moi. Le Moi est ici envisagé selon la

définition de Freud (1923), comme la projection de la surface corporelle. Le corps étranger prend ainsi sa place, car ce dernier est envahi par les pulsions. Le corps étranger étant séparé du corps propre, est à l'abri de l'envahissement pulsionnel. Il permet alors au sujet d'élaborer son Moi au dehors. Cependant, ces corps étrangers doivent s'articuler à une surface événementielle, c'est-à-dire à « un lieu psychique qui recompose les rapports du temps et de l'espace en liant des séquences d'événements » (p. 10). En effet, le Moi, projection d'une surface corporelle, pour ne pas rester figé, doit s'accompagner de la projection d'un espace-temps.

Le Poulichet (1999) considère ces processus comme une première forme de sublimation. Le Moi est dès lors identifié au traumatisme. Le seul moyen d'échapper à cette situation est de rester continuellement en danger pour permettre au Moi de se projeter dans des corps étrangers. L'art du danger est « un saut à effectuer sans cesse » (p. 14). Selon Le Poulichet, ce n'est pas le corps étranger qui est véritablement investi mais le trajet vers celui-ci, d'où la nécessité d'un continuel recommencement. Elle évoque « une forme d'autoconservation paradoxale (qui) peut s'exercer à travers un surinvestissement du danger » (p. 15). Elle souligne qu'il ne s'agit pas d'un processus pathologique mais d'un processus psychique original, d'un mode de survie. Selon elle, le sujet qui met en œuvre l'art du danger, n'accède jamais au sentiment de permanence. De plus, « s'il ne peut s'autoproduire dans le temps du danger et aller de l'avant dans la rencontre d'un trait générateur, il risque à nouveau de disparaître dans l'effraction, de redevenir l'effraction même » (p. 15).

Dans son analyse des œuvres des écrivains Walser et Pessoa, Le Poulichet remarque que les récits du premier s'apparentent à des promenades. En effet, seules ces promenades lui permettraient d'accéder à un sentiment d'existence. Il projette son Moi dans ce qui l'entoure, *un rayon de lumière, un tapis de feuilles mortes,*

qui constituent pour lui des corps étrangers. Ces corps étrangers doivent être liés entre eux, c'est le but de la promenade, de la narration qui est alors une surface événementielle. L'immobilité doit être évitée « car Walser ne subsiste qu'en promenade, de telle sorte qu'un trajet puisse créer une surface événementielle qui lie les pensées et qui lie le corps aux pensées » (p. 73). L'œuvre de Pessoa est particulièrement remarquable. Plutôt que de tomber dans la mélancolie, en s'identifiant au regard vide de sa mère, Pessoa crée des fictions qui constituent pour lui des corps étrangers. Il évide son Moi afin de pouvoir être simultanément plusieurs corps étrangers. C'est ensuite à partir de ces corps étrangers qu'il ressent les choses. Pessoa a publié de nombreux livres à travers ses hétéronymes. Ceux-ci sont des corps étrangers, ayant chacun leur propre style, leur biographie, leur façon de voir les choses. Ils échangent même entre eux. Ces hétéronymes incarnent les aspects contradictoires de Pessoa, lui permettant de supporter l'existence. Il ne peut en effet supporter une existence où l'unité narcissique est illusoire.

Conclusion

Nous avons montré les rapports unissant psychanalyse et création. La conception psychanalytique cherche à éclairer les motifs et les logiques inconscients de l'œuvre, elle se centre sur les démarches créatrices de l'auteur et sur la compréhension de l'acte créateur. Elle éclaire donc sur la trajectoire créatrice du sujet et les différentes phases de production et de réalisation de l'œuvre.

L'art comme la rencontre avec le sujet en souffrance, nous donnent à voir cette économie créatrice, tentant de prendre en charge le mortifère, la part maudite, tout en la pacifiant dans des activités dites symboliques ou à visée

créatrice, sublimatoires. La menace de déliaison est aussi à l'œuvre dans l'émergence créatrice elle-même où par exemple, le trauma, créant des blancs chez le sujet, des zones et angoisses agonistiques, exige une contrainte à créer. Si la création est compulsive, l'œuvre va jusqu'à conduire à la destruction de l'artiste, ce qu'illustrent les écrivains Scott et Zelda Fitzgerald, Romain Gary ou encore le peintre Nicolas de Staël.

La création est tout aussi bien être traversée par les mouvements inhérents à la réalité psychique que sont les pulsions de vie ou le sublime d'un côté, et la pulsion de mort ou le létal de l'autre (Chouvier, 1998). Les processus créateurs peuvent être mus par la compulsion de création et par le besoin de suturer une expérience traumatique ou au contraire, la production créatrice peut relancer et impulser une qualité du fonctionnement psychique et de l'activité de fantasmatisation. La création de soi accompagne alors une réalisation externe de l'œuvre (Roussillon, 1998). La symbolisation artistique peut conduire à des changements psychiques du fait d'un échange entre dedans et dehors. Pour autant, il ne s'agit pas de la finalité de l'œuvre d'art qui en fait n'en aurait pas d'autre que la production et le processus créateur⁸.

8. Nous avons fait le choix d'aborder la création et la créativité. Nous renvoyons seulement en note le renouvellement des pratiques thérapeutiques par la créativité comme les ateliers thérapeutiques car nous n'avons pas cette pratique. Brun (2005) propose une différenciation féconde entre des ateliers thérapeutiques à médiation et des ateliers à création.

Elle rappelle que dans les premiers, la dimension transféro-contre-transférentielle est prise en compte, il ne s'agit pas seulement d'exprimer, de créer mais aussi de proposer au patient un cadre thérapeutique structuré autour d'un médium malléable autorisant les processus de symbolisation. Le médium aide à la verbalisation du patient (associations) et celle du thérapeute à partir de la rêverie de l'objet produit. Le corps et la sensorialité sont particulièrement sollicités comme support, les vécus corporels potentiellement traumatiques pouvant se dire alors même qu'ils étaient restés à l'état d'insu.

A partir de sa pratique auprès d'enfants souffrant de psychose ou d'autisme, Brun (2013) souligne l'apport des ateliers dits à médiation thérapeutique à la dynamique de symbolisation. La sensori-motricité est activée à partir de la rencontre entre l'enfant et un médium malléable et ce dans un dispositif autorisant le lien transférentiel. Elle évoque une associativité non verbale (p. 110) chez des sujets pour lesquels le langage est peu investi. Ce n'est pas l'objet médiateur qui est thérapeutique mais le cadre autorisant que le thérapeute soit représentant du médium comme ce dernier est représentant du thérapeute.

References

- Anzieu, D. (1981). *Le Corps de l'œuvre*. Paris: Gallimard.
- Anzieu, D. (1996). *Créer, détruire*. Paris: Dunod.
- Bayard, P. (2003). *Peut-on appliquer la littérature à la psychanalyse ?* Paris: Minit.
- Brun, A. (2005). Historique de la médiation artistique dans la psychothérapie psychanalytique. *Psychologie clinique et projective 1*, (n° 11), 323-344
- Chasseguet-Smirgel, J. (1971). *Pour une psychanalyse de l'art et de la créativité*. Paris: Payot-Rivages.
- Chasseguet-Smirgel, J. et Grunberger B., (1979). Perversion, idéalisation et sublimation. In *La sublimation, les sentiers de la création*. Paris: Tchou.
- Chouvier, B. (1998). Le paradoxe intimiste de la création. In B. Chouvier et coll., *Symbolisation et processus de création* (pp.127-157). Paris: Dunod.
- Freud, S. (1905). Personnages psychopathiques à la scène, trad. fr., *Œuvres complètes*, VI, Paris: PUF, 2006.
- Freud, S. (1907). Le délire et les rêves dans la *Gradiva de Jensen* précédé de *Gradiva fantaisie pompéienne*, NRF, Paris: Gallimard, 1986.
- Freud, S. (1908). La morale sexuelle civilisée. In *La vie sexuelle*, Paris: PUF.
- Freud, S. (1908a). La création littéraire et le rêve éveillé. *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris: Gallimard, 1971.
- Freud, S. (1910). *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*. Paris: Gallimard, 1927.
- Freud, S. (1914a). *Le Moïse de Michel-Ange, L'inquiétante étrangeté et autres essais*, traduit de l'allemand par Bertrand Féron (pp. 83-126). Paris: Gallimard, folio essais, 1985.

- Freud, S. (1914b). Pour introduire le narcissisme. In *La vie sexuelle*, Paris: PUF.
- Freud, S. (1923). Le moi et le ça. In *Essais de psychanalyse*, Paris: Payot.
- Freud, S. (1929). *Malaise dans la culture*. Paris: PUF, 1992.
- Guillaumin, J. (1998). Le jugement esthétique, un instrument logique étrange entre l'intime et l'universel. In B. Chouvier et coll., *Symbolisation et processus de création* (pp. 35-56). Paris: Dunod.
- Hoffmann, E. T. A. (1817). *Contes fantastiques*. Coll. "L'Age d'or" (1964), 3 vol. Paris: Flammarion. (voir Freud, W. Jensen).
- Klein, M. (1929). Les situations d'angoisse de l'enfant et leur reflet dans une œuvre d'art et dans l'élan créateur. In *Essais de psychanalyse* (pp. 254-262). Paris: Payot. 1968.
- Korff-Sausse, S. (2006). Contre-transfert, cliniques de l'extrême et esthétique. *Revue française de psychanalyse*, 70(2), 507-520.
- Lebovici, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Paris: Le Centurion.
- Le Poulichet, S. (1999). *L'art du danger-de la détresse à la création*. Paris: Anthropos.
- Mijolla-Mellor, S. De, & al. (2012). *Traité de la sublimation*. Paris: PUF.
- Missenard, A. (1979). Narcissisme et rupture. In R. Kaës et al. *Crise, rupture et dépassement* (pp. 82-146). Paris: Dunod.
- M'Uzan, M. de (1977). Aperçus sur le processus de la création littéraire. In *De l'art à la mort* (pp. 3-27). Paris: Gallimard.
- Pirlot, G. (2011). Errabundus adulescens. In Y. Morhain, *L'adolescent et la mort* (pp. 129-148). Paris: In Press.

- Roussillon, R. (1998). Désir de créer, besoin de créer, contrainte à créer, capacité à créer. In B. Chouvier, et coll., *Symbolisation et processus de création* (pp. 158-171), Paris: Dunod.
- Roussillon, R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris: Dunod.
- Roussillon, R. (2012). La séparation et la dialectique présence/absence. *Le Carnet PSY* 7, 165, 49-53.
- Vacheret, C. (2015). *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*. Paris, Dunod.
- Villa, F. (2011). Avant que la pulsion sexuelle n'occupe la pulsion centrale. *Le Carnet PSY*, 150(1).
- Winnicott, D. W. (1971). Transitional objects and transitional phenomena. In *Playing and Reality*. Londres - New York: Tavistock Publications, Basic Books (trad. franç. par C. Monod et J.-B. Pontalis, Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard)
- Winnicott, D. W. (1975). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In D. W. Winnicott, *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.
- Winnicott, D. W. (1975a). La créativité et ses origines. *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.
- Winnicott, D. W. (1988). Vivre créativement. *Conversations ordinaires*. Paris: Gallimard.

9

Psicanálise e literatura: O espelho, de Machado de Assis, em diálogo com uma cena de Dom Quixote

Livia Mesquita de Sousa

Universidade de Brasília

Terezinha de Camargo Viana

Universidade de Brasília

Ascención Rivas Hernandez

Universidad de Salamanca – Espanha

Freud iniciou os estudos no campo da Psicanálise e Literatura realizando diversas incursões por obras literárias e buscando compreender o modo pelo qual os escritores e poetas alcançam um saber sobre o ser humano. Para ele, é possível lançar um olhar sobre uma obra literária, ou sobre alguns aspectos da obra, utilizando-se de ferramentas conceituais construídas pela psicanálise, e chegar à produção de novos sentidos, que permitam uma aproximação a mais da complexidade do psiquismo humano. Da mesma forma, vários estudiosos como, por exemplo, Villari (1997) e Serrano Pereira (2008), têm apontado para a potencialidade da literatura de traduzir-se em um saber, nem sempre acessível de outro modo. Como afirma Chemama (1999) “um escritor tem, frequentemente, o

talento de dar destaque aos traços pertinentes que levaríamos mais tempo para revelar diretamente da experiência” (p. 101).

Em *Escritores criativos e seus devaneios*, Freud (1907/1981a) tenta oferecer explicações a respeito da capacidade que os escritores têm de despertar no leitor emoções que este nem suspeitava ter. Tendo em si mesmo desejos e emoções com os quais o leitor pode se identificar, o escritor alcança o que os estudos científicos não conseguem tão prontamente. É assim que Freud se refere também, em *O mal-estar na civilização*, afirmando que

Não podemos deixar de suspirar desconsolados ao perceber como a certos homens é dado fazer surgirem do torvelinho de seus próprios sentimentos, sem esforço algum, os mais profundos conhecimentos, enquanto nós para alcançá-los devemos abrir caminho através de torturantes vacilações e incertas tentativas (Freud, 1930/1981b, p. 3060).

Essa capacidade que os escritores têm de fazer surgirem os mais profundos conhecimentos sobre o homem foi várias vezes apontada por Freud em sua obra. Consideramos esse aspecto fundamental nessa relação da psicanálise com a literatura, embora tenhamos que reconsiderar a ideia freudiana de que os escritores alcançam um saber sem esforço algum. Ao contrário, o trabalho de um escritor não é de apenas transmitir para o texto uma intuição, mas de verdadeiramente estudar, analisar e compor personagens e situações que, ao final de um grande esforço, concentração e disciplina, consegue revelar aquele conhecimento de que fala Freud.

Pretendemos com o presente texto seguir as sugestões de um teórico da literatura, Terry Eagleton, de que a psicanálise busque na literatura os caminhos pelos quais uma obra foi construída, assim como se faz na análise do trabalho do

sonho. Ambos, a obra e o sonho, são construídos a partir de um rico material consciente e inconsciente disponível para o escritor.

Dessa forma, trazemos para discussão um aspecto de um conto de Machado de Assis, *O espelho* (1882/2008a), que é, pode-se ressaltar, um conto que lembra um sonho, com situações provocadoras de sensações estranhas e vertiginosas (Gledson, 2006; Meyer, 2008). Esse aspecto do conto será relacionado a uma cena de *Dom Quixote*, a grande obra de Miguel de Cervantes, na qual a loucura é retratada de forma genial. Nas duas obras estão presentes aspectos que nos remetem a conceitos psicanalíticos, como o Eu, narcisismo e ideal de Eu que serão abordados antes de tratarmos do possível encontro entre Machado de Assis com a cena a que nos referimos.

O Eu e o narcisismo

Neste trabalho, desenvolvemos uma reflexão sobre a constituição do Eu, conceituada na psicanálise freudiana, mas com a contribuição de autores contemporâneos como André Green, Jurandir Freire Costa, e com o aporte teórico do trabalho de Lacan, intitulado *O estádio do Espelho na formação do eu*. Pensamos o Eu como central nessa discussão por estar intimamente articulado a outros conceitos como narcisismo, objetos, identificação, introjeção, projeção, idealização, ideais e cultura.

No texto *À guisa de introdução ao narcisismo*, Freud (1914/2004) reafirma as características do narcisismo já apontadas em textos anteriores: escolha objetal pela semelhança ao Eu, amor a si mesmo ou libido voltada ao Eu, sexualização do pensamento, onipotência e delírios de grandeza. O conceito de narcisismo implica que a libido investe tanto o objeto quanto o Eu. O essencial dessa introdução ao narcisismo é que o Eu não se caracteriza mais apenas como guardião da ordem,

reprimindo o que não lhe convém, mas é também ele próprio objeto do investimento libidinal. E esse investimento é o que dá unidade ao Eu. Como afirma Costa (1988), “sem libido, sem a argamassa libidinal, as representações constitutivas da estrutura egóica não existiriam” (p. 154). Antes disso, era o autoerotismo com suas pulsões parciais, sem que houvesse uma organização, capaz de reuni-las em um todo comparável ao Eu.

Jurandir Freire Costa, em *Narcisismo em tempos difíceis* (1988), traz questionamentos quanto à gênese do Eu e quanto à sua relação tanto com o narcisismo quanto com os ideais. Pensar na constituição de um Eu que é ao mesmo tempo objeto dos investimentos narcísicos traz enormes dificuldades para a teoria. Um de seus questionamentos é a respeito da própria integridade do Eu, quando o narcisismo o deixa e vai ser depositado no Ideal de Eu. Para Costa (1988) não há esse Eu anterior a seu investimento pelo narcisismo, mas é no momento em que os pais depositando no filho seu próprio narcisismo criam para ele uma imagem de si mesmo, espelhada na imagem dos pais, que é possível o surgimento de uma imagem unificada, o Eu, e ao mesmo tempo o narcisismo e o Ideal de Eu. Todos esses seriam assim frutos do investimento narcísico dos pais nos filhos.

Nesse sentido, o Eu, o narcisismo e os ideais se formam ao mesmo tempo, sendo o Eu sempre narcísico. Os instintos de preservação não foram abandonados na teoria freudiana, mas são parte de outra modalidade de conservação exercida pelo Eu narcísico. Da mesma forma que os instintos de preservação têm a função de proteger o Eu em sua integridade física, o Eu narcísico tenta manter-se protegido em sua forma representativa, ou seja, em sua totalidade e organização. Costa (1988) lembra que o princípio do prazer busca o estado inercial, a constância, e assim afirma que o Eu narcísico busca sua preservação, não física, mas psíquica. “Procurando antes de mais nada perseverar no mesmo, o Ego

narcísico torna-se resistente a alterações na estrutura psíquica” (Costa, 1988, p. 158).

O narcisismo fornece, então, ao Eu uma sensação de unidade, oferecendo formas e compondo uma imagem que parece segura, e que sendo ameaçada se defende por medo da desintegração e do não reconhecimento. É o outro, com seu efeito especular, que reassegura essa imagem de uma unidade.

Entendemos que a complexidade do conceito de Eu se deve justamente pelo fato de estar imbricado nas confluências entre o Id e a realidade do mundo exterior. É nessa imbricação com o Id que se faz como objeto de investimento libidinal. Segundo Freud (1923/1981e), o Eu passa a querer conquistar e agradar o Id. A constituição do narcisismo, com o conseqüente amor do Eu a si mesmo, é também a própria constituição do Eu, o que lhe confere um caráter formal, ilusório e mesmo ficcional. Entretanto, é na imbricação com a realidade do mundo exterior que o Eu se forma no exercício de importantes funções. Sendo assim, apresenta uma configuração dialética, funcionando em meio a uma constante luta entre enganos, ilusões, imagens equívocas de si mesmo, e os desejos, o corpo e o mundo externo, que também não estão livres dos mesmos equívocos, mas são testemunhos do real que existe para além da subjetividade.

A compreensão de que o Eu possui um caráter de formalidade, que pode estar em total desacordo com o real, recebeu uma importante contribuição da teoria lacaniana (Costa, 1988; Mezan 2006), em especial pelo texto *O espelho na formação do eu*, o qual será abordado como contribuição à discussão a respeito do Eu narcísico.

O Eu, em uma visão lacaniana, tem a dimensão subjetiva de uma concepção sobre o si-mesmo impregnada de idealização, formada pelas identificações imaginárias, impulsionada pelo narcisismo que torna toda percepção, de si e do

mundo, um reflexo de uma imagem projetada no momento do encontro do Eu com o Outro. No texto, Lacan (1949/1998) recorre a uma experiência narrada pela psicologia comparada, em que o bebê humano, mesmo não tendo ainda desenvolvida sua inteligência a ponto de se diferenciar dos primatas, percebe com júbilo sua imagem no espelho. Esse bebê que ainda não tem coordenação motora, o que denota uma falta de conexão entre as partes do corpo, que ainda não se vê ou se sente como uma totalidade, consegue ver-se como uma *gestalt* na sua imagem refletida no espelho. Lacan (1949/1998) considera que essa síntese propiciada pela imagem antecipa ilusoriamente ao bebê uma forma que está em franca contradição com o real de seu corpo. É, portanto, uma forma alienante, mas que determina o desenvolvimento posterior do Eu, a concepção do si mesmo, sempre como algo fantasmático, que se estende para as relações sociais, porém em contradição com a realidade do Id.

O estágio do espelho seria uma primeira identificação: “a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem” (Lacan, 1998, p. 97), antes da identificação com o outro. É como um Ideal do Eu, segundo Lacan, que determinará as identificações secundárias e colocará o Eu numa linha de ficção “desde antes de sua determinação social” (Lacan, 1998, p. 98), nesse sentido, alienante de sua própria realidade. Lacan utiliza-se ainda da metáfora de uma estátua na qual o homem se projeta para indicar quão essa imagem, inaugural do Eu, permanente e determinante, é uma ilusão, porém efetiva. Em contraposição a uma vivência corporal de insuficiência e dependência, projeta-se uma autoimagem completa, perfeita:

Esse desenvolvimento é vivido como uma dialética temporal que projeta decisivamente na história a formação do indivíduo: o estágio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as

fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica – e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo seu desenvolvimento mental. Assim, o mundo do *Innenwelt* [organismo] para o *Umwelt* [realidade] gera a quadratura inesgotável dos arrolamentos do eu (Lacan, 1998, p. 100).

O significado da palavra ortopedia, citada acima por Lacan, é, segundo o dicionário Michaelis (1998, p. 1510), a “arte de prevenir ou corrigir as deformidades do corpo da criança”. A forma ortopédica significa uma forma corretora da imagem anterior, a do corpo despedaçado. Essa ortopedia revela-se no encontro com o outro, e será então influente nesse encontro, pois segundo Lacan (1998), “esse momento em que se conclui o estágio do espelho inaugura, pela identificação com a *imago* do semelhante e pelo drama do ciúme primordial (...), a dialética que desde então liga o [eu] a situações socialmente elaboradas” (p. 101). Para Lacan, há uma “evidente relação da libido narcísica com a função alienante do Eu” (Lacan, 1998, p. 101).

Parece ser nesse sentido que Lazzarini (2006) compreende a formação do Eu e sua relação com o narcisismo, pois segundo ela “na psicanálise, o processo pelo qual o indivíduo assume a imagem de seu corpo próprio como sua e se identifica com ela dizendo ‘eu sou essa imagem’ chama-se narcisismo” (p. 66). Segundo a autora, o Eu se constitui no momento em que se identifica com a imagem do seu corpo, a assume como sua e como sendo ele próprio. É sob o olhar da mãe que a criança forma de si mesma uma imagem, com a qual se identifica e na qual se reconhece, devido à confirmação feita por uma função especular exercida pela

mãe. Reconhecendo-se no seu corpo, confirmado pelo olhar da mãe, a criança vai formando-se como um Eu separado de outros.

O Eu, que primordialmente não existe como um ser separado do outro, precisa ser constituído e o é por meio de uma formação, ou melhor, de uma formatação propiciada pelo narcisismo, que funciona como uma espécie de cimento ou argamassa, aquilo que dá unidade e organização a um ser que ainda se confunde com o outro ou que se encontra fragmentado em pulsões parciais. Essa formatação de um novo Eu vai ocorrendo no relacionamento do bebê (e da criança) com os adultos que o cercam, o protegem, o manuseiam, o erotizam, como afirma Freud nos *Três ensaios* (Freud, 1905/1981c), e projetam o próprio narcisismo. Dessa forma vai surgindo um Eu, autoconcebido como sua *gestalt* no espelho e como sua projeção futura em ideais, estes por sua vez, projeções do narcisismo infantil.

É esse Eu, ilusório, imaginário e idealizado, que podemos encontrar nas obras literárias que trazemos para a discussão. Tanto o personagem do conto de Machado de Assis quanto Dom Quixote vive em um estado de total idealização de seus Eus.

Um possível encontro de Machado de Assis com uma cena de Dom Quixote

O campo da Psicanálise e Literatura é vasto e diverso. Há muitas formas pelas quais se podem articular esses dois domínios. Em Freud, o conteúdo de algumas obras foi submetido a uma interpretação semelhante à que ocorre na clínica. Em *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen*, Freud (1906/1981d) começa o texto fazendo uma discussão sobre os sonhos como portadores de sentidos e como representantes de processos psíquicos. A interpretação do romance de Jensen

segue o caminho da busca por desejos que estejam por trás das ações do personagem. Em *Dostoiévski e o parricídio*, Freud optou pela análise de características do escritor que se expressam no texto. Por exemplo, ele vê em Dostoiévski uma tendência criminosa, que justifica dizendo que “é a eleição de seus temas literários, nos quais prefere os caracteres egoístas, violentos e assassinos, o que indica a existência de tais inclinações em seu foro íntimo” (Freud, 1927/1981e, p. 3005). Como afirma Green (1994), “uma obra será abordada numa perspectiva unicamente textual, enquanto outra permitirá certas especulações sobre as relações do autor com seu texto” (p. 9).

De um modo geral, o campo iniciado por Freud inspira ainda hoje a busca pelos conhecimentos que a literatura pode trazer sobre o ser humano. Como afirma Kon (2003): “a literatura como o chiste, o sonho, o esquecimento, o sintoma, como a escolha amorosa [...] traz, condensadas, inúmeras vertentes e linhas de associação que podem ser parcialmente recuperadas ou, talvez, recriadas por meio de análise” (p. 311).

Uma obra é construída como um sonho, ou seja, uma rede de sensações, preocupações, saberes e material inconsciente convergem para a criação de uma história, uma cena ou um enredo. Terry Eagleton (2006) propõe que esse rico acervo que está na base da construção de uma obra seja investigado dentro do campo da Psicanálise e Literatura, como se a obra fosse um sonho. De acordo com Eagleton (2006), uma obra literária tem “certos pontos ‘sintomáticos’ de ambigüidade, evasão ou ênfase exagerada, e que nós, como leitores, somos capazes de ‘escrever’, mesmo que o romance em si não o escreva” (p. 268). É o que ele chama de subtexto, acreditando que pode ser pensado como o inconsciente da obra: matérias primas, como linguagem, outros textos literários, visões de mundo.

É nesse sentido que buscamos aqui fazer uma leitura de um aspecto do conto *O espelho*, de Machado de Assis, em diálogo com uma cena de *Dom Quixote*, considerado o primeiro romance de todos os tempos, obra maior de Miguel de Cervantes. É nosso objetivo trazer à luz um possível elo entre os dois breves trechos de cada obra, em uma espécie de espelhamento no qual uma cena de *Dom Quixote* pode ter sido um subtexto para a construção do conto *O espelho* de Machado de Assis. Pensamos que o escritor brasileiro pode ter encontrado na cena de *Dom Quixote* matéria prima para a sua pequena grande obra.

Machado de Assis, como um escritor meticuloso, que trabalhava cuidadosamente cada linha de seus textos, certamente tem n' *O espelho* o resultado de um trabalho, consciente e inconsciente, de manipulação de todo um rico material. Pode-se dizer que para a construção desse conto, ele se utilizou de todo um acervo de cultura ao qual teve acesso, além de sua arguta observação do homem e da sociedade de sua época. A matéria prima de que fala Eagleton (2006) é extensa.

A psicologia humana presente na obra de Machado de Assis foi colhida em diversos autores, apontados por seus críticos (Faoro, 2001; Rouanet, 1993; Bosi, 2007). Esses autores são La Rochefoucauld, Pascal, Voltaire, Maquiavel, Schopenhauer, entre outros. Além desses, os humoristas ingleses do século XVIII, como Stern, Swift, Fielding (Schwarz, 1979) e a literatura sobre o inconsciente (Schwarz, 2000). Pode-se dizer que de um modo geral *O espelho*, como representante da melhor obra de Machado de Assis, está assentado sobre a base de todos esses aspectos estudados por alguns de seus mais importantes críticos.

Miguel de Cervantes é também um autor que influenciou Machado de Assis, sendo este um grande leitor e admirador daquele (Passos, 2007). É facilmente identificável, por exemplo, a forma provocativa de se dirigir ao leitor presente em

ambos os autores: “discreto leitor” (Cervantes, 1605/2011) ou “ignaro leitor” (Machado de Assis, 1880/2008). Além disso, a loucura presente no romance *Quincas Borba* é atribuída a uma influência da loucura de Dom Quixote (Passos, 2007; Caldwell, 1970). O grande romance de Cervantes tem sido estudado e interpretado de diversas formas desde o séc. XVII até hoje (Rivas Hernández, 1998). As leituras e a estima pelo livro têm ocorrido há muito tempo também no Brasil (Vieira, 2002), com repercussões no talento de Machado de Assis.

O Espelho, por sua vez, tem despertado o interesse dos mais diversos estudos, de críticos literários a psicanalistas (Sousa, 2014). Vários aspectos do conto já foram inúmeras vezes abordados. No interesse da psicanálise, costuma ser lembrado por remeter o leitor a questões de narcisismo, ideais e identificação¹. Estes são aspectos realmente notórios no conto e estarão de certa forma abordados no presente texto, mas antes gostaríamos de abordá-lo em sua possível ligação com o tema de Dom Quixote.

Podemos ver o personagem cervantino, muitas vezes chamado de sonhador e idealista (Vieira, 2002), como simplesmente um louco. Cervantes nos parece ter sido extremamente perspicaz demonstrando os delírios de Dom Quixote. Essa perspicácia é ainda mais admirável quando aos delírios de Dom Quixote podemos contrapor a ilusão de Sancho Pança. Este último não sofre de perturbações patológicas em sua percepção, mas quer tanto acreditar que seu amo é capaz de lhe conseguir uma ilha que se deixa levar pelo desejo de acreditar. Cervantes demonstra, assim, a distinção entre delírio e ilusão.

1. Para uma leitura do conto em linhas psicanalíticas nas quais se adotam conceitos como Eu, Ideal do Eu e narcisismo, ver Sousa e Viana (2011), Sousa (2014) e Vettorazzo Filho (2007).

No conto *O espelho*, o personagem de fato se torna alferes da Guarda Nacional, isso não é um delírio, mas a comoção geral que o fato despertou levou a uma idealização extrema, por parte do personagem, da farda que o consagrava realmente como um alferes. Ao final do drama de Joãozinho/Jacobina, este só se via refletido no espelho se estivesse com a farda. O espelho representa a relação do Eu com seu narcisismo, ideal do Eu e Eu ideal. Sua identificação com o cargo foi tão grande que, para ele, o “alferes eliminou o homem”. Acreditamos que essa idealização do próprio Eu ao se identificar com um cargo aproxima-se do que ocorre com Dom Quixote, que idealiza seu próprio Eu ao se identificar com os cavaleiros andantes. O personagem de Machado de Assis tem ainda preservado seu senso de realidade, ao contrário de Dom Quixote, mas ambos se veem embebedos de amor próprio, o que estamos discutindo em termos de narcisismo e ideais.

Poderia Dom Quixote ter inspirado não apenas outras obras machadianas, mas inclusive o conto *O Espelho*? Tomemos um ponto do conto como sintomático, de acordo com a sugestão de Eagleton (2006). Um ponto em que Jacobina é enfático e que pode ter grande importância para o conto: o momento em que ele exige ser ouvido sem ser perturbado. Jacobina não quer ver o ritmo de seu discurso ser interrompido, uma expressão de seu narcisismo no qual vê sua história como um fato incontestável, uma forma totalizante, que não admite lacunas ou rasuras. Uma perturbação dessa forma poderia por em xeque o conhecimento que ele acredita ter conquistado com sua própria experiência, o que denota em última instância o saber sobre si mesmo. Ele precisava de uma síntese sobre si mesmo, uma unidade na qual se reconhecer, contra a possibilidade de desestruturar-se novamente.

Vejam, então, primeiro o trecho *O espelho*, para em seguida vermos a cena de *Dom Quixote*:

Um dos argumentadores pediu ao Jacobina alguma opinião, - uma conjectura, ao menos. – Nem conjectura, nem opinião, redargüiu ele; uma ou outra pode dar lugar a dissentimento, e, como sabem, eu não discuto. Mas, *se querem ouvir-me calados, posso contar-lhes um caso de minha vida*, em que ressalta a mais clara demonstração acerca da matéria de que se trata. Em primeiro lugar, não há uma só alma, há duas...

– Duas?

– Nada menos de duas almas. Cada criatura humana traz duas almas consigo: uma que olha de dentro para fora, outra que olha de fora para dentro... *Espantem-se à vontade, podem ficar de boca aberta, dar de ombros, tudo; não admito réplica. Se me replicarem, acabo o charuto e vou dormir.* (M. A., 1882/2008, p. 323, grifos nossos).

Gostaríamos de comparar esse pequeno trecho do conto *O espelho* com uma cena de *D. Quixote*, em que um personagem tem uma fala muito parecida. Na cena, D. Quixote, Sancho Pança e um cabreiro estão em uma montanha, buscando ajudar a um jovem que parece ter enlouquecido. A esse jovem, chamado Cardenio, solicitam que lhes conte sua história. Cardenio aceita contar, mas com uma condição:

– Se gostais, senhores, que vos diga em breves razões a imensidão das minhas desventuras, *me haveis de prometer de que com nenhuma pergunta nem outra coisa interromperei o fio da minha triste história; pois do ponto em que o fizerdes, aí parará o conto.* (Cervantes, 1605/2011, p.p. 323-324, grifos nossos).

Assim como Jacobina, Cardênio não quer ser interrompido porque não quer perder o fio da sua história, que também é uma história que naquele momento lhe

satisfaz como explicação de si mesmo, ou seja, o estado em que se encontra explica-se por sua história. Qualquer interrupção pode abalar sua convicção acerca de si mesmo. Ele decidiu se isolar na montanha, narcisicamente sofrendo sua dor, em um estado de loucura. Não é apenas a imposição da condição de não ser perturbado que se parece com o personagem machadiano, mas também seu isolamento na montanha, seu estado de loucura, todos esses pontos assemelham-se às situações colocadas no conto de Machado de Assis.

Quando Cardênio impôs sua condição para narrar sua história, D. Quixote se lembrou de um episódio recente acontecido entre ele e Sancho: “Essas razões do Roto² trouxeram à memória a D. Quixote o conto que lhe contara seu escudeiro, quando não acertou ele o número de cabras que haviam cruzado o rio, ficando a história pendente” (Cervantes, 1605/2011, p. 324). No episódio, D. Quixote e Sancho estavam esperando que amanhecesse para que conseguissem se localizar, pois não sabiam onde estavam. D. Quixote pediu a Sancho uma história e este arranjou uma história sem fim porque temia que D. Quixote saísse e o deixasse sozinho. Houve vários momentos em que D. Quixote reclamou da enrolação da história e interrompeu Sancho que por sua vez reclamou de ser interrompido. Por fim, a história de Sancho ficou pelo meio.

Há, portanto, uma confluência de histórias e situações que se assemelham, umas remetendo a outras, fazendo um fio comum. O que significa em todos esses casos a não interrupção da história a ser contada é uma tentativa de segurança: a segurança real no caso de Sancho, que tinha medo de ficar sozinho, e a autosssegurança ou reassegurar-se narcísico, no caso de Jacobina e Cardenio.

2. O personagem em questão, chamado Cardênio, estava havia muito tempo isolado na montanha com um péssimo aspecto. Como Dom Quixote era chamado de “o cavaleiro da triste figura”, passaram a chamar Cardênio de “o Roto da má figura”, por seu aspecto maltrapilho.

Mas há algo ainda mais revelador nessa cena de *D. Quixote* que a aproxima do conto *O espelho*. Há no encontro entre Cardenio e D. Quixote uma espécie de espelhamento. Eles se olham como se estivessem se mirando em um espelho, eles se reconhecem e se estranham um no outro. Um é para o outro uma forma de se ver a si mesmo. Por fim, o estar com Cardenio leva D. Quixote a se comportar como ele, ou seja, tomar para si a forma de sua loucura. Vejamos como isso é narrado:

Em chegando a eles o mancebo, cumprimentou-os com voz destemperada e rouca, mas com muita cortesia. D. Quixote lhe devolveu as saudações com não menos medidas e, apeando-se de Rocinante, com gentil compostura e donaire, foi abraçá-lo e o teve um bom tempo estreitamente entre seus braços, como se de longos tempos o conhecesse. *O outro, a quem podemos chamar “o Roto da Má Figura” (como a D. Quixote o da Triste), depois de se deixar abraçar, o apartou um pouco de si e, postas as mãos nos ombros de D. Quixote, o esteve fitando, como que querendo ver se o conhecia, talvez não menos admirado de ver a figura, o porte e as armas de D. Quixote que D. Quixote estava de vê-lo a ele.* (Cervantes, 1605/2011, p. 318, grifos nossos).

A denominação dada a Cardênio se deve à que tem D. Quixote, uma vez mais apontando para um espelhamento: o outro, a quem podemos chamar 'o Roto da Má Figura' (como a D. Quixote, o da Triste). Um parece que se configura desde a figura do outro. Na cena referida de *D. Quixote*, Cardênio interrompe sua narrativa, luta com D. Quixote e volta para seu alheamento. Após isso, D. Quixote começa a se comportar como Cardênio, imitando a forma de sua loucura. Novamente, parece que esteve se mirando em um espelho. Na edição espanhola consultada (Cervantes, 1605/2005), há um comentário sobre o título do capítulo

em que isso ocorre. Nesse comentário, o editor lembra que a loucura de D. Quixote se expressa pela total identificação com os personagens de livros de cavalaria, os quais imita, e que no caso da cena em questão ele se guia pelo exemplo de Cardênio.

Talvez se possa dizer que Jacobina é também uma figura que se parece com o Roto (Cardênio), pois é mostrado como um “casmurro”, ou seja, alguém que se alheia em relação aos outros. O narrador de *O espelho* diz quatro ou cinco cavaleiros porque um deles estava em seu isolamento, assim como Cardenio havia se afastado do mundo.

A hipótese que se coloca aqui é que essa cena de *D. Quixote* pode estar como um subtexto do conto *O espelho*, mesmo que não possamos jamais saber se há de fato alguma relação entre elas. Poderíamos pensar que no texto de Cervantes a relação entre o Eu e o outro está também impregnada de identificações e idealizações. D. Quixote se identificou com uma imagem idealizada dos cavaleiros andantes. Em sua loucura não consegue evitar o que Schwarz (1988) chama de descontinuidade entre si mesmo e o outro. Assim como Joãozinho/Jacobina deixou-se seduzir pela farda de alferes, transformando-se internamente em alferes, D. Quixote deixou-se seduzir pela armadura de cavaleiro, transformando-se internamente em um cavaleiro andante.

O espelho, o olhar, o outro ...

Falamos de espelhamento porque no conto de Machado de Assis há o objeto espelho com uma função simbólica importante: dar ao Eu uma armadura, uma formatação. É essa a tese de Lacan que citamos acima. Consideramos que esse significado do espelho no conto é um saber da literatura de Machado de Assis, pois ele explora esse objeto em várias obras, com um sentido muito interessante

que é o de uma confirmação do Eu por meio do olhar do outro ou por meio do espelho representativo desse olhar.

O espelho como um objeto aparece em várias obras machadianas. Em um conto, de 1876, chamado *Uma visita de Alcibíades* (M. A. 1882/2008b) o narrador diz que Alcibíades, muito gamenho, se olha no espelho como fazem as mulheres de nossos dias. Em *Dom Casmurro*, o narrador diz sobre Capitu: “Ao passar pelo espelho, consertou os cabelos tão demoradamente que parecia afetação, se não soubéssemos que ela era muito amiga de si” (M. A. 1899/2008c, p. 1057). Em *Quincas Borba*, é Sofia que se detém diante do espelho: “tratou de vestir-se; mas, ao passar por diante do espelho, deixou-se estar alguns instantes. Comprazia-se na contemplação de si mesma, das suas ricas formas...” (M. A. 1891/2008d, p. 860). Mas é claro que o espelho não é simplesmente um objeto, mas antes de tudo metáfora. No caso de Alcibíades, Capitu e Sofia, o espelho é metáfora, ou condensação na linguagem freudiana, da necessidade de uma confirmação, confirmação do Eu narcísico.

O espelho é metáfora do olhar do outro. Sendo assim, em outras obras é o olhar que aparece como um objeto no qual um olhar furtivo do Eu busca uma confirmação, um reassguramento. A própria Capitu querendo ser vista com seu chapéu de casada, Bentinho se imaginando visto na carruagem da família pelos transeuntes, Rubião que se imagina em seu casamento rodeado de olhares. As satisfações imaginárias, que Schwarz (2000) aponta como presença constante na obra machadiana, são em muitos casos a satisfação e o deleite de se imaginar visto pelo outro. Cabe perguntar se esse outro é o diferente ou o duplo do Eu, no sentido de uma duplicata, como aponta Green (2008).

O que diz Machado de Assis? Que esse outro é necessário para a existência do Eu. Que este só se forma nessa dialética do encontro e da negação do outro. A

própria literatura parece se estabelecer em um jogo de espelhos. O leitor ao ler um livro, com o qual se identifica, se lê também nesse livro. Um escritor é reflexo de outras inúmeras leituras que já fez. E Machado de Assis, como grande escritor, se reflete e se mira em espelhos de outros grandes escritores.

Considerações finais

Buscamos neste texto uma aproximação entre psicanálise e literatura, dentro da perspectiva da obra como um sonho. Sendo assim, apresentamos a hipótese de que em *Dom Quixote* está um rico material transformado por Machado em uma obra de grande talento. E não é por acaso que uma obra inspira a outra, mas sim pelo que elas têm de capacidade de refletir sobre o homem, seu Eu, seu narcisismo e suas idealizações. Parece ter havido um espelhamento entre os personagens na cena de *Dom Quixote*, dois homens delirantes, que parecem estar no subtexto do conto de Machado. A este é muito caro o tema do espelho e do narcisismo, ainda que esse conceito lhe fosse desconhecido. E por isso criou a farda de alferes, como uma objetificação de um Eu ideal, assim como ocorre com a armadura de Dom Quixote.

Referências

- Bosi, A. (2007). *Machado de Assis – o enigma do olhar*. São Paulo: Editora Ática.
- Caldwell, H. (1970). *Machado de Assis - The brazilian master and his novels*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Chemama, R.(1999). Quando as ordens contrariam-se. Em Sousa, E. L. A. (Org.). *Psicanálise e colonização*. Porto Alegre: Artes e ofícios.

- Cervantes, M. (2011). *O engenhoso fidalgo D. Quixote de La Mancha*. Rio de Janeiro: Editora 34. (Obra original publicada em 1605).
- Cervantes, M. (2005). *Don Quijote de La Mancha*. Edición del Instituto Cervantes. Barcelona: Galaxia Gutenberg. (Obra original publicada em 1605).
- Costa, J. F. (1988). Narcisismo em tempos sombrios. Em Birman, J. (Coord.), *Percursos na história da psicanálise*. Rio de Janeiro: Taurus.
- Eagleton, T. (2006). *Teoria da literatura: uma introdução*. São Paulo: Martins Fontes.
- Faoro, R. (2001). *Machado de Assis: a pirâmide e o trapézio*. São Paulo: Globo.
- Freud, S. (2004). À guisa de introdução ao narcisismo. Em *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*, Vol. I. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914)
- Freud, S. (1981a). El poeta y los sueños diurnos. Em *Obras Completas*. Vol. II. Madrid: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada em 1907)
- Freud, S. (1981b). El malestar en la cultura. Em *Obras Completas*. Vol. III. Madrid: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada em 1930)
- Freud, S. (1981c). Tres ensayos para una teoría sexual. Em *Obras Completas*. Vol. III. Madrid: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada em 1905)
- Freud, S. (1981d). El delirio y los sueños en la “Gradiva” de W. Jensen. Em *Obras Completas*. Vol. II. Madrid: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada em 1906)
- Freud, S. (1981e). Dostoievski y el parricidio. Em *Obras Completas*. Vol. III. Madrid: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada em 1927)
- Freud, S. (1981f). El ‘yo’ y el ‘ello’. Em *Obras Completas*. Vol. III. Madrid: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada em 1923)

Gledson, J. (2006). *Por um novo Machado de Assis: ensaios*. São Paulo: Companhia das Letras.

Green, A. (1994). *O desligamento*. Rio de Janeiro: Imago.

Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago.

Kon, N. M. (2003). *A viagem: da literatura à psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.

Lacan, J. (1998). O estádio do espelho na formação do eu. Em *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1949)

Lazzarini, E. R. (2006). *Emergência do narcisismo na cultura e na clínica psicanalítica contemporânea: novos rumos, reiteradas questões*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.

Machado de Assis, J. M. (2008a). O espelho - esboço de uma nova teoria da alma humana. Em *Obra completa*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Nova Aguilar. (Obra original publicada em 1882)

Machado de Assis, J. M. (2008b). Uma visita de Alcibíades. Em *Obra completa*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Nova Aguilar. (Obra original publicada em 1876)

Machado de Assis, J. M. (2008c). Dom Casmurro. Em *Obra completa*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Nova Aguilar. (Obra original publicada em 1899)

Machado de Assis, J. M. (2008d). Quincas Borba. Em *Obra completa*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Nova Aguilar. (Obra original publicada em 1891)

Meyer, A. (2008). *Machado de Assis (1935-1958)*, Rio de Janeiro: José Olympio/ABL.

Mezan, R. (2006). *Freud, pensador da cultura*. São Paulo: Companhia das Letras.

- Passos, J. L. (2007). *Machado de Assis – o romance com pessoas*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Nankin Editorial.
- Rivas Hernández, A. (1998). *Lecturas del Quijote (Siglos XVII-XIX)*. Salamanca: Ediciones Colegio de España.
- Rouanet, S. P. (1993). *Mal-estar na modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Serrano Pereira, L. (2008). *O conto machadiano: uma experiência de vertigem*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Tese de doutorado.
- Schwarz, R. (1979). Quien me dice que este personaje no sea el Brasil? Em Machado de Assis, J. M. *Quincas Borba*. Caracas: Biblioteca Ayacucho.
- Schwarz, R. (2000). *Um mestre na periferia do capitalismo – Machado de Assis*, São Paulo: Duas Cidades, Ed. 34.
- Sousa, L. M. & Viana, T. C. (2011). A alma exterior em Machado de Assis – um olhar psicanalítico. *Revista Mal Estar e Subjetividade*. 11 (3), pp. 1169-1193.
- Sousa, L. M. (2014). *Dimensões da subjetivação e cultura brasileira em Machado de Assis: a alma exterior e o Eu dividido*. Tese de doutorado, UnB, Brasília.
- Vettorazzo Filho, H. (2007). “O espelho”, no mito de Narciso, em Machado de Assis e em Guimarães Rosa: the narcissism thought as condition of ego’s structuring. *Ide*, 30(45), 130-137. Recuperado em 20 de julho de 2013, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062007000200017&lng=pt&tlng=pt.
- Vieira, M. A. C. Apresentação de Dom Quixote. Em Cervantes, M. (2002). *O engenhoso fidalgo D. Quixote de La Mancha* (pp. 9-24). Rio de Janeiro: Editora 34,.
- Villari, R. A. (1997). Relações possíveis e impossíveis entre psicanálise e literatura. *Anuário de Literatura*, pp. 117-129.

10

A ironia no processo sublimatório do personagem Aliócha Karamazov

Rodrigo Pereira da Silva

Universidade de Brasília

Francisco Martins

Universidade de Brasília

O presente capítulo tem como direção de sentido a hipótese de que a ironia é o meio pelo qual a sublimação se efetiva na vida do personagem Aliócha Karamazov, o qual protagoniza o romance “Os Irmãos Karamazov”, escrito por Dostoievski. Subjaz à elaboração do capítulo uma reflexão acerca da forma com que a ordem da linguagem expressa a dinâmica de investimentos e contra investimentos característicos da ordem vital. Reflete-se, ainda, acerca do papel da linguagem nos processos de construção do Eu, posto que para que este se estabeleça é imprescindível a capacidade de simbolizar por parte do Eu.

Ao nomear o artigo que lida com o difícil problema da pulsão, Freud destaca a importância dos destinos assumidos pela pulsão (*Tribschicksale*). No início deste é evidenciado o papel do Eu na configuração dos possíveis destinos, sua tentativa de lidar com a pulsão que brota em seu corpo. Em suas palavras: “abordemos os destinos das pulsões relacionando-os com as forças motivacionais que se

contrapõem ao avanço das pulsões, o que nos permite tratar tais destinos como se fossem modos de defesa contra as pulsões” (Freud, 1915, p. 152)

A vivência pessoal das pulsões se apresenta como alheia à vontade do Eu, apresentando-se como uma coação (*Zwang*), uma restrição da vontade do Eu por um poder experienciado como externo. Ao longo de seu devenir o destino coercitivo (*Anankê*) induzido pela pressão (*Drang*) pulsional pode ser substituído por um destino de livre escolha. Com isso não afirmamos que seja possível alcançar o domínio das pulsões e sim que o homem, diferente de outros animais, pode tornar-se consciente das possibilidades de seu devir (Szondi, 1975, p. 28). O salto qualitativo possibilitado pela linguagem viabiliza a efetivação e abre novas possibilidades de destino. Nesse sentido, a noção de destino não pode ser alienada da noção de pulsão, nem de um Eu que reflete acerca de si próprio e reage aos estímulos endógenos.

Freud (1915) descreve quatro tipos de destinos possíveis para a pulsão: transformação em seu contrário, redirecionamento contra a própria pessoa, recalque e sublimação. Conforme dito, nossa atenção voltar-se-á para o quarto destino que pode ser assumido pela pulsão. A utilização do termo demonstra a influência do iluminismo alemão no pensamento freudiano. Neste, o vocábulo “sublime” é utilizado no âmbito das belas artes com a conotação de grandeza e de conquistas provenientes da elevação do espírito humano. A influência das ciências físicas e químicas também se faz presente. Subjaz a noção transmitida pela operação química de sublimação, na qual um corpo sólido passa para o estado gasoso de maneira direta.

Sob um olhar psicodinâmico, o termo abrange “certos tipos de atividades alimentadas por um desejo que não visa, de forma manifesta, um objetivo sexual: por exemplo, a criação artística, a investigação intelectual e, em geral, atividades a

que uma dada sociedade confere grande valor” (Laplanche & Pontalis, 1983, p. 495). Ou seja, ocorre a transposição da meta sexual originária para outra meta. Diante de tal estrutura conceitual adquire ênfase a cultura e, conseqüentemente, a linguagem. Conforme veremos ao longo do texto.

Dois pré-requisitos são indispensáveis para a efetivação do destino sublimatório. O estabelecimento do Ideal de Eu no psiquismo, posto que este se configura como um ponto de referência para que o Eu se meça, e um Eu com a capacidade de se pensar. Lembrando que o ideal do Eu é herdeiro da perfeição e completude presentes no narcisismo infantil.

Na verdade, foi a influência crítica dos pais que levou o doente a formar seu Ideal-de-Eu, que lhe é transmitido pela voz e tutelado pela consciência moral; mais tarde somaram-se a esse ideal as influências dos educadores, dos professores, bem como de uma miríade incontável e indefinível de todas as outras pessoas do meio (os outros, a opinião pública)... A instauração da consciência moral nada mais foi, em essência, do que a incorporação, primeiro, da crítica parental e, depois, da crítica da sociedade. (Freud, 1914, p. 114)

Tal processo justifica a fascinação amorosa diante de uma figura de destaque social, tal como um médico, líder religioso ou corporativo. Guardar-se-á para a terceira seção deste capítulo a diferença existente entre idealização e sublimação. Como dito, o outro requisito para que o destino sublimatório se efetive é a presença de um Eu capaz de funcionar como ponte entre as diversas antinomias psíquicas, assumindo sua capacidade, mesmo que limitada, de escolha apoiada na ipseidade. Para o saber psicanalítico o Eu não nasce pronto. Ele se constitui a partir do contato com o mundo externo, no qual estímulos podem ser evitados, e

com o mundo interno. Este, por sua vez, composto por estimulações endógenas ininterruptas.

Ferenczi (1992) aponta a disparidade no confronto da ternura infantil com o apaixonado mundo adulto, bem como a necessidade dessa relação assimétrica para que o humano se constitua. A atuação do adulto pervade a criança, que dado seu estado natural de desamparo encontra-se em passividade. Ele deixa nela um “corpo estranho” que se configura numa significativa fonte de estimulação pulsional inconsciente.

No período inicial de vida do bebê, este ainda não possui a capacidade de se expressar por meio da linguagem. A comunicação com a mãe e seus cuidadores mais próximos dar-se-á por meio de signos indiciais e não simbólicos, tal como definidos por Peirce (2005, p. 52). Nesse contexto, a imago materna é central na marcação de traços mnêmicos no psiquismo do infante. O contato da mãe com o bebê, ao longo do processo de maturação psíquica e somática, estabelece o substrato no qual as representações coisa serão posteriormente conjugadas às representações palavra. Aos cuidadores, mais especificamente à mãe, cabe a tarefa de manter o recém-nascido vivo por meio da alimentação e dos cuidados higiênicos.

Tais atribuições maternas a configuram como o meio ambiente da criança, ou seja, como o espaço semiótico-comunicativo no qual os impulsos sexuais e agressivos podem ser expressos. Tem-se dessa forma a transformação do instinto em pulsão, processo que é evidenciado pela constituição das fontes pulsionais.

Pode-se considerar que o contínuo processo de metaforização que compõe a vida e, mais ainda, a produção continuada de metáforas pelo Eu acerca de si próprio, como um esforço último de lidar com esses traços que se fazem presente em seu corpo. Cabe ressaltar que para que haja o ato mental de jogar com as

possibilidades que hão de vir é necessária a existência de um Eu mediado simbolicamente pela linguagem. A esse outro nível qualitativo Peirce (1980, p. 94) denomina terceiridade, o qual abrange a capacidade de simbolizar e, conseqüentemente, a linguagem. Esta se fundamenta numa lei ou regra que permite a generalização, viabilizando o processo inferencial de que um dado evento ou ato produzir-se-á.

Nesse contexto, a língua não se restringe a apenas denominar objetos que existam no mundo, nem de servir de instrumento e espécie de roupa para os pensamentos. Na psicanálise a língua assume a função de constituir a elaboração e formação de conceitos, processo que posteriormente foi denominado pelos filósofos da linguagem ordinária como visão constitutiva da linguagem (Cabrera, 2003).

Sob o enfoque da ciência linguística o *motus* principal da composição da fala é representar e compartilhar vivências experienciadas pelos falantes. Nesse contexto, a língua é apreendida como um fenômeno dinâmico presente na mente do falante. Um processo no qual são conjugados a ideia a ser transmitida e a classe gramatical que ordenará os pensamentos que serão representados (Guillame, 1945).

A noção de linguagem como algo dinâmico implica movimento, atividade ou processo. O uso do termo operação e seu cognatos (com mesma raiz) operativo, operacional e operatividade sugere um movimento com um objetivo particular e uma meta definida. Um processo com início, meio e fim. (Guillame, 1945, p. 10)

Por exemplo, caso um falante queira compartilhar sua vivência temporal por meio do sistema da língua utilizar-se-á do sistema do verbo. Este é composto por

três subsistemas, a saber, voz (ativa, passiva e neutra), tempo (passado, presente e futuro) e modo (quase nominal, o qual abrange as formas infinitivo, particípio passado e presente; subjuntivo; indicativo e imperativo). Com base neste pressuposto é possível utilizar esta classe gramatical como lente a fim apreendermos a vivência temporal experienciada pelo Eu. Vejamos.

O conflito neurótico obsessivo se expressa no sistema de modos verbais da seguinte maneira. O Eu experiencia o afluxo pulsional cuja vivência é representada na mente por meio do subsistema verbal do modo quase nominal. A efetivação de atos que viabilizem a satisfação pulsional é postergada por inúmeros “e se” e “serás”, que multiplicam as possibilidades de devir no psiquismo do neurótico. Vivência representada pelo modo subjuntivo, cognominado fictivo-hipotético. Instala-se dessa forma a dúvida sobre a viabilidade de encontrar novos rumos que o levem a atuar de acordo com as fantasias inconscientes. Dessa forma, os atos não são atualizados no nível de certeza referente ao modo indicativo. Ou seja, os atos remanescem no virtual, realidade psíquica, não sendo atualizados na realidade manifesta, por sua vez expressa no modo indicativo (Pereira Silva, 2014).

O neurótico vive em um mundo de pensamentos e hipóteses que se chocam. Somam-se a isso formações reativas que tornam sua maneira de desejar um verdadeiro *looping*. Ou seja, seu psiquismo realimenta formas que o incitam e excitam exponencialmente. O aspecto compulsivo da neurose se atualiza no modo indicativo, porém, graças ao mecanismo do recalque essa atuação não é elaborada pela consciência, fato que enaltece o conflito.

Ao longo do capítulo desenvolver-se-á esta reflexão por meio das vivências elaboradas pelo romancista Dostoievski. Ter-se-á como meta o entendimento da configuração sublimatória que se processa no protagonista, a qual, supomos,

ocorre por meio da ironia. Passemos, então, à seção seguinte tendo em mente o questionamento: o que significa existir como um Karamazov?

A condição de existir como um Karamazov

O afluxo pulsional se apresenta no psiquismo de maneira composta e congrega as vivências autoperceptivas do corpo e as vivências do transcorrer do tempo. Ocorre, dessa maneira, o amálgama das concepções de espaço substancial do corpo e tempo, as quais são representadas, respectivamente, nos sistemas do substantivo e do verbo.

A delimitação feita pelo linguista Hirtle acerca da vivência temporal expressa por sentenças elaboradas no modo quase nominal sintetiza a união dessas concepções de maneira dinâmica: “...reflete a impressão de que a vida é um eterno suceder de situações que ocorrem à revelia do sujeito, o caráter existencial do inevitável movimento do tempo eliciando situações e as levando embora, onde não mais existem” (2007, p.160).

Segundo Pereira Silva (2014), sob o enfoque do Eu que percebe a si próprio, a atualização de uma sentença nesse modo verbal, expressa a cinestesia do corpo pulsional. Esta vivência na primeira pessoa do corpo nos permite afirmar que o supracitado suceder de situações a revelia do Eu não se restringem ao que vem de fora, mas concernem, principalmente, às estimulações endógenas. Dito de outra forma, esse modo inclui as representações da pulsão carregadas energeticamente, as quais potencialmente podem ser descarregadas, seja por atos motores, ou via linguagem.

Em termos nietzschianos, concerne ao aspecto dionisíaco da vida, no qual esta é concebida como um fluxo tumultuoso que não tem consideração por

qualquer coisa que seja individual ou ordenada, ainda que esse fluxo seja o substrato de toda vida individual (Nietzsche, 2007). Sem dúvida é um retrato obscuro da vida, por expor a precariedade da situação da pessoa no mundo. Cabe lembrar que Dioniso é o deus do vinho, da embriaguês, do êxtase tanto sexual quanto religioso. Referindo-se ao que vai além do Eu, inundando-o.

No romance “Os Irmãos Karamazov” esse aspecto é denominado “a condição de ser um Karamazov”. Condição contra a qual Aliócha reage, inicialmente por meio da negação. Ele ignora as bebedeiras do pai, bem como sua permissividade no trato com as mulheres. Sob as lentes do cristianismo, o personagem assume a postura de não julgar para não ser julgado. Temeria ele uma possível condenação?

Os ideais de beleza, ordem e harmonia se confrontam com o amorfo impulso dionisíaco presente na alma (*Seele*) do protagonista. Uma guerra civil se estabelece no psiquismo do jovem. Processo que restringe sua satisfação pulsional. O Eu de Aliócha, diante dos pensamentos e afetos que o pressionam, duvida quanto à possibilidade de construir outro destino que não o de seu pai e seus irmãos. “Só sei que eu mesmo sou um Karamazov... Sou um monge, um monge... Você dizia ainda há pouco que sou um monge?” (Dostoievski, 2001, p. 234)

Sob o ponto de vista páthico, a condição de ser um Karamazov é vivida como uma coação que induz a pessoa a um destino trágico. Destino em que o horizonte de escolha se restringe a tal ponto que os personagens desse romance, os quais possuem um pouco de todos nós, parecem meros joguetes de forças que os levam ao prazer permeado pela culpa ou à morte.

A dúvida nessa situação não é apenas marca da estruturação neurótica do jovem seminarista. No momento em que as possibilidades de devir se apresentam como dúvida no psiquismo de Aliócha, emerge também a conscientização de

novos rumos em que sua caminhada existencial pode se efetivar. O fato de que é um Karamazov não pode ser mudado, bem como a característica de possuir um corpo que emerge como desejo na consciência também não pode. Todavia, reelaborar as significações que confluíram para a constituição do “Aliócha Karamazov” pode descortinar novas vias de efetivação de seu dever.

O apoio da pulsão no corpo, bem como sua ligação às significações ordenadas pela linguagem fundamentam a *hybris* humana. Contudo, a característica eminentemente humana de tomar consciência dos caminhos que podem ser trilhados influencia sobremaneira não apenas a dinâmica das pulsões, mas as possibilidades de destino que o Eu pode construir. O Eu humano tem papel central nesse movimento páthico.

Cabe ressaltar que mesmo que o modo verbal quase nominal expresse a vivência de potencialidade energética das representações coisa no Inconsciente, quem vivencia esse processo é o Eu humano consciente. Ou seja, este relata por meio de símbolos ordenados em terceiridade vivências relativas à primeiridade do corpo.

Marcar essa distinção é importante por levar em conta as diferenças qualitativas entre as instâncias psíquicas, fato que confere precisão à escuta clínica. Nesse sentido, não se escuta apenas a “linguagem” das pulsões inconscientes que se apresentam como desejo inconsciente na fala do analisando. Considera-se, também, o estado em que o Eu se encontra diante dos jogos de força do Inconsciente. O Eu se encontra em inflação, multiplicando seu poder, querendo ser tudo ao mesmo tempo, em negação, denegando a realidade da tormenta e da pressão que se formam no horizonte? Ou ainda, encontra-se em projeção, atribuindo aos outros os próprios conflitos, ou em introjeção, na urgência de tudo ter, possuir e saber?

Consideramos que clinicamente é importante conhecer o destino trágico que coage os Karamazov para um rumo inexorável. Porém é igualmente importante conhecer que no momento em que Aliócha enuncia sua dúvida quanto a ser um monge seu Eu se encontra em negação, afastando-se da condição de ser um Karamazov, e em projeção, atribuindo a outro a aplicação do ponto de interrogação em seu movimento de ipseidade. Perceber essas posições assumidas pelo Eu abre a possibilidade de reconstruir a tragédia em um drama, ou seja, em uma peça em que os entremeios das situações a que os personagens estão entregues não estão rigidamente escritas. Existindo ainda espaço para a criação e o improviso com o pouco de liberdade que se possui. Dito de outro modo, desponta no horizonte a possibilidade de transformar a “condição de ser um Karamazov”, algo fixo e abúlico, na “condição de existir como Karamazov”, condição em que o fruir vital é restituído.

Ideais apolíneos e identificação com a mãe

Os ideais que fascinam Aliócha estão sob os auspícios do deus Apolo, concernindo à beleza e a harmonia. Nesta concepção, o mundo é apreendido como um todo organizado por meio de leis que podem ser inferidas pela razão humana. Na terminologia nietzschiana, refere-se ao impulso apolíneo (Nietzsche, 2007).

São os ideais que sinalizam os caminhos denominados cultura e religião por Freud. Para nós, clínicos, os ideais têm um lugar especial no que esse psicanalista denominou o Ideal do Eu. Este é resultante da convergência do narcisismo e das identificações com a imagem de objetos amados, em geral, os pais, bem como com seus substitutos e com os ideais coletivos (Freud, 1914, p. 114).

Em alguns casos esse movimento sob os auspícios do deus Apolo, ou ainda a identificação com o ideal do eu, assume um caráter inibitório conferindo rigidez ao Eu ante às sutilezas da vida. Esta, permeada de aspectos dionisíacos como o amor, o interesse sexual e o dinheiro. Tal configuração se apresenta na via pática de Aliócha, definido por Dostoievski como não sendo um “místico, nem fanático, era um filantropo à frente de seu tempo. Se sentia atraído pela vida monástica – ascensão ideal para o amor radioso. Ele possuía um coração sedento” (Dostoievski, 2001, p. 27).

Outra citação de Dostoievski nos auxiliará a compreender essas duas últimas frases. Elas nos remetem a uma lembrança que parece encobridora, tal como a compreende a psicanálise. Nesta lembrança estão presentes três personagens da trama, a saber, uma babá, o infante Aliócha e sua mãe, a qual, cabe lembrar, faleceu quando este tinha apenas quatro anos de idade. Nessa lembrança, a mãe está diante da imagem de uma santa e ora com fervor. Em seguida, ela toma o menino entre os braços e, quase o sufocando em meio a um abraço apaixonado, entrega simbolicamente o filho à Santa Virgem. Prontamente a ama corre e arranca apavorada a criança dos braços da mãe. Num impulso de impedir um desfecho trágico.

Mutatis mutandis, as lembranças encobridoras possuem a mesma função desveladora dos sonhos acordados. Estas condensam um grande número de elementos infantis reais e fantasiados (Freud, 1899). De maneira que, por meio delas, é possível inferir as imagens e fantasias que configuraram a meta pulsional. Tais fantasias, ou fantasmas, induzem o movimento em direção a determinados objetos que possibilitariam a descarga pulsional.

Pereira Silva (2014) afirma que, pelo fato dessas fantasias também estruturarem os devaneios cotidianos, no subsistema do modo verbal, o aspecto

fantasmático se correlaciona com o modo subjuntivo. Este, também denominado fictivo hipotético. Por este modo são representadas as vivências correlativas às construções temporais fictivas acerca do próprio devir e de situações que podem vir a se realizar no mundo. Dessa forma, caracteriza-se pelas partículas “quando” e “se”. Por exemplo, “Quando eu for viajar..”, “Quando eu me casar..”, “Se fulano me ligar...” etc.

Na lembrança de Aliócha, quando a mãe o entrega à santa ele é simbolicamente inserido na genealogia dos santos. Sua mãe encarregou à santa-mãe a guarda do jovem Aliócha. Ele se torna um filho da santa. Um jovem com a responsabilidade de ter de se tornar um santo, um santo como Jesus, o filho da Santíssima Mãe. O êxtase e fervor alcançado pela mãe durante a oração nos indica a condensação da imagem da mãe com a imagem das santas da história da igreja. Por deslocamento, ele também se torna um santo, ou até mesmo uma santa visto que em seu movimento ele está identificado com sua mãe.

Essa lembrança expõe a estruturação de seu Édipo direcionando seu destino. Sua identificação com a mãe o impele a um destino coercitivo análogo às tragédias gregas. Um movimento expresso por um coração sedento atraído pela vida monástica. Conforme veremos na seção seguinte do capítulo, quando analisarmos uma citação referente à decisão de Aliócha de ingressar no mosteiro após contemplar o túmulo da mãe.

Somado a esse ardor apolíneo temos a pouca resistência em ouvir obscenidades e tudo que se relacione ao sexo. Quando criança tapava os ouvidos e, em algumas situações mais extremas, debatia-se no chão. Indícios de seu conflito pulsional, o qual pode ser abordado por meio das ficções elaboradas pelo Eu. Outra prova de sua inabilidade com as coisas do mundo animal e humano transparece na forma com que ele geria suas finanças. Dava pouco valor ao

dinheiro, poupava-o obstinadamente ou gastava-o sem se abalar. Nesse contexto, a mãe se configura como objeto da pulsão sexual de Aliócha que devido à pouca elaboração acerca do próprio sintoma, inibe-se descompassando o ritmo de sua vida amorosa.

Ato de fala e ironia sublimatória

O aspecto econômico do conflito refere-se à necessidade de descarga e o impedimento desta pelo Eu linguisticizado. Visto que a pulsão consiste num estímulo constante, o encontro com um objeto que possibilite a descarga energética é de vital importância para a homeostase do aparelho psíquico. A neurose tem como marca a negação da necessidade e a supressão dos afetos direcionados ao objeto investido pela pulsão – movimento que impede a satisfação. Ocorre, dessa forma, uma ampliação do âmbito virtual, havendo uma arritmia entre o desejo e a efetivação de atos que viabilizem o encontro da satisfação. Para Bakhtin (2005), o herói de Dostoievski se revela livremente.

O homem nunca coincide consigo mesmo. A ele não se pode aplicar a forma de identidade: A é idêntico a A. No pensamento artístico de Dostoievski, a autêntica vida do indivíduo se realiza como que na confluência dessa divergência do homem consigo mesmo, no ponto em que ele ultrapassa os limites de tudo o que ele é como ser material que pode ser espiado, definido e previsto “à revelia”, a despeito de sua vontade. A vida autêntica do indivíduo só é acessível à um enfoque *dialógico*, diante do qual ele responde *por si mesmo* e se revela livremente. (p. 59)

Aliócha atua, coagido por motivações inconscientes, e vai na direção existencial para se tornar um santo e ingressar no mosteiro. Esta “decisão” foi tomada após a visita ao túmulo da mãe, nas palavras de Dostoievski (2001):

Aliócha não mostrou nenhuma emoção especial diante do túmulo de sua mãe; prestou atenção ao relato grave que lhe fez Gregório a respeito da colocação da laje, permaneceu curvado e retirou-se sem ter pronunciado uma palavra. Depois, não voltou mais... . (p. 24)

Quando se dirige resolutivo ao mosteiro, ele sai do campo das hipóteses e atualiza suas ficções fantasmáticas. Nota-se um acréscimo no nível de certeza, das possibilidades para o que é certo e atualizado. Processo expresso pela passagem do modo subjuntivo para o modo indicativo. Com isso, tem-se que a efetivação do ato de se dirigir ao mosteiro ocorre no presente do modo indicativo. Nesse ínterim, cabe a pergunta: para qual objeto tende o investimento libidinal do aspirante a santo?

Com Dostoievski temos a resposta: “Atraía-o essa via unicamente porque havia nela encontrado um ser excepcional a seus olhos, o nosso famoso *Stáriets Zósima*”. Concomitante ao caráter austero e gentil tem-se a admiração nutrida pelo santo homem Zósima. Pode-se dizer que a transferência entre Aliócha e o velho Zósima se estabelece de maneira intensa, visto que este era a imagem viva de um objeto de amor carregado na própria alma. Guiado por essa imagem de amor, a qual condensa a mãe, seu Ideal de Eu e Zósima, o jovem Karamazov caminhou em direção à vida monástica.

O *Stáriets* é o exemplo de simplicidade e da aplicação dos ideais cristãos por meio da ação na vida cotidiana. Em outras palavras, ele era a encarnação do patriarca bíblico que transmite a cultura renunciando às pulsões agressivas e

sexuais. Como disse Victor Hugo acerca de seu protótipo de patriarca, o velho *Booz Endormi*: “seu fardo, seu feixe de feno não era avaro, nem odioso” (1964, p. 57).

Com isso é possível inferir que a transferência é um fenômeno que é vivenciado no presente do modo indicativo. Esta particularidade temporal da transferência não é válida somente para a trama do romance – abrange também a prática clínica. Tal processo configura um jogo transferencial que é “brincado” no presente do indicativo. Fato que nos leva a asseverar que a vivência expressa pelo modo indicativo confere proeminência ao componente pulsional objeto, o qual objetifica, torna objetivo, a configuração da meta pulsional. Lembrando que o objeto é o meio pelo qual a pulsão alcança a sua satisfação.

Não se discute que controlar os fenômenos da transferência representa para o psicanalista as maiores dificuldades; mas não se deve esquecer que são precisamente eles que nos prestam o inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente. Pois, quando tudo está dito e feito, é impossível destruir alguém *in absentia* ou *in effigie*. (Freud, 1912, p. 143)

A transferência atualiza o conteúdo virtual, na terminologia de Freud, o conteúdo *in absentia* ou *in effigie*. O clichê estereotípico é constantemente repetido e reimpresso durante a vida nos limites permitidos pelas situações externas e pelas características dos objetos amorosos que são acessíveis ao Eu. A reconfiguração na meta pulsional via transferência evidencia a criação que pode emergir da repetição.

Um “desvio” de tal magnitude afastou Aliócha do caminho para se tornar um santo, nos moldes por ele idealizado, e o levou a uma vida comum. Ironicamente

pode-se afirmar que esse percalço na estrada da vida foi o que efetivamente o levou a sublimar suas pulsões, desidentificando-se de seu Ideal de Eu. Essa ironia deu-se quando Zósima, antes de morrer, disse a Aliócha que abandonasse a vida monástica e se casasse com uma mulher. Do texto de Dostoievski (2001): “...deixará estes muros, viverá no mundo como um religioso (p. 295).

Essa frase pronunciada no imperativo marca o ponto em que a tragédia da vida de Aliócha se configura como um drama. Em outras palavras, essa frase funciona como um gatilho que, para além de um destino inexorável, abre a possibilidade para um destino de escolha. E ainda, abre-se uma porta em que a idealização pode ser atenuada, descortinando-se o caminho para a uma possível via sublimatória.

Cabe diferenciar o processo de idealização, o qual se fundamenta na projeção da completude do Eu infantil sobre um Eu que é ideal, do processo sublimatório. A idealização consiste num movimento em que o objeto é enaltecido sem que para isto sofra alguma alteração em sua natureza. Como dissemos, a sublimação consiste no movimento da pulsão de se lançar em direção a outra meta que não a satisfação sexual. Desse modo, mesmo que uma pessoa substituía o próprio narcisismo pela caminhada sob os auspícios de um ideal não indica, necessariamente, que as pulsões libidinais foram sublimadas (Freud, 1914).

Esse proferimento do monge russo é enunciado no modo imperativo, o qual deriva do modo indicativo. Porém restringir esse proferimento a apenas esses dois modos é por demais restritivo. Vejamos. Zósima fala na posição de Ideal de Eu de Aliócha, tal como sua instância apolínea configurada em seu modo subjuntivo. A particularidade é que tal assertiva possibilita o aspirante a santo fazer um movimento em direção ao espelho. Outro fator que intensifica essa mirada é o mau cheiro exalado pelo cadáver de Zósima. Uma vez que a pulsão está

intimamente ligada ao funcionamento das glândulas corporais, podemos tomar isso como uma metáfora que evidencia sua condição precária diante das impulsões internas e externas.

A expectativa dos populares quanto ao odor que seria ou não exalado pelo cadáver é central para que entendamos os requisitos estabelecidos imaginariamente na cultura russa acerca dos indícios que provariam a santidade de um homem. O mau cheiro do corpo seria considerado um indício de que Zósima não era o santo esperado. (Dostoievski, 2001, p. 255) Ou seja, haveria máculas em sua alma que exalariam pelos poros cadavéricos. Dito em outras palavras, seria a prova de que ele também possuía a natureza pulsional de um Karamazov.

Kierkegaard (1991) defende que para que a ironia ocorra são necessários dois momentos, a saber, a negação da realidade histórica e a negação do Eu que se coloca diante de determinada situação e se relativiza. Nas suas palavras:

O sujeito irônico suspende provisoriamente a validade da realidade histórica, dada a uma certa época sob certas condições, ao concebê-la por negação. No entanto, uma abstração só pode tornar-se concreta através das gerações e dos indivíduos que a colocam em prática. Assim, por exemplo, “para a geração contemporânea da Reforma, o catolicismo era a realidade dada; e contudo ele era ao mesmo tempo a realidade que como tal não tinha mais validade.” Já a um indivíduo isolado historicamente e justificado como vítima de determinada situação resta vencê-la ou abandonar-se a ela. Mesmo que a vença e venha à luz uma realidade mais verdadeira do que o cumprimento cego das determinações, essa vitória não revoluciona a situação que o vitimava e a partir da qual ele evoluiu por um sacrifício que inclusive respeita a realidade anterior ultrapassada, confirma-a, ou seja, não a desautoriza.

Desse modo, a prática do irônico não é revolucionária, é individual e não desautoriza a validade da realidade por ele negada, mas a reconhece enquanto a nega para soltar-se de suas determinações, para abrir o espaço da existência histórica ao negativo. (p. 225)

Grande foi o choque de Aliócha diante do desconcertante odor. Nesse momento ele se defronta com a própria náusea de viver em sociedade. O mal estar de quem renuncia ao gozo mortífero e pleno das pulsões em favor de pequenas doses de satisfação pulsional. Com Kierkegaard poderíamos perguntar o que estava em jogo. O que o protagonista poderia perder ou ganhar? Aliócha não se revolta nem abandona seus preceitos cristãos, todavia não poderia passar incólume ao descerramento do véu que o mostrou a face do Karamazov.

Busquemos, nas palavras do filósofo, esclarecimentos quanto ao segundo momento:

Mas, para que a formação irônica se desenvolva completamente, exige-se que ao mesmo tempo o sujeito tome consciência de sua ironia, se sinta negativamente livre ao condenar a realidade dada, e goze a liberdade negativa. Para que isto possa acontecer, a subjetividade tem de ser desenvolvida, ou melhor, na medida que a subjetividade se faz valer aparece a ironia. A subjetividade sente a si mesma frente à realidade, sente sua própria força, sua validade ou significação. Na medida, porém, que ela sente isso, ela se liberta por assim dizer da relatividade, na qual a realidade dada quer prendê-la. Contanto que esta ironia esteja justificada historicamente, a libertação da subjetividade é empreendida ao serviço da ideia, mesmo que o sujeito irônico não esteja claramente consciente disto. É o genial na ironia justificada. Da ironia injustificada vale o seguinte: quem quiser salvar sua

alma, perdê-la-á. Mas se a ironia está justificada ou não, só a história pode julgá-lo. (Kierkegaard, 1991, p. 228)

Como diz a tradição oral: “É no presente (agora, hoje) que se faz a vida”. Esta virada no destino o colocou frente a um dilema que trouxe à tona a pequenez do Eu humano ante às vicissitudes da vida interior e exterior. Diante dessa bifurcação, Aliócha escolheu seguir as ordens de Zósima. Afinal de contas, como poderia um homem que aspira à santidade ser desobediente a alguém que, à imagem dos patriarcas bíblicos, pregava por meio de exemplos?

A ironia justificada que se apresenta na caminhada páthica de Aliócha evidencia o emergir de sua subjetividade e a retomada de sua capacidade de se pensar. Ou seja, se configura como uma vitória sobre as determinações de seu ideal e a restituição de sua mínima parcela de escolha diante dos entraves de sua vida pulsional. Concomitante a esse arco irônico, tem-se o desvio de sua pulsionalidade para metas que não se restringem ao objetivo sexual que, no caso do protagonista, se apresentava de maneira conflituosa. Sua escolha o levou a uma concepção de amor mais comum, focada no semelhante. A ironia de realizar seu ideal dele abrindo mão o fez efetivar seu destino sublimatório, restituindo o fruir de sua vida amorosa.

Referências

- Bakhtin, M. (2005). *Problemas da poética de Dostoievski*. Tradução de Paulo Bezerra. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Cabrera, J. (2003). *Margens das filosofias da linguagem: conflitos e aproximações entre analíticas, hermenêuticas, fenomenologias e metacríticas da linguagem*. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília.
- Dostoievski, F. (2001). *Os Irmãos Karamazov*. Introdução de Otto Maria Carpeaux; tradução de Natália Nunes e Oscar Mendes. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Ferenczi, S. (1992). Confusão de língua entre adultos e a criança. *Obras Completas IV*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1992a) A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. *Obras Completas IV*. São Paulo: Martins Fontes.
- Freud, S. (1899). Lembranças encobridoras. *Edição standard brasileira das obras*, Vol. III. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *Edição standard brasileira das obras*, Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1908). Escritores criativos e devaneio. *Edição standard brasileira das obras*, Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912). A Dinâmica da Transferência. *Edição standard brasileira das obras*, Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914). À guisa de introdução ao narcisismo. *Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*, Vol. I. Rio de Janeiro.
- Freud, S. (1915). As pulsões e seus destinos. *Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*, Vol. I. Rio de Janeiro.

A ironia no processo sublimatório do personagem Aliócha Karamazov

- Guillaume, G. (1945). *L'Architectonique du Temps dans les Langues Classiques*, Copenhagen: Einar Munksessaard.
- Hirtle, W. (2007). *Language in the mind: An introduction to Guillaume's Theory*. Quebec, Canada: McGill-Queen's University Press.
- Hugo, V.(1964). *La legende des Siècles avec avant-propos et notes par André Dumas*. Paris: Éditions Garnier Paris.
- Kierkegaard, S. A .(1991). *O conceito de ironia: constantemente referido a Sócrates*. Petrópolis: Vozes.
- Nietzsche, F. (2007). *O Nascimento da Tragédia ou helenismo e pessimismo*. Tradução, notas e posfácio: J. Guinsburg. São Paulo: Companhia das Letras.
- Pereira Silva, R. (2014). *Pulsão, modos verbais e os tempos vividos por Aliócha Karamazov* (Master's thesis). Universidade de Brasília.
- Peirce, C. S. (2005). *Semiótica*. Tradução José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva.
- Szondi, L. (1975). *Introdução a psicologia do destino: Liberdade e compulsão no destino do homem (na escolha da profissão, amigos, esposa, doenças)*. Traduzido por J. A. C. Müller. São Paulo: Manole.

PSICOPATOLOGIA E CLÍNICA PROJETIVA

Traços traumáticos e figuras projetivas nas catástrofes de simbolização¹

Pascal Roman

Université de Lausanne – Suisse

Introdução

Há quase vinte anos publiquei um artigo na revista *Psychologie clinique et projective*, no contexto de um volume consagrado à psicossomática intitulado “*Troubles somatiques et catastrophes de symbolisation*” (Roman, 1997a). Esse artigo, assim como o capítulo publicado no mesmo ano, intitulado “*La méthode projective comme dispositif à symboliser*” (Roman, 1997b), são regularmente citados pelos jovens colegas, em particular como sustentação metodológica de pesquisas com projetivos ligadas às diversas problemáticas, no contexto das quais a questão do traumatismo é central.

A partir dessas publicações, perguntamos retrospectivamente qual a base para o interesse particular dos pesquisadores por essas publicações, assim como sobre a atualidade, pertinência e o sentido das proposições que elas contém. Se nós olhamos *a posteriori* e, em perspectiva, essas duas publicações prefiguram o projeto no qual estão

1. Texto publicado em francês: Roman, P. (2017). Traces traumatiques et figures projectives des catastrophes de symbolisations. *Bulletin de Psychologie*, 550 (4), (no prelo).

inscritos meus trabalhos e pesquisas durante os últimos vinte anos, seguindo uma linha dupla de pensamento, com Chabert, por um lado, e Roussillon, por outro. De fato, defendo nesses dois textos, respectivamente:

— no plano de uma teoria do método, a afirmação de uma função *simbolizante* das provas projetivas; a prova projetiva considerada como um “dispositivo à simbolizar” (Roman, 1997b), com uma declinação que se estende desde oferta a simbolizar à restrição a simbolizar, na perspectiva de provas que convidam a um retorno sobre os traços da história dos processos de simbolização, e que sustentam um “processo psicanalítico breve” (Brelet, 1986);

— no plano clínico e metodológico, destaco o interesse de rastrear, a partir de uma clínica psicossomática da criança, o traço dos obstáculos do trabalho de simbolização nos protocolos das provas projetivas, a partir da identificação de um certo número de manifestações projetivas que eu nomeei em seguida como “catástrofe de simbolização”.

Trata-se, nesse contexto, especialmente, de tentar colocar em perspectiva as proposições ligadas à definição e à ilustração das catástrofes de simbolização, sob a perspectiva da atualidade de minha pesquisa clínica, largamente marcada pela exploração da problemática do traumatismo. Pois, no limite, o que sustenta a perspectiva das catástrofes de simbolização é a possibilidade de colocar em evidência no reencontro projetivo o traço do traumatismo, no sentido em que o traumatismo (quer dizer, o vivido traumático do ponto de vista da subjetividade e de sua realização) reenvia a uma quebra dos processos de simbolização.

Recordemos que a definição de traumatismo, na sua concepção psicanalítica, apresenta dois aspectos:

a. O traumatismo psíquico requer dois *ingredientes*: a experiência traumática, caracterizada por um excesso de excitações que a vida psíquica do sujeito não pode elaborar, e o sentimento de uma ausência de recursos. Em outros termos, o traumatismo consiste em uma dupla experiência: uma situação que traz violência à vida psíquica, como maus tratos, violências psíquicas e sexuais, as negligências e as inadequações das ausências ou dos abandonos, o que Janin (1996) nomeia “núcleo quente do traumatismo” e a experiência de não ser possível contar no seu ambiente com um adulto assegurador, segundo a formulação de Winnicott (1989): “lá onde alguma coisa deveria ter se passado para a criança, é o nada que se faz presente”, situação que se torna experiência, sem que seja traduzida em linguagem, um certo tipo de “colapso”, o que Janin (1996) nomeia “núcleo frio do traumatismo”.

b. O traumatismo psíquico, pela sua dimensão de dano se constitui em dois tempos: o primeiro tempo, aquele do vivido traumático propriamente dito, situado no período da infância e bem frequentemente mantido em um lugar fora-da-psiquê (pela intervenção da clivagem), e o segundo tempo (o *a posteriori*), situado na adolescência ou idade adulta, tempo da sexualização do traumatismo, tempo onde o traumatismo tem seu lugar na economia psíquica genital.

Retomemos, então, o que escrevi na revista *Psychologie clinique et projective*:

Em outros termos, nós podemos nos perguntar como o déficit de simbolização inscreve o corpo como cena do sintoma (um superinvestimento do sensorial, em uma ausência impossível da sensorialidade) ou como déficit somático reativo, por colocar em questão a estrutura mesma da simbolização. (Roman, 1997a, p. 77)

O que me proponho a interrogar, em seguida, no contexto das afeções psicossomáticas na criança, concerne à singularidade do destino pulsional nas configurações clínicas, destino inscrito na dialética complexa entre o corpo e a psiquê. Por outro lado, é importante assinalar o que constitui hoje uma parte importante dos meus investimentos de pesquisa concernente à singularidade do destino pulsional dos atos sexuais violentos no tempo da adolescência (Roman, 2012, 2014a, 2015a). Esse eixo do meu trabalho consiste em considerar que a implicação do corpo do adolescente no corpo-a-corpo imposto à vítima pode ser concebido como abertura de uma nova cena. Essa nova cena, inscrita no processo de repetição, vai tentar dar sentido aos elementos da história traumática, no prolongamento da hipótese segundo à qual o agir pode ser concebido como avatar e como relançamento do trabalho de simbolização.

É, então, na direção desse interesse clínico em torno da adolescência, dos remanejamentos que a caracterizam e das catástrofes às quais somos confrontados, que me proponho a reavaliar a eficiência noção de catástrofe de simbolização.

Na direção de uma definição de catástrofes de simbolização

Mas o que são essas catástrofes de simbolização? Se o termo “simbolização” faz parte de nosso patrimônio conceitual no campo da psicanálise, com a particularidade das proposições de distinção entre simbolização primária e secundária (Roussillon, 1991, 2014), o termo “catástrofe” não é óbvio.

A referência que proponho aqui ao termo catástrofe vai além, é claro, do sentido comum do termo. Este, a partir do grego, reenvia à ideia de uma revolução e uma consequência (embora a dualidade semântica desse termo possa se relacionar a uma concepção clínica de catástrofe: desfazer os nós e encontrar uma saída). É preciso notar, por outro lado, que a conotação pejorativa do termo

catástrofe (associado à destruição) não é necessariamente comprovada (de um ponto de vista epistemológico, a catástrofe, é igualmente um evento inesperado), mesmo se essa conotação pejorativa domina atualmente os usos desse termo em francês.

Por outro lado, o termo catástrofe se encontra, depois dos trabalhos do célebre matemático Thom sobre a teoria das catástrofes, matizado por uma outra dimensão. Ele adquire uma inclinação eminentemente dinâmica, assim sublinha Virole (1992): “A teoria das catástrofes de René Thom propõe ‘uma epistemologia do olhar’, segundo a bela expressão de Krzysztof Pomian, colocada sob as formas e podendo a partir delas remontar até uma dinâmica onde elas surgem por desdobramento” (Virole, 1992, p. 31). A teoria da catástrofe busca, assim, inserir e modelar, no plano matemático, um certo número de mudanças, assim como os traços dessas mudanças. Eu retomo novamente as proposições de Virole, em sua função de *navegador* entre o mundo das matemáticas e da psicologia, enunciadas no prolongamento do artigo de 1992:

De acordo com esse segundo sentido (é preciso entender aqui: o sentido da teoria da catástrofe), uma catástrofe é o desaparecimento de uma forma estável. Esse desaparecimento leva ao estabelecimento de uma nova forma consecutivamente a uma modificação de forças que atuam sobre o sistema. (ver em <http://www.benoitvirole.com/>)

É na direção dessa concepção que precisamos agora entender o termo de catástrofe de simbolização: como uma modalidade que testemunha um tensionamento dos processos e que contribui no trabalho de simbolização em sua dupla valência, desorganização/reorganização. Dito de outra forma, as catástrofes de simbolização revelam um evento inesperado no contexto da vida psíquica, no

qual a cenarização sobre a cena projetiva, que nós podemos pensar como uma nova cena do traumatismo, informa os seus efeitos sobre a dinâmica da vida psíquica.

No artigo sobre catástrofe de simbolização (Roman, 1997a), não me proponho a falar propriamente da definição de catástrofes de simbolização, mas descrevo-a em quatro formas de expressões principais (que eu desenvolvo como “quatro índices”), ilustrada pelos fragmentos das respostas no Rorschach. Essas quatro formas expressivas sustentam as respostas na dinâmica de sua produção; trata-se, com efeito, para além do conteúdo das respostas, consideradas a partir de sua cotação, de se levar em conta o contexto de sua produção. Vejamos como se declinam agora as catástrofes de simbolização:

- A primazia da percepção imediata ou respostas de um *visto-vivido*;
- Os efeitos do branco afetando as ligações no contexto do discurso;
- As ilhotas de denegação, testemunhando rupturas no processo representativo;
- Uma efração das funções continentais e de para-excitação no jogo transferencial.

Conforme eu já disse, essas diferentes formas expressivas constituem muitos dos traços dos vestígios do trabalho de simbolização. Proponho-me, no entanto, reformulá-las em torno de três eixos, que merecem ser abordados tanto a partir do Rorschach como das provas temáticas (CAT, TAT), ou das provas de jogo (Ceno-teste, em particular):

- o eixo do investimento sensorial do material projetivo na produção da resposta (simetria, cor e esfumaçado...), ou *eixo da elaboração do afeto*; a questão subjacente é aquela advinda do afeto;

- o eixo da continuidade do processo representativo na elaboração do discurso, reagrupando efeitos do branco e ilhotas de denegação (que reenvia, de fato, à mesma lógica processual) ou *eixo da construção do fundo da continuidade narcísica*; a questão subjacente é aquela da constituição da cena, enquanto função-suporte;

- o eixo do engajamento transferencial, testemunho da qualidade das para-excitações, ou *eixo do tratamento da excitação na ligação*; a questão subjacente é aquela da plasticidade oposta à porosidade dos limites, com o rastreamento dos *agires de transferência* que se constituem dos indicadores particulares pertinentes (Freud, 1915)².

Psicodinâmica das violências sexuais na adolescência e cena projetiva

A apresentação de alguns elementos teórico-clínicos a partir dos quais poderá ser apreendida, em uma aproximação psicodinâmica, a clínica projetiva dos adolescentes engajados nos atos sexuais violentos, do ponto de vista das catástrofes de simbolização, permitirá situar o contexto da experiência da problemática do traumatismo.

2. Bokanowski (<http://www.spp.asso.fr/wp/?p=5853>) cita, a propósito de Freud (1915), em seu texto “Remarques sur l’amour de transfert” que evoca uma *transfert agida* (ou um “*agir de transfert*”), na qual “o ato vem substituir a palavra, vem interromper o jogo transferencial”: “Tem uma mudança completa da cena, como se uma peça cedesse lugar a uma realidade efetiva que faz subitamente irrupção, um pouco como quando o sinal da sirene em um incêndio surge durante uma apresentação teatral” (Freud, 1915, p. 202). Notamos que Freud completa posteriormente: “A doença teria revelado para o que tendem os pacientes na análise: agir qualquer coisa, repetir na vida o que só precisa lembrar, reproduzir como material psíquico e manter no domínio psíquico.” (Freud, 1915, p. 206).

Eu tenho sustentado já faz alguns anos, em particular no seguimento dos trabalhos de Balier (1996) e Ciavaldini (1999), a hipótese segundo a qual os atos violentos na adolescência *contribuem* no processo adolescente. Se esses atos assinalam um sofrimento ligado ao destino do sexual infantil no processo adolescente (Gutton, 1991, 1996), eles constituem igualmente uma oportunidade para relançar esse processo. A partir disso, nós podemos compreender que o agir cometido no tempo da adolescência autoriza a abertura de uma outra cena para os vividos traumáticos infantis, remobilizados através do traumatismo pubertário, se nós estivermos dispostos a aceitar pensar na busca de sentido contido no agir violento adolescente.

Se seguimos a proposição de Ciavaldini (2005), que qualifica o agir comum um “afeto inacabado”, nós podemos agora pensar que a emergência e/ou o primado da sensorialidade (ou a busca da sensorialidade) contida no agir sexual violento testemunhará no atual a incompletude do afeto. Ravit, Di Rocco, Bécache, Carka (2013) sublinham, por outro lado, que se encontra mobilizado no agir, uma “busca de uma parte não acabada da posição subjetiva” e a busca dos ecos do “que se perdeu no reflexo do espelho primário”. O sensorial é mobilizado, neste ponto, como a via (uma via) para reconectar o fil do processo de simbolização que repetidamente é colocado à prova. Nesse contexto, o “exagero sensorial” (Ravit, 2010) poderá ser compreendido como estando a serviço de uma tentativa de figuração do traumático.

Essa figuração necessita uma cena, uma outra cena, que é ao mesmo tempo a cena do agir sexual violento, no que ela testemunha de uma expressão do afeto sobre o fundo de um *desconhecimento* de seus próprios afetos e dos afetos do outro (a vítima), e a cena de um reencontro clínico apoiando-se sobre o dispositivo projetivo. De fato, a cena projetiva pode ser concebida como cena de repetição traumática, em um momento, e cena da catástrofe, cena do evento inesperado. A

excitação produzida pela visão do material projetivo (Roman, 1998) testa os potenciais de simbolização e convida o adolescente a percorrer os traços do infantil nas suas inscrições traumáticas com, em particular, a perspectiva do tratamento da autossedução própria do tempo pubetário (Gutton, 1991) e a colocação em jogo da subversão libidinal no investimento da nova sexualização do corpo (Dejours, 2013).

Clínica projetiva e catástrofe de simbolização

A apresentação das formas expressivas das catástrofes de simbolização será ilustrada segundo os três eixos precedentemente definidos, apoiando-se sobre os protocolos das provas projetivas de adolescentes implicados e condenados por atos de ordem sexual, recolhidos no contexto da pesquisa EvAdoGroupe³. Essa pesquisa é consagrada à avaliação dos potenciais de mudanças em adolescentes autores de violência sexual, com apoio sobre um protocolo de pesquisa longitudinal, que comporta, entre outras, uma proposição de teste-reteste com as provas projetivas do Rorschach e do TAT. Escolhi, de maneira um pouco aleatória, os protocolos de Rorschach e o TAT de dois adolescentes para ilustrar a clínica projetiva das catástrofes de simbolização: Corneille, com idade de 18 anos, e Charles, com idade de 17 anos. As referências aos respectivos protocolos de Rorschach e TAT dos dois adolescentes serão identificadas da maneira seguinte, para cada um dos três eixos: Rorschach Corneille: A; TAT Corneille: B; Rorschach Charles: C; TAT Charles: D.

3. A pesquisa do EvAdoGroupe (Avaliação dos processos de mudanças dos adolescentes engajados no agir sexual violento acompanhados em grupos terapêuticos) é dirigida pelo professor Roman no quadro do LARPsyDIS, Instituto de Psicologia, na Universidade de Lausanne (Suíça). Essa pesquisa é subvencionada pelo Serviço de Proteção à Juventude (SPJ - État de Vaud, Suíça) e pelo Centro de recursos para atuantes junto aos autores de violências sexuais (CRIA VS - Rhône-Alpes, France).

Eixo do investimento sensorial do material projetivo na produção da resposta (traços quase-alucinatórios, retorno do visto ou do ouvido, sensações alucinatórias) ou o eixo da elaboração do afeto

Um certo numero de exemplos das catástrofes de simbolização, testemunhando a primazia do investimento sensório-perceptivo, pode ser identificado a partir dos protocolos das provas projetivas dos dois adolescentes mencionados.

A - Corneille (prova de Rorschach)

— A referência à simetria (que aparece de maneira recorrente no conjunto do protocolo) e que nós podemos considerar na sua função de autossustentação subjetiva (nós podemos evocar a noção de “*vertébration subjective*”):

I: É preciso que eu fale o quê?... uma bacia e osso ... Tem sempre um eixo de simetria no meio, parece um espelho, isso está em todas as imagens, eu estou certo. Nós podemos imaginar muitas coisas sobre isso, humm.

Essa função de autossustentação subjetiva se organiza no contexto da colocação em jogo, pelo adolescente, do investimento do narcisismo:

VII: (segura a prancha na mão). Bom, preciso que eu repita eixo de simetria. Eu creio que todas as que eu vi, poderá tratar de duas silhuetas, duas cabeças, parece que tem duas meninas embora, nem mesmo... Elas se olham uma a outra em um espelho com o eixo de simetria, eu olho para o que eu sou.

Pode-se interrogar, a partir dessa resposta, sobre a tentativa de Corneille de abrir e de criar um espaço no intrapsíquico e na intersubjetividade, para a composição do afeto (Roussillon, 2002).

— A acentuação sobre a cor nas pranchas pastéis, através das respostas, nas quais a cor tem primazia sobre a elaboração da forma; no fundo, faz surgir uma interpelação sobre a origem e a essência do material, interpelação que contribui para sustentar a emergência do afeto:

VIII: Bom sempre eixo de simetria... Poderia servir essas duas manchas vermelhas dos lados dos insetos, dos largatos, ainda tem patas, dos insetos, coisas assim. Em todo caso foi feito com tinta, vemos imediatamente, é tudo que penso.

IX: De novo presença de cores e eixo de simetria. Talvez isso assemelha a dois dragões ou dois hipopótamos. Presença laranja para o fogo, também o branco, o vermelho, o amarelo. Mistura de cores quentes. Se nós vemos o plástico ou o alumínio, mais uma flama verde, verde, azul, violeta em suma qualquer coisa que vemos que é tóxico (ele olha pela janela).

Nós podemos notar, em particular no que concerne à prancha IX, a evolução do sensorial visual (cores nomeadas) e cenestésico (o calor, com “cores quentes”) em direção ao afeto (a referência ao “tóxico”) que tem apoio sobre a identificação do material (“do plástico, do alumínio”).

B - Corneille (prova do TAT)

— A confrontação com uma das pranchas, as menos figurativas do TAT (prancha 11), mobiliza uma tentativa de construir o estímulo a partir da explicitação de um ímpeto perceptivo-sensorial:

11 (pega a prancha na mão): isso, isso me lembra qualquer coisa essa imagem, eu estou certo de ter visto. Bom, bem lá onde é na borda, pode ser um castelo, tem uma avalanche, um estoque de pedras, uma abertura, uma fortaleza, em todo caso um muro.

Nós vemos a importância dada aos aspectos ligados à construção dos espaços (dentro-fora, passagem delimitação...) sobre o fundo de uma recordação que nós podemos levantar a hipótese de ser uma emergência quase-alucinatória (“isso, isso me lembra qualquer coisa essa imagem, eu estou certo de ter visto”).

C- Charles (prova de Rorschach)

— O protocolo de Charles é preenchido de respostas que testemunham o traço perceptivo bruto seguido da emergência pulsional, sob o fundo de uma perseveração, centrada sobre respostas de armas, como vetor de uma pulsionalidade violenta,

II: *um impacto de bala. Outra coisa? Não (□) nós podemos crer é um impacto de bala com esse traço no meio. É tudo.*

VI: *(^) nós podemos crer tem um impacto de bala com esse traço no meio. É tudo.*
(enquete: impacto de bala, a entrada, a saída e o trajeto da bala).

Eixo da continuidade do processo representativo na elaboração do discurso reagrupamento de efeitos de branco e ilhotas de denegação, ou eixo de construção do fundo de continuidade narcísica

Os protocolos dos dois adolescentes retidos por essas ilustrações oferecem a oportunidade de entrar nas figuras das catástrofes de simbolização marcadas pelas rupturas do processo representativo.

A - Corneille (prova de Rorschach)

—A construção de fundo, se apoiando sobre a simetria, quebra o processo de figuração:

I (pega a prancha na mão): *É preciso que eu fale o quê?... uma bacia e osso ... Tem sempre um eixo de simetria no meio, parece um espelho, isso está em todas as imagens eu estou certo. Nós podemos imaginar muitas coisas sobre isso, humm.*

A retomada da verbalização em face a essa primeira prancha se impõe, isso para dar conta dos efeitos de rupturas (efeitos de branco, ilhotas de denegação). Nós podemos, de fato, levantar o contraste entre o anúncio da potencialidade imaginária da prancha (“nós podemos imaginar muitas coisas sobre isso”), e a impossibilidade para o adolescente de produzir as respostas suplementares a essa prancha, para além da resposta anatômica quase-desvitalizada elaborada de antemão (“uma bacia e ossos”).

— A referência ao branco parece atingir a continuidade da representação:

II: *isso poderá eventualmente parecer esse espaço branco, eu não sei se vocês representam a Torre Mallaig, enfim falta a torre principal. Eu posso dizer qualquer coisa a mais.*

Por meio dessa resposta na prancha II, onde nós podemos sublinhar a participação determinante do detalhe branco central, o impacto desse vazio parece dobrado, do ponto de vista da continuidade do processo representativo de Corneille: de uma parte limitação (ou censura) da representação (“a Torre *Mallaig*, enfim falta a torre principal”) e por outro lado, a limitação do engajamento projetivo (“eu não posso dizer”).

— O ataque e/ou a desqualificação da representação humana se desenvolve em ligação com a referência à caricatura:

III: Eixo de simetria. *Isso assemelha a duas espécies de seres humanos, caricaturados, em todo caso a mancha vermelha ao centro parece uma gravata borboleta ... nós podemos andar em círculos.*

III – reteste: *sempre o eixo de simetria. Isso poderá ser uma gravata borboleta lá no meio, isso que é cinza parece duas silhuetas, é um pouco imaginação, não são dois homens. É um pouco essas artes chinesas todas essas coisas. Não parece nada. Nós podemos nos perguntar se isso serve para pendurar em casa.*

Podemos avaliar o lugar da função de investimento na sensorialidade, ao mesmo tempo ponto de sustentação e asseguramento do processo representativo, e testemunha do risco de desqualificação do imaginário. Além disso, durante o reteste, a interpelação sobre o interesse de uma exposição da prancha (“a que isso serve?”) interroga uma outra forma de ruptura: qual é a compreensão do adolescente quanto ao sentido da passagem pela prova projetiva? Qual *projeção* pode ser identificada nesse apelo ao psicólogo quanto a uma sustentação de si na prancha? De qual risco testemunha o reencontro da prancha do ponto de vista da intimidade?

— A ênfase na estrutura do estímulo tem precedência sobre a representação:

IV: Eixo de simetria. *Nós podemos dizer que é um gigante ou qualquer coisa como isso com seus dois pés embaixo da imagem (ele coça a cabeça)... buscando qualquer coisa no centro, essa espécie de corredor da imagem, de cima a baixo, verticalmente.*

A referência ao “corredor da imagem” e à vetorização (“de alto a baixo, verticalmente”) tende a submergir o potencial de se colocar em imagem em face ao estímulo.

— O muito pouco da representação e o muito do estímulo torna vivo o risco da descontinuidade e mobiliza o movimento ativo em face da prancha:

VI: uma só coisa mas que representa toda a imagem ... eu quero retocar um pouco ... um vulcão, a chaminé ao centro, justo a chaminé, um tubo de uma lareira. No todo, já é muito, precisa que seja mais preciso.

Em face à intensidade da excitação mobilizada pelo estímulo, e a expressão do sentimento de um transbordamento que se abre a uma limitação da potencialidade representativa (“justo a chaminé”), Corneille tenta retomar o controle sobre o estímulo mesmo (“eu quero retocar um pouco”).

B - Corneille (prova do TAT)

— A busca de suporte para a representação confronta o adolescente ao risco da construção da forma sob o fundo, e abre-se uma confusão entre forma e fundo:

1: O que é isso? (vira a prancha) o que é essa coisa... o que é isso... um suporte para um livro? Um livro, ele mesmo? Um quadro?... eu vejo um homem, enfim um homem talvez um menino que está olhando esse objeto mas ele está meio adormecido ... O que você quer que eu acrescente? Essa é talvez uma mesa que ele se senta ... não que ele está sentado.

A confusão entre a representação e seu suporte (“um suporte para um livro? Um livro, ele mesmo?”), considerada de maneira intercambiável, testemunha a fragilidade dos acessos narcísicos de base: a inferência que contribui para a representação de objeto (“Essa é talvez uma mesa que ele senta... não que ele está sentado.”) interroga, por outro lado, a precariedade da instância representativa

sob o fundo da colocação à prova da representação e da ausência de representação.

16: Verdadeiro-falso? Pode ter duas histórias: uma eu não digo nada, não é uma história, porque não tem nada eu não vou começar a filosofar sobre o nada, recontar as coisas sobre o nada. Neva nesses tempos, então isso poderá ser uma pista de esqui porque está branco. É tudo...

Na narrativa proposta na última prancha da prova do TAT, o adolescente oscila entre o fracasso de uma cenarização interna (“uma eu não digo nada, não é uma história, porque não tem nada”) e uma sustentação no atual da experiência (“Neva nesses tempos”), testemunhando a primazia do perceptivo.

C - Charles (prova do Rorschach)

— A excitação iniciada pela cor e a dispersão do estímulo desorganiza em um primeiro tempo a capacidade de produção das representações (clivagem entre a “multiplicidade de coisas” e “eu não distingo nada”) depois autoriza a construção do estímulo (se apoiando sobre a nominação da cor acromática),

X: X é 10. Tem uma multiplicidade de coisas aqui... eu não distingo absolutamente nada aqui. Há... lá talvez, "Um crânio de animal (L: 0 :00 :05)" Lá adiante, a mancha cinza, nós diríamos a frente de um tanque Churchill, sim, isso faz sentido.

Nós podemos notar aqui a função de revertimento das pranchas como sustentação para a produção de resposta, sustentação fortalecida pela referência a um autorrepresentação da função-suporte (“sim, isso faz sentido”).

D - Charles (prova do TAT)

— Com a narrativa proposta nessa prancha, a inibição perceptiva testemunha de maneira exemplar os *efeitos de branco*:

5. *Tem quantas lá dentro?* (pega a prancha na mão)...*Pff... eu não vejo, lá eu não vejo nada, eu sou totalmente cego.* (Clínico: você não tem a mínima ideia?) *Não, lá eu não vejo.*

Eixo do engajamento transferencial, testemunha da qualidade das pare-excitações, ou eixo do tratamento das excitações na ligação

Esse terceiro eixo coloca particularmente em evidência as manifestações em forma de agir na transferência que pontuam a produção projetiva.

A - Corneille (prova do Rorschach)

— A interrogação sobre a intervenção, da implicação ou da intenção do clínico sobre a produção do estímulo se inscreve sobre um fundo de denegação da dimensão *instituída* do material, em um contexto de uma fragilidade de representação,

IV (inquérito): *O todo [no centro] é isso eu não posso dizer mais.* (Você observou os pés?)

Tudo se passa como se a marca do clínico sobre o estímulo fosse capaz de assegurar a fiabilidade da experiência perceptiva.

— Nessa mesma linha, a solicitação do clínico sobre o atual pertencimento artístico do estímulo vem como uma tentativa de reasseramento no contexto

de dúvida sobre a produção da representação (considerando que a resposta proposta pertence às respostas banais nessa prancha):

V: Eixo de simetria. *Isso poderá parecer um pouco com um morcego. Essas imagens fazem parte do moderno, de qual época?*

D - Charles (prova do TAT)

— A interpelação explícita do clínico a uma solicitação sensorial contribui para sustentar o processo de representação,

13B: *Você não tem alguma coisa mais concreta para me mostrar? De forma genérica qualquer coisa que me salta aos olhos? É a história de um garoto, é a história e um garoto que foi abandonado por seus pais no deserto e vive lá e se vira só e morre nessa cabana quando for velho, enfim quando ele é velho (boceja, se agita, mexe as pernas).*

Nós notaremos aqui a implicação somática e sensório-motriz de Charles na produção da resposta (tradução somática do afeto?)

— No reteste, a colocação em ato, sobre o modo da resolução no aqui e agora do vivido da falta, o sustenta na elaboração da narrativa:

13B' – reteste: (ele pega sua carteira e tira duas notas de \$ 100, e as pega na mão). *É a história de um garoto que espera seu pai na entrada da casa (duas moedas caem, e ele se abaixa para pegar) caiu sozinha... hum...que espera seu pai na entrada da casa e ele está atrasado, como de hábito, e seu pai vem e ele se desculpa e ele lhe oferece um chocalho e depois todo mundo fica contente.*

— Enfim, o questionamento (a falha) da potencialidade representativa exprime-se com risco de exaustão, com um rebaixamento sobre uma abordagem estritamente sensorial,

16 (vira a prancha e a vira novamente): *Ó... eu vejo muita neve branca, hã ... acabou. Isso não me inspira grande coisa, eu sei. Branco. E se você devesse contar uma história? Impossível com essa coisa branca com os contornos brancos isso vai ser duro, isso vai ser difícil. Era uma pergunta armadilha. Você me deixou exausto com todas essas histórias que não tem nada por detrás. Não, nada de diferente do branco, eventualmente branco-amarelado.*

Além da emergência persecutória, nós podemos notar a desorganização latente no centro do discurso, que acompanha a perda da diferenciação forma/fundo (“impossível com uma coisa branca, com os contornos do branco”).

Conclusão

As diferentes ilustrações propostas mostram, de maneira bem explícita, todas as vezes a riqueza do panorama das catástrofes de simbolização, consideradas como testemunha do destino do traumatismo e o caráter dinâmico delas. Essas catástrofes de simbolização, ou eventos inesperados na vida psíquica, contêm o germe dos potenciais de reorganização no qual seguiria o seu destino em sua emergência nas provas projetivas, de uma prancha a outra e de uma prova a outra⁴, além do que se pode observar no contexto dos exemplos de respostas ou narrativas isoladas que foram apresentadas nesse texto, em uma visão ilustrativa.

⁴. A noção de fio projetivo (Roman, 2015) permite dar conta dessa dinâmica que se desenvolve prancha a prancha, e de prova em prova.

Essa retomada da noção de catástrofe de simbolização, que se inscreve na origem e, lembramos, na preocupação por uma clínica psicossomática, centrada aqui sobre a prova de uma clínica do agir sexual violento na adolescência, testemunha, se necessário, a continuidade das problemáticas do agir (Roman, Dumet, 2009), do agir somático (somatização) ao agir violento (auto-/hétero endereçado). Essas clínicas são marcadas pelo jogo da clivagem, que abrange certas experiências infantis à parte ou cortadas da subjetividade; clínica da clivagem do Eu, ou mais precisamente da clivagem ao Eu (Roussillon, 1991), que revela uma quebra nas simbolizações das experiências precoces, antes da linguagem, experienciada e não simbolizada (ou insuficientemente simbolizada).

A cena projetiva pode ser uma ocasião de relançar o trabalho de simbolização, trabalho que sabemos bem, não tem caminhos lineares. As catástrofes de simbolização fazem parte desses eventos inesperados da vida psíquica que contribui para testemunhar e reduzir a parte clivada no jogo da pulsão, sua transformação e seu destino. Nesse sentido, é mesmo o trajeto da pulsão que pode ser avaliado a partir da focalização das catástrofes de simbolização, nessa articulação e nesse jogo sutil entre traços perceptivos, emergências afetivas e construções conceituais (Freud, 1896/1973), sobre as quais as produções projetivas, na sua complexidade expressiva (verbais, textuais, gestuais-sensório-motriz) podem utilmente nos esclarecer.

Enfim, nós compreendemos que essa pontuação concerne, bem além da clínica das crianças ou dos adolescentes, igualmente à clínica dos adultos, no campo do que já é habitual de nomear a clínica dos sofrimentos ou patologias narcísicas-identitárias (Roussillon, 1991, 2014). Essa clínica revela-se paradigmática das catástrofes de simbolização, uma vez que refletem a precariedade da elaboração das experiências traumáticas precoces, inscritas sob o modo da ligação não-simbólica, no tempo antes da linguagem, como o testemunha os trabalhos precedentes na clínica do adulto (Roman, 2014b).

Referências

- Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris: PUF.
- Brelet, F. (1896). *Fantasme et situation projective*. Paris: Dunod.
- Ciavaldini, A. (1999). *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Paris: Masson.
- Ciavaldini, A. (2005). L'agir : un affect inachevé. In J. Boushira & H. Parat, *L'affect* (pp. 137-162). Paris: Presses universitaires de France.
- Dejours, C. (2013). L'inné et l'acquis. La cohabitation entre l'infantile (pulsionnel) et le pubertaire (instinctuel). *Carnet psy*, 6, 173.
- Freud, S. (1896). Lettre du 6 décembre 1896 à W. Fliess. In S. Freud, *La naissance de la psychanalyse* (pp. 153-154). Paris: Presses Universitaires de France. (Edition 1973).
- Freud, S. (1915). Remarques sur l'amour de transfert. In *OCP XII* (pp. 197-211). Paris: Presses Universitaires de France. (Edition 2005).
- Gutton, P. (1991). *Le pubertaire*. Paris: Presses universitaires de France.
- Gutton, P. (1996). *Adolescens*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Janin, C. (1996). *Figures et destins du traumatisme*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Ravit, M. (2010). Du traumatisme à la fascination dans la clinique du passage à l'acte. *Psychologie clinique et projective*, 16, 29-49.
- Ravit, M., Di Roco, V., Bécache, E., & Carka, D. (2013). De l'illusion meurtrie à la désillusion meurtrière. *Psychologie clinique et projective*, 18, 167-184.
- Roman, P. (1997a). Troubles somatiques et catastrophes de symbolisation. *Psychologie clinique et projective*, 3 (1) 75-87.

- Roman, P. (1997b). La méthode projective comme dispositif à symboliser. In P. Roman & al., *Projection et symbolisation chez l'enfant* (pp. 37-51). Lyon, France: Presses Universitaires de Lyon.
- Roman, P. (1998). Pouvoir et pour-voir du clinicien dans le champ judiciaire. *Cahiers de psychologie clinique*, 10, 47-63.
- Roman, P. (2012). *Les violences sexuelles à l'adolescence. Comprendre, accueillir, prévenir*. Paris: Elsevier-Masson.
- Roman, P. (2014a). Les violences sexuelles dans la famille à l'adolescence et l'épreuve de la différenciation. In F. Houssier, *Violences dans les liens familiaux* (pp. 69-84). Paris: In Press.
- Roman, P. (2014b). Violence et psychopathologie : l'agir sexuel violent et la butée de la perversion - Contribution des épreuves projectives. In B. Gaillard, *La psychologie criminologique* (2e éd.) (pp. 99-124). Paris: In Press.
- Roman, P. (2015). *Le Rorschach en clinique de l'enfant et de l'adolescent* (2e éd.). Paris: Dunod.
- Roman, P. & Dumet, N. (2009). Des corps en actes : symbolisation/désymbolisation à l'adolescence. *Cliniques méditerranéennes*, 79, 207-227.
- Roussillon, R. (1991). *Paradoxe et situations limites de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Roussillon, R. (2002). L'homosexualité primaire et le partage de l'affect. In D. Mellier, *Vie émotionnelle et souffrance du bébé* (pp. 73-93). Paris: Dunod.
- Roussillon, R. & al. (2014). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (2e éd.). Paris: Elsevier-Masson.

Viole, B. (1992). Morphogénèse des stéréotypies motrices dans l'autisme infantile. *Sémiotiques*, 3, 31-62.

Winnicott, D.-W. (1989). La crainte de l'effondrement. In D.-W. Winnicott, *La crainte de l'effondrement et autres textes* (pp.205-216). Paris: Gallimard. (Edition 2000).

12

O Eu-Pele no método de Rorschach

Bruno Cavaignac Campos Cardoso

Instituto de Educação Superior de Brasília

Deise Matos do Amparo

Universidade de Brasília

Roberto Menezes de Oliveira

Universidade Católica de Brasília

O conceito de Eu-Pele é uma metáfora utilizada por Anzieu (1989) para designar a representação decorrente da introjeção psíquica da imagem da pele biológica, cuja internalização, anterior ao estágio do espelho descrito por Lacan (1948/1998) e ao narcisismo secundário, é responsável por desempenhar várias funções no psiquismo. No presente trabalho, trataremos de três funções desempenhadas pelo Eu-Pele: a função de manutenção, a função de continência e a função de para-excitação buscando os indicadores para sua análise por meio do método de Rorschach, segundo a abordagem da Escola de Paris (Anzieu, 1978; Chabert, 1998; Roman, 1996, 2001; Traubenberg, 1970).

A construção desse envelope psíquico, representação da pele, ocorre no campo da relação reconfortante de apego desenvolvida com a figura materna.

Trata-se de um processo que, além de permitir o estabelecimento de barreiras entre dentro e fora da superfície corporal, possibilita também o domínio dos orifícios corporais e o desenvolvimento da confiança sobre eles. Portanto, o Eu-Pele garante o sentimento de integridade do envelope corporal (Anzieu, 1989), a continuidade da existência do ser e o sentimento de habitar uma pele individual (Le Breton, 2003).

Como toda atividade psíquica ocorre por apoio em uma atividade somática (Anzieu, 1989), a pele, como órgão biológico, apresenta-se como objeto narcísico a ser internalizado pelo aparelho psíquico como representação constitutiva do Eu e de suas principais funções (Le Breton, 2003). Portanto, a pele é responsável por fornecer as bases para a fundação de uma instância de manutenção anímica no aparelho psíquico, tornando possível a segurança do sentimento de si e do sentimento de habitar um corpo individualizado.

Entre as funções desempenhas pelo Eu-Pele, temos a capacidade de manutenção, que se origina da interiorização da função de *holding* (Winnicott, 1962/1970) desempenhada pela mãe em relação ao seu bebê, uma vez que possibilita a internalização pelo sujeito das noções de psiquismo e corpo em sua solidez e continuidade, a partir do suporte oferecido pelo objeto primário. Em relação à função de manutenção do Eu-Pele, fazemos referência ao grau da capacidade do sujeito em sustentar uma representação unificada do envelope corporal que serve de base para a solidez dos elementos psíquicos (Anzieu, 1989).

Destaca-se também no Eu-pele as funções de para-excitação e de continência. Por para-excitação, entende-se a função de amortecimento das tensões vindas de fora e de dentro, proteção que ocorre por meio das barreiras psíquicas protetoras do mundo interno em relação às agressões exteriores constituídas por excessos de estimulação. Além disso, a representação psíquica da pele, o Eu-Pele, protege o

Eu, que é definido como um precipitado de identificações (objetos introjetados), por meio da função de continência, das pulsões potencialmente destrutivas oriundas do espaço interno e das invasões externas.

Portanto, a internalização de uma representação da pele, o Eu-Pele, oferece o sentimento de limites ao sujeito, tanto os limites internos quanto externos, que são responsáveis por garantir a segurança dos objetos internalizados. Esse sentimento torna possível ao sujeito pensar sua existência de forma individualizada, protegida e diferenciada do caos ambiental (Le Breton, 2003).

Na saúde, essa internalização do Eu-pele propicia a construção de um envelope de bem-estar, mantido pelas funções de manutenção, para-excitação e continência, que atua de forma íntegra e eficaz no exercício de suas funções, a ser internalizado pela ação do objeto primário que se ocuparia de funcionar como um filtro de excitações ambientais para o infante, desempenhado o papel da para-excitação, função a ser incorporada progressivamente pelo sujeito (Anzieu, 1989). Seria criado, por meio desse processo, um continente seguro das invasões do mundo externo e do mundo interno.

As falhas excessivas nesse processo de construção do Eu-Pele resultariam, em alguns casos, no estabelecimento de traços ligados ao masoquismo ou ao narcisismo. Nesses casos, não haveria a separação satisfatória da área de contato na qual ocorrem trocas diretas de excitações e significações entre o objeto primário e o infante. O resultado das constituições patológicas do Eu-Pele remeteriam a duas possibilidades ligadas à representação da pele unitária da mãe e do bebê. No Eu-Pele constituído pela vertente do sobreinvestimento narcisista, se desenvolveria a fantasia de uma pele comum ligada à representação de uma pele invulnerável, enquanto na possibilidade de Eu-Pele constituído sobre a vertente

masoquista, a fantasia da pele unitária estaria ligada às fantasias de pele rasgada ou ferida (Anzieu, 1989).

A partir dessa definição conceitual, o presente trabalho organiza os indicadores de análise no método de Rorschach, da qualidade das barreiras e das funções de manutenção, continência e para-excitação desempenhadas pelo Eu-Pele.

Indicadores da qualidade das barreiras no Rorschach: as respostas “pele” e o sobreinvestimento dos limites

A análise das respostas “pele” propicia aferir-se sobre a qualidade da pele psíquica do sujeito quanto ao grau de permeabilidade dos limites e eficácia adaptativa das barreiras (Chabert, 1998). Por resposta “pele”, classificam-se todas as respostas, H, A, Obj, Vest, entre outros conteúdos, que façam referência à existência de um envelope ou conteúdo, revestido por barreiras que delimitem as fronteiras com o espaço externo, criando um espaço interno. Portanto, as respostas “pele” permitem a generalização da qualidade do envelope percebido na mancha para a apreciação da qualidade do envelope psíquico e de sua superfície, o Eu-Pele. Em níveis quantitativos, o aumento das respostas “pele” pode indicar relevante grau de fragilidade dos limites entre o dentro e o fora (Chabert, 1993; Emmanuelli & Azoulay, 2008; Linhares & Pinheiro, 2009).

As respostas “pele” podem ser classificadas segundo o índice barreira e penetração (Fisher & Cleveland, 1958), que indicam a capacidade do sujeito de estabelecer limites suficientemente permeáveis em relação ao meio, a ponto de favorecer o estabelecimento de relações de objeto não invasivas e, ao mesmo tempo, permeadas pelo reconhecimento do outro. Portanto, o índice de barreira e

penetração permite a apreciação do grau de solidez/vulnerabilidade dos envelopes psíquicos (Frédéric-Libon, 2005).

Como barreira são classificados perceptos que fazem referência a roupas, todas as peles ou superfícies de animais nas quais a) a pele é enfatizada em detrimento da percepção da cabeça do animal; b) as características da pele são enfatizadas (ex. “*pele dura*”); ou caso c) sejam mencionadas criaturas com carapaças duras (exceção de lagosta ou caranguejo, considerados como resposta barreira apenas caso sejam percebidos apenas suas carapaças). Além disso, são respostas classificadas como barreira as aberturas contidas na terra (ex. “*vale*”); os continentes incomuns percebidos em representações humanas ou animais (ex. “*mulher grávida*”); as superfícies sobrepostas protetoras (ex. “*escudo*”); os elementos escondidos ou encobertos (ex. “*pessoa escondida por algo*”); os objetos compostos por superfícies dotadas de característica especial de contenção (ex. “*gaita de fôle*”); alguns tipos de edifícios (ex. “*fortaleza*”); os elementos com armaduras ou objetos que dependam excessivamente de suas paredes para proteção, como “*tanque de guerra*” ou “*cavaleiro de armadura*”, por exemplo (Gerencer, 2012; Wolff, 2012). São ainda respostas barreira, os perceptos H ou (H), caracterizados por sua função ou por sua segunda pele, como palhaços, robôs, entre outros (Chabert, 1993).

São cotadas como respostas penetração aquelas que remetam às falhas na superfície do engrama percebido, frequentemente visto como rasgado, esburacado e falho em sua função de proteção do envelope (Chabert, 1993). Assim, as imagens que remetem à penetração, a orifícios de passagem, às superfícies frágeis, às aberturas profundas na terra e aberturas em geral, assim como as respostas em referência a objetos sem limites (*algodão; nuvem*) ou compostos por superfícies transparentes, são classificadas como respostas penetração (Gerencer, 2012; Wolff, 2012). Em resumo, trata-se de classificar os conteúdos ligados às percepções de esconder-se; cobrir-se; ou respostas que delimitam espaços, ou ao que está

grudado ao corpo (joias); ou que possui qualidade particular relacionada à superfície, como respostas barreira. Por outro lado, as respostas referentes a limites transparentes, estragados ou prejudicados e conteúdos compostos por limites vagos são classificados como respostas penetração.

A norma sugerida por Fisher e Cleveland (1958) é de quatro respostas barreira para duas respostas penetração (4B: 2P), como indicador de boa solidez das barreiras. Entretanto, na adolescência, o valor normativo tende a se encontrar aumentado em torno da ordem de oito respostas barreira para quatro respostas penetração (8B: 4P), segundo a norma utilizada na França por Emmanuelli e Azoulay (2008). Caso os índices de barreira estejam aumentados em relação à norma e em proporção exagerada em relação às respostas penetração, pode tratar-se de barreiras demasiadamente investidas que dificultam as trocas com o meio. A diminuição geral dos índices de respostas barreira e penetração, caso se mostrem abaixo da norma (B:P<4:2), indica a fragilidade das barreiras, que pode ser compensada pelo recurso à rigidez, pela inibição ou até mesmo não ser amenizada por recursos defensivos. Por último, o aumento das respostas penetração em relação à norma indica fragilidade dos limites. Existe forte correlação positiva entre as respostas K e o índice barreira, e entre as respostas C e a cotação de resposta penetração; fator que está de acordo com a avaliação das respostas formais (F%; F+; F+%ext.) em relação ao bom estabelecimento de limites (Emmanuelli & Azoulay, 2008).

A formalização e a qualidade formal das respostas também são importantes indicadores da qualidade do envelope psíquico e do Eu-Pele, uma vez que os índices F% e F+% e F+%ext. em nível normativo atestam a boa qualidade dos limites. Trata-se de índices que revelam a eficácia do sujeito em destacar o percepto do restante da prancha, pela via da formalização. Ao contrário, as respostas F-, assim como outros determinantes de qualidade formal negativa,

indicam falhas no processo de delimitação e diferenciação, pois, de modo geral, os índices $F^0\%$, $F^{+0}\%ext.$ e $F^{+0}\%$ propiciam a avaliação do nível de diferenciação que o sujeito é capaz de estabelecer em relação ao objeto. Esses são importantes indicadores da capacidade de delimitação do dentro e fora; sujeito e objeto; pela via da construção de uma barreira psíquica, o Eu-Pele (Chabert, 1993). De forma similar, as respostas não moduladas (CF e C) indicam falhas no processo de diferenciação (Emmanuelli & Azoulay, 2008) e falhas na função de para-excitação do Eu-Pele (Linhares & Pinheiro, 2009).

Indicadores da qualidade das funções do Eu-Pele

Alguns elementos no Rorschach podem indicar a qualidade do Eu-Pele e de suas funções, principalmente de suas funções de manutenção, continência e para-excitação. Antes de apontar tais elementos, se faz necessária uma breve apreciação dos conceitos relativos às funções do Eu-Pele.

A função de manutenção origina-se da internalização da função de *holding* (Winnicott, 1962/1970) desempenhada pela mãe em relação ao seu bebê, e remete à interiorização pelo sujeito da continuidade (manutenção) das noções de psiquismo e de corpo em sua solidez e continuidade, a partir do suporte oferecido pelo objeto primário. Já a função de continência desenvolve-se a partir da função de *handling* (Winnicott, 1962/1970), pelas experiências táteis e sonoras que, a partir de um fantasia de pele comum, desenvolvem a noção de Eu-Pele como superfície corporal individual e delimitadora de um espaço continente, que serve de receptáculo de conservação dos afetos, imagens e sensações do bebê. Ligada à função de continência, há também a função contentora, caracterizada pelo papel de transformação dos conteúdos, segundo a concepção de Bion (1962/1991) sobre a função *alfa*. A função de contentor ocorre a partir da internalização da função

rêverie. No desempenhar dessa função de *rêverie*, a mãe traduz as identificações projetivas do infante, transformando imagens, sensações e afetos em elementos representáveis. Na saúde, o sujeito internaliza a função de *rêverie*, inicialmente desempenhada pela figura materna, incrementando as suas possibilidades de transformação de elementos *beta* em elementos *alfa* (Bion, 1962//1991), de tradução de elementos não representáveis em elementos representáveis (Anzieu, 1989). Por sua vez, a função de para-excitação do Eu-Pele ocupa o papel de proteger o espaço interno das invasões dos estímulos externos. O Eu-Pele desempenha ainda a função de individuação de si (sentimento de constituir um ser único e diferenciado do meio), de intersensorialidade, excitação e recarga libidinal e de inscrição de traços (Anzieu, 1989).

A noção de Eu-Pele pode se apresentar falha em alguns sujeitos, mais próximo de uma representação de pele psíquica permeada por buracos em sua superfície. Alguns elementos fornecidos por meio do Rorschach podem ser indicadores do “Eu-Peneira”, a representação de Eu-Pele falha em suas funções de manutenção e contenção. Entre esses indicadores, podemos citar no Rorschach: o uso de determinantes formais que falham em sustentar o estabelecimento de um conteúdo psíquico (F-% aumentado em relação à norma), e a invasão pela sensorialidade da prancha, caracterizada pela dificuldade em efetuar a delimitação e integração das partes coloridas da prancha. No mais, quando o psicograma é caracterizado pela preponderância de respostas de Cor pura sobre as respostas de cor modulada ($FC < CF + C$), ou quando há ocorrência de respostas de C pura nas pranchas II e III em percepções cruas (Ex.” *sangue*” Pr II ou III) pode-se pensar em falhas no Eu-Pele, relacionadas às deficiências das funções de continência e manutenção. Além disso, essas falhas podem ser indicadas pela análise das cinestésias: as respostas cotadas como (kob), relacionadas a elementos destrutivos, explosivos ou de conatação agressiva, assim como as cinestésias (K ou

kp) dotadas de aspectos persecutórios ou agressivos, por um lado, e as cinestésias regressivas, ligadas à dependência, representantes de relações fusionais ou simbióticas (Kallas, 2012), que remetam à separação pela via da violência e que podem indicar falhas nas funções do Eu-Pele de continência e manutenção.

Indicadores da qualidade da função de manutenção do Eu-Pele

Em relação à função de manutenção do Eu-Pele, fazemos referência ao grau da capacidade do sujeito em sustentar uma representação unificada de um envelope corporal dotado de solidez (Anzieu, 1989). No Rorschach, as respostas que utilizam o eixo central das manchas podem ser avaliadas em seu papel de suporte (manutenção); pois o eixo central pode apresentar-se: a) como um suporte efetivo aos engramas do percepto (eficácia da função manutenção) demonstrando a solidez do envelope psíquico (*um morcego Pr V.*); b) pode apresentar-se como um suporte dividido por duas ou mais representações (*Dois pessoas sentadas, uma de costas para a outra. Pr. V.*); c) pode indicar os mecanismos de clivagem e falha da manutenção (*Um morcego. Ele é mau por causa da posição das pernas. Pr. V.*) (Linhares & Pinheiro, 2009).

As respostas G elaboradas e as respostas D íntegras associadas à boa qualidade formal podem revelar certo grau de eficácia no desempenho da função de manutenção do Eu-Pele, assim como pode ser traduzido pelas respostas K, quando bem vistas, por propiciar o procedimento de projeção de movimento ao percepto e, ao mesmo tempo, garantir a manutenção da qualidade formal dos engramas percebidos no eixo central da mancha. Ao contrário, os indicativos de normopatía no psicograma ($F^0\%$ e $F^{+0}\%$ elevados; alinhados a um número excessivo de respostas banais) podem indicar patologia da função de manutenção, ao cristalizar e restringir os elementos por meio de defesas demasiadamente

rígidas, ao invés de efetuar o suporte ou manutenção. Esse fenômeno também pode ocorrer pela via da desvitalização dos perceptos e do congelamento pulsional. Além desses fatores, a disfunção da manutenção pode ser indicada pela dificuldade de distinção da figura fundo e pela utilização dos espaços brancos intramaculares sem a devida integração (Linhares & Pinheiro, 2009; Roman, 2001).

A confusão de detalhes e a tendência de unir várias percepções em uma só parte da prancha, comprometendo a qualidade formal, podem ser indicadores de falhas na função de manutenção, em um processo no qual sua manifestação extrema é indicada pela incidência do fenômeno especial de contaminação. O fenômeno da contaminação se refere a uma telescopagem de duas percepções que se apresentam fusionadas em uma, em razão da não manutenção do engrama percebido. Embora seja mais comum de ocorrer em uma só prancha, a contaminação pode ocorrer em pranchas diferentes. Sabe-se que a contaminação, assim como a tendência à contaminação, além de indicar classicamente falhas de pensamento, indica tanto dificuldades na função de manutenção, como se refere a falhas na função de continência (Frédéric-Libon, 2005; Linhares & Pinheiro, 2009; Passalacqua & Gravenhorst, 2005).

As contaminações são divididas em três classes:

- a. A contaminação de grau 1 ou contaminação verdadeira, na qual o sujeito se utiliza de neologismos e se mostra incapaz de separar as duas percepções (ex. Pr I “*mulher-pássaro*”);
- b. A contaminação de grau 2, na qual ocorre a fusão das qualidades, não dos conceitos;
- c. A contaminação de grau 3 (tendência à contaminação ou contaminação atenuada), na qual os conceitos se unem, porém sem a fusão

dos engramas percebidos, que são vistos de forma como diferenciada, como o exemplificado pela seguinte resposta na prancha IV: *”Um mosquito, dois chifrinhos, duas perninhas, as asas”* (Frédéric-Libon, 2005; Linhares & Pinheiro, 2009; Passalacqua & Gravenhorst, 2005).

A parte em branco da mancha propicia avaliar a qualidade do trabalho do negativo sob o qual se baseia a construção dos engramas, pois para bem realizar a atividade semântica suscitada pelo Rorschach, o sujeito há de desconsiderar ou integrar o espaço em branco da prancha, principalmente o branco intramacular, ao restante da mancha, a ponto de criar a distinção de figura-fundo, necessária para a boa percepção das formas. Esse processo propicia ao clínico avaliar a eficácia desse trabalho do negativo e permite a conseqüente apreciação da qualidade das funções manutenção e continência. Nesse sentido, a qualidade formal das percepções que utilizam o branco como suporte para integração do percepto pode ser de grande importância para a investigação da efetividade das funções de manutenção e continência (Roman, 2001). O uso do espaço em branco pode indicar falhas na função de manutenção, caso a parte branca intramacular da prancha seja utilizada sem a elaboração da devida diferenciação, constituindo, nesses casos, o branco um núcleo vazio que invade a percepção e que reflete a falta de solidez conferida pela organização internalizada do Eu-Pele (Roman, 1996). Portanto, a qualidade da função de manutenção pode ser analisada considerando o processo de utilização do branco da mancha. Caso o branco seja utilizado como suporte para construção de um percepto sólido, a elaboração da resposta denota a eficácia do trabalho do negativo em desligar a percepção dos núcleos vazios internos ao engrama, o que denota boa eficácia da função manutenção em sustentar uma representação corporal sólida.

Em resumo, caso a função de manutenção do Eu-Pele apresente boa eficácia em reunir as representações em torno de um eixo central, garantindo a solidez interna do envelope psíquico, o branco das manchas de Rorschach tenderá a ser usado pelo sujeito como um fundo/suporte para a criação de um percepto sólido e íntegro. No caso de falhas na função de manutenção, os engramas tendem a se mostrar fragmentados, sendo compostos por núcleos vazios que representam os vazios internos ao envelope psíquico do sujeito (Roman, 2001).

Indicadores da qualidade da função de continência (aspecto continente e contendor) do Eu-Pele

Além de propiciar a apreciação da função de manutenção, os espaços em branco da mancha simbolizam também o (re)encontro com o envelope materno primário. Tanto a negação do branco, quanto atração repetitiva pelos espaços vazios da mancha, são atitudes que se referem a esse reencontro, que é revelador das bases utilizadas para a internalização da noção de continente psíquico, uma das funções do Eu-Pele (Roman, 2001).

Pois é a partir da noção de um envelope materno primário que o sujeito constrói a representação de um continente próprio. A elaboração da dissolução da noção de continuidade entre o seu próprio corpo e o corpo da mãe, a superação da “fantasia da pele comum” apresenta um importante papel nesse processo de internalização do continente (Anzieu, 1989). Os primeiros contatos com o envelope materno primário propiciam a proteção, contenção e suporte, além de, pela qualidade das trocas, promover a separação e superação da noção dessa ilusão de envelope comum entre figura materna e infante. Esse processo, na saúde, culmina na criação de um envelope próprio a ser enriquecido pela internalização das funções de suporte (manutenção), contenção (continência) e proteção

(para-excitação), antes desempenhadas pela função materna. Nesse sentido, a apreciação das vicissitudes de utilização do branco no Rorschach possibilita a análise da qualidade da função continente do sujeito examinado e revela traços da natureza das primeiras relações. Nesse sentido, a utilização do branco propicia a avaliação do continente do avaliado, no que se refere a um envelope cuja natureza é a continência e continuidade dos limites, na saúde, ou a efração, na patologia (Roman, 2001).

Ainda em relação à função de continência, os indicadores de Barreira e Penetração (Fisher & Cleveland, 1958) em boa proporção, as respostas “pele” quando apresentam boa qualidade formal e os indicadores do psicograma, F⁰%, F⁺% em torno da norma, são indicadores da boa efetividade da função continente do Eu-Pele. Aliado a esse fator, as cinestésias humanas (K), em apresentando boa qualidade formal, indicam a capacidade de estabelecer os limites do continente, uma vez que as respostas K⁺ atestam a existência de um continente limitado por barreiras externas que é projetado em determinada parte da mancha. Por outro lado, o excesso de respostas de esfumaçado (E), quando estes fatores indicam a necessidade de um contato regressivo com o continente, a imprecisão das formas, que atestam, em seu excesso, a confusão entre o dentro e o fora, as resposta de cor pura ou cor-forma (C e CF), indicadores da dificuldade de contenção dos conteúdos e as cinestésias (K, kan, kp ou kob) cuja qualidade indica a protrusão dos limites, fragmentação ou explosão, indicam falhas na função do continente do Eu-Pele em conter os conteúdos psíquicos (Linhares & Pinheiro, 2009).

No Rorschach, os desdobramentos diretos e indiretos representam a necessidade narcísica de abolir a distinção entre o sujeito e o outro, o que indicaria falhas na função do Eu-Pele de estabelecer um continente que se apresente como um espaço distinto do ambiente. Por desdobramentos diretos classificam-se as relações especulares que aparecem nas representações que envolvem percepções em reflexo ou vista em espelho. Já os desdobramentos indiretos se definem pelo

aparecimento de representações de dois personagens, humanos, para-humanos ou animais, vistos como idênticos, como duplos em ausência de interação. A necessidade de apagamento das diferenças entre Eu e o objeto, a que os desdobramentos fazem referência, é devida à necessidade do Eu de se equiparar com o Eu-Ideal, processo que ocorre pela abolição das diferenças, pela utilização do mecanismo de idealização e pela negação do desejo, este último aspecto aparece no teste pela via do congelamento pulsional que resulta em ausência de cinestésias e verbos interativos nas respostas (Chabert, 1993). As imagens percebidas em duplo ou em reflexo podem indicar a ocorrência do processo de apagamento da distinção fundamental entre o Eu e o outro, no qual o sujeito se dilui no outro. Nessas respostas, a função de manutenção do Eu-Pele é partilhada com a figura idêntica, percebida em duplo ou em reflexo (Linhares & Pinheiro, 2009). As respostas em duplo ou reflexo revelam, em maior ou menor grau, a dissolução dos limites que marcam as diferenças entre o sujeito e o objeto, indicando falhas na função continente do Eu-Pele.

A função de continência, pressupõe, além da capacidade de conter, o papel de transformar os conteúdos irrepresentáveis em conteúdos representáveis, o aspecto contentor da função continente, descrita por Bion (1962/1991) como função *alfa*. A análise dessa função se faz pela apreciação da associação projetiva e pela análise prancha a prancha, investigando-se a progressão das respostas do protocolo de Rorschach. Assim, respostas F- seguidas de respostas F+; respostas sensoriais não moduladas (E, C) seguidas de respostas controladas pela forma (FE, FC) indicam boa funcionalidade do aspecto contentor da função de continência do Eu-Pele. O impacto da prancha pode ser controlado pela via da transformação, assim como pode transbordar a capacidade de elaboração do sujeito. Na saúde, observa-se uma progressão criativa que ocorre após as rupturas, ao passo que na patologia da função contentora, observa-se a dissolução dos limites que ocorre devido a falhas

na contenção e transformação (função contentor) dos aspectos ligados às características sensoriais da prancha. No caso da boa eficácia do aspecto contentor da função continente do Eu-Pele, caracterizada pela capacidade de transformação dos conteúdos, observa-se a possibilidade de modificação ilusória, adaptativa e criativa das manchas de tinta, o que permite ao sujeito fornecer respostas G elaboradas ou respostas de detalhes (D) e pequenos detalhes (Dd) que seguem respostas G, atestando a capacidade de criação de novos continentes e de transformação dos existentes (Linhares & Pinheiro, 2009).

Indicadores da qualidade da função de para-excitação do Eu-Pele

Da mesma forma que os índices $F^0\%$, $F^+\%$ e $F^{+ext}\%$, em valores próximos à norma denotam boa funcionalidade da função continente, a utilização suficiente e adaptativa da forma nas respostas de forma pura ou nas respostas moduladas pela forma (FC; FE; FC), essas últimas principalmente nas pranchas que demandam a elaboração das características sensoriais (cor vermelha, preta, branca e esfumados), denotam a capacidade do sujeito em para-excitar as estimulações externas, indicando a boa qualidade da função de para-excitação do Eu-Pele. O excesso da formalização, por outro lado, pode indicar defesas narcísicas rígidas e até mesmo pode remeter à colagem das barreiras internas e externas, ou à fusão das funções de para-excitação e continente, na qual os conteúdos acabam se diluindo devido a falhas na função de contenção. A insegurança na qual estaria submetido o objeto criaria a necessidade de formação de um exoesqueleto, cuja manutenção ocorreria pelo empobrecedor sobreinvestimento dos limites externos e diminuição das trocas com o ambiente (Linhares & Pinheiro, 2009; Roman, 1996).

Haveria ainda casos nos quais a para-excitação se mostra falha, no Rorschach, por meio de respostas kp, Ad, Hd, G cortado ou Do (Detalhe

oligofrênico), nos quais a para-excitação se faz pela via da não representação integral dos perceptos que suscitam a angústia. O aumento no tempo de latência, ou até mesmo sua diminuição, podem indicar falhas na função de para-excitação do Eu-Pele; no primeiro caso, o aumento do tempo se faz necessário como uma tentativa de compensar a função falha de para-excitação das estimulações externas, no último caso, a diminuição do tempo revela a falência da função de para-excitação, ao mesmo tempo em que pode ser elemento revelador da conduta impulsiva (e expulsiva) do examinando. Por último, os choques remetem às falhas de para-excitação (Linhares & Pinheiro, 2009).

Considerações finais

A análise do Eu-Pele pode contribuir para a investigação da consistência desse envelope narcísico na saúde e para a elaboração de um diagnóstico diferencial entre os estados limite e narcísicos (Anzieu, 1989).

Na vertente dos casos limite, trata-se de um Eu-Pele que se mostra falho em desempenhar as funções de manutenção, continência e para-excitação, configurando-se uma construção de Eu-Pele similar ao que Anzieu (1989) denomina “Eu-Pele escorregador” (peneira) ou “núcleo sem casca”. Portanto, nos casos limites, a barreira interna, que marca a fronteira entre as instâncias psíquicas e entre o inconsciente e o consciente, e a barreira externa, que marca a distinção entre o espaço interior e o espaço exterior, se fundem, formando uma só barreira, semelhante ao modelo geométrico do anel de *Möebius*¹, no qual as barreiras são

1. O anel de *Moebius* é uma figura geométrica unilateral cujo formato final é similar a forma de um oito. Sua construção se dá pela torção de um retângulo no sentido longitudinal, seguida da junção de suas arestas, o que resulta na criação de um tipo de anel no qual não há distinção entre a face interior e o lado exterior, constituindo-se, portanto, em uma figura geométrica de continuidade perfeita. Portanto, anel de *Moebius* é composto por uma banda apenas, sem frente, nem verso, possuindo um único lado. Tendo sido primeiramente estudado por Ferdinand Moebius em 1861, o anel de *Moebius* foi introduzido na Psicanálise por Jaques Lacan (Ávila, 1997).

formadas apenas por uma faixa, não havendo distinção entre o dentro e o fora. Tal organização dos casos-limite tende a ser caracterizada pelas patologias do Eu-Pele ligadas à fantasia de “pele descarnada” e pela perturbação dos processos do pensamento (Anzieu, 1989; Emmanuelli, Azoulay, Bailly-Salin, & Martin, 2001).

Já no caso dos funcionamentos narcísicos, buscar-se-ia a abolir o espaço entre as barreiras internas e externas, sobreinvestindo as barreiras externas, o que resulta na solidificação das barreiras externas e na diminuição do espaço de trocas em relação ao ambiente. Trata-se de uma tentativa de autossuficiência, de apagamento dos traços do desejo e de tentativas de abandono da dependência do objeto externo. Apesar disso, a relação continente e conteúdo é preservada, mesmo a um custo psíquico a ser pago devido ao sobreinvestimento das barreiras que delimitam o dentro e o fora e diminuem as trocas com o ambiente (Anzieu, 1989). O Eu-Pele desses sujeitos tende a ser construído sobre a fantasia de uma pele invulnerável, sendo denominado Eu-Pele em dupla barreira. Nesse sentido, o Eu-Pele em dupla barreira busca sustentar a fantasia de pele invulnerável a qual, por sua vez, resguarda o sujeito da fantasia de pele rasgada ou descarnada (Anzieu, 1989). Trata-se de uma organização de Eu-Pele que guarda, portanto, uma função defensiva: afastar a fantasia de pele descarnada e sustentar a ilusão de ser invulnerável. Com esse intuito, o Eu-Pele em dupla barreira é construído por duas operações. A primeira alteração em relação ao Eu-Pele “normal” consiste em unir as duas barreiras do Eu-Pele, colando-se as barreiras internas com as barreiras externas, o que coloca o envelope como principal interesse de investimento do sujeito. A segunda modificação consiste em duplicar a barreira, criando uma espécie de escudo invulnerável, similar à representação da égide de Zeus na mitologia grega (Anzieu, 1989). O resultado desse processo culminaria em um isolamento esplendido, por meio do qual o sujeito almeja se bastar, se tornar

independente do objeto (Chabert, 1993) e ao mesmo tempo sustentar a fantasia de pele invulnerável que engloba simbolicamente o continente do infante e do objeto primário.

O diagnóstico diferencial entre as duas organizações de Eu-Pele se faz, no método de Rorschach, pela análise das funções do Eu-Pele: nos casos de Eu-Pele escorregador (casos limite) as funções de manutenção, continência e para-excitação tendem a se mostrar falhas; enquanto nos casos de Eu-Pele em dupla barreira (pacientes narcísicos) a função de continente e para-excitação tendem a se mostrar eficazes, em razão do sobreinvestimento defensivo dos limites. Por outro lado, a função de manutenção tende a se mostrar falha nos pacientes narcísicos. No Eu-Pele em dupla barreira (pacientes narcísicos) o aspecto contendor da função continente, entendido como capacidade de transformação das sensações em representações, função tal como a função *alfa* de Bion (1962/1991) tende a se mostrar falho. O estabelecimento dessa diferenciação acima ocupa a importância de facilitar o tratamento dos pacientes acometidos por patologias narcísicas, visto que os casos limite e os pacientes narcísicos se beneficiam melhor com tratamentos específicos, particularmente no que se refere às condutas clínicas. Acredita-se que o método de Rorschach pode antecipar a identificação dessas especificidades, e trazer uma contribuição importante para a clínica e para a pesquisa.

Referências

- Anzieu, D. (1978). *Métodos projetivos*. São Paulo: Campus.
- Anzieu, D. (1989). *O Eu-Pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ávila, L. A. (1997). A alma, o corpo e a psicanálise. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 17(3), 35-39. doi:10.1590/S1414-98931997000300006
- Bion, W. (1991). *Learning from the experience*. London: Karnac. (Original publicado em 1962)
- Chabert, C. (1993). *Psicopatologia do Exame do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Chabert, C. (1998). *O Rorschach na clínica do adulto: Interpretação psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Emmanuelli, M., & Azoulay, C. (2008). *As técnicas projetivas na adolescência: Abordagem psicanalítica*. São Paulo: Vetor.
- Emmanuelli, M., Azoulay, C., Bailly-Salin, M. J., & Martin, M. (2001). Contribution du Rorschach au diagnostic d'état-limite. *Psychologie Clinique et Projective*, 1(7), 101-122. doi:10.3917/pcp.007.0101
- Fisher, S., & Cleveland, S. (1958). *Body images and personality*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Frédéric-Libon, C. (2005). Phénomènes archaïques de pensée au Rorschach en clinique infantile. *Bulletin de Psychologie*, 6, 645-654. doi:10.3917/bupsy.480.0645
- Gerencer, T. (2012). *A capacidade de diferenciação entre interno e externo no Rorschach de pessoas com sintomas psicóticos* (Tese de doutorado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

- Kallas, R. (2012). *Adição a drogas e funcionamentos limite: Suas expressões e convergências no Rorschach* (Tese de doutorado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Lacan, J. (1998). O estágio do espelho na formação do eu tal como nos é revelado na experiência analítica. In *Escritos* (pp.96-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1948).
- Le Breton, D. (2003). *La peau et la trace*. Paris: Métailié.
- Linhares, M. B. F., & Pinheiro, C. B. (2009). O Eu-pele no Rorschach: A sua expressão em adolescentes toxicodependentes. *Análise Psicológica*, 27, 307-318.
- Passalacqua, A. M., & Gravenhorst, M. C. (2005). *Os fenômenos especiais no Rorschach*. São Paulo: Vetor.
- Roman, P. (1996). Blanc au Rorschach et psychopathologie du Moi-peau. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 46, 139-143.
- Roman, P. (2001). Des enveloppes psychiques aux enveloppes projectives: Travail de la symbolisation et paradoxe de la négativité. *Psychologie Clinique et Projective*, 1(7), 71-84. doi:10.3917/pcp.007.0071
- Traubenberg, N. R. (1970). *A prática do Rorschach*. São Paulo: Cultrix.
- Winnicott, D. (1970). L'intégration du Moi au cours du développement de l'enfant. In *Processus de maturation chez l'enfant* (pp.8-16) Paris: Payot. (Original publicado em 1962)
- Wolff, L. S. (2012). *Adolescência e passagem ao ato sexual violento: Análise do eixo narcísico-identitário no método de Rorschach* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, DF.

13

Du trace corporel a la trace : elaborer la perte a l'adolescence

Catherine Matha

Université Paris 13 – France

« *Etre vivant c'est se sentir vivant, c'est pas juste avoir le cœur qui bat.* » dit Mr F. Encore faut-il que le plaisir à éprouver soit préservé, dans le sens de pouvoir se soumettre, d'accepter, comme un fait à quoi l'on ne peut rien, les marques imprimées en soi par les objets du passé ; pouvoir les re-sentir présentes. Or Mr F m'affirme : « *Ça sert à rien les souvenirs. Ça m'aide pas !... De toute façon on répète ses erreurs, alors vous voyez bien que la mémoire ça sert à rien. Si on n'a pas le sens des choses ...* »

Ces mots sont ceux d'un homme d'une cinquantaine d'années ayant attenté à sa vie et que je reçois seulement depuis quelques mois, à raison de 3 séances par semaine en face à face. Un homme en situation d'effondrement mélancolique après une rupture sentimentale faisant elle-même suite aux décès de ses parents survenus presque coup sur coup au cours de ces deux dernières années. Monsieur F. dit n'avoir aucun souvenir d'enfance. Les premiers souvenirs sont des souvenirs d'adolescence, période à laquelle il fait remonter son sentiment d'une cassure interne. L'image forte qui domine cette période traduit le désespoir : il se revoie, ramassé sur lui-même, en position de repli foetal, tremblant de tous ses membres,

dans un vécu d'impuissance totale...« *ça remonte tellement loin... Quand j'étais ado... C'est à cette époque que j'ai compris qu'on est toujours seul, profondément seul* ». Plus tard, il ajoute : « *ça fait longtemps que je suis cassé, je ne suis pas sûr d'être réparable (...)* J'aime bien les machines...*j'aimais bien bricoler, parce qu'on sait comment ça fonctionne et quand ça casse on peut les réparer (...)* Mai là, y'a plein de trucs, j'en sais rien, je m'en souviens pas... Je me demande si j'ai intégré la continuité. J'ai l'impression de vivre par séquences. En ce moment je suis en arrêt, j'attends. J'attends quoi, je ne sais pas...plus rien je crois. Pas même spécialement la mort. (...) Je voudrais vivre et que ma vie s'efface en même temps. »

Si je cite ici ces quelques mots, c'est qu'ils me paraissent illustrer – dans un après-coup - les enjeux inhérents au périlleux passage de l'adolescence et ses risques de rupture. La mémoire est dénoncée comme non-fiable, l'histoire reconnue comme faite de discontinuité psychique, et le sens donné comme perdu. Chez Mr F., si certaines expériences traumatiques ont fait trace, elles n'ont pu être liées par un travail de représentation et se trouvent en souffrance d'inscription psychique. Son adolescence est marquée par la détresse, un vécu de brisure interne, la perte de contact avec l'enfance. La démarche de Mr F., assidu à ses séances, témoigne toutefois d'une part de désir préservé : celui de retrouver le fil de son histoire, dans un temps d'après-coup lié à un nouveau vécu psychique d'effraction traumatique, qui aura - peut-être - la force et la vertu de donner sens à ce qui n'en a pas trouvé jusqu'alors. « *J'ai peur de me résigner, de ne jamais pouvoir accepter. C'est ma dernière carte que je joue ici* ».

Le fil que je propose de suivre ici, très modestement par rapport à tous les déploiements qu'il appellerait, est donc celui qui relie histoire, mémoire et inscription, au temps spécifique de l'adolescence et en particulier dans les conduites de marquage corporel comme les scarifications.

L'adolescence : problématique de l'historisation

Les enjeux de l'adolescence mobilisent particulièrement la question de la sensorialité (se sentir vivant), de la passivité, et de la problématique de perte avec les vécus de discontinuité qui s'y rattachent au risque parfois de la rupture. Problématique de perte qui se situe à différents niveaux : celui du corps (perte de la quiétude et de la stabilité de l'image du corps), celui de la bisexualité potentielle, et bien sûr celui du détachement d'avec les figures parentales. Ce détachement relève d'un long processus et réactive les expériences antérieures de séparation, primaires et œdipiennes, objets d'attachement du passé qui en ce sens mobilisent particulièrement les angoisses de perte d'objet. A la passivité première et la dépendance vitale de *l'infans* privé de la parole, répond un *adolescens* en marche vers son accomplissement, engagé dans un travail psychique réformateur des ressources internes. Du fait de la nouveauté génitale, la puberté délimite une forme d'avant et d'après. Le corps est en crise, et Psychè doit pouvoir suivre. Ce que soulignait Freud, dès 1895 dans une lettre à Fliess, en accordant de l'importance aux processus primaires posthumes, traces mnésiques inconscientes ne pouvant prendre sens qu'une fois la maturité sexuelle atteinte (Freud, 1895). Temporalisation qui se déploie sur fond d'atemporalité infantile, car comme le souligne J.-B. Pontalis : « *L'infantile est le sexuel indifférencié où peuvent coexister tendresse et sensualité, masculin et féminin, actif et passif ; non subordonné à une fonction, non lié à des organes spécifiques, il est totalement ignorant du principe de réalité et peut-être même insoumis au principe de plaisir qui implique une certaine finalité. Un sexuel sans principes. Cet infantile est sans âge. Il ne correspond à aucun lieu, à aucun temps assignable. Il n'est pas derrière nous, il est une source au présent ; source vive jamais tarie* » (Pontalis, 1997).

De l'élaboration des angoisses primitives et de la résolution du conflit œdipien dépendra donc la possibilité de faire face aux inévitables turbulences pulsionnelles, émotionnelles et identitaires de l'adolescence. Il s'agit de faire ses « adieux à l'enfance » (Braconnier, 1990) tout en aménageant un nouveau mode de relation tant interne qu'externe avec les figures parentales. « *Grandir est par nature un acte agressif* », dit D. W. Winnicott (1975a). Les motions affectives à l'adolescence prennent une forte intensité alimentée par l'augmentation des forces pulsionnelles et les changements corporels, provoquant parfois des vécus de « chaos » et de discontinuité. La poussée de destructivité inhérente au processus de l'adolescence « réveille » la haine résiduelle des conflits infantiles, réengage l'ambivalence dont l'élaboration constitue un enjeu majeur. « *Si dans le fantasme de la première croissance il y a la mort, - dit encore Winnicott - dans celui de l'adolescence il y a le meurtre* ». Ce processus de désengagement des objets internalisés à la fois aimés et haïs est constamment pris dans la paradoxalité puisqu'il faut pouvoir se nourrir des autres en même temps qu'il faut pouvoir s'en différencier pour devenir soi-même. Jeu de dépendance-indépendance, caractéristique du passage pubertaire, qui illustre les tensions du conflit d'investissement narcissico-objectal d'intensité variable. Ce travail de désengagement, qui ébranle les assises narcissiques, ne peut se faire sans la réactivation d'éprouvés de nature dépressive, reliquats d'expériences de détresse primitive, des vicissitudes liées aux insuffisances passées. Il n'y a pas de travail de séparation, d'élaboration de la perte, qui puisse se faire sans l'éprouvé d'une certaine souffrance. Perdre fait souffrir même si cela s'inscrit dans la promesse d'un gain.

Au moment de la puberté, entrer en possession de son histoire, de sa vie, s'effectue donc sur les traces mnésiques liées aux expériences très anciennes, parfois douloureuses, et peut, de ce fait, potentialiser les risques inhérents à la réactualisation d'angoisses majeures. L'adolescent doit pouvoir entrer en possession de son histoire en acceptant de se confronter aux remaniements

narcissiques et objectaux. Le théâtre de l'enfance, où se déployaient les jeux d'investissement des objets d'amour œdipiens, convoque une réécriture contemporaine dont le drame principal se noue autour de la perte et de la possibilité de trouver/créer de nouveaux objets d'amour, à la faveur de l'intégration de la complémentarité des sexes. Il s'agit donc de pouvoir « *construire son enfance comme passé* ». Comme le souligne P. Aulagnier (1989), une des tâches principale des adolescents, est de pouvoir faire œuvre d'un « Je », c'est-à-dire, effectuer un « *travail de mise en mémoire et mise en histoire* » autobiographique. L'enjeu consiste donc à « *conjointement préserver son investissement à ce qu'il était et qu'il n'est plus et investir son auto-anticipation et donc celui qu'il n'est pas encore* ». Ce travail, grâce auquel un temps passé, et comme tel perdu, peut continuer à exister psychiquement, permet l'éprouvé d'un sentiment de continuité. Le « *Fonds de Mémoire* » garantit ainsi l'historicité des faits psychiques, les possibilités identificatoires, dans un jeu qui reste souple et inscrit le sujet dans l'ordre généalogique et temporel. Il effectue un travail de tissage, permettant de relier les représentations aux affects, les événements passés à ceux actuels. Il permet de conserver de manière vivante de l'antérieur dans le postérieur du présent. Il préserve une certaine continuité là où menace la rupture du fait des expériences de perte dont nulle existence ne se trouve exemptée.

L'avènement des conduites de scarifications à l'adolescence, conduites de marquage du corps, me semble constituer une forme de témoignage des difficultés à effectuer ce travail de mise en mémoire, de mise en histoire, lié à la mise à l'épreuve du sentiment de continuité d'exister, menacé de rupture.

Inscription psychique/inscription corporelle : questions de mémoire

« *Si je me méfie de ma mémoire...* » (Freud, 1925, p. 139); C'est ainsi que S. Freud introduit son petit texte *Note sur le bloc magique*. Il est amusant de souligner que c'est en méditant sur cet appareil aide-mémoire, appareil d'écriture, objet conjuratoire

des trous de mémoire, que Freud élabore une figuration concrète du système psychique. Il développe trois caractéristiques spécifiques à cet appareil au service d'une analogie graphique avec l'appareil psychique. La première caractéristique est celle d'une structure en double feuillet du Moi où le feuillet superficiel en celluloïd figure le pare-excitation et le feuillet du dessous, en papier ciré, figure la réception sensorielle des excitations exogènes ainsi que l'inscription de leurs traces sur le tableau de cire ; la seconde est relative à la différenciation, interne au Moi, de la perception (consciente) comme surface vigilante et sensible (le feuillet de celluloïd) mais qui ne conserve pas, et de la mémoire (préconsciente) qui enregistre et conserve les inscriptions (le tableau de cire) ; la troisième est l'investissement endogène, c'est-à-dire pulsionnel, du système du Moi par le Ça. Cet investissement qui est « périodique », « allume et éteint » la conscience, voue celle-ci à la discontinuité et fournirait au Moi une représentation primaire du temps.

S.Freud rend ainsi compte de deux aspects essentiels liés au travail de mémoire: d'un côté la pérennité des traces mnésiques et de l'autre la possibilité chronique de son effacement. Possibilité offerte de pouvoir à la fois s'absenter et de se graver¹. Car l'effet dit « magique » de cet appareil tient à sa structure duelle qui offre une métaphore à la dualité systémique préconscient-conscient / inconscient. L'une des feuilles protège l'autre de l'extérieur, l'autre permet à la trace de survivre. L'oubli pourrait se situer dans cet entre-deux, entre l'inertie de l' « impression » et la labilité de la mémoire, autorisant le sujet à pouvoir s'absenter de ses objets

1 « Le bloc-magique ne fournit donc pas seulement une surface réceptrice toujours de nouveau réutilisable comme la tablette d'ardoise, mais aussi des traces durables de l'inscription, comme le bloc de papier ordinaire; il résout le problème de réunir les deux opérations, en les répartissant entre deux parties constitutives séparées – systèmes – reliées l'une à l'autre », (Freud, 1925, p. 142.)

d'investissement sans que ceux-ci ne disparaissent. La mémoire consciente est infidèle, mais on n'échappe pas à la mémoire inconsciente.

« *Quand je me méfie de ma mémoire...* », soit : dans certaines situations de fragilité psychique relative à une précarité de la constitution des assises narcissiques, quand renoncer aux liens du passé menace le sentiment de continuité d'exister et précarise l'identité, quand les objets internes sont instables, infidèles, menaçant fantasmatiquement toujours de disparaître, quelles ressources compensatoires potentielles l'adolescent peut-il trouver ? Dans quelle mesure le recours à la surface corporelle, surface d'inscription, peut-elle s'offrir comme lieu – entre le dedans et le dehors - compensatoire aux difficultés d'inscription au niveau psychique interne?

Il est intéressant dès lors d'aborder les conduites de scarification à la lumière des propositions que fait Freud dans *Note sur un bloc magique*.

Par rapport à *une fonction de pare-excitation* d'abord : les scarifications traduisent l'atteinte de la fonction contenante et unifiante de l'enveloppe comme barrière protectrice du psychisme. Elles permettent de vérifier, en s'en prenant à l'enveloppe, à la peau, que le Moi conserve bien son intégrité. L'impuissance du Moi contraint à l'appel du corporel pour restituer des limites entre un dedans et un dehors où la peau remplit une fonction de pare-excitation contre les excès de la souffrance psychique. Les débordements trouvent un point d'arrêt dans une figuration possible via la médiation de l'enveloppe corporelle par l'inscription opérée sur la surface : recours à un langage topographique compensatoire à la difficulté à utiliser un langage inscrit dans la temporalité. Les mots peuvent, débordés, se trouver impuissants à tenir leur promesse de traduction et de liaison pulsionnelle. Les tensions cherchent d'autres voies d'expression, sur le mode du recours au corps propre; corps propre dont le rôle

serait de se substituer à celui dévolu à la psyché, c'est-à-dire de mise en représentations sur le « théâtre du corps » comme le nomme Mc Dougall (1989). Le corps s'offre donc comme relais de cette parole impuissante à joindre ce « quelque chose » qui échappe, permettant le transfert de la douleur morale à une douleur physique anesthésiante qui autorise l'effacement temporaire des représentations insoutenables que la psyché ne parvient pas à contenir, et procure ainsi un répit provisoire. Cette douleur, dès lors sans parole, n'est pas hors langage. L'impossibilité d'en passer par la parole et la nécessité du recours au corps dans les possibilités d'inscription corporelle qu'il offre donne à penser que ce qui ne peut se dire s'inscrit. Comme l'acte d'auto-scarification le montre, l'adolescent effectue une inscription première dans le corps, dont le sens peut paraître perdu, car non immédiatement accessible, tenu au secret, mais qui invite à être *décrypté*, si l'autre, soit un *autre*, veut bien entendre l'appel.

Et c'est le deuxième point : comme inscription sur le corps, forme de mise en mémoire superficielle, *les scarifications témoignent de la réceptivité des excitations, à la fois exogènes et endogènes*. La composante perceptive des coupures permet une forme d'identification des pulsions : l'intériorité se donne à voir sur la surface externe du corps dans un processus similaire à la configuration de l'anneau décrit par le mathématicien Moebius : déplacement de l'interne vers l'externe dans une continuité de surface. De ce fait, le recours à la douleur, qui porte la souffrance à la surface du corps, là où elle est visible, identifiable et contrôlable, restaure les frontières, au service d'une « *fonction identifiante de la souffrance* » (Enriquez, 2001). La douleur qui accompagne l'acte permettrait l'intériorisation de la trace dans la mémoire. Il s'agit de réintégrer son propre corps, de pouvoir le *réaffecter* par l'expérience d'une douleur, travestissement de la souffrance, plus ou moins maîtrisée, expérience illusoirement « choisie » et vécue en son nom propre. J.-B. Pontalis a d'ailleurs soutenu une conception de la douleur comme occupant une

position intermédiaire entre l'investissement narcissique et l'investissement d'objet : « *Douleur : accouplement du dehors et du dedans, de la réalité et du fantasme, du passé et du présent. On dénoue difficilement ce corps à corps* » (Pontalis, 1977). Le recours à l'acte de scarification est bien engagé dans une dialectique des échanges entre dedans et dehors et l'on peut penser qu'il cherche à assurer, certes de manière paradoxale, une fonction d'urgence pour la sauvegarde narcissique. Souffrir corporellement pour se *sentir* vivant. Ainsi confie Aurore : « *Il m'est plus facile de souffrir de ces douleurs physiques, c'est clair, c'est concret, c'est réel, je les vois, je les ressens...* ».

Enfin, la répétition de l'acte dans sa dimension de contrainte interroge la mise en œuvre de l'*Au-delà du principe du plaisir* (Freud, 1920) où un processus psychique vise à la répétition d'expériences du passé qui n'ont pas comporté de plaisir ni de satisfaction. Le problème ainsi posé étant celui de l'évacuation (dans le sens de la déliaison) de certaines expériences traumatiques qui n'ont pu être liées par un travail de représentation primaire et qui se trouvent en souffrance d'inscription au sein du psychisme, soit hors du temps. Quelque chose ne s'est pas passé...« *l'effondrement a déjà eu lieu* » (Winnicott, 1974) mais n'a pas trouvé de lieu où s'inscrire car il est l'éprouvé de l'impensable, l'irreprésentable, défaillance des objets primaires d'investissement dont l'*infans* dépend de manière vitale.

Toutefois, on peut se demander dans quelle mesure la discontinuité éprouvée de la douleur par la maîtrise d'un geste opéré dans la répétition autoriserait une reprise progressive de l'activité introjective débordée au service de la réinscription de l'adolescent dans la temporalité du sentiment de continuité d'exister. Dans un moment de rupture menaçante de la vie fantasmatique, l'adolescent s'étaie sur une souffrance masochistement investie pour rétablir le gardien de sa continuité psychique. Par ailleurs, la perception de la blessure auto-infligée simultanée à l'éprouvé douloureux sert une forme d'auto-perception, restaurant une relation de soi à soi au service de la reconnaissance du sujet par lui-même et donc de la

possibilité d'une réinscription dans son histoire. Car la cicatrice qui en résulte marque dans la chair de l'adolescent la mémoire indélébile d'un passage, d'un changement.

L'inscription corporelle : une écriture comme tentative de différenciation.

Difficile ici de ne pas convoquer l'articulation proposée par Freud dans une note ajoutée en 1927 dans « Le moi et le ça » « *Le Moi dérive en dernier ressort des sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. On peut le considérer comme la projection mentale de la surface du corps, en plus de le considérer comme représentant de la superficie de l'appareil psychique* » (Freud, 1923, p. 270).

De cette proposition, D. Anzieu (1974) tirera sa conclusion: « *La peau fournit à l'appareil psychique les représentations constitutives du Moi et de ses principales fonctions* » (p. 196). Il fera alors le lien entre les deux termes et proposera son concept de « Moi-peau » qui lui inspire la belle définition suivante : « *Le Moi-peau est le parchemin originaire, qui conserve, à la manière d'un palimpseste, les brouillons raturés, grattés, surchargés, d'une écriture « originaire » préverbale faite de traces cutanées* » (Anzieu, 1985, p. 104). Ce « Moi-peau » répond donc au besoin d'une enveloppe narcissique qui assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base.

Dans ses propositions conceptuelles, un point me paraît particulièrement intéressant à souligner ici : celui de la proximité métaphorique entre la peau et la représentation d'une enveloppe maternelle originaire à partir de laquelle se délimiterait une identité archaïque. Deux types de contact originaire sont définis par D. Anzieu : ils relèvent de l'excitation et de l'information dont les destins

concernent respectivement le masochisme et le narcissisme. Par rapport au Moi-peau, le narcissisme primaire correspondrait à l'expérience de la satisfaction, le masochisme primaire à l'expérience de la souffrance. Le fantasme originaire du masochisme est selon lui constitué par la représentation qu'une même peau appartient à l'enfant et à sa mère, figuration de leur union symbiotique. Ainsi, le processus de défusion et d'accès de l'enfant à l'autonomie entraînerait une rupture et une déchirure de cette peau commune. Dans cette perspective, le fantasme d'arrachement s'origine dans un substrat d'adhésivité précœdipienne au corps et à la sensorialité maternelle. Son expression à l'adolescence tente d'élaborer, à l'heure où se pose la question de la représentation de la complémentarité des sexes, la figuration d'une intériorité différenciée de celle de la mère (Ternynck, 2000).

Les scarifications semblent révéler la prédominance d'une enveloppe d'excitation au détriment de l'enveloppe informative, trahissant le manque de significations apportées aux éprouvés précoces qui, de ce fait, n'ont pu s'intégrer favorablement².

La peau écorchée, entaillée activement, ne serait-elle pas la mise en acte de ce fantasme d'arrachement que la scène psychique est impuissante à élaborer seule ? Ne relèvent-elles pas d'une figuration de la déchirure de la peau commune qui s'enracine « *dans le désir de s'extraire par rapport à une identité féminine originaire* » ; tentative de s'en déprendre, qui dans le même geste, atteste de la douleur du lien d'attachement primaire et des angoisses de rupture et de perte qui s'y associent ? La fantasmatique meurtrière achoppe sur l'intériorisation de figures parentales trop fragiles pour supporter les mouvements d'attaque haineux nécessaires au travail de l'adolescence (Winnicott, 1975b). Les scarifications sont alors une manière

2. Les contacts primaires de peau à peau, trop excitants, fortement libidinalisés, ont pris une valeur traumatique dont l'excès se révèle source de déplaisir, voire de souffrance, en lieu et place d'une enveloppe de bien-être pare-excitante.

détournée de les attaquer et relèvent d'une condensation des problématiques archaïques et génitales autour de l'enjeu d'autonomisation. « Se couper », laisse assez entendre le travail convoqué et la menace conjointe.

De l'inscription corporelle à l'écriture

Chez ces adolescents qui s'infligent des blessures, j'ai été interpellée par le fait que la cessation de leurs conduites d'attaque du corps s'est assez fréquemment accompagnée de l'investissement d'un travail d'écriture, opéré soit dans le cadre de la tenue d'un journal intime, soit de la participation à un atelier d'écriture dont le cadre laissait assez libre cours aux possibilités d'expression très personnelle et sur des modalités ouvertes à l'instantané pulsionnel. Pratique d'écriture qui ouvre selon moi l'hypothèse que la pratique scarificatrice serait une forme d'équivalent d'un mode d'inscription de la pulsion sur la surface du corps, sorte d'écriture primitive sur la peau qui relaie le défaut d'inscription interne.

Quand je rencontre Aurore, elle est une adolescente âgée de 17 ans et souffre d'une anorexie sévère. La psychothérapie analytique se déroulera sur plusieurs années à un rythme soutenu (rythme tri puis bi-hebdomadaire). Le recours aux scarifications est concomitant à l'abandon progressif de conduites alimentaires restrictives, soit de renoncement à une maîtrise drastique. A ce propos, elle confiera plus tard : *« je ne regrette pas les gestes que j'ai faits, j'y étais contrainte. Mais je supporte mal les cicatrices que ça m'a laissées, j'en ai honte. Dans ce moment l'urgence de l'acte fait que l'autre n'existe plus »*. Temps de l'urgence, de la survie, impliquant l'effacement psychique de l'objet mais la trace physique atteste paradoxalement de son impact et de l'impossibilité à pouvoir le congédier, ce qui lui fera dire plus tard : *« Je voudrais pouvoir tout oublier (...) impossible d'effacer ces cicatrices, de les oublier, chaque regard qui s'y pose me rappelle mon passé, ma souffrance, cette violence (...) »*.

L'écriture d'un journal, autre espace intermédiaire entre le dedans et le dehors prenant le relais du corps, deviendra une nouvelle ressource à partir de laquelle Aurore pourra s'assurer de ses changements internes et quitter ses conduites de « lacérations » ainsi qu'elle les appelle. « *Ecrire, dit Aurore, cela fait exister l'autre mieux, j'autorise l'autre à exister, et ça me permet d'exister mieux moi aussi* ». Dorénavant, Aurore, écrit, trace, lie sur le papier, ce qui ne pouvait se lier au début de nos rencontres autrement que par l'attaque de son corps. Elle devient auteur de mots qui dessinent en les reconnaissant les contours d'une souffrance psychique qui peut nouvellement se reconnaître, s'accepter. Comme le souligne J.-F. Chiantaretto: « *Pour qu'il y ait mémoire vivante de l'enfance dans l'après-coup pubertaire, il faut pouvoir s'étayer en soi sur un autre qui investisse cette position, et cet autre dont la confiance est nécessaire pour devenir et se voir soi-même vient s'incarner dans le journal* » (Chiantaretto, 2005, p. 49-50).

La dernière année de psychothérapie, et donc la perspective de notre séparation, est marquée par la reviviscence d'angoisses de perte majeure majorées par l'expérience renouvelée du décès survenu dans sa famille d'une figure d'attachement importante. Et c'est à l'occasion d'une de mes absences pour vacances que je reçois une longue lettre, première d'une série qui accompagnera la fin de son travail de psychothérapie. Lettres qu'elle me remet en fin de séance ou dépose, entre deux rendez-vous, sans forcément m'en dire quelque chose ou me laisser la possibilité de lui en dire. Ses écrits s'adressent dorénavant et semblent nécessaires au soutien du travail d'élaboration de notre séparation à venir. Les lettres constituent, à la différence du corps, des objets séparés d'elle-même, porteurs de mots chargés de sens partageable, en attente d'être lus, soit reçus. Aurore écrit, beaucoup... Il lui faut, à travers ces courriers, témoigner du travail interne qui s'effectue. Les lettres rendent compte de l'intériorité de son vécu dans une dynamique d'extériorisation adressée via la médiation de l'écrit. L'adresse à

l'autre dans la simple parole ne semble pouvoir être suffisante à garantir la réalité de son existence, de ses émotions, de son ressentir. D'ailleurs, de ses courriers adressés, il lui faut conserver des doubles, toujours ; doubles ayant valeur de suppléance de sa mémoire non fiable qui pourrait toujours, pense-t-elle, la trahir. Ces lettres adressées et les doubles conservés lui permettent de mettre ainsi le risque de perte en dépôt, au service de l'expérience de son sentiment de continuité psychique.

Depuis l'arrêt de sa thérapie Aurore m'écrit chaque fois qu'elle traverse un événement de vie important. Marque de la nécessité de conserver un témoin externe, étayage garant de son « témoin interne » ? Témoin qui l'a assistée dans la reconstruction de son espace intime et dont elle aurait besoin - encore - de s'assurer de la continuité de sa présence...de sa survivance ?

L'autre situation est celle d'une jeune fille âgée de 15 ans, dont j'ai développé le cas ailleurs (Matha, 2010a), et que j'ai été amenée à rencontrer dans un cadre institutionnel d'hospitalisation en unité pour adolescents. En explication de ses conduites d'auto-sabotage, Alizée dit : « *Si j'attaque mon corps, c'est que je l'aime pas. Je voudrais le changer. Je voudrais être moi mais je m'aime pas. Je voudrais rester ce que je suis mais je voudrais une autre vie. On connaît des bonnes choses et puis ça s'arrête d'un seul coup ... Je veux pas vivre cette vie parce qu'elle me fait peur, tout me fait peur. J'ai peur de l'avenir....* »

Les propos d'Alizée attestent de l'enjeu central d'élaboration de la problématique de perte. C'est bien de la question d'une possibilité de changement et de ses implications, inhérentes au travail d'adolescence, qui se trouve posée. Le temps fait violence, nous dit Alizée, car il confronte inévitablement à la perte, le risque de rupture historique étant parfois majeur.

Le travail avec cette jeune fille sera long, difficile, et nécessitera des capacités de résistance importantes de la part de l'équipe soignante. Pour elle, la

participation à un atelier groupal d'écriture se révélera très positive et concomitante de l'arrêt de ses conduites auto-punitives. Très investie, Alizée décharge sur le papier, faisant trace par la médiation de l'écriture et non plus de son corps, de ce qu'elle ne peut encore dire avec des mots dans une adresse à l'objet.

Plusieurs mois plus tard, elle arrive en entretien en me montrant avec fierté un nouveau piercing qu'elle arbore sous la lèvre inférieure et pour lequel son père l'a accompagnée. Ce même jour, elle évoque un tatouage réalisé il y a peu, cette fois avec sa mère³. Alors que je l'interroge sur le contenu du dessin, elle me répond : « *c'est une inscription : maman for ever* »... Comme je relève : « *ainsi vous avez votre mère dans la peau !* », Alizée s'insurge, me reprochant de croire à « *n'importe quelle connerie* », et m'informant dans le même mouvement que le tatouage représente « *le signe du yin et du yang* ».

A mon intervention qui souligne, en réponse à la provocation d'Alizée, la force de son attachement homosexuel et de l'adhésivité précœdipienne au corps et à la sensorialité maternelle, Alizée affirme une nouvelle étape : elle ne s'écorche plus et figure sur son corps un symbole représentatif d'une unité réalisée par la rencontre de deux complémentaires (polarité active, masculine et polarité passive, féminine) : représentation possible d'un début de symbolisation de l'entrée dans la complémentarité des sexes?

Les échanges autour de ces deux démarches (tatouage et piercing) ouvriront sur le thème des identifications. Alizée revendique une ressemblance paternelle et affirmera : « *Avec ma mère, j'ai rien de commun* ». Expression peut-être défensive, mais n'illustre-t-elle pas la tentative de figuration d'une intériorité féminine différenciée de

3. Notons l'accompagnement parental différencié : le père est associé à une démarche « pénétrante » de piercing, la mère à celle d'une inscription effectuée en miroir sur la surface réceptive de peau.

celle de sa mère ? Relevons que cette assertion fait suite à l'annonce d'un tatouage « partagé » (la mère s'est fait tatouer en même temps que sa fille). Peut-on penser que le tatouage constitue un pas d'élaboration supplémentaire par rapport aux scarifications même s'il relève d'un procédé similaire : porter à la surface, voire garder à la surface, à défaut de pouvoir mettre à l'intérieur. Mais cette « mise en dépôt » permettrait dès lors un travail de différenciation interne et d'historisation, dans le sens où il atteste d'un passage.

Sans doute, ce « donner à voir » de l'inscription corporelle constitue une forme d'interpellation en attente de réception. L'objet n'est jamais véritablement « perdu de vue ». Le geste lui reste adressé. Dans cette attaque du corps au temps de l'adolescence, il y a toujours un tiers interpellé, dans une forme de jeu de cache-cache où la réponse de l'objet est espérée.

Je reverrai Alizée à sa demande, 7 mois après qu'elle soit sortie. Elle peut évoquer des moments encore difficiles : la nouveauté, c'est qu'elle les reconnaît. « *C'est plus un drame* ». Elle fait état de nouvelles relations entretenues avec sa mère, avec laquelle elle peut entrer en conflit sans que dorénavant cela ne porte atteinte à son intégrité narcissique. « *Y'a que ça.* » dit-elle relevant ses manches et dévoilant ses cicatrices, « *c'est moche. C'est très moche. J'assume mais bon... Je les cache plus mais quand on me pose des questions dessus, je sais pas quoi répondre. J'ai un peu honte quand même. J'oublierai pas de toute façon. Je les ai montrées à un médecin, il m'a dit qu'on pouvait les enlever au laser mais qu'il fallait que j'attende un petit peu. Même si elles sont plus là, c'est gravé là* (Alizée pointe son index vers sa tête). *Les autres ils ont pas besoin de savoir, ça les regarde pas ; ça m'appartient.* »

Beau témoignage du travail d'intériorisation psychique et de l'appropriation d'un espace interne.

Ces deux témoignages me paraissent rendre compte des difficultés auxquelles certains adolescents peuvent se trouver confrontés pour effectuer un « travail de mise en mémoire et mise en histoire autobiographique », et pour lesquels la place de l'*écriture de soi*, dans un mouvement de transformation de traces sur le corps à des mots adressés

et dessinés sur un objet-papier intermédiaire, a joué un rôle de liaison tout à fait important.

Il est des situations où cette difficulté, pourtant agissante, ne se donne pas à entendre au temps de l'adolescence ; ou plutôt : n'a pas été reçue. Elle se révèle, se répète alors, à la « faveur » d'une nouvelle expérience de portée traumatique, en un temps plus tardif, temps d'après-coup.

Monsieur F. ne se scarifie pas. Mais la curiosité vient du fait que musicien, il n'aime pas l'écriture de composition. Il l'associe à la nécessité de la répétition, ce qu'il déteste. Il ne supporte pas de faire le même concert plus de 3 fois. Ce qui l'a conduit à se tourner davantage vers la musique contemporaine et l'improvisation, créativité spontanée qui échappe à l'inscription définitive...Façon peut-être de conjurer la perte.

Pourtant, peu de temps avant de prendre contact avec moi, Mr F. a tenté d'écrire, de rassembler sur papier, les éléments marquant de sa vie. C'est avec ce précieux écrit qu'il est allé rencontrer un collègue dont il estime qu'il n'a pas su accueillir ce travail. Travail de témoignage, travail de mémoire, qu'il n'a pas porté à ma connaissance. « *Je vous demande juste de m'écouter* » furent les premiers mots qu'il m'a adressés et dont j'ai accusé réception. Il tente, dans l'actualité de nos rencontres, par la parole et la reviviscence intense d'émotions, d'effectuer un travail de reprisage, de réécriture de son histoire, soit d'historisation, de *remémoration*, là où semble-t-il la dimension psychique de son histoire n'a pu se constituer. Si le passé est actif en lui, a fait trace, il lui reste à pouvoir en construire un récit au service d'une histoire dans laquelle il puisse se reconnaître.

Références

- Anzieu, D. (1974). Le Moi-peau. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 9, 195-203.
- Aulagnier, P. (1989). Se construire un passé. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 7, 191-220.
- Braconnier, A. (1990). *Les adieux à l'enfance*. Paris : Calmann Lévy.
- Chiantaretto, J.-F. (2005). *Le témoin interne. Trouver en soi la force de résister*. Paris : Aubier.
- Dargent, F. & Matha C. (2011). *Blessures de l'adolescence*. Paris : PUF, Petite Bibliothèque de Psychanalyse.
- Enriquez M. (2001). *La souffrance et la haine*. Paris : Dunod.
- Freud, S. (1895/2006). *Lettres à Wilhelm Fliess (1887-1904)*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1920/2002). Au-delà du principe de plaisir. In *Œuvres complètes* (2ème ed., vol. XV, pp. 273-338). Paris : PUF.
- Freud, S. (1923/1991). Le moi et le ça. In *Œuvres complètes* (2ème ed., vol. XVI, pp. 255-301). Paris : PUF.
- Freud, S. (1925/1992). Note sur le Bloc magique. In *Œuvres complètes* (1ère ed., vol. XVII, pp. 138-143). Paris : PUF.
- Mc Dougall J. (1989). *Théâtre du corps*. Paris : Gallimard.
- Matha, C. (2015). Transfert et Répétition : les empreintes de la perte et leur mise en représentation. In André J. & Chabert C. (dir.), *Les travaux forcés de la répétition* (p. 73-93). Paris : PUF- Petite Bibliothèque de Psychanalyse.

Matha, C. (2010a). De l'inscription à la représentation. Les scarifications à l'adolescence comme recherche de symbolisation ? *La psychiatrie de l'enfant*, 53 (1), 255-283.

Matha, C. (2010b). Figures traumatiques de la séparation à l'adolescence : de la répétition à l'élaboration. *Psychologie clinique et projective*, 16, 103-144. Paris, France.

Pontalis, J.-B. (1977). *Entre le rêve et la douleur*. Paris : Gallimard.

Pontalis, J.-B. (1997). *Ce temps qui ne passe pas*. Paris : Gallimard - Tracés.

Ternynck, C. (2000). *L'épreuve du féminin à l'adolescence*. Paris : Dunod.

Winnicott, D.W. (1974). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 11, 35-44.

Winnicott, D.W. (1975a). Concepts actuels du développement de l'adolescent, In *Jeu et réalité : l'espace potentiel* (p. 247-268). Paris: Gallimard.

Winnicott, D.W. (1975b). L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications, In *Jeu et réalité* (pp.120-131). Paris: Gallimard.

Jean Yves Chagnon

Université Paris 13 – France

Introdução

A problemática da violência sexual (abuso, pedofilia, incesto) é provavelmente uma das mais escandalosas, a mais reprovada moralmente e judicialmente, mas também uma das mais intrigantes. Foi, na França, nos últimos vinte anos, o objeto de uma atenção particular tanto por parte dos profissionais médico-psico-sociais como também do público em geral. A atenção redobrou mas igualmente tornou-se preocupante, pela focalização/fascinação midiática sobre os casos que são exceção, cuja ocorrência dramática serve de alavanca aos discursos explicativos simplistas e práticas cada vez mais seguras, para fins demagógicos e eleitoreiros, em detrimento de uma análise mais rigorosa do problema.

No entanto, os trabalhos dos clínicos e dos psicopatologistas contemporâneos, especialistas em avaliação psíquica e no tratamento dos diferentes autores nestes dramas, nos mostram a complexidade dos fenômenos

1. Texto embasado na publicação em francês do autor: Chagnon J-Y (2012), *Psychopathologie des auteurs d'agressions sexuelles*, in Estellon V., Marty F. (dir.) (2012), *Cliniques de l'extrême*, Armand Colin, 131-150.

implicados. Do ponto de vista do funcionamento mental individual a referência a uma estrutura perversa (Bonnet, 2001; Pirlot & Pédinielli, 2005), organizada em torno unicamente da busca do prazer transgressivo sádico e do desafio à Lei, não é suficiente para dar conta das particularidades dos autores no plano intersubjetivo. É necessário levar em consideração a dimensão familiar do “crime” bem como a repetição transgeracional das passagens ao ato e dos traumatismos sexuais narcísicos e cumulativos. Do ponto de vista social, a violência sexual interroga as condições socioeconômicas e culturais que favorecem a sua ocorrência.

A agressão sexual não é apenas o resultado de um monstruoso desvio transgressivo, é o culminar de uma construção psíquica complexa na qual o sofrimento psíquico está presente. Entre, por um lado, a distância afetiva máxima obtida pela pesquisa classificatória (tipo DSM) desligada do contexto ambiental e do funcionamento mental que subjaz a essas condutas, ou ainda estrutural (rejeitando ao sujeito um diagnóstico definitivo) e, por outro lado, a identificação adesiva compassiva e cúmplice desses sujeitos, cuja história é frequentemente saturada de horrores, existe, nos parece, uma via para uma análise psicocriminológica e psicopatológica humanista preocupada em avaliar e compreender essa problemática extrema. Esta análise deverá sustentar a evolução da legislação e permitir a implementação de medidas psicossociais e judiciais adaptadas e articuladas às práticas terapêuticas inovadoras.

Situação do problema e definição

No contexto deste capítulo não evocaremos as ligações históricas entre a medicina, psiquiatria (a psicopatologia) e a justiça a propósito dos “*affaires dites de mœurs*”, quer dizer, dos delitos e dos crimes sexuais, história que relaciona

parcialmente àquelas das perversões, a este propósito reenviamos, nestes casos, aos trabalhos de G. Lantéri-Laura (2001). A pesquisa das causas da delinquência (e seu tratamento) é objeto de estudo das ciências humanas, em particular da criminologia. Ela veio, e vem sempre opor desde teses biodeterministas a teses econômicas, psicosociais e psico(patho)lógicas, tendo restituído os contextos políticos, sociais, familiares e psíquicos das transgressões. No entanto, a grande diversidade dos processos subjacentes aos diferentes tipos de condutas criminais considerados, invalida a reivindicação disciplinar e teórica hegemônica.

Por conseguinte, trataremos aqui apenas da *abordagem clínica e psicopatológica* (essencialmente de tipo psicodinâmica) *dos autores de agressões sexuais*. Abordagem que se situa, ela mesma, no campo da psicocriminologia², disciplina atualmente em plena ascensão, provavelmente entre outros aspectos pelas interrogações que coloca à delinquência sexual e à sociedade (Brunet & Casoni, 2003; Harrati et coll., 2006; Senon, Lopez, Cario, 2008; Coutanceau & Smith, 2010; Blatier, 2010; Chagnon, 2015).

A agressão sexual não é um conceito psicopatológico, mas uma designação jurídica. A partir da lei de 17 de junho de 1998 (Lei Guigou) que diz respeito à prevenção e à repressão das infrações sexuais, as agressões sexuais, com o perigo para menores, são consideradas agora, em um quadro mais geral, como *infrações sexuais*.

2. A psicocriminologia designa o estudo psicológico do fenômeno delinquente ou criminal. Na perspectiva psicanalítica ela se coloca como uma psicologia do indivíduo que comete atos criminais antes que uma simples psicologia dos comportamentos criminais, um sujeito não se reduz aos seus comportamentos. Isso não exclui, no entanto, que se leve em consideração as modalidades “operatórias, factuais” do delito ou do crime pois eles, em si, têm um sentido, no duplo sentido de significação e direção do apelo ao outro. É igualmente por meio dessas modalidades que “se exprimem” os traumatismos primários que não puderam ser simbolizados, subjetivados pelo psiquismo e que fazem “retorno” nessas “mensagens” que constituem a passagem ao ato (Roussillon, 2008).

Os crimes e delitos de agressão sexual incluem as seguintes infrações: o estupro (todo ato de penetração sexual, de qualquer natureza que seja, cometido sobre a pessoa do outro por violência, ameaça, constrangimento ou surpresa); a agressão sexual *stricto sensu* (todo atentado sexual cometido com violência, constrangimento, ameaça ou surpresa); a exibição sexual (imposta à visão do outro em um lugar acessível ao público); o assédio sexual.

Existem fatores de agravamento das agressões (e abuso sexual), como a qualificação da vítima (menor de 15 anos, quer dizer quando a idade é inferior a 15 anos; pessoa vulnerável em razão de sua idade ou de uma deficiência física ou psíquica), a qualificação do autor (ascendente legítimo natural, adotivo, pessoa abusando de sua autoridade); as modalidades de cometimento da infração (com arma, atos de barbárie, tortura etc.); os resultados das violências (machucado, lesão, mutilação, enfermidade, morte).

O incesto não apareceu no Código Penal francês até recentemente: falava-se de agressão ou abuso por ascendente legítimo. A Lei de 8/02/2010 ratificou essa lacuna mas ela não cria nenhuma nova infração, nem novas circunstâncias agravantes em relação a lei anterior, trata-se de uma simples mudança semântica sem modificação de fundamento.

A abordagem psicocriminológica dos fatos relativos à delinquência sexual justifica-se pela importância dos fatores psíquicos em seu determinismo, sem que seus autores sejam necessariamente doentes mentais (casos que figuram como relativamente raros, muito embora a confusão seja mantida hoje em torno da problemática das violências cometidas por alguns esquizofrênicos). A categoria médica das perversões nasce desse reconhecimento de uma categoria de sujeitos que apresentam distúrbios da personalidade subjacentes ao cometimento de certos atos médico-legais, mas que não são relevantes no campo da psicose.

Doentes ou perversos essa é, finalmente, a questão colocada aos psiquiatras desde o reconhecimento da expertise psiquiátrica no Código Penal de 1810, encontrado no artigo 64, seguido do artigo 122-2 do Novo Código Penal (1994) que trata da responsabilidade penal. Uma vez que estes fatores psíquicos foram levados em consideração e a Lei Guigou introduziu um dispositivo de seguimento *sociojudicial*, que poderia incluir uma *injunção de cuidado*, era necessário ir além de uma busca de diagnóstico psiquiátrico e, mesmo para além do estudo da estrutura de personalidade (tradicionalmente objeto da expertise psicológica), para analisar as possibilidades e modalidades de tratamento desses sujeitos, frequentemente sem demanda manifesta.

No entanto, até o trabalho inovador apresentado abaixo, a referência à estrutura perversa permaneceu e permanece ainda central, o que serve, frequentemente, via um postulado de incurabilidade, para justificar uma contratransferência negativa (rejeição, desqualificação) e uma recusa ou uma renúncia terapêutica.

Dois trabalhos pioneiros

A compreensão dos distúrbios de comportamento violento e, em particular, dos distúrbios de comportamento «sexual» violento às margens da psicopatia, da perversão e da psicose, deve-se muito aos trabalhos de Claude Balier e de André Ciavaldini³.

C. Balier é um pioneiro na matéria, o primeiro psiquiatra-psicanalista francês a ter trabalhado verdadeiramente (e não somente no papel...) com os

3. A esse dois autores é preciso acrescentar entre outros, R. Coutanceau et D. Zagury. O primeiro traz sua experiência do centro de diagnóstico e tratamento de *Garennes Colombes*, e também contribuiu para um melhor conhecimento da clínica da psicopatologia e das modalidades de tratamento dos autores de agressões sexuais (Coutanceau & Smith, 2010). O segundo conduziu um estudo psicopatológico apaixonante de homicidas em série onde alguns são abusadores, partindo de sua rica prática de perícia (Zagury, 2008).

agressores (sexuais) encarcerados. Ele teorizou sua prática em duas obras de referência (1988, 1996) e assim contribuiu ao desenvolvimento da psicocriminologia psicanalítica francesa (2005, 2008). Ele foi solicitado pela Direção Geral da Saúde para dirigir a pesquisa sobre autores de agressões sexuais encarcerados, conduzida por A. Ciavaldini (1999). Nesses trabalhos, que reintroduzem o comportamento na reflexão psicanalítica, o que não deixou de ser criticado à época, C. Balier se preocupou em descrever as configurações psíquicas, das dinâmicas agressivo-perversa onde os conceitos de perversão ou de problemática perversa podem ser utilizados em uma releitura moderna, centrada sobre a psicopatologia do ato e não sobre uma psicopatologia estrutural da personalidade. Ele também contribuiu para diferenciar a *passagem ao ato* do *recurso ao ato*. A função da passagem ao ato é de expor um transbordamento fantasmático: opera-se, assim, um deslizamento do fantasma à sua realização atual, pela incapacidade de repressão ou sobretudo de excitação (o clássico curto-circuito da mentalização). O recurso ao ato repousa sobre uma violência de cunho narcísica (fálica) utilizada para escapar às ansiedades catastróficas, uma proteção de urgência para evitar uma desorganização ligada a um sentimento de destruição subjetiva (onipotência *versus* inexistência).

Retomando uma velha diferença efetuada por Henri Ey, C. Balier diferencia a “perversidade sexual” da “perversão sexual”. Na “perversidade sexual”, as relações com a vítima são organizadas pelo componente da dominação narcísico fálico: a relação de objeto se efetua sobre o modo da dominação e da denegação da alteridade, quer dizer, essencialmente sob o modo do recurso ao ato. O outro é reduzido à dimensão de objeto utilitário e perde seu valor subjetivo. O excesso narcísista e o triunfo da onipotência visam esmagar e podem chegar ao assassinato. A sexualidade (maníaca) é colocada a serviço da violência. Na “perversão sexual”, se nós retomamos a noção de dominação sobre o objeto, a violência é colocada a serviço da sexualidade, Eros ligado ainda à destrutividade. Estamos em nível de desenvolvimento mais

evoluído, onde se exprimem as representações e as formas fantasmáticas mais erotizadas.

Em ambos os casos, a perversão e a perversidade constituem modalidades defensivas contra angústias de castração, mas também contra angústias mais arcaicas: majoritariamente depressivas na perversão sexual, narcísicas identitárias (Roussillon, 1999) próximas do aniquilamento psicótico, por perigo de inexistência, na perversidade sexual. Assim, o vazio ou o déficit representativo, classicamente na origem das passagens ao ato, se veem reinterrogados do lado defensivo. Perspectiva deficitária e defensiva não sendo mais exclusivamente uma ou outra, o que esclarece o debate sobre a força e o significado. Além disso, o significado concerne, portanto, menos aos conteúdos e aos conflitos psíquicos do que a uma dimensão processual, o que leva a consequências terapêuticas onde a interpretação se desvanece em favor do enquadre e da qualidade do encontro.

A. Ciavaldini, sozinho (1999) ou em colaboração com C. Balier (2000, 2003) e outros clínicos é, atualmente, o autor de uma obra teórica-clínica rica de experiências adquiridas, tanto como parte de um centro de tratamento psicanalítico hospitalar público quanto no contexto de uma associação de pesquisa⁴.

Em 1999 ele publicou os resultados da primeira grande enquete francesa que ele dirigiu, estudo realizado com 176 agressores sexuais encarcerados: trata-se de um trabalho notável metodologicamente, com a invenção de um questionário particularmente exaustivo, cujos efeitos psíquicos foram bastante inesperados, bem como em termos dos resultados epidemiológicos e psicopatológicos.

Do ponto de vista psicopatológico, lembraremos que a hipótese clássica de uma estrutura perversa não é suficiente para dar conta da organização psicodinâmica desses

4. Le PARI (Psicoterapias, Aplicações e Pesquisa Intersetoriais) et l'ARTAAS (Associação para Pesquisa e Tratamento de Agressores Sexuais).

sujeitos. Por outro lado, são evocadas a heterogeneidade do funcionamento psíquico, uma constituição em arquipélago, com uma grande dependência em relação aos estímulos perceptivos e ao ambiente exterior. As capacidades de simbolização, de representação, de deslocamento e ainda, em termos mais gerais, de mentalização, são particularmente reduzidas. O anaclitismo relacional acompanha uma fraca capacidade depressiva funcional, em função da fragilidade da constituição do objeto interno de onde provêm as potencialidades depressivas e suicidas melancoliformes. Face a essa carência interna, o superinvestimento da percepção externa obstrui a ausência de objeto. O aumento da excitação funciona como um traumatismo pouco suscetível de ser retido e elaborado, pois os afetos são deficitários ou trasbordantes e primários, difíceis de discriminar psiquicamente, como se esses indivíduos não possuíssem tato psíquico interno. O controle pulsional é, então, muito frágil e o ato se impõe então a eles em um processo de abolição subjetiva. Para além dos traumatismos secundários (mais de um terço dos casos foram submetidos a uma agressão sexual antes dos 10 anos), o ato de agressão sexual é compreendido e teorizado como resultado de traumatismos narcísistas resultantes de deficiência no ambiente primário associado – o que não é contraditório – a uma sedução primária traumática que não permitiu o desenvolvimento da transicionalidade e das capacidades de subjetivação. As instâncias psíquicas (Eu, Supereu) permanecem inacabadas. A passagem, ou melhor, o recurso ao ato segundo a expressão de C. Balier, pois existe uma ruptura entre ato e pensamento, é então uma estratégia antidepressiva com objetivo apaziguador em relação à dificuldade de tratar mentalmente a perda.

Enfim, é evocada a necessidade de elaborar um “pragmatismo da mentalização” no tratamento terapêutico de agressores sexuais, uma “obrigação”, palavra que parece necessária para alcançar o “toque” psíquico do ato de

agressão. No estudo de A. Ciavaldini é o QICPAAS⁵, o questionário elaborado na ocasião, que teve um valor de cuidado terapêutico. Ao não excluir nada das circunstâncias e das vivências do ato, permitiu a 50% dos sujeitos investigados pedir, em seguida, ajuda psicoterápica. Graças ao questionário, que foi elaborado antes da realização da pesquisa e apesar das projeções negativas da parte dos clínicos encarregados de aplicar, os agressores sexuais experimentaram a possibilidade de pensar o seu ato em presença de um terceiro que não era nem perseguidor nem aniquilador. Desde então, e sobre essas bases, o autor (2008) propôs o projeto de uma metodologia psicocriminológica do encontro, suscetível de ser utilizada pelos clínicos durante a realização da expertise e das entrevistas de avaliação.

Em seguida, A. Ciavaldini (2005, 2006, 2010) prosseguiu sua elaboração metapsicológica do funcionamento psíquico dos autores de atos sexuais violentos centrada sobre a questão do afeto. O agir, que se articula com os conceitos de ação e de comportamento, baseia-se em um corpo sensório-motor, o que permite concebê-lo, qualquer que seja a qualidade, como sendo o produto da história de um sujeito. O modelo econômico é privilegiado: o agir patológico é o produto de uma degradação ou de uma impossível representação dos afetos. Nesses sujeitos que cometem infrações sexuais, a raiz assim como a expressão das alterações do afeto e dos processos que presidem a representação encontram-se nos disfuncionamentos familiares precoces. Os afetos são fortemente alterados no seu potencial representacional e, portanto, constituem, zonas estranhas à psique. O estudo dos estupradores e dos pedófilos indica como esses atos patológicos constituem grandes defesas do narcisismo. A violência sexual tenta anular a depressão primária sofrida por esses sujeitos em função da confrontação a um ambiente familiar primário de tipo inseguro. A vítima ocupa uma posição paradoxal, pois ela vem a excitar o sujeito representando uma parte interna dele e o processo de agressão e de desobjetalização

5. Questionário de investigação psicológica dos autores de agressões sexuais

que acompanha e vem dar um fim à angústia ou à desorganização traumática que uma tal confrontação implica. Como consequência, temos que o terapeuta deve utilizar uma técnica ativa visando o que o autor chama de “pragmática da mentalização” e que se inscreve em um ambiente terapêutico plural.

Características psicopatológicas gerais

Como resultado destes trabalhos, nos anos de 1990, com a colocação em evidência de um fenômeno oculto até então, ocorreu na França, em novembro de 2001, a primeira **Conferência de Consensus** relativa à psicopatologia e ao tratamento dos autores de agressão sexual, e que reuniu a maioria dos especialistas nacionais (Ouvrage collectif, Fédération Française de Psychiatrie 2001).

As constatações dos autores elencados acima foram largamente confirmadas e verificou-se que, apesar do polimorfismo clínico das condutas desviantes e da diversidade das configurações psicopatológicas dos distúrbios do comportamento dito sexual, estes correspondem menos aos distúrbios da sexualidade propriamente ditos que a soluções defensivas em relação às angústias maiores concernentes ao sentimento de identidade, angústias resultantes de deficiências fundamentais do ambiente primário durante a primeira infância. Em todos os casos, encontramos em primeiro plano distúrbios graves do narcisismo, fragilidade do sentimento de continuidade da identidade e a ameaça de colapso depressivo, relacionado a grandes angústias de alteração ou mesmo desaparecimento da representação de si. O recurso das passagens ao ato sexual desviantes não são, então, manifestações pulsionais aberrantes (nós pensamos que são excessivos), mas recursos defensivos em relação ao narcisismo deficitário, resultantes das falhas de integração das imagens parentais suficientemente boas no mundo psíquico interno (Recomendações do júri).

De modo geral, os especialistas reunidos lembraram a dificuldade de estabelecer um diagnóstico estrutural preciso, sendo esses sujeitos situados frequentemente às margens das grandes entidades psicopatológicas habituais, entre perversão, psicose e estados limites. Nota-se a relativa ausência de patologias mentais francas (tipo psicose delirante) e uma certa unanimidade surgiu para evocar os distúrbios de personalidade como o faz, por exemplo, R. Coutanceau (2001), que fala de personalidade imatura com os traços de caráter diversos (neuróticos, perversos, narcísicos, psicopáticos, paranóicos): personalidade imaturo-neurótica, imaturo-egocêntrica, imaturo-perversa etc.

Contudo, a referência estrutural, por si só, não será suficiente para definir a passagem ao ato, que supõe uma análise psicocriminológica cuja dimensão psicopatológica não é, senão, um dos aspectos. Os outros fatores são concernentes ao estado clínico no momento dos fatos, o momento existencial em uma trajetória de vida, o contexto situacional, a relação preexistente entre os protagonistas, enfim o elemento circunstancial desencadeador do agir e das suas modalidades.

A questão de uma especificidade da psicopatologia em relação aos diferentes comportamentos de desvio sexual foi exposta no contexto desta conferência e pareceu que os pontos em comum foram mais numerosos que as diferenças: isolar e distinguir os grupos clínicos específicos (agressores intrafamiliar – incestuoso; extrafamiliar – pedófilo, abusadores) é uma conveniência usual que corre o risco de levar a tipologias portadoras de clichês e atalhos perigosos (como é, por exemplo, “o pedófilo predador” onde se deliciam jornalistas, advogados e certos homens políticos) se não é levada em consideração a singularidade de cada caso, o que define precisamente a abordagem clínica. A dimensão conjuntural parece ser sempre fundamental e é essencial diferenciar os casos onde a agressão sexual é um ato contingente, casual, sintoma entre outros de uma patologia que ocupa a frente

da cena, dos casos onde a agressão sexual é prevalente, constituindo o meio de defesa essencial contra a angústia.

Desde essa conferência nosso conhecimento foi atualizado em duas obras remarcáveis (Senon, Lopez, Cario, 2008; Coutanceau & Smith, 2010). Nossa própria posição teórico-clínica (Chagnon, 2000, 2005, 2010) é inspirada nos trabalhos previamente citados que não buscam isolar uma estrutura perversa, para todos sujeitos, oposta a outras mas que busca definir e compreender as modalidades originais de (des)funcionamento mental de configurações defensivas perversas suscetíveis de ocupar a frente da cena mental de registro limite ou psicótico, ou ainda, de coexistir segundo as variações, sempre singulares, com outros “núcleos” psicopatológicos (psicóticos, paranoicos etc.) e, em função da história e da conjuntura. Trata-se, então, de um ponto de vista econômico-dinâmico mais do que estrutural, o que parece ser mais fiel a uma clínica complexa desses sujeitos.

Em uma pesquisa sobre 20 casos de agressores sexuais de crianças (intra e extrafamiliar) encontrados em perícia psicológica em função de um tribunal, apresentamos os principais registros estruturais deduzidos de entrevistas e provas projetivas (Rorschach, TAT) (Chagnon, 2000). Tratava-se, essencialmente, de personalidades limites usando de arranjos perversos contra uma sintomatologia depressiva, e às vezes psicótica, obstruindo o trauma narcisista maciço decorrente de histórias frequentemente catastróficas. A sobrerrepresentatividade de casos sociais foi comprovada, proposição também constatada por A. Ciavaldini (2001) em uma síntese dos dados epidemiológicos gerais, nos quais “as rupturas de condições socioeconômicas favoráveis ou a precariedade provocada por uma miséria sociocultural” podem constituir fatores de risco aumentando as potencialidades de passagem ao ato sexual. A partir do estudo da biografia dos casos e da análise das modalidades de passagem ao ato, nós demonstramos como

esses agressores agiam, no controle do seu objeto pedofílico, em todos os papéis da cena primitiva e evitavam, assim, suas próprias ameaças traumáticas, depressivas ou psicóticas, segundo cada caso.

Aspectos específicos⁶

– Os abusos dos adultos

É certamente esse tipo de passagem ao ato que é distribuída de acordo com o mais variado espectro psicopatológico, de “variações do normal” para os limites da psicose. Por mais escandaloso que isso possa parecer, inclusive em um sujeito “normal”, colocado em certas condições ambientais desinibidoras e erotizadas (alcoolismo, festividade, loucura, guerra), pode ser levado a cometer atos que ele não cometeria em uma situação e contextos habituais: não dizem que o Supereu é solúvel no álcool e na loucura?

No entanto, são os casos de abusadores compulsivos que dirigiram C. Balier (1996) no caminho de suas descobertas relativas ao recurso ao ato como bloqueio do perigo de inexistência. Dito de outra forma, a psicocriminologia inicia uma pesquisa polifatorial importante sobre a passagem ao ato, onde a identificação em termos de estrutura se mostra parcial (Coutanceau, 2010, p. 24).

A dinâmica do trabalho mostra com regularidade que, contrariamente ao que pensa público geral, o abuso corresponde menos a uma busca erótica fácil e deliberada que à busca de uma satisfação narcísica fálica restrita: o pênis (no caso

6. Nós não podemos, no contexto desse capítulo, evocar todas as situações específicas. Em particular, nós temos um impasse em relação aos casos de exibição sexual, agressão sexual cometida por mulheres. Em relação aos adolescentes ou mesmo às crianças, reenviamos aos trabalhos citados anteriormente ou ainda a P. Roman (2012) no que se refere aos adolescentes autores de violências sexuais. De nossa parte, nós publicamos diferentes estudos de casos no Brasil (Chagnon, 2008, 2008b, 2012, 2014).

dos homens) é uma arma intrusiva ao serviço da vingança e do ódio contra as imagos maternas negativas projetadas sobre a vítima, e não um instrumento erótico, “ponte” de uma junção emocional partilhada com um outro diferenciado. Nos casos de vulnerabilidade narcísica e depressiva mais ou menos vinculados pelos aspectos psicopáticos (ou ainda, em certos casos específicos como na adolescência), o abuso pode corresponder a uma incapacidade de retenção pulsional, que é vivenciada como um fardo econômico assustador, necessitando menos de uma satisfação do que uma ação calmante. No entanto, isso vem sobretudo ressaltar a estima de si, como de certa maneira acontece em todos os casos onde o narcisismo necessita ser “alimentado” como comportamento externo agido (“provar-se a si próprio”), em reação aos desejos passivos inaceitáveis. Para sublinhar a dimensão antidepressiva, F. Neau (2005) construiu o conceito de “masculino maníaco”, em espelho ao conceito de “feminino melancólico” (Chabert, 2003). Nos casos mais graves o abuso vem, pela influência exercida sobre uma vítima desobjetalizada, preencher uma ameaça de desorganização psicótica, reativada pela situação. Estamos aqui em um nível de funcionamento primário (denegação, clivagem, projeção, identificação projetiva) onde o outro não existe senão pelo uso que é feito dele. A incapacidade identificatória empática funciona em seguida, no espelho da incapacidade de reconhecimento das próprias experiências afetivas, que às vezes podem falar de uma alexitimia, testemunho da carência da elaboração pulsional.

– A pedofilia

Como indicado acima, a pedofilia não é necessariamente estruturada de forma unívoca sobre o modo perverso, mais ela usa de defesas perversas suscetíveis de serem utilizadas independentemente da estrutura de personalidade, desde os confins da psicose até as organizações neuróticas imaturas, passando pelo grande

espectro dos estados limites. Do ponto de vista clínico “as condutas pedofílicas estão espalhadas em um espectro que vai do amor idealizado aos atos sádicos os mais ardilosos e inomináveis, passando por todos os tipos de posições idealizadas com ou sem atos pederásticos” (Martorell & Coutanceau, 1998, p. 63). Devemos também diferenciar o apelo pedofílico fantasmático, que concerne segundo certos estudos a 20% dos homens, da passagem ao ato que pode não ser acompanhada desse tipo de fantasma.

D. Bouchet-Kervella (2001), sozinho, e, depois em coautoria com C. Balier (2008), se servirá das distinções operadas por este último para descrever, de forma remarcável, a propósito dos sujeitos pedofílicos acompanhados em meio institucional aberto, das defesas baseadas no recurso à destrutividade, no caso da perversidade, e no recurso ao erotismo, no caso das perversões.

No primeiro caso, as figuras dos traumatismos arcaicos impensáveis são mantidas como lacunas no psiquismo, em razão de seu impacto desorganizante, por uma clivagem radical e uma denegação massiva dos afetos de angústia. A angústia corresponde a uma terror inominável de nadificação, de intrusão, de confusão sujeito/objeto na ligação ao outro. A representação de identidade é baseada sobre um ideal de todo poder fálico restaurador. No segundo caso, os traumatismos são figuráveis mas a clivagem faz oscilar os sujeitos entre reconhecimento e denegação da angústia narcísica e da depressão. A estima de si e a representação identitária instável frágil são restauradas pelo recurso da excitação sensorial erotizada.

O lugar da criança na economia psíquica e as modalidades sexuais utilizadas diferem nos dois casos. Na perversidade a vítima é percebida como frágil e passiva, o que revive as vivências infantis catastróficas e resulta em uma efração brutal da clivagem protetora do Eu, e um momento da confusão psicótica

dentro/fora. Esse risco de identificação confusa é anulado por afirmação de um todo poder fálico (abuso sem erotismo) ou pela morte suprimindo o objeto indutor do retorno dos traços traumáticos. A identificação se efetua diretamente para imagens parentais onipotentes e mortíferas. No caso da perversão, a criança é vivida como duplo externo onde a beleza é idealizada e supererotizada, criança graças a qual o pedófilo identificado a uma mãe ideal encontra no espelho o asseguramento da sua própria integridade corporal e de seu ideal. A denegação da diferença de sexos e das gerações permitem dominar o sentimento insuportável de exclusão da cena primitiva (a mãe unida ao pai), recriando-a sobre um modo narcisista de ação: o trauma principal ligado ao reconhecimento da alteridade sexuada da mãe, sua feminilidade materna é assim contornada. O comércio sexual com a criança confunde erotismo e ternura: as trocas mais maternalizadas que genitais visam a incorporar uma representação de completude entre a mãe e o filho, a qual o sujeito não quer/pode renunciar, talvez porque perdeu muito cedo. A representação insuportável do desinteresse parental é, assim, negada e revertida em seu contrário, enquanto as imagos parentais negativas são projetadas sobre os adultos.

Para D. Bouchet-Kervella, a passagem à violência predadora seria quase que excluída nesses cenários perversos (no sentido da perversão), porque prejudicaria o sistema de restauração da estima de si. Essa posição não é partilhada por C. Balier, para quem as escaladas nas passagens ao ato são regularmente constatadas e para quem a sedução erótica e narcísica constitui, de todo modo, uma violência para a vítima. Qualquer que sejam as possibilidades de passagem de um sistema perverso (perversão) para um sistema perversivo (perversidade), a esquematização assim proposta permite definir um limite claro dos elementos psicodinâmicos, possibilitando determinar o lugar das condutas sexuais atuadas na economia psíquica de diversas organizações mentais.

– O incesto

Como indicado anteriormente, não existe um “perfil” psicopatológico único nos sujeitos incestuosos (pais, avós, tios, irmãos, primos, mães ...), estes se distribuem sobre um espectro que vai “dos confins da loucura a uma pseudo-normalidade (...) da confusão psicótica à mais radical da defesa perversa contra essa confusão – perversão mais ou menos violenta, mais ou menos mortífera – passando pelos remanejamentos antidepressivos e os colapsos mais pontuais” (Parat, 2004, p. 85). No incesto são as diferenças (de sexos e gerações) que são negadas como diferença, indica uma lacuna, uma separação, suscitando as angústias depressivas e persecutórias intoleráveis devido a falhas na organização psíquica e a ligação familiar abandonada.

Três grandes “categorias” de sujeitos incestuosos foram descritas, o que, novamente, pode ser utilizado a título de focalização inicial, mas devem se desvanecer diante da singularidade de cada caso. Acrescentamos que o incesto, a longo tempo destinados aos homens frustrados e alcoólicos dos meios agrícolas ou trabalhadores isolados, é encontrado em todas as categorias socioprofissionais, os meios mais ricos tem mais possibilidades de camuflar a ocorrência.

A primeira categoria reenvia ao *tirano familiar*, déspota doméstico que cria o terror dentro da família. Violento e psicorígido, esse homem, frequentemente paranóico ou apresentando traços paranóicos, impõe um fechamento familiar em relação ao mundo exterior, vivido como perigoso e perseguidor. A repetição transgeracional é muitas vezes frequente, o pai pode ter sido ele mesmo abusado ou vítima de violências da parte de seu pai, enquanto que a própria mulher pode ter sido violada. Quando os fatos são revelados eles negam frequentemente seus atos e criam um complô familiar. Eles são de difícil acesso do ponto de vista terapêutico, seja pelo fato dessa negação sistemática ou pelo conformismo

superficial com as obrigações de cuidados. A dificuldade para evocar os afetos e os sofrimentos infantis clivados devem ser trabalhados nesse nível emocional, em grupo ou em equipes.

A segunda categoria envia aos *funcionamentos pedófilos* mais clássicos do que esses que foram descritos, sem que esses sujeitos tenham passado ao ato com as crianças fora da família. Eles são frequentemente melhor inseridos socialmente pelo fato de uma maior eficácia da clivagem. A história é frequentemente traumática feita de violências, rupturas, descontinuidades relacionais precoces e incestos anteriores, mais ou menos acompanhadas de violência, segundo o caso. O incesto visa a obstrução dos efeitos negativos desses traumatismos narcísicos. Eles podem ser atenuados da revelação e prisão, pelas demanda de cuidados; o reconhecimento do fato pode ser limitado aos aspectos mais factuais e operatórios, o reconhecimento de seu efeitos destrutivos e patogênicos sobre as suas vítimas mais aleatórios. Os riscos depressivos e suicidas são importantes, como resultado do colapso da representação de si construído sobre o vazio.

Uma terceira categoria diz respeito aos sujeitos *passivos e abandônicos*, em todo caso apresentando um funcionamento regressivo-passivo. Eles se descrevem como dependentes e submissos a seu círculo conjugal, familiar e socioprofissional. As passagens aos atos incestuosos podem acontecer com crianças pequenas, sob a forma de toques lúdicos e/ou “maternalizados”, mais do que francamente sexual em caso de episódios depressivos consecutivos a uma separação ou a uma perda; ou ainda com suas filhas ou netas adolescentes, pelas quais eles ficam apaixonados. Às vezes limitados intelectualmente, frequentemente alcoolistas, eles apresentam um funcionamento limite de tipo abandônico, onde a gestão da depressividade demonstra ser precária pelas carências sofridas. O agir serve para tamponar a depressão reprimida. Eles podem se sentir mais culpados que os outros sujeitos e demandar cuidados em uma bulimia oral (se preencher do “bom” objeto) que

desempenhará na transferência, uma demanda de amor absoluta e intransponível, da fusão ilusória mãe-bebê.

Em todos os casos, a figura da dinâmica familiar deve ser questionada. De fato, “o incesto é um modo de funcionamento familiar, uma modalidade de ligação familiar” (Savin, 2010, p. 192) caracterizada pela prevalência da sensorialidade sobre a simbolização, o que não permite que se organize o interdito do incesto, tabu antropológico fundamental fundador da sociedade e do pensamento. As ligações incestuosas destruidoras, não permitem a organização dos lugares e papéis familiares (tudo é misturado) e das diferenças entre erotismo e carinho, de onde vem a confusão de línguas (Ferenczi, 1933). “A família incestuosa é aprisionada nas angústias de perda e de abandono. As ligações familiares são permanentemente ameaçadas de rupturas. Essas são, fundamentalmente, as famílias de tipo abandonônicas” (Savin, 2000, p. 33). Essa ligação paradoxal, por combinar o vínculo e o que a ele se opõe, constitui uma ligação feita de rupturas, de descontinuidades, contendo uma falha narcísica de origem transgeracional.

Ela se organiza primeiro em um casal parental onde se repete o traumatismo de abandono. Antes que as crianças seja peças nesse funcionamento, a família busca formar um “grande corpo comum” (ibid., p. 34) para lutar contra o abandono. Os corpos individuais são o escândalo da família incestuosa, corpos sobre os quais deve se exercer a dominação incestuosa. A terapia familiar, quando ela é possível, é nesse contexto uma indicação de escolha.

Conclusão: defesa pela determinação de cuidado

O conjunto dos conhecimentos adquiridos atualmente levaram os legisladores a introduzirem na lei de 17 de junho de 1998 a possibilidade, a título de pena principal ou complementar ao encarceramento, de condenar uma pessoa a um

seguimento sociojudiciário podendo comportar uma liminar de cuidado, se os especialistas identificam essa possibilidade. Deve-se dizer que, na época, a ideia de obrigar um sujeito a se cuidar parecia escandalosa. Sem rejeitar muito rapidamente as considerações críticas, pois a problemática é muito “efervescete”. Para que nós possamos manter esse propósito de recomendação como imperativa, nós pensamos que eles repousam sobre uma má utilização do termo demanda.

Em muitos ambientes de cuidado a ideia segundo a qual não pode haver cuidados se não há uma demanda manifesta, nos parece muito limitante. Na verdade, nós pensamos que somente um sujeito relativamente “saudável” psiquicamente pode “pedir”, enquanto que os sujeitos em questão (como muitos indivíduos com distúrbios de comportamento) têm um funcionamento mental que a isso se opõe. Certamente demandar implica o reconhecimento de uma dificuldade, um distúrbio, no mínimo um sofrimento – pelo menos a falta e os mecanismos envolvidos negam ou mesmo evitam este reconhecimento que, de outra forma, seria desorganizante; implica a aceitação de uma certa forma de dependência e passividade relacional ao olhar de um terceiro, o terapeuta ou sua equipe e, novamente, o funcionamento psíquico desses sujeitos nesse caso se opõe. Enfim, isso implica ter confiança no poder curativo da palavra, o que sua falta de elaboração psíquica invalida.

Em certas condições, a autoridade judicial pronunciando a obrigação de cuidado vai funcionar como uma instância terceira que garante certos interesses da sociedade, mas ela vai igualmente representar uma instância de essência parental (maternal ou paternal) que obriga o sujeito delinquente a cuidar de si mesmo e a confrontar-se consigo mesmo. Nesse espaço de cuidado, onde o sujeito abusador sexual pode recontrar sua parte “monstruosamente” humana, ele pode enfim ser ouvido no seu sofrimento. É nesse contorno da lei, na sua essência asseguradora, que se encontra a ética: aliviando o sofrimento de um, ela protege

os outros e chega assim a seu objetivo (Ciavaldini, 2003). Funciona assim como um “metaenquadre” sobre o qual a ação terapêutica poderá se desenvolver e propor seu próprio enquadre, justiça e saúde devem ser “interconectadas” uma à outra (Ciavaldini & Neau, 2010).

Os autores acima contribuíram largamente para teorizar o processo de cuidado que se baseia sobre uma “obrigação” de fala, obrigando o sujeito a “reter” e pensar progressivamente o seu sofrimento psíquico. O termo “obrigação” não deve assustar, ele retoma a ideia desenvolvida por Aulagnier (1975), de uma violência necessária na humanização do *Infans* pela mãe. É claro que essa obrigação não deve levar a atuações contratransferenciais – notemos, de passagem, que a renúncia de cuidado racionalizada pela ausência de demanda constitui uma grande reduplicação da carência fundamental (Chagnon & Houssier, 2012) e ela deve ser cuidadosamente enquadrada por um trabalho sobre a contratransferência individual e institucional: é, de fato, raro que uma terapia individual seja possível, e o trabalho sobre as clivagens se efetuará a princípio pela instituição, pelo grupo, ou seja o trabalho com o conjunto, utilizando mediações simbolizantes diversas (Brun et coll, 2013). Assim, eventualmente, um sujeito poderá advir.

Referências

Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris: PUF.

Balier, C. (1988). *Psychanalyse des comportements violents*. Paris: PUF

Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris: PUF

Balier, C. (dir.) (2005). *La violence en abyme*. Paris: PUF

- Balier, C. & Bouchet-Kervella, D. (2008). Etude psychanalytique des auteurs de délits sexuels, *EMC (Psychiatrie)*, 37- 510-A – 40 (134) 1-10.
- Blatier, C. (2010). *Introduction à la psychocriminologie*. Paris: Dunod
- Bonnet, G. (1983). *Les perversions sexuelles*. Paris: PUF, 3ème éd. 2001
- Bouchet-Kervella, D. (2001). Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des pédophiles extra-familiaux adultes ? In *Psychopathologie et traitements des auteurs d'agression sexuelle. (Conférence de consensus, 22 et 23)* (pp. 101-112). Paris: John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie.
- Brun, A., Chouvier, B. & Roussillon, R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris: Dunod.
- Casoni, D. & Brunet, L. (2003). *La psychocriminologie*. Canadá: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chabert, C. (2003). *Féminin mélancolique*. Paris: PUF.
- Chagnon, J-Y. (2000). Les troubles narcissiques chez les agresseurs sexuels, *Psychologie clinique et projective*, 6, 265-278
- Chagnon, J.-Y. (2005). Aux marges de la psychose: la perversité sexuelle, *Bulletin de psychologie*, 58(6) 663-670
- Chagnon, J-Y, (2008). Distúrbios de comportamento, narcisismo fálico e luta contra a passividade na adolescência. In Cardoso, M. R & Marty, F., *Destinos da Adolescência* (pp. 121-138). Rio de Janeiro: 7 letras.
- Chagnon, J.-Y. (2008b). Les agressions sexuelles: un aménagement des troubles narcissiques identitaires. Paidéia. *Cadernos de Psicologia e educação*, Ribeirão Preto, 18(41), 495-515

- Chagnon, J-Y. (2009). A agressão sexual na adolescência: um destino da hiperatividade? *Agora – Estudos em Teoria Psicanalítica*, 12(2), 275-290.
- Chagnon, J-Y. (2010). L'agression sexuelle à l'adolescence: un destin potentiel de l'hyperactivité?, *Perspectives Psy*, 49(4) 280-287.
- Chagnon J-Y (2012). As agressões sexuais na adolescência. In M. D. Amparo, S. F. Almeida, K. R. Brasil, M. I G. Gonçaição, & F. Marty (dir.), *Adolescência e violência* (pp. 57-77). Brasilia: Libert: EdunB.
- Chagnon, J-Y. (2013). Qui est qui, qui agresse qui ? Traumatisme, passage à l'acte et identification projective à l'adolescence. *Perspectives Psy*, 2, 134-139.
- Chagnon, J-Y. (2014), Agressions sexuelles et dépendance à l'adolescence. *Ágora- Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17, 85-98.
- Chagnon, J-Y. (2015). Identité-Identifications et criminalité. Brève histoire de la psychocriminologie psychanalytique, *Le Carnet Psy*, 192, 24-28.
- Chagnon, J-Y. & Houssier, F. (2012). L'illusoire attente de la demande, *Adolescence (Enfermement II)*, 4, 919-933.
- Ciavaldini, A. (1999). *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Paris: Masson.
- Ciavaldini, A. (2001). Les agressions sexuelles. Données épidémiologiques générales. In *Psychopathologie et traitements des auteurs d'agression sexuelle (Conférence de consensus, 22 et 23)* (pp. 57-88). Paris: John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie.
- Ciavaldini, A. (dir.) (2003). *Violences sexuelles. Le soin sous contrôle judiciaire*. Paris: In Press.

- Ciavaldini, A. (2005). L'agir: un affect inachevé. In Bouhsira, J. & Parat, H., *L'affect. Monographies de psychanalyse de la Revue Française de Psychanalyse* (pp. 137-161). Paris: P.U.F.
- Ciavaldini, A. (2006). L'agir violent sexuel. In C. Chabert, A. Ciavaldini, P. Jeammet, & S. Schenkery, *Actes et dépendances* (pp 113-169). Paris: Dunod.
- Ciavaldini, A. (2008). Le modèle psychodynamique en psychocriminologie. In J-L Senon, G. Lopez, & R. Cario, *Psychocriminologie. Clinique, prise en charge, expertise* (pp. 21-31). Paris: Dunod.
- Ciavaldini, A. & Balier, C. (2000). *Agresseurs sexuels: pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Paris: Masson.
- Ciavaldini, A. & Neau, F. (2010). Psychopathologie psychanalytique du passage à l'acte, *EMC Psychiatrie*, 37 -510-A -30, 1-6.
- Coutanceau, R. (2001). Délinquants sexuels: stratégies de prise en charge et associations de techniques thérapeutiques. In *Psychopathologie et traitements des auteurs d'agression sexuelle (Conférence de consensus, 22 et 23 novembre)* (pp. 307-313). Paris: John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie.
- Coutanceau, R. & Smith, J. (2010). *La violence sexuelle. Approche psychocriminologique*. Paris: Dunod.
- Fédération Française de Psychiatrie (2001). *Psychopathologie et traitements des auteurs d'agression sexuelle (2001). Conférence de consensus (22 et 23 novembre)*, Paris: John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie.
- <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/default.html>
- Ferenczi S. (1982). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. In Ferenczi, S. *Œuvres complètes IV*. Paris: Payot. (Original publicado em 1933).

- Harrati, S., Vavassori, D. & Villerbu, L-M. (2006). *Délinquance et violence*. Paris: Armand Colin.
- Houssier, F. (2007). Les paradoxes du travail thérapeutique institué par décision de justice: reprise de la question du cadre interne à partir du contre transfert, In A. E. Aubert, & R. Scelles, *Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes* (pp. 107-130). Ramonville St Agne: Erès.
- Lantéri-Laura, G. (2001). Psychiatrie, justice et déviance sexuelle. Perspective historique. In *Psychopathologie et traitements des auteurs d'agression sexuelle (Conférence de consensus, 22 et 23)* (pp. 3-15). Paris: John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie.
- Martorell, A., Coutanceau, R. (1998). Des conduites pédophiliques. Considérations cliniques et sociales. *L'évolution psychiatrique*, 63(1-2) 35-67.
- Neau, F. (2005). Masculin maniaque ? *Psychologie Clinique et Projective*, 11, 35-78.
- Parat, H. (2004). *L'inceste*. Paris: PUF.
- Pirlot, G. & Pédinielli, J-L (2005). *Les perversions sexuelles et narcissiques*. Paris: Armand Colin.
- Roman, P. (2012). *Les violences sexuelles à l'adolescence*. Issy Les Moulineaux: Elsevier Masson.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris: PUF.
- Roussillon, R. (2008). Corps et actes messagers. In B. Chouvier, & R. Roussillon, (dir.), *Corps, acte et symbolisation* (pp. 23-37). Bruxelles: De Boeck.
- Savin, B. (2000). Sujets auteurs d'inceste. In A. Ciavaldini, & C. Balier, *Agresseurs sexuels: pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire* (pp. 27-37). Paris: Masson.

- Savin, B. (2010). L'inceste: agresseur et famille. In R. Coutanceau, & J. Smith, *La violence sexuelle. Approche psychocriminologique* (pp. 183-193). Paris: Dunod.
- Senon, J-L, Lopez, G. & Cario, R. (2008). *Psychocriminologie. Clinique, prise en charge, expertise*. Paris: Dunod.
- Zagury D. (2008). *L'énigme des tueurs en série*. Paris: Plon.

PARTE 2:
FAMÍLIA , SAÚDE E CLÍNICA

FAMÍLIA, COMUNIDADE E INSTITUIÇÕES

15

Construindo a memória familiar: estudo sobre o reencontro de famílias

Júlia S. N. F. Bucher-Maluschke

Universidade de Brasília

Christoph Käßler

Universität Dortmund – Deutschland

A partir da segunda metade do século XX multiplicaram-se os trabalhos publicados acerca da família. Enquanto alguns estudos preconizaram a morte da família, outros procuraram aprofundar o conhecimento de sua estrutura, dinâmica e modos de funcionamento (Lefèvre & Filhon, 2005; Léonard, 2010). Vimos também surgir uma preocupação com as próprias origens: quem somos nós? de onde viemos? o que trazemos conosco?

Essa preocupação ou interesse tem surgido apoiada por vários campos da ciência. Nas ciências biológicas, vemos estudos se multiplicarem baseados nas pesquisas dos genomas, procurando desvendar de que forma somos constituídos, quem somos nós no plano físico-químico. Nas ciências humanas, vemos crescer o número de investigações acerca de genealogias, a partir do interesse tanto de pesquisadores quanto de pessoas leigas ávidas por se vincularem aos seus antepassados, com uma origem e história pseudo-conhecidas, a procura de

restaurar o mito fundador. Multiplicam-se os sítios na Internet para pesquisas de familiares. Em aeroportos e *shoppings* são vendidos brasões históricos de nomes de família, surgidos para satisfazer essa nova demanda. Na televisão brasileira, há alguns anos vimos novelas apresentarem fotos de crianças e adolescentes desaparecidos inseridas nos textos de telenovela e serem reencontradas por seus pais. Outros programas de televisão promovem o encontro de familiares desaparecidos ao longo dos anos. Fenômeno semelhante ocorre na Alemanha, onde encontros com famílias separadas pela guerra foram promovidos diante das telas de TV.

Em 1968, na França, havia 300 genealogistas amadores quando foi criada a Federação das Sociedades Francesas de Genealogia. Em 1991, esse número foi estimado em 40.000 e hoje aumentou ainda mais, considerando os sítios a este respeito, conforme informações obtidas no portal eletrônico da Associação Brasileira de Pesquisas de História e Genealogia em São Paulo.

A crescente procura pelas origens, por parte dos indivíduos, através de pesquisas genealógicas é interpretada ora como indicadora do receio de perda da memória (Thompson, 1992), de uma amnésia coletiva (Le Goff, 2003), ora como a procura pelas raízes familiares, locais e culturais ou até de fortalecimento da identidade (P. Nora, 1984; Pierre Nora, 1993; Souza, 2014). É nessa segunda perspectiva que se interpreta a procura exaustiva por arquivos mortos ou vivos em busca dos caminhos que possam levar à reconstrução das origens familiares na Europa, nos Estados Unidos e, mais recentemente, no Brasil.

Há alguns anos um programa de televisão brasileiro denominado *A Porta da Esperança*, permitia que pessoas escrevessem solicitando a procura por familiares que haviam desaparecido. Diariamente chegavam inúmeras cartas com a descrição desses familiares. No contexto brasileiro, as famílias de baixa renda

recorrem a programas de televisão que incentivam o reencontro de famílias separadas por razões diversas, desde o fenômeno migratório, a procura por melhores condições de vida, até o abandono do lar.

O interesse pela história familiar através da reconstrução da genealogia familiar se faz presente também na psicologia clínica, em especial na terapia familiar (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973; Bowen, 1961; McGoldrick & Carter, 1995; Stierlin, 1973; Van Heusden & Van den Eerenbeemt, 1994; Walsh & McGoldrick, 1998). Os terapeutas de família se dividem entre os que consideram importante a história familiar e estudam o ponto de vista transgeracional ou ainda intergeracional, e aqueles que criticam essa posição por considerarem o perigo de ser dada demasiada importância às questões transgeracionais, podendo levar à crença de um determinismo histórico ou, ainda, transformarem-se em profecias.

A literatura também nos tem trazido casos romanceados da procura por ancestrais. Um deles ficou muito conhecido no Brasil. Trata-se do livro *Roots*, publicado por Alex Haley (1977) e traduzido mais tarde no Brasil como *Raízes*. O autor retraça seu caminho para descobrir sua memória familiar até suas raízes africanas.

Proust (2012), em sua obra *A procura do tempo perdido*, descreve fenômenos que nos fazem sentir a riqueza da memória, das lembranças e do esquecimento, tema também desenvolvido por Pollak (1989).

A literatura, portanto, tem descrito situações e fatos que emergem do sentimento de nostalgia, procurando reviver lembranças e reavivar as memórias individuais e transgeracionais no sentido do resgate da história familiar. No entanto, as conjunturas econômicas e políticas também podem provocar situações que levem à fragmentação da construção da memória e das lembranças em

consequência das perdas, das separações e das rupturas inesperadas, que o tempo se encarrega de sombrear até apagar.

Neste artigo, apresentaremos dois exemplos de reconstrução da memória familiar: o primeiro exemplo vem da Europa, e o segundo exemplo, do Brasil.

Vejamos em que contexto europeu se desenvolveram os fatos aqui descritos: a Europa carrega uma história de mudanças e de criações de novas fronteiras após guerras. A 2ª Guerra Mundial foi um dos exemplos dessa situação. Destacamos o caso da Alemanha, dividida em República Democrática Alemã (DDR) e a República Federal da Alemanha (RFA), e o caso da antiga Silésia, que fazia parte da Alemanha e, após a 2ª Guerra, ficou incorporada à Polônia. Com a queda do muro de Berlim, denominado para uns de "cortina de ferro", e do socialismo em 1989, esforços foram empreendidos por pessoas à procura de familiares de quem ficaram separados por várias décadas. O manejo das consequências dessas separações têm sido tarefa para profissionais da saúde e para terapeutas até hoje.

No Brasil, verifica-se ao longo de anos uma migração constante inicialmente do Nordeste para Brasília e posteriormente uma onda migratória do Sul para a região Norte, em ambos os casos à procura de melhores condições econômicas. Em ambas as situações, separações entre familiares ocorrem com muita frequência.

O trabalho da reconstrução da memória familiar, implícita na reunificação das famílias, levou-nos a estudar a questão a partir de uma arqueologia da família sob as ópticas da teoria contextual de Boszormenyi-Nagy e Spark (1973), do trabalho de Freud a partir do seu estudo intitulado *Notas sobre o bloco de notas mágico* (Freud, 1925), e do trabalho de Pierre Nora (1984) denominado “*Les lieux de memoire*”, publicado em Paris.

O que vem a ser uma arqueologia da família?

A arqueologia, enquanto ciência, enquanto disciplina histórica, procura encontrar a origem, os inícios, a partir de um conjunto de métodos. Ela procura reconstruir o passado a partir dos restos materiais encontrados através de escavações, túmulos e monumentos, bem como de outros vestígios, como fotos, documentos, registros em cartórios ou em igrejas, e através de testemunhas. Trata-se de uma reconstrução do passado na qual a memória sobrevive não mais através da comunicação direta pela transmissão oral ou escrita, mas de forma dedutiva. É uma memória que, em um sentido metafórico, podemos dizer que se materializou, petrificou-se, não se tratando mais de uma memória real, mas de uma memória que fala através das pedras, dos objetos, das coisas. Nesse contexto, o perigo é o de se trabalhar com uma interpretação especulativa cuja consequência pode levar a aumentar o risco de erro.

Entretanto, podemos dizer que, embora a base da arqueologia seja da memória fragmentada, ela nos leva à identificação de hipóteses e a dar sentidos aos eventos, aos fatos. O ressuscitar dessa memória petrificada pode resgatar elementos que ajudam a organização da identidade do indivíduo, de sua pertença ao grupo de origem, bem como o resgate de sentimentos recalcados, de emoções escondidas. Nessa perspectiva, Foucault (2009) desenvolveu sua obra *Arqueologia do Saber*, na qual articula o saber com o poder utilizando-se dos princípios da arqueologia como base para seu método histórico. Neste trabalho, procuramos desenvolver algumas reflexões sobre a memória familiar a partir da reconstrução da história de vida das pessoas.

Em outros países, em especial os europeus, vários eventos vinculados à Primeira e à Segunda Guerra Mundial foram fenômenos que contribuíram para

as separações de membros de famílias ou até de famílias inteiras, separadas de suas famílias extensas.

É no contexto de pesquisas desenvolvidas junto a famílias e seus membros a procura da reconstrução de sua história familiar que apresentamos este estudo de casos. Consideramos que o estudo da transgeracionalidade, ou da transmissão psíquica entre gerações, demonstra a importância do legado que é herdado dos antepassados e que constitui a riqueza dos costumes e tradições. Observa-se, assim, a importância de ser mantida a história dos ancestrais, na medida em que é valorizado o significado de sua herança a ser transmitido a seus descendentes (Haley, 1977; Le Goff, 2003; Luis de Barros, 1989; Pollak, 1989).

Método

Utilizamos, nos estudos de casos apresentados, a investigação fundamentada na arqueologia. A exemplo de Foucault (2009) que, em seu livro, utiliza a arqueologia como base para seu método histórico. Neste trabalho utilizamos também a arqueologia como disciplina histórica, enquanto ciência que procura encontrar a origem, os inícios, e tem como método escavações, fotos, túmulos, documentos, registros em igrejas etc. A arqueologia procura reconstruir o passado através dos restos de materiais encontrados nos túmulos, monumentos e outros vestígios. No que concerne este estudo, descrevemos os passos realizados na busca pelas famílias ou um de seus membros desaparecidos. No caso da Alemanha, as famílias foram encaminhadas para o atendimento clínico a partir de uma entrevista na televisão sobre a situação de parentes que se distanciam e vão perdendo as referências em relação aos familiares que ficaram para trás, e no caso brasileiro houve um encaminhamento para o atendimento clínico a partir do hospital de psiquiatria no qual foi atendido um dos membros da família.

No primeiro momento, ao surgirem os familiares interessados na busca, procuramos esclarecer os motivos, as razões que levaram ao desejo dos interessados em participar da pesquisa bem como os dados que eles possuíam para se desenvolverem as estratégias de investigação. Essa etapa é muito importante, porque, muitas vezes, são levados por um desejo irrealista. O segundo passo foi reunir todas as informações, documentos que pudessem auxiliar na definição das estratégias de intervenção. Os métodos de investigação foram múltiplos e variados: meios de comunicação, tais como o rádio, a televisão, a imprensa escrita (jornais, revistas), documentos, fotos, certidões e objetos, ou ainda entrevistas com pessoas que pudessem ter estabelecido relações ou conhecimento com as pessoas procuradas. Cada uma dessas possibilidades foi investigada atentamente à procura de uma pista que permitisse levar à reconstrução da história familiar. Os depoimentos de pessoas chaves, de parentes vivos, são de grande importância, bem como a pesquisa documental em periódicos, cartórios, batistérios e cemitérios. Todos ou partes desses elementos servem para resgatar fragmentos das memórias vivas que podem fornecer a reconstrução histórica que as pessoas procuram.

Em seguida, com o material colhido e o estabelecimento de relações a partir do confronto de materiais, foi realizada a busca e organizado o reencontro entre os familiares, levando em conta a dimensão física e a dimensão psicológica que esse reencontro representa e seus possíveis impactos. Esses foram os passos que seguimos para a pesquisa do reencontro de famílias na Alemanha e, posteriormente, no Brasil.

Apresentação de casos estudados

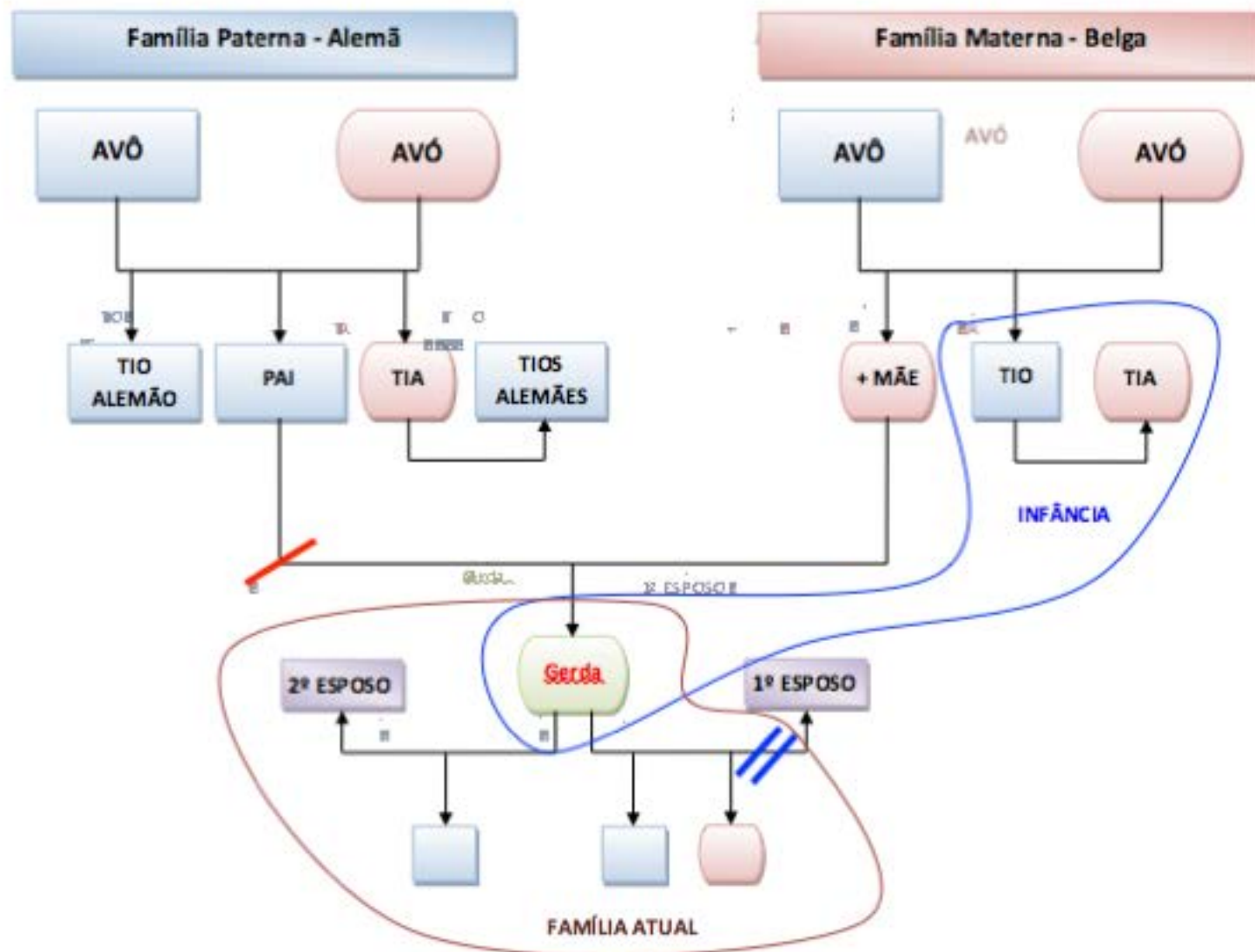
Selecionamos dois estudos de casos para apresentar o processo de reconstrução da história familiar e suas repercussões nos sujeitos envolvidos nesse processo. Os casos foram selecionados por serem exemplos de histórias singulares, em contextos geográficos e socioculturais bem diferenciados, porém com características similares. O primeiro caso teve como cenário a Europa e o segundo, o Brasil. Os nomes indicados na descrição dos casos são fictícios.

1º Caso: Bélgica/Alemanha - “Resgatando o Pai”

Inicialmente apresentaremos o mapeamento familiar a partir da construção do genograma.

Genograma familiar no momento do reencontro familiar

FIGURA A



Legenda:

- : Separação da família durante a guerra - Pai fica na Alemanha.
- : Adoece e morre durante a guerra. Filha **Gerda** vai viver com os tios maternos na Bélgica.
- : Separação conjugal da **Gerda** - 1º Casamento.
- : Membros femininos das famílias paterna, materna e da **Gerda**.
- : Membros masculinos.
- : Família Atual da **Gerda**.
- : **INFÂNCIA** : Pai fica na Alemanha.

História familiar a partir da narrativa da Sra. Gerda

Infância – as lembranças evocadas a levam à época em que vivia na Bélgica com o pai de nacionalidade alemã e a mãe de nacionalidade belga. Com aproximadamente cinco anos, partiu para a Alemanha com seus pais sem entender claramente o que ocorria. Mais tarde, tenta reconstruir a razão dessa precipitada viagem a partir dos fragmentos de histórias escutadas. Seus pais foram perseguidos e ameaçados pelos belgas, que suspeitavam de que colaboravam com os nazistas. Em nenhum momento fica esclarecido para ela o que realmente se passou e isso não parece interessá-la. Recorda-se que, ao chegar na Alemanha, o pai foi pego pelos alemães que “o obrigaram” a se alistar no Serviço Militar na Guerra, e ela com a mãe vão para a casa de uns tios paternos. Recorda-se que a mãe ficou muito doente e que os tios paternos não aceitaram ficar com ambas em casa por terem dificuldades de alimentação, correrem perigo de vida e passarem muitas horas em abrigos contra bombardeios. Isso levou a família a encaminhar mãe e filha de volta para a Bélgica, por terem nacionalidade belga, o que facilitava a volta. A mãe falece no caminho e ela segue “com americanos”, que a depositam na casa dos tios na Bélgica. Lá chegando, ela é bem recebida e passa a viver com os tios.

Recorda-se que ficaram muitas interrogações: “Por que o pai as abandonou”, não ficava clara a imposição de ir para a guerra. “Por que os tios paternos não as quiseram em sua casa quando a mãe estava muito doente”. Com o passar dos anos, cresce, casa-se, tem filhos e o marido alcoólatra, ao chegar em casa querendo bater nela e nos filhos, faz com que ela se refugie no porão da casa, como ela fazia durante a guerra nos abrigos contra os bombardeios. Uma profunda depressão a conduz a uma terapia, que a leva a se separar do marido alcoólatra, voltando a se casar tempos depois.

Durante muitos anos perguntou-se onde estaria seu pai – teria morrido? teria escapado? – e o que teria acontecido com aqueles tios. Quando a guerra terminou, foram feitas buscas a respeito do seu pai, mas foram em vão: diziam que ele teria ficado na antiga Prússia. A queda do muro de Berlim e do comunismo a levam a intensificar a busca por seu pai. Muitas pessoas diziam a ela: “para que procurar o pai quando os tios foram os teus pais protetores e bons?”. No entanto, prevalecia a necessidade imensa de conhecer aquele pai, odiado muitas vezes por “tê-las (mãe e filha) abandonado” e muitas vezes lembrado com nostalgia dos bons momentos passados juntos. Confusões de ideias e uma necessidade de saber o que aconteceu de fato coexistiam. Sonhava em poder falar para os filhos sobre o avô que tinham e que estaria em algum lugar concreto, vivo ou morto. Essa necessidade imperiosa fez com que, finalmente, a partir de muitas buscas, fosse identificado o local onde o pai vivia. O reencontro foi estabelecido primeiro com o pai, depois com os familiares e parentes.

Encontro com o pai. O pai foi descoberto em um asilo de velhos e lá ocorreu o encontro após uma preparação de ambos. Apesar de suas expectativas em relação a esse encontro terem sido trabalhadas anteriormente, ela apresentou muita dificuldade para se comunicar com o pai. O mais significativo para ela foi ver uma antiga foto, dela com sua mãe, na cabeceira do pai. Para ela, isso foi mais importante do que toda a história contada pelo pai. A emoção havia tomado conta tanto dela quanto do pai, e o estado de saúde do pai o impediu de fazer a busca pela filha, que nunca havia saído da sua lembrança.

Encontro com os tios paternos. Nesse encontro, foram resgatados os sentimentos de culpa sobre o que ocorreu naquela trágica circunstância provocada pela guerra. De um lado, o sentimento de que estavam fazendo um bem enviando-as de volta para a Bélgica; de outro, o sentimento de culpa por não terem compartilhado o pouco que tinham e por imaginarem que poderiam ter

evitado uma morte. Foi resgatado o perdão e a compreensão do que ocorreu, tornando não ditos, interditos e mal ditos em manifestações de emoções compartilhadas.

Após os reencontros familiares. Uma nova fase se iniciou através da estruturação das relações familiares. O pai foi revisitado, conheceu os netos e os bisnetos. Um ano depois, veio a falecer. Com a família paterna, foi restaurada uma profunda amizade. A Sra. Gerda expressou “o sentimento de apaziguamento e de poder finalmente dormir em paz”.

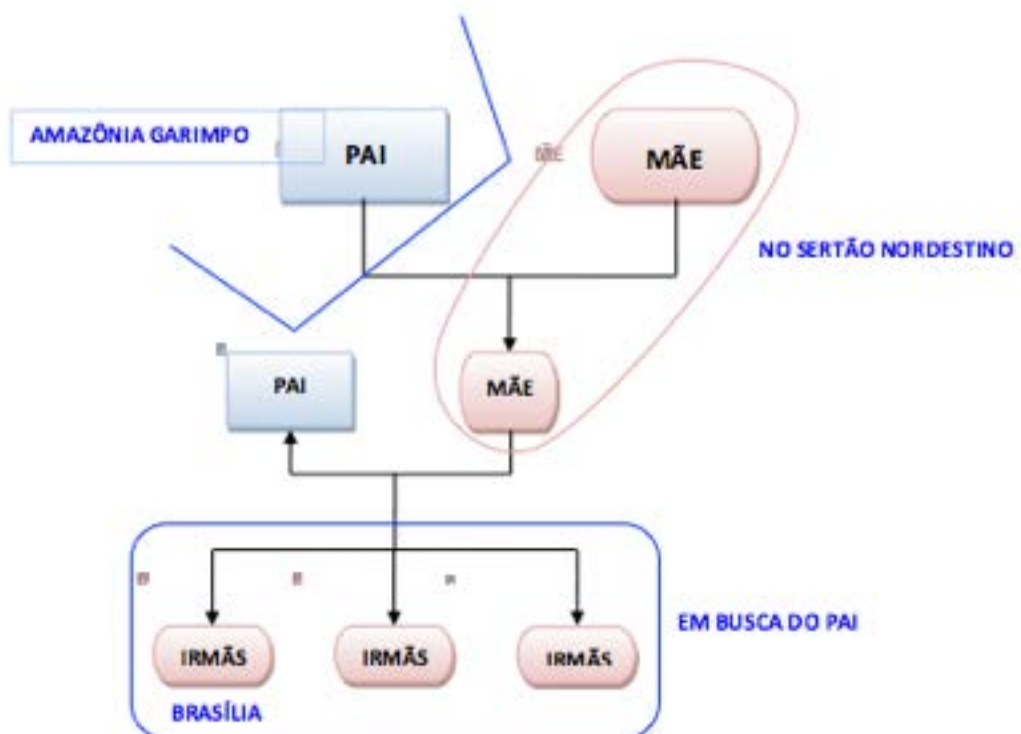
Comentários. A memória familiar não se reduz a uma função mnemônica, mas traz consigo uma dimensão existencial na qual tanto a lembrança quanto o esquecimento são necessários. O papel das emoções está profundamente presente na interação da memória, do esquecimento e da nostalgia.

2º Caso: Brasil - “A Procura do Pai”.

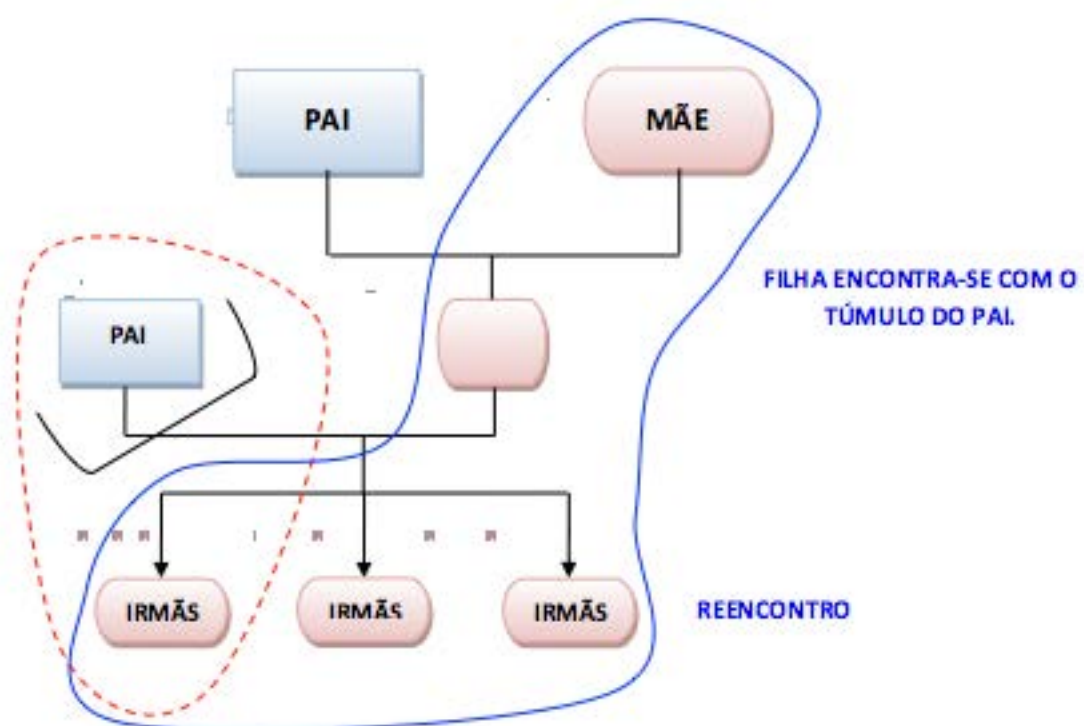
Genograma Familiar

FIGURA B

(1º MOMENTO)



(2º MOMENTO)



História familiar a partir da narrativa de duas das três irmãs.

Três irmãs mostraram-se empenhadas na procura por seu pai, que saiu de casa, localizada em uma cidade do interior nordestino assolado pela seca, para trabalhar em um garimpo quando elas ainda eram crianças. Segundo as narrativas, o pai foi em busca de melhores condições econômicas para a família mas, com o passar do tempo, foram escasseando as notícias e o poder aquisitivo da família se enfraqueceu. As esperanças de revê-lo mantiveram-se secretas no interior de cada uma delas. Confessar essas esperanças significava sofrimento, medo de ter uma decepção e mal-estar. Com o passar do tempo, o poder aquisitivo dessa família foi minguando até chegar o momento de enviar as próprias filhas para procurarem meios de sobrevivência em cidades maiores. Foi assim que cada uma foi deslocada para inicialmente ficar em casa de parentes ou de amigos na Capital federal. Aos poucos, cada uma foi encontrando trabalho e até possibilidades de continuarem seus estudos. Porém, o desejo de procura do pai era presente e tudo faziam para encontrá-lo. Quem era esse pai, cujas lembranças ficavam presentes na memória dos mais velhos e que era lembrado com muitas saudades pela mãe desses jovens?

A busca – descrição do ocorrido. Inúmeros foram os procedimentos utilizados na busca pelo pai. Primeiro, procurou-se rastrear através de membros de outras famílias que haviam partido para garimpos. Depois foi através da televisão, no *Programa Silvio Santos: A Porta da Esperança* e *Em nome do Amor*. Esses programas tinham como finalidade procurar membros da família ou pessoas muito queridas que haviam desaparecido. Escreveram mais de 100 cartas para os referidos programas na tentativa de verem seus nomes selecionados para a procura de seu pai e de terem um reencontro com ele. Porém, nada conseguiram. Finalmente, um dia lhes informaram que o pai vivia em uma cidade vizinha a Brasília e tinha uma venda com o seu nome. Foi-nos solicitado por uma das filhas que as

acompanhassem para esse encontro. Fomos, em uma data estabelecida, à procura desse estabelecimento. No caminho, uma das filhas disse que só estava acompanhando porque considerava que o seu pai morto estivesse morto a partir do momento em que saiu de casa e deixou de dar notícias, abandonando-as. Apesar de dizer isso, estava toda arrumada e era uma das mais motivadas a fazer esse encontro. A outra se manifestou dizendo que, para ela, era muito importante reencontrar seu pai, pois queria que ele conhecesse sua filha e que esta soubesse que tem um avô. A terceira disse que precisava transmitir à mãe o que ocorreu com o pai nesse longo período. O único filho homem desejava ir para o encontro de forma independente e saiu muito cedo, de tal forma que, quando chegamos no local indicado, ele aguardava a uma certa distância. No caminho, procuramos abordar a veracidade da informação, mas a certeza desses irmãos desde nossa primeira entrevista era peremptória, inquestionável. Ao chegarmos ao local, solicitaram-nos que a psicóloga fosse a procura desse pai, conversasse com ele e depois viesse buscá-los. Apontaram para a inscrição na parede e disseram: “realmente é o nome dele”. No entanto, era um nome que poderia ser de qualquer outra pessoa. O encontro com o proprietário da venda fez cair por terra toda a expectativa de encontrar o pai procurado. Tratava-se de um homem jovem e com nome semelhante ao do pai delas. O retorno junto a essa família foi realizado levando em consideração a necessidade de trabalhar a frustração do encontro malogrado, procurando mostrar as dificuldades de encontrar um familiar desaparecido nesse país tão imenso.

Dois anos depois, fomos procurados novamente com a informação de que o pai estava muito doente em uma pequena cidade no interior do Estado de Tocantins. Dessa vez, uma das filhas solicitou que a acompanhasse à procura do pai, porque não se sentia em condições de encontrá-lo sozinha e os outros não tinham condições de ir a esse encontro.

O encontro. Ao chegar no pequeno vilarejo, fomos ao único bar frequentado pelos homens da comunidade e foi explicado que procurávamos notícias do Sr. Salomão, que soubemos que morava nessa comunidade. A filha se identificou como filha dele e recebeu do dono do barzinho um grande abraço. Esse senhor disse que ele era um homem muito querido na comunidade e que havia trabalhado em uma fazenda próxima. Disse que nos levaria à casa do dono da fazenda. Ao chegar na casa do fazendeiro e com a explicação do dono do bar, o fazendeiro mandou servir uma grande refeição e informou que o Sr. Salomão havia falecido havia dois meses, mas que ele falava muito dos filhos, da esposa e que esperava um dia retornar a família quando tivesse dinheiro suficiente, pois “não queria voltar com uma mão na frente e outra atrás”. Relatou o nome de cada uma das filhas de que ele falava sempre e até da esposa. A notícia de que a filha do Sr. Salomão estava na casa do fazendeiro se espalhou e várias pessoas vieram conhecê-la e falar sobre o amor que ele tinha pela família, pelos filhos. Essas narrativas a respeito das memórias do pai delas foram muito importantes, pois, através delas, havia um reconhecimento do amor que ele sentia pelos filhos, pela família. O fazendeiro sugeriu que fôssemos ao cemitério onde ele estava sepultado e depois à fazenda para pegar os seus pertences.

No encontro com o túmulo do pai, foi feita uma oração que a filha iniciou e de que os presentes participaram. A seguir, na fazenda, a filha escolheu entre os pertences do pai um para cada um dos irmãos e outro para a mãe deles.

No retorno à Brasília, houve uma sessão terapêutica com os membros da família. O ocorrido foi narrado a todos pela filha. Um dos pertences do pai foi entregue a cada um dos membros. Pediram para fazer uma oração e, após esse enterro simbólico do pai já falecido, todos voltaram às suas vidas apaziguadas.

Considerações Finais

A pesquisa dos ancestrais visa reencontrar, em suas raízes, a memória fundadora, a fonte de sua própria identidade. O indivíduo se mantém centrado no presente e, através da exumação da história do seu grupo e da totalidade de seu ser, ele apreenderá algo para si mesmo: dito, não dito, interdito. Memória familiar, nesse contexto, deve ser entendida como o conjunto de lembranças que todo indivíduo, em um dado momento, forma em relação a sua família de origem.

A memória pode se amparar na nostalgia. Na Europa, temos um mundo de guerras visíveis; no Brasil, lutas pela sobrevivência econômica, migrações para a sobrevivência, salve-se quem puder, uma guerra invisível. Nesse contexto, a memória volta como uma erupção de lembranças e esquecimentos formando sentidos esclarecedores. Em contextos de conflitos, interpretações errôneas podem se organizar, todavia estamos aí diante de uma trilogia: memória, esquecimento e nostalgia, na qual o papel das emoções está vivamente presente.

Consideramos que o estudo da transgeracionalidade ou da transmissão psíquica entre gerações demonstra a importância do legado que é herdado dos antepassados e que constitui a riqueza dos costumes e tradições. Observa-se a importância de ser mantida a história dos ancestrais, na medida em que é valorizado o significado de sua herança, a ser transmitida a seus descendentes.

Foi nesse aspecto que o encontro com familiares separados por circunstâncias independentes de suas vontades e o encontro terapêutico puderam oferecer a possibilidade de criar uma distância, um recuo em relação à memória familiar, abrindo portas para que o indivíduo, os indivíduos, as famílias, pudessem seguir seus caminhos.

Referências

- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (1973). *Invisible Loyalties: Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*. Hagerstown: American Medical Book Publisher. <http://doi.org/https://doi.org/10.1093/sw/21.1.80>
- Bowen, M. (1961). Family Psychoterapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 31, 42–60.
- Foucault, M. (2009). *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freud, S. (1925). Uma nota sobre o bloco mágico. In *Obras completas de Sigmund Freud* Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago.
- Haley, A. (1977). *Roots: the saga of an american family*. New York: Dell.
- Le Goff, J. (2003). *História e Memória*. Campinas, SP: Editora da Unicamp.
- Lefèvre, C., & Filhon, A. (2005). Histoires de familles, histoires familiales. Les résultats de l'enquête famille de 1999. In *Les Cahiers de l'Ined* (p. 641). Paris: Ined.
- Léonard, C. (2010). Recherches et réflexions sur les identités francophones dans l'Ouest canadien. *Francophonies d'Amérique*, 32, 9–20.
- Luis de Barros, M. M. (1989). *Memória e Família*. São Paulo: Vértice.
- McGoldrick, M., & Carter, B. (1995). Etnicidade e o ciclo de vida familiar. In *As mudanças no ciclo de vida familiar* (pp. 65–83). Porto Alegre: Artmed.
- Nora, P. (1984). *Les Lieux de Memoire*. Paris: Gallimard.
- Nora, P. (1993). *Entre história e memória, a problemática dos lugares: projeto História São Paulo*. Projeto História, 10, 7–28.
- Pollak, M. (1989). Memória, esquecimento, silêncio. *Estudos Históricos*, 2(3), 3–15.

Proust, M. (2012). *A la Recherche du temps perdu*. Paris: Les Éditions Humanis.

Souza, M. J. (2014). A memória como matéria prima para uma identidade: apontamentos teóricos acerca das noções de memória e identidade. *Graphos*, 16(1), 91–117.

Stierlin, H. (1973). Group Fantasies and Family Myth: Some Theoretical and Practical Aspects. *Family Process*, 12, 111–125.
<http://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1973.00111.x>

Thompson, P. (1992). *A voz do passado: História oral*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Van Heusden, A., & Van den Eerenbeemt, E. M. (1994). *Thérapie familiale e générations*. Paris: PUF.

Walsh, F., & McGoldrick, M. (1998). *Morte na Família: sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre: Artmed.

16

A família de origem em terapia de casais

Wladimir Porreca
Universidade de Brasília

A família de origem, entendida como matriz constitutiva da identidade da pessoa e lugar possível de sua primeira socialização, pode ser um recurso para compreender as relações humanas, tanto aquelas do casal como entre pais e filhos, ou mesmo entre irmãos. No que se refere à compreensão da relação conjugal no processo terapêutico, a família de origem contribui para valorizar e integrar a cultura, a história, as experiências e o contexto social dos membros do casal, principalmente quando se atenta que, como pessoas que se relacionam, são portadoras de imagens, significados e representações familiares gravadas em seu interior que, de forma saudável ou não, consciente ou inconsciente, influenciam, consideravelmente, os casais em suas decisões e escolhas (Andolfi, 2013; Framo, 1976).

As gerações transmitem para outras gerações crenças, costumes, marcas e registros, comumente, em círculos repetitivos de padrões familiares de geração em geração, que podem favorecer a construção de uma matriz de repetição nos

relacionamentos conjugais e parentais. Daí ser fundamental considerar as lições apreendidas na família de origem (Cervený, 2011) para compreender a dinâmica de construção e desconstrução de elementos que favorecem, dificultam ou mesmo impedem uma relação conjugal saudável.

No processo terapêutico de casais, a presença da família de origem, física ou não, favorece ao casal construir, de maneira mais clara e concreta, em um espaço seguro e confiável, a sua identidade conjugal, tanto ao aproximar-se quanto ao separar-se ou afastar-se dela. Contribui ainda para o enfrentamento terapêutico dos casais quanto a determinados problemas interacionais, como queixas entre membros da família ou entre o casal, bem como a problemas ligados a momentos de transição da vida familiar, como adolescência e envelhecimento do casal. Ainda, as heranças transgeracionais, no campo de sua interseção com a família de origem, contribuem para compreender a relação do casal e essa no ambiente sociocomunitário que a circunda (Costa, 2010).

Além da participação da família de origem no processo terapêutico de casais, outro recurso a ser considerado é a herança transgeracional do próprio terapeuta, como aquele profissional que estaria mais preocupado em alcançar uma relação mais colaborativa com o sistema, por meio de sua participação ativa (Costa, 2010). Por isso dizer que três heranças transgeracionais estariam presentes nas sessões terapêuticas: as do casal, da família de origem e a do terapeuta; recursos que podem possibilitar ao casal contato a respeito daquilo que sentem e são diante da família de origem, podendo compreender e clarificar seus atuais modelos, padrões e relacionamentos.

A família de origem e a relação conjugal

Um dos pioneiros no trabalho com casais considerando a família de origem foi o psicanalista norte-americano James L. Framo, com seu trabalho originalmente publicado com o nome de *The family of origin as a therapeutic resource* (1976), um estudo de abordagem sistêmica e psicodinâmica, em que focalizou o inovativo intervento de convocar a família de origem como instrumento de terapia. O método de trabalho utilizado por Framo integrava conceitos e pressupostos teóricos de matriz psicanalítica, com particular referimento à teoria das relações objetais, com uma prática clínica enquadrada no âmbito do modelo sistêmico (Andolfi, 2013; Framo, 1976). No artigo de Framo, a ideia-base era de que os problemas de relações que os adultos tinham com os cônjuges e filhos eram reconstruções e elaborações de precedentes paradigmas conflituais presentes na família de origem. Esse autor constatou essa ideia-base quando observou, nas relações familiares, os papéis dos(as) filhos(as) e também dos(as) irmãos (ãs).

Minuchin (2001) é outro autor que indica, em sua teoria estrutural, a importância do papel da família de origem nas relações familiares, principalmente quando faz alusão ao esquema referencial, conceituando o ser humano em suas circunstâncias, fazendo uma diferenciação entre a matriz familiar e o indivíduo: “O homem tem memória; é o produto do seu passado. Ao mesmo tempo, suas interações com as circunstâncias presentes apoiam, qualificam ou modificam suas experiências” (p. 23).

De igual importância, autoras como Carter e McGoldrick (1995), baseadas nas contribuições de Bowen (1991), e Cerveny (2002) com um olhar direcionado à realidade brasileira, descrevem que cada pessoa que compõe o casal traz consigo um mandato transgeracional que perpetua um patrimônio ou legado recebido, que deve ser transmitido de uma geração a outra, uma herança que gera

obrigações em relação ao seu doador, compreendendo tanto elementos positivos quanto negativos. Ou mesmo uma conexão intergeracional, que facilita o contato e as relações entre as diversas gerações na repetição de estilos e práticas conjugais e parentais (Dias, 2015).

Ferés-Carneiro (2010) também descreve que a realidade da relação conjugal é complexa e fascinante, quando considera que é também parte de uma rede de relações e sistemas mais amplos como, por exemplo, a família de origem. O casal não é composto por pessoas isoladas que interagem umas com as outras de modo interdependente, formando uma relação própria e isolada, mas pessoas que constituem um sistema em interação com outros sistemas que estão em seu ambiente de vida, em especial com a família de origem e com a sociedade onde estão inseridos.

A partir dos autores acima citados (Carter & McGoldrick, 1995; Ferés-Carneiro, 2010; Framo, 1976; Minuchin, 2001) e de outros que seguem a orientação de considerar a família de origem nas relações conjugais, podemos considerar que a interação do casal com outros sistemas é constitutiva na construção e manutenção, ou não, da relação, trazendo um caráter dinâmico e não sem conflitos: ora mantém e renova, ora modifica ou mesmo adéqua a história familiar precedente. Os cônjuges trazem uma raiz interna, uma economia psíquica de salvaguardar a família de origem. O legado recebido da família de origem seria transmitido de forma positiva quando assegura a sobrevivência da família e da espécie. Seria, por outro lado, de aspecto negativo quando o patrimônio ou legado é sobrecarregado de conteúdos disfuncionais, não permitindo a (re)construção de uma nova relação com suas características próprias (Penso & Costa, 2008). Em outras palavras, o mandato transgeracional pode ser apresentado como aquele que inclui um espaço de reelaboração do material relacional transmitido pela geração precedente e que, transformada e adequada,

passará à seguinte geração ou aquele que se refere a um material relacional da herança da família de origem não transformada e não simbolizada que pode atravessar diversas gerações com igual conteúdo e forma.

A presença influenciadora viva e dinâmica da família de origem nas relações conjugais é tanta que Boszormenyi-Nagy e Spark (1973), quando descreveram as pautas do conflito de lealdade no casamento, relataram que, quando se estabelece um vínculo conjugal, um dos componentes motivacionais para o novo relacionamento é o desejo, ou seja, a fantasia de criar uma unidade familiar igual ou melhor do que a família de origem; uma unidade familiar construída nos modelos de reações aprendidas inter-relacionada com o código familiar não escrito e baseada em uma vinculação genética e histórica. Cada pessoa humana, ao nascer, ocupa um lugar predestinado na família pois, desde o momento da concepção, já está marcada pelo olhar dos pais, pelos seus ideais e pelos mitos familiares que se inscrevem e estruturam o psiquismo. Assim, a ordem genealógica inscreve a pessoa na humanidade, fornece referências e elementos para a construção de identidades, favorecendo que a pessoa se aproprie de sua história, de sua marca e, ainda, que ocupe seu lugar na família (Magalhães & Féres-Carneiro, 2007).

As relações de transgeracionalidade não acarretam necessariamente uma repetição idêntica dos padrões presentes no contexto familiar de origem, principalmente por incluírem-se em formas e contextos diferentes daqueles em que foram gerados ou continuados, bem como pelas características particulares das pessoas que estão se relacionando no presente em comparação com aquelas que as antecederam. A transgeracionalidade não é linear, mas deve ser considerada um elemento que condiciona os relacionamentos conjugais – de forma conscientemente, camuflada ou inconsciente – seja para honrar os legados, seja para superá-los. A partir dos modelos adquiridos e assumidos em sua família

de origem, os casais atuam de forma parcial, ou total, na escolha do cônjuge, na construção do próprio papel de marido/esposa ou de pais, na administração e escolha da sua profissão, no terapeuta que escolhe e em outras realidades da relação familiar (Cardinali & Guidi, 1992). Pode-se pensar, ainda, na repetição como manutenção da lealdade familiar, quando casais que superaram financeiramente ou afetivamente as condições de seus pais, trazem consigo um sentimento de culpa e de não acolhida das novas realidades promissoras que conquistaram, por estarem em posição diferente do patamar dos seus pais.

A compreensão da relação conjugal influenciada pela família de origem é assinalada por uma visão marcada pelo olhar da complexidade, que considera sempre que as realidades estão referidas ao conhecimento local, situado em um momento histórico-cultural próprio. A partir desse olhar, deve-se adotar metapontos de vista para entender o processo no qual o observador é introduzido por sua própria conceituação, isto é, eliminar-se um olhar simples que acredita em verdades como realidades independentes do observador (Féres-Carneiro & Diniz Neto, 2010). Sob o olhar da complexidade, a família de origem de fato é um fecundo lugar em que todos que nela estão inseridos aprendem a se colocar em relação – interna e externamente – com todos. Trata-se de uma escola em que os seus membros constroem valores de referência para suas escolhas e significados que as etapas da vida exigirão ao longo da existência, tanto no plano pessoal como profissional (Andolfi, 2002, 2004; Vasconcellos, 2003).

Família de origem: um recurso na terapia de casais

Autores como Bowen (1991), Framo (1996), Whitaker (1999) e Andolfi (2006) enfatizaram, no trabalho terapêutico com casais, a necessidade da compreensão dos processos de diferenciação e semelhança entre as relações dos casais em

terapia frente à dinâmica e estrutura da família de origem. Esses autores puderam perceber a repetição de manobras, padrões relacionais, escolhas e outras realidades apresentadas pelos casais em relação às suas famílias de origem. Considerar a família de origem na complexidade da relação conjugal é uma ocasião para procurar e reencontrar a estrutura e a dinâmica próprias do casal. A família de origem é uma matriz constitutiva da identidade pessoal do casal e, portanto, um recurso que auxilia a investigar as realidades relacionais do casal.

Segundo Andolfi (2006), é fundamental, para compreender a relação do casal em terapia, considerar as diferenças e semelhanças na dinâmica do casal em uma perspectiva *trigeracional* familiar. Para esse autor, conhecendo a família de origem pode-se visualizar melhor o casal na clínica terapêutica, entender os mitos familiares, a história e a dinâmica do casal enquanto casal, podendo-se, ainda, avaliar os elementos de valorização, de tradição, de atitude presentes no patrimônio (herança) afetivo.

Para um eficaz trabalho terapêutico, seria importante ter em conta as diferenças e semelhanças na dinâmica do casal em relação à família de origem, assim como a individualidade de cada um dos cônjuges, que trazem suas próprias diferenciações, que podem contribuir para – ou dificultar – a construção de um relacionamento harmônico e com suficiente equilíbrio dinâmico (balanceado) entre pertencimento e separação na dinâmica relacional do casal. Deve-se observar cada cônjuge na relação conjugal com o objetivo de proporcionar espaços seguros e protetivos para o casal, em que os próprios cônjuges, com o acompanhamento do terapeuta, possam ter contato com suas famílias de origem e, assim, descrever e clarificar esses relacionamentos, referenciando-os aos relacionamentos na família atual.

Em contato com elementos da sua família de origem, no espaço terapêutico, o casal em terapia entra em um movimento que produz aprendizado e facilita o reconhecimento ou mesmo uma tomada de consciência. Assim, os cônjuges podem assumir, modificar ou adequar os próprios modelos familiares e os significados das suas relações domésticas na família atual. Isto é, ser e ter distintos os papéis de marido, esposa, irmão, pai, mãe, filhos.

No trabalho terapêutico com casais e suas famílias de origem, é preciso considerar que existem sistemas familiares em que os padrões são repetidos exatamente como se deram no passado, sem que haja a percepção da repetição. Em outros sistemas, aparece a repetição de forma camuflada e quase irreconhecível para o sistema atual. Pode acontecer que a repetição dos modelos se faça pelo seu oposto, ou seja, segue-se uma forma de repetição de um antimitelo, isto é, rejeita-se e opõe-se a toda realidade que indique, ou traga elementos do modelo. Se o sistema familiar preserva e valoriza os modelos e padrões interacionais de suas famílias de origem e, por muitas vezes, empenham-se em integrá-los, é preciso considerar o antimitelo como forma de repetição. A adoção do antimitelo é tão forte quanto a adoção do próprio modelo pois, de qualquer forma, este continua sendo a referência. O modelo pode ser rejeitado pelos cônjuges como tentativa de não serem repetidos, podendo adotar uma atuação relacional de antimitelo (Cervený, 2011), podendo acabar lembrando o que se queria esquecer. Por exemplo, “indivíduos provenientes de famílias com regras rígidas podem assumir, quando constituem sua família nuclear, por exemplo, regras flexíveis ao extremo” (Cervený, 2011, p. 59).

No processo terapêutico com casais considerando a família de origem como um recurso terapêutico, Andolfi (2006) descreve também três realidades vivenciadas pelos casais com a família de origem, que necessitam atenção por influenciarem de maneira negativa o relacionamento conjugal, dificultando os

limites geracionais e sistêmicos. A primeira realidade é a do casal instável que sofre “orfandade” da família de origem. Na “orfandade”, o casal, ou um dos cônjuges, foge da família de origem, por não conseguir separar-se dela. Corta e limita todo e qualquer relacionamento e afeto. Vive como órfão de uma família precedente. “Pessoas que quando iniciam fugir, não fogem só dos vínculos precedentes, mas fogem de todos os vínculos” (Andolfi, 2006, p. 17). Outra realidade descrita por Andolfi é aquela conflitiva e limitada, quando o casal é adotado pela família de origem de um dos dois. Essa realidade se dá quando o matrimônio é tutelado por uma série de motivos, que vão desde da imaturidade do casal até a limitação financeira. Muitas vezes, por serem considerados incapazes de manter e desenvolver o relacionamento conjugal que iniciaram, os cônjuges ficam dependentes da família de origem de um deles e, como consequência, distanciam-se emocionalmente da outra família de origem. Por fim, Andolfi aborda a realidade negativa do casal que traz para o relacionamento atual encargos que assumia na família de origem, como cuidar de forma intensiva de um doente, sustentar financeiramente ou sentir-se responsável por algum membro da família. O casal adota um membro da família de origem de um dos cônjuges, que passa a ser mais um membro na dinâmica familiar, podendo limitar os projetos e intenções comuns da família que se restringiam ao casal e aos filhos.

Se a família de origem é um elemento e recurso necessário para o trabalho com casais, é importante para o terapeuta considerar tanto o afastamento, como a dependência da família de origem como realidade dinâmica, e não estática. Andolfi (2006) sugere a imagem de uma “balança” para pensar a diferenciação entre os cônjuges. Diferenciação entendida como um processo de individuação/independência emocional na identidade, individualidade e maturação do casal (Bowen, 1991).

Um equilíbrio dinâmico entre pertencimento e separação, isto é, o pertencimento da família de origem, com os valores, padrões e conceitos adquiridos e a separação desses na nova relação conjugal. De fato, uma “balança” é uma imagem que auxilia o percurso terapêutico na compreensão dos esquemas e relacionamentos conjugais. Trabalhar terapeuticamente com o casal a partir da imagem da balança possibilita construir recursos para que o casal possa distinguir a sua relação conjugal atual da sua família de origem, uma relação complexa e desafiante.

A presença da família de origem como recurso na terapia de casais pode se dar por meio da presença física dos mesmos na sessão, segundo as modalidades e fases próprias no percurso terapêutico dos casais. Trata-se de um recurso facilitador para a construção da identidade conjugal de maneira mais clara e concreta. Um recurso que favorece um relacionamento dinâmico de pertencimento e a possibilidade da experiência do separar-se, seja do cônjuge seja da relação e dos padrões familiares construídos (Andolfi, 2006).

No *setting* terapêutico, o contato dos cônjuges com os membros de suas famílias de origem colabora para que os casais possam vê-los e senti-los tal como são, e não como imaginam ser, podendo motivar uma mudança de representações internas dos membros de sua família de origem. O casal em terapia, no contato real, físico, concreto, com a família precedente, é motivado a modificar as representações internas dos membros de sua família de origem, bem como a assumir com eles compromissos mais adequados e saudáveis para os relacionamentos familiares. A presença física da família de origem no *setting* terapêutico contribui para que o casal, em um espaço seguro e confiável, possa relatar os problemas diante dos membros de sua família e com eles aprender um caminho diferente para trilhar e construir suas relações domésticas.

A família de origem em terapia de casais

A relação do casal com a família de origem é um construto de complexa e desafiante definição e trabalho, porque não pode ser explicada somente em termos de fatores psicológicos individuais ou sociais. Pertencer à família de origem é saudável, entretanto, quando esse relacionamento gera uma excessiva dependência ou uma constante fuga que impede o pertencimento, compromete-se o relacionamento conjugal satisfatório e estável. A complexidade da relação entre o casal e sua família de origem deve-se ao fato de que ela é composta por diferentes variáveis, desde as características de personalidade dos cônjuges e as experiências que eles trazem das suas famílias de origem até a maneira como eles constroem o relacionamento a dois, bem como, toda a estrutura e dinâmica da família precedente (Mosmann, Wagner, & Féres-Carneiro, 2006; Scorsolini-Comin & Santos, 2010).

A formação do terapeuta de casais

Segundo Andolfi (2004), o terapeuta familiar que considera a família de origem como recurso terapêutico no trabalho com casais deve passar por uma formação específica no reconhecimento do próprio modelo familiar de origem. O futuro terapeuta, no contato com sua própria família interna, na anamnese e no encontro com as lições apreendidas em sua família de origem, aborda suas regras, padrões, significados, conceitos e outros, para rever e reconhecer sua família interior e chegar a um patamar de consciência do seu modelo interiorizado, com suas estruturas e regras, bem como obter um encontro de integração dele com as pessoas que atendem em sessão terapêutica. Alguns instrumentos podem ser utilizados pelo futuro terapeuta para o reconhecimento do próprio modelo familiar de origem: a recuperação da própria história familiar através de genograma, esculturas de momentos significativos, fotografias, histórias contadas e

recontadas, documentos e outros. Nessas realidades, o futuro terapeuta confronta-se constantemente com a sua atuação terapêutica (formas de intervenções, interpretações, análises e outras) e com o seu modelo interno de família.

Na formação dos alunos do seu instituto, Andolfi (2004) utiliza uma estratégia denominada por ele de “uma viagem em família”. Um encontro por escrito do aluno com a família de origem na sua dimensão intra e intergeracional, com enfoque histórico, afetivo e relacional até os avós nos vários sistemas. Conforme Andolfi, o texto escrito favorece pensar, fixar e sentir os significados e a possibilidade de rever em diferentes momentos a realidade descrita, bem como ter uma organização sistemática de onde partir e para onde chegar no que se refere aos pensamentos e sentimentos ao relatar suas relações familiares. E ainda, conforme as necessidades, rever e se interrogar pelo escrito e teor do texto. O texto escrito pelo futuro terapeuta é apresentado aos professores e a outros colegas, uma partilha com o grupo que permite ao futuro terapeuta relacionar-se com os professores como “genitores confiáveis”, permitindo potencializar o processo de transformação daquilo que antes poderia não ser pensado, percebido ou dizível e que agora, com suporte e recursos do professor e do grupo, pode ser pensado e dito, no dizer de Andolfi (2004) citando Bion (1972), em uma convicta e consciente metabolização.

A família de origem do terapeuta pode afetar o tratamento terapêutico, por isso Williamson (1981) considerou a importância de recordar que existem três famílias no *setting* de terapia familiar: a família consultante, a família de origem da família consultante e a família de origem do terapeuta. Pode-se acrescentar ainda outras famílias presentes no *setting*: a família atual, a desejada e/ou rejeitada tanto pela família consultante como pelo terapeuta.

Concomitante com o trabalho pessoal do futuro terapeuta, o mesmo é convidado pelos professores a entrar em um contexto relacional com condições de operar recursos para auxiliar e acompanhar o casal/família a ser atendido em seus conflitos, feridas e expectativas com o objetivo de fazer com que os sistemas funcionem de forma a promover saúde e bem-estar para os atendidos. No início dos procedimentos, pode-se atentar em observar o casal no que se refere à dinâmica do relacionamento entre eles e entre eles e o filhos, se os tiverem (conjugal e parental); observar o lugar que ocupam no sistema e as fronteiras construídas, bem como seus significados e os padrões familiares de funcionamento. O maior aprendizado nesse momento é perceber que o casal e a família que compõe com seus filhos tem sua própria estrutura e dinâmica familiar, com elementos e recursos apreendidos na família de origem (Andolfi, 2004).

Com a supervisão do “genitor confiável”, o futuro terapeuta – através de motivações científicas e experienciais – será apoiado a focalizar na sessão os relacionamentos e recursos utilizados pelos membros da família nas relações de pertencimento e possíveis separações, buscando orientação na família de origem. As relações construídas através de acordo e desacordo, de confirmação e contestação, de fusão e capacidade de apartarem-se, facilitará ao terapeuta o ingresso na dinâmica e intimidade relacional do casal. O futuro terapeuta, mesmo pagando o ônus da triangulação, entrará e sairá do relacionamento triangular com profissionalismo e ética.

A sessão terapêutica com as “famílias”

A sessão terapêutica com casais/famílias terá como meta primeira favorecer a satisfação conjugal ou familiar dos atendidos, através de uma relação saudável (balanceada) em que cada membro assuma seu próprio papel com suas

responsabilidades próprias e funções adequadas no sistema conjugal e parental. Busca-se, ainda, proporcionar que terapeuta e casal/família construam juntos recursos para as relações de pertencimentos e separações domésticas, de uma forma flexível e gradativa.

O terapeuta, nas sessões com casais, podendo contar com a presença física da família de origem ou não, pode libertar-se de preconceitos e intolerâncias, abrindo-se à coparticipação profissional e ética na realidade do casal. Sobretudo, o terapeuta familiar tem a possibilidade de entrar no universo do casal a partir da compreensão da própria história deles, mantendo-se distante e próximo, em um constante processo de terapia e aprendizado.

Na tentativa de convidar a família de origem para estar fisicamente presente no *setting*, deve-se considerar que não se trata de uma missão fácil, requerendo-se preparação e determinados cuidados. Convocar a família de origem é enviar o casal e cada um deles a suas casas e histórias. Andolfi (2006) considera fundamental que, na convocação da família de origem para as sessões, “antes de tudo é importante comunicar ao casal de modo claro os motivos para o qual é útil ver a família de origem” (p. 89). Com a intenção de acompanhar e auxiliar o casal nas suas demandas, o terapeuta familiar deve explicar ao casal os possíveis benefícios propiciados pela presença da família de origem na sessão. Deve-se esclarecer que, acima de tudo, esse é um meio eficaz e eficiente para conhecer melhor o casal e cada um dos cônjuges, bem como suas construções relacionais e as modalidades de construção das próprias pertencas e separações (Andolfi, 2006).

A família de origem deve ser convocada como pessoas importantes na história do casal, para serem consultadas não no que se refere ao que pensam do casamento ou da relação do casal atendido, mas para auxiliarem os cônjuges a se conhecerem melhor a partir deles próprios e de seus relacionamentos. Assim, os

membros da família de origem são consultados não tanto por aquilo que vão dizer, mas como recurso por aquilo que possibilitarão ao casal sentir e ser diante da família de origem e da atual. Na presença física da família de origem em sessão, o casal terá a possibilidade de clarificar seus modelos, padrões e relacionamentos atuais, muitas vezes como repetições, herdados da família precedente (Andolfi, 2006).

É fundamental o terapeuta estar ciente de que, mesmo explicando os motivos para a convocação da família de origem, o casal pode mostrar-se resistente ao apelo da convocação e apresentar diversas razões para não fazê-la. Entre elas, a distância geográfica e afetiva em relação à família de origem, relacionamentos difíceis, dificuldade de comunicação, impossibilidades físicas, emocionais e financeiras, fantasias de que pouco poderão compreender a situação do casal ou mesmo que se recusarão a ir à sessão e tantas outras (Andolfi 2006). O casal normalmente tem sentimentos de medo e rejeição quando pensa e articula a convocação da família de origem para a sessão. Essa convocação pode causar constrangimento, medos e ansiedades, sentimentos que são fecundos materiais terapêuticos.

Entre os medos mais comuns que os casais demonstram no processo de convocação da família de origem para a sessão, segundo Andolfi (2004), estão os medos infantis de serem julgados, de serem obrigados a reviver sentimentos infantis, de novamente se decepcionarem ou desiludirem por não terem suas necessidades infantis reconhecidas, bem como de exporem os próprios fracassos e limites aos genitores e irmãos e, ainda, causarem preocupações aos membros da família precedente. Além de segredos dos conflitos e da terapia que os casais, comumente, guardam para si mesmos.

A convocação da família de origem é uma potência e um alto risco, por isso é necessária uma motivação conjunta com o casal e não com um deles. Essa motivação se constrói ao longo do processo terapêutico, ao preparar o casal para a futura sessão e conjuntamente construir recursos para a vinda da família de origem para a sessão. Uma dinâmica que não é simples, pois requer levar a terapia para “casa” e trazer a “casa” até a terapia, principalmente quando o casal comenta com os seus sobre a terapia (Andolfi, 2006).

Na sessão com a família de origem, o fenômeno que aparece nos casais, e deve ser motivado, é o da regressão. Esse fenômeno pode promover uma proximidade maior dos cônjuges entre si e com a família de origem, fazê-los experimentar o confronto e o distanciamento da família de origem e construir uma experiência terapêutica enquanto modelo de relação continuada em casa. Segundo Andolfi (2006),

um fenômeno que se verifica, quase automaticamente, quando os adultos se encontram em um contexto que inclui a própria família: esses se sentam como se retornassem no tempo, revivendo a criança que foram... um recurso potencialmente curativo e, sobretudo, é um ritual extremamente útil para construir a experiência terapêutica (p. 103).

Considerações finais

A relação conjugal e familiar é complexa, instável e processual. De fato, o casal não é composto por pessoas isoladas que interagem umas com as outras de modo interdependente, formando uma relação própria e isolada, mas pessoas que constituem um sistema de interação com outros sistemas que estão em seu ambiente de vida, em especial com a família de origem e com a sociedade onde estão inseridos.

A família de origem em terapia de casais

O casal, na construção intersubjetiva da sua relação, mantém, renova, modifica, ou mesmo, adéqua a história familiar precedente. Os cônjuges trazem uma raiz interna, uma economia psíquica de salvaguardar-se da família de origem. Cada cônjuge traz consigo um mandato transgeracional. Assim, a ordem genealógica inscreve a pessoa na humanidade, fornecendo referências e elementos para a construção de identidades. Por isso, é necessário que a pessoa se aproprie de sua história, de sua marca, e que ocupe seu lugar ativamente (Magalhães & Féres-Carneiro, 2007).

A possibilidade de ver, fisicamente, a própria família de origem na terapia facilita renunciar ou reconstruir/ressignificar as delegações transmitidas a cada um de seus membros, favorecendo que a nova geração esteja liberada da repetição negativa (Comazzi, de Carvalho, Bahr, & Carvalho, 2010) e possibilite o aprendizado e a reconstrução saudáveis das relações familiares.

Considerar a família de origem, fisicamente ou não, como recurso na terapia de casais favorece que os cônjuges alcancem, com outros olhos, a família; revejam suas regras, entraves e riquezas, o que se traduz por vínculos mais saudáveis e satisfatórios com o outro cônjuge e os filhos. Experimentam, assim, uma reconstrução de sua realidade individual e de heranças adquiridas na família de origem, criando referências comuns e uma identidade conjugal (Scabini & Cigoli, 2000). Nesse processo, os cônjuges têm a possibilidade de interromperem a repetição de condutas que os convertem em vítimas de sua história e de si mesmos, o que os leva a encontrarem e fazerem outras vítimas.

Referências

- Andolfi, M. (2002). *A crise do casal: Uma perspectiva sistêmico-relacional*. São Paulo: Summus Editorial.
- Andolfi, M. (2006). Terapia familiare, bambini e batte simi. Dialogo con Maurizio Andolfi. *Terapia Familiare*, 86, 89-101.
- Andolfi, M (2013). Introduzione. In M. Andolfi (Org.), *Le Parole dei Mastri* (pp. 07-12). Milão: Franco Angeli.
- Andolfi, M., & Cigoli, V. (2004). *La famiglia d'origine. L'incontro in psicoterapia e nella formazione* (Vol. 28). Milão: FrancoAngeli.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Harper & Row.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Cardinali, F., & Guidi, G. (1992). La coppia in crisi di gravidanza. Sulla necessità di ripensare l'intervento istituzionale. *Terapia familiare*, 38, 31-40.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar — uma estrutura para a terapia familiar. In B. Carter & M. McGoldrick, *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 07- 29). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cervený, C. M. O. (2011). *A família como modelo: Desconstruindo a patologia* (2a ed.). São Paulo: Pleno.
- Cervený, C. M. O. (2002). Pensando a família sistemicamente. In C. M. O. Cervený, & C. M. E. Berthoud (Eds.), *Visitando a família ao longo do ciclo vital* (pp. 15-28). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo

- Comazzi, R. F., de Carvalho, M. B., Bahr, R. S., & Carvalho, V. (2010). *A terapia sistêmica e a família de origem do terapeuta*. Retrieved from <http://www.intercef.com.br/artigos/a-terapia-sistemica-e-a-familia-de-origem-do-terapeuta.php>
- Dias, C. M. S. B. (2015). As relações intergeracionais na família: Desafios e possibilidades. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e casal: parentalidade e filiação em diferentes contextos* (pp. 93-102). Rio de Janeiro: Ed. Puc-Rio, Prospectiva.
- Féres-Carneiro, T., & Diniz Neto, O. (2010). Construção e dissolução da conjugalidade: padrões relacionais. *Paidéia*, 20(46), 269-278.
- Framo, J. L. (1976). Family of origin as a therapeutic resource for adults in marital and family therapy: You can and should go home again. *Family process*, 15(2), 193-210. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j>
- Framo, J. (1996). *Terapia intergerazionale*. Milao: Cortina.
- Groisman, M. (2006). *Família, trama e terapia: A responsabilidade repartida*. Rio de Janeiro: Núcleo Pesquisas.
- Magalhães, A. S. & Féres-Carneiro, T. (2007). Transmissão psíquica geracional: Um estudo de caso. *Família e casal: Saúde, trabalho e modos de vinculação*. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e casal, trabalho e modos de vinculação* (pp. 341-364). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Martins, E. M. de. A. (2005). *Família e o processo de individuação na perspectiva de Murray Bowen* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica do Salvador, Salvador.
- Minuchin, S. (2001). *Famílias y terapia familiar*. Barcelona: Editorial Gedisa.

- Mosmann, C., Wagner, A., & Féres-Carneiro, T. (2006). Qualidade conjugal: Mapeando conceitos. *Paidéia, 16*, 315-325.
- Penso, M. A., Costa, L. F., & Ribeiro, M. A. (2008). Aspectos teóricos da transmissão geracional e do genograma. In M. A. Penso & L. F. Costa (Orgs.), *A transmissão geracional em diferentes contextos; da pesquisa à intervenção* (pp. 9-23). São Paulo: Summus.
- Scabini, E., & Cigoli, V. (2000). *Il Familiare: Legame, simboli e transizioni*. Milao: Cortina.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2010). Satisfação conjugal: Revisão integrativa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(3), 525-531.
- Vasconcellos, M. J. V. (2003). *Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência* (7a. ed.). São Paulo: Papirus.

17

Contextualização dos programas brasileiros de atenção aos homens autores de violência doméstica

Fabício Lemos Guimarães

TJDFT

Gláucia R. S. Diniz

Universidade de Brasília

Homens autores de violência doméstica também precisam ser foco de atenção e cuidado. Diversas pesquisas foram realizadas com o objetivo de traçar uma contextualização dos programas e estudos brasileiros referentes aos homens autores de violência. Cabe ressaltar, especialmente, o mapeamento dos serviços realizado recentemente pelo Instituto Noos (Beiras, 2014) e as revisões sistemáticas dos estudos e dos atendimentos com homens autores de violência conjugal, de Oliveira e Gomes (2011) e de Lima e Büchele (2011).

Esses estudos foram muito importantes e constituíram a base através da qual traçamos um breve panorama das abordagens teóricas e epistemológicas, dos métodos, das formas de acesso ou inserção nos programas voltados para o público masculino (Beiras, 2014; Oliveira e Gomes, 2011; e de Lima e Büchele, 2011). Apontamos também as principais dificuldades, aprendizagens e críticas a esses

serviços já implantados no Brasil. Faremos uso de referências nacionais e internacionais no intuito de problematizar e ampliar a visão sobre a realidade desses serviços.

Estudo realizado pelo Instituto Noos (Beiras, 2014) verificou que a principal abordagem teórica e epistemológica identificada como norteadora dos programas brasileiros é a perspectiva de gênero, adotada em 89,5% dos serviços. Tal perspectiva é seguida pelos estudos das masculinidades e dos direitos humanos com 68,4%, cada. Ficou constatado que 47,2% adotam o feminismo e a perspectiva psicoeducativa. A perspectiva sistêmica e as múltiplas abordagens ficaram com 26,3%, cada. Por último, alguns trabalhos adotam a abordagem psicanalítica e a comportamental com 10,5 e 5,3%, respectivamente. Esses dados corroboram os resultados de levantamento similar realizado por Oliveira e Gomes (2011). Eles/as constataram que todos os textos que tratam de estratégias de intervenção consideram a categoria gênero como essencial, seja como abordagem central ou complementar.

Manita (2008) percebeu essa mesma tendência em Portugal. A maioria dos programas de intervenção com homens baseia-se em uma perspectiva de gênero, com leitura feminista ou pró-feminista. Outros grandes estudos de revisão sistemática, dois deles americanos (Feder & Wilson, 2005; Feder, Wilson & Austin, 2008) e outros europeus (Akoensi, Koehler, Lösel, & Humphreys, 2013; Hamilton, Koehler & Lösel, 2013), bem como alguns estudos nacionais (Lima & Büchele, 2011; Lima, Büchele, & Clímaco, 2008; Oliveira & Gomes, 2011) convergem. Os diversos autores apontam que ainda não é possível concluir qual tipo ou abordagem de trabalho com homens é melhor e mais efetivo, para qual público alvo e em que circunstâncias e contexto.

Os programas de intervenção com homens no Brasil apresentam grande variabilidade quanto à estratégia ou metodologia de trabalho utilizada. No mapeamento realizado por Beiras (2014), ficou constatado que 68,4% dos programas associam intervenção individual e grupal. Outros 31,6% realizam apenas atendimento em grupo. À exceção do Serviço de Assessoramento aos Juízos Criminais (Serav), do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT), que adota a forma mista, ou seja, que inclui a presença de homens e mulheres no mesmo grupo, as demais iniciativas envolvem trabalhos com grupos exclusivos de homens.

Alguns serviços também fazem grupos de mulheres na mesma instituição. Foi verificado que 68,4% dessas instituições trabalham com mulheres e outros/as familiares e que 68,4% possuem número pré-definido de sessões. A coordenação dos grupos é outra dimensão importante. O estudo de Beiras (2014) mostrou que 57,9% dos grupos são coordenados por homens e mulheres, sendo a maioria (42,1%) em duplas. Há variações na modalidade de trabalho grupal: 52,6% são grupos abertos do início ao fim do acompanhamento; 89,5% dos serviços trabalham em rede e 73,7% afirmam fazer encaminhamentos.

Oliveira e Gomes (2011) também constataram o predomínio no Brasil de grupos exclusivos de homens. A maioria utiliza os métodos reflexivos ou educativos. Apenas uma minoria considerou o trabalho grupal como terapêutico. O estudo verificou que existem algumas variações interessantes, tais como atendimentos individuais, associados com grupos de mulheres; grupo de mulheres autoras; mediação familiar precedida por grupo de homens. São feitos ainda atendimentos de casais e de famílias. Tais atendimentos podem ser realizados em conjunto e/ou separado.

Modalidades de atendimento a outras pessoas do grupo familiar também foram identificadas. Nesse contexto, prevaleceram as intervenções com as ex/parceiras e familiares dos homens autores de violência. Alguns serviços realizam as intervenções com essas pessoas em espaços separados dos homens, tais como no Centro Especial de Orientação à Mulher – Ceom, de São Gonçalo/RJ. Outros serviços, tais como o Serav, do TJDF, ou o Núcleo de Atendimento à Família e aos Autores de Violência Doméstica (Nafavd), do Governo do Distrito Federal, realizam atividades distintas no mesmo espaço físico e em dias diferentes (Aguiar, 2009; Chaves & Silva, 2010; Figueira, 2011; Ghesti-Galvão & Roque, 2010; Lima & Büchele, 2011; Macedo, 2013; Moreira & Matta, 2006; Rangel & Tusi, 2010).

Essas experiências brasileiras se diferenciam da maioria dos serviços latino-americanos por atenderem homens e mulheres no mesmo local. As equipes dos serviços que integram os atendimentos percebem várias vantagens em fazê-lo. A principal, dentre elas, é ter mais subsídios para avaliar a mudança ou não dos comportamentos violentos dos homens. A outra é conseguir melhores resultados com as intervenções relacionais, inclusive quanto aos aspectos de gênero. Cabe ressaltar que além desses benefícios, não foi identificado risco ou reflexo negativo para o trabalho específico com as mulheres (Lima & Büchele, 2011; Macedo, 2013; Moreira & Matta, 2006).

O Serav/TJDF e o Nafavd/GDF também se diferenciam da maioria dos serviços latino-americanos pelo fato desses serviços estarem inseridos como política pública do Estado e por priorizarem a intervenção com homens e mulheres desde o início de suas atuações na área de violência. Lima e Büchele (2011) afirmam que o atendimento aos homens ainda não se configura como política pública, mas há uma tendência cada vez mais emergente de caminhar nessa direção. Nós concordamos com as autoras e também defendemos a

implantação e priorização de mais serviços sob a responsabilidade do Estado no enfrentamento da violência, seja no contexto da intervenção com mulheres, com homens ou mistas.

As formas de acesso ou inserção dos homens junto aos serviços também foram investigadas no estudo de Beiras (2014). Prevalece a forma exclusivamente espontânea e a exclusivamente obrigatória, com 36,8% dos casos, cada. Em 26,3% dos serviços a inserção dos homens pode ser feita pelas duas formas. Oliveira e Gomes (2011) encontraram resultados diferentes em seu estudo. O meio majoritário de acesso foi o compulsório, ou seja, os/as participantes foram geralmente encaminhados pela justiça, delegacias, abrigos, conselhos.

A inserção dos homens autores de violências nos serviços é desafiadora. As principais dificuldades apontadas pelos/as profissionais desses serviços estão relacionadas à falta de continuidade dos programas, à dependência de gestão pública e às mudanças que ocorrem nessas gestões. Questões específicas dos serviços, tais como as necessidades de aprimoramento dos serviços e dificuldades de encaminhamento para a rede também foram mencionadas.

Vale ressaltar que o manejo com os homens não figurou entre as dificuldades principais apontadas pelos/as profissionais desses serviços. Ao contrário do que se poderia pensar, a possibilidade de transformação e o reconhecimento da importância de se trabalhar com os homens foram apontadas como algumas das principais vantagens e aprendizados dessa prática (Beiras, 2014).

Alguns estudos, no entanto, apontam resultados modestos, em função da dificuldade de vinculação dos homens, da necessidade de estreitar parcerias com a justiça, polícia e saúde, e em função da ausência de avaliações formais. Esses estudos evidenciaram também os altos índices de desistência, que variam entre 20 e 50%, tanto no caso de homens que acessam os serviços de forma voluntária

quanto naqueles que lá são inscritos por medida judicial. Esses obstáculos enfrentados convergem com resultados de algumas pesquisas internacionais e precisam ser constantemente revistos e reavaliados (Lima & Büchele, 2011).

Matjasko et al. (2012) encontraram oito estudos de meta-análise e de revisão sistemática sobre programas de intervenção com homens jovens nos EUA. Seis deles apresentam resultados com efeitos consideráveis dessas intervenções – a não reincidência variou entre 36 a 70%. A maioria dos programas tinha como base a terapia cognitiva comportamental, terapia sistêmica e/ou o treino de habilidades sociais. Duas iniciativas tiveram efeitos baixos, talvez em função do foco do trabalho ter sido voltado para intervenções exclusivas com os jovens, sem abordar as famílias e as redes sociais desses jovens. Esse estudo confirma a importância de uma intervenção mais ampla e complexa com os homens autores de violência, em especial, os mais jovens, dado o caráter preventivo a médio e longo prazo desse tipo de trabalho. Aponta também para a relevância da atenção às estratégias de avaliação dos tipos e especificidades das intervenções realizadas.

Pesquisa interessante foi realizada no Canadá por Scott, King, McGinn e Hosseini (2011) com o objetivo de compreender os efeitos de um grupo motivacional para favorecer a adesão de homens autores de violência extremamente resistentes a intervenções. Os participantes foram divididos em três amostras. Tanto a primeira quanto a segunda amostra foram compostas por homens não resistentes e resistentes, respectivamente, que passaram apenas pela intervenção tradicional de 16 encontros. A terceira amostra foi composta por homens resistentes que passaram pela intervenção motivacional de seis encontros e depois mais dez encontros do grupo tradicional. O grupo motivacional aumentou consideravelmente o índice de adesão: a taxa foi de oitenta e quatro por cento (84,2%) de homens resistentes quando comparada a outros homens que

passaram somente pela intervenção tradicional, com taxas de adesão de 46,5% para os homens resistentes e de 61,1% para os homens não resistentes.

As características das intervenções no Brasil são marcadas pela diversidade, criatividade e riqueza metodológica. Essa amplitude de tipos de intervenções também abre margem para críticas. Oliveira e Gomes (2011) constataram a presença de dois tipos de estudos que criticam os programas atuais de intervenção com homens no Brasil.

O primeiro grupo de críticas às intervenções efetuadas levantado por Oliveira & Gomes (2011) aponta para a necessidade de construção de propostas que estejam mais fortemente ancoradas em perspectivas feministas. Guareschi, Weber, Comunello, Nardini e Hoenisch (2004) são contra o anonimato dos grupos “agressores anônimos”, por ter o risco de despolitizar e privatizar o tema. Marques (2007) denuncia as intervenções muito “psicologizadas” ou individualizantes, pelo fato de tais intervenções não reconhecerem os aspectos relacionais e culturais presentes na dinâmica violenta e por desenvolverem um discurso vitimário dos homens.

Toneli et al. (2008, 2010), Grossi (2001), Lima e Mello (2008) são contra abordagens puramente técnicas, tais como aquelas que priorizam o controle da raiva. O fato é que manifestações de raiva são geralmente precedidas e/ou seguidas de formas mais sutis da violência. Oliveira & Gomes (2011) ressaltam que nesse contexto os homens não modificam os valores que sustentam a violência.

Toneli et al. (2008) argumentam que “muitos homens que passam por estes programas aprendem a controlar sua violência, mas não deixam de se identificar e conduzir segundo valores tradicionais de masculinidade, que implicam formas mais sutis de opressão” (p. 7). Por último, Grossi (1998) e Nolasco (2001) fazem oposição ao feminismo clássico e buscam contribuições alheias ao feminismo.

Grossi enfatiza a necessidade de políticas de discussão sobre o “amor romântico” e Nolasco defende o fortalecimento cultural das masculinidades (Oliveira & Gomes, 2011).

O segundo grupo de críticas levantado no estudo de Oliveira & Gomes (2011) defende mais atenção aos homens. Medrado e Mélo(2008) são contra a lógica naturalizante do homem como agressor e a universalização das conjugalidades violentas. Lima e Mélo (2008) criticam os profissionais que naturalizam o homem como “agressor”. Granja (2008), Medrado e Mélo (2008), Lima e Mélo (2008) são contra as intervenções que não vão além da responsabilização. O trabalho de Oliveira (2006) traz várias falas de homens que se sentiram extremamente invadidos, recriminados ou excluídos em atendimentos psicossociais. Muszkat (2003) reforça essas críticas ao constatar que a inclusão de homens nos atendimentos aumentou significativamente a eficácia das intervenções com as mulheres (Oliveira & Gomes, 2011).

Diante das dificuldades apontadas e dos dois conjuntos de críticas, alguns estudos defendem e outros são contra o encaminhamento compulsório aos serviços. Os que são a favor argumentam que o mero acompanhamento facultativo de homens autores não demonstra bons resultados de engajamento (Ávila, Machado, Suxberger, & Távora, 2014). Aguiar (2009) realizou intervenção com homens autores de violência. O autor argumenta que os próprios participantes reconheceram a importância do encaminhamento compulsório e da transformação da demanda nos atendimentos psicossociais.

Os estudos que são contra o encaminhamento compulsório aos serviços afirmam que esse tipo de encaminhamento pode ser uma violência, já que a motivação é baixa e que os homens apenas comparecem para evitar a punição ou prisão (Guareschi et al., 2004; Manita, 2008). Manita (2008) argumenta que a

busca espontânea tem vantagem no prognóstico, pois presume-se que a pessoa já tenha alguma consciência da existência de problema, dos danos em terceiros ou em si e já revelam a vontade para alterar o seu comportamento. A questão da busca espontânea precisa ser melhor investigada. É fundamental saber quantos homens, dentre os autores de violências, realmente reconhecem os impactos de seus comportamentos e tomam a iniciativa de buscar ajuda efetiva.

Uma forma comum de busca por ajuda acontece quando a mulher ameaça se separar do parceiro. A busca de ajuda é, nesse contexto, uma maneira de tentar evitar a separação. Em todos esses casos, os profissionais devem tomar muito cuidado na avaliação dos pedidos dos homens. Esse pedido de ajuda pode ser uma estratégia de manipulação marcada pela verbalização de promessas que podem até ser cumpridas temporariamente para reconquistar a confiança da mulher – uma vez conquistada uma nova chance, a tendência é a retomada dos padrões relacionais marcados pelo controle, ou seja, recomeça do ciclo da violência.

O fato é que as duas formas de acesso ou inserção nos serviços têm vantagens e desvantagens. A depender do contexto e dos objetivos da instituição, tanto o encaminhamento compulsório quanto o voluntário pode ser adequado. O importante é garantir o treinamento adequado dos/as profissionais para possam fazer o manejo dos desafios presentes em cada forma de inserção dos homens, inclusive para realizar a transformação do comparecimento obrigatório em “demanda” do próprio homem autor, uma vez que ele saiba que será acolhido e tratado com respeito. É importante que os/as profissionais estejam conscientes e preparados/as para lidar com as dificuldades e aproveitar as vantagens de cada uma das formas de encaminhamento.

Cabe apontar que as intervenções com homens autores em dinâmica de violência conjugal avançaram muito no Brasil. A contextualização dos serviços

revelam verdadeiras riquezas metodológicas, criatividade e diversidade nas atuações com homens, mulheres e familiares. Temos que valorizar as inúmeras conquistas, mas ao mesmo tempo continuarmos atentos/as aos vários desafios que ainda estão presentes e aos outros que surgirão nesse contexto de trabalho. Temos muito a caminhar para superá-los. Precisamos estar sempre atentos/as ao surgimento de novas perspectivas que possam realmente dar uma atenção digna e humana aos homens. Só assim poderemos caminhar rumo a uma sociedade livre da violência doméstica e conjugal, pautada em maior equidade de gênero nas relações sociais e familiares.

Perspectivas futuras: aproximar para compreender masculinidades

Ponce-Antezana (2012) fez um panorama dos modelos predominantes de intervenção com homens em diversos países, a partir de sua experiência enquanto psicoterapeuta e pesquisador da área. Apresentaremos, de forma resumida, os três modelos principais. Esses modelos foram/são: 1) modelo psicopatológico: aqui o foco recaía nos distúrbios da personalidade – os homens eram vistos como doentes; 2) enfoque psicoeducativo pró-feminista: essa abordagem considera as questões sociais, mas procura modificar aspectos negativos do comportamento dos homens; 3) enfoque cognitivo-comportamental: entende a violência como um problema dos pensamentos, crenças e condutas do indivíduo.

Ponce-Antezana (2012) afirma que esses modelos diminuem consideravelmente as possibilidades de mudança dos homens. Muitos profissionais tendem a não demonstrar interesse em ouvir a narrativa da vivência dos homens em primeira pessoa, pois consideram importante avaliar o risco, coletar e objetivar os discursos em terceira pessoa. Lamentavelmente, nesse contexto, eles tratam a violência como se fosse apenas uma questão de informação ou conhecimento.

Muitos profissionais, infelizmente, assumem uma perspectiva objetivista e uma posição de alguém que tem acesso direto à realidade e o próprio homem não o tem. Esse lugar de poder dos profissionais pode reproduzir as mesmas práticas de violência que eles pretendem combater e submeter à revisão. Paradoxalmente, a adoção de tal postura pode manifestar a mesma cultura de violência que se objetiva enfrentar (Azevedo, 2008; Ponce-Antezana, 2012).

O objetivo da intervenção nessas perspectivas resume-se ao controle, eliminação ou evitação das experiências vividas, ou seja, acaba gerando situações paradoxais. Muitos homens não vão conseguir deixar de sentir vontade de agredir, mesmo sabendo que “não é correto”. Dessa forma, os homens podem ter como única ferramenta o autocontrole ou a repressão de sentimentos, que em muitas situações não são suficientes para evitar a re/instalação ou mesmo a escalada da violência (Manita, 2008; Ponce-Antezana, 2012; Teixeira, 2009).

Beiras (2008) e Beiras, Moraes, Alencar-Rodrigues e Cantera (2012) corroboram essa visão. Esses autores criticam as intervenções convencionais que buscam identificar apenas as causas lineares da violência conjugal, o perfil do “agressor” ou explicações intrapsíquicas. Elas não são satisfatórias ou suficientes. O fato é que muitos grupos que trabalham com intervenção, apesar de bem intencionados, possuem visões criminalizantes e patologizantes do “agressor”. A maioria dos grupos na Europa, por exemplo, são realizados por psicólogos clínicos com perspectiva cognitiva comportamental e têm como objetivo a mudança de conduta. De acordo com a pesquisa de Beiras et al. (2012), esses grupos possuem viés patologizante e classificatório, com uma leitura de gênero restrita apenas aos estereótipos sociais.

Medrado e Mélo (2008) e Medrado (2009) afirmam ser necessário não enxergar os homens como delinquentes, deficientes, desajustados ou como

portadores de patologias, como aponta a pesquisa de Beiras et al. (2012). Medrado e Mélo (2008) defendem a instauração da dúvida sobre as “certezas” da ciência sobre o indivíduo, sobre a dinâmica de violência e sobre as medidas jurídicas generalizantes. Afirmam que não faz parte do papel dos cientistas sociais serem reveladores da verdade dos fatos.

Medrado e Mélo (2008) ressaltam a importância de que as intervenções psicossociais

não se tornem mais uma ferramenta de criminalização da situação de violência, ou castigo para os homens, ou seja, quase uma ‘pena alternativa’. A função primordial das intervenções deve ser permitir uma ampliação do diálogo coibido tanto pela situação de violência quanto pela aplicação da Lei. (Medrado, 2009, p. 85)

Essa visão pode gerar políticas e práticas que promovam reflexão e possibilidade de mudança.

As ideologias, estereótipos, dicotomias, criminalização e vitimização estão presentes em textos, leis e, muitas vezes, nas políticas públicas e, nesse contexto, podem contribuir para o aumento e não para a diminuição ou contenção de atos violentos nas relações afetivas. Dessa forma, o sistema jurídico também pode ao mesmo tempo configurar como solução e como “solução-problema”. A junção entre sanção e processo terapêutico pode ser efetiva em vários casos, mas para que esse contexto seja adequado precisa ir além de promover mudanças cognitivo-comportamentais. É fundamental buscar reflexões, questionamentos e a promoção de processos de crescimento pessoais e relacionais dos homens em termos mais ecológicos, sistêmicos e construcionistas (Beiras et al., 2012).

Urge, portanto, a avaliação, a reflexão e a ampliação dos modelos de atendimento aos homens. Faz-se necessária a superação de uma visão positivista, cientificista e individualista de atendimento. A literatura aponta a relevância da inclusão de perspectivas de gênero com uma compreensão complexa, interdisciplinar, interseccional, interpretativa, social, histórica, não-positivista e não-colonizadora (Ponce-Antezana, 2012).

Ponce-Antezana (2012) defende, assim, um enfoque construtivista-narrativista com perspectiva de gênero. Esse modelo entrelaça as perspectivas socioconstrucionistas e construtivistas, entende os seres humanos como coconstrutores proativos da realidade pessoal, relacional e social. Tal enfoque abrange o contexto sociocultural e político dos enfoques pró-feministas e das teorias de gênero, mas considera continuamente a dialética entre o social, o individual e o relacional.

Ravazzola (2007) corrobora essa visão ao perceber as vantagens trazidas pelas contribuições do construcionismo social, das teorias da complexidade, das propostas colaborativas, dos estudos das emoções, dos estudos das diversidades. Ela defende a somatória da visão sistêmica aos estudos de gênero, por entender que essa fusão de abordagens traz um grande potencial para ser utilizada tanto com os homens, quanto com as mulheres e as famílias afetadas pela violência. Outros/as autores/as corroboram essa conexão ao adotarem uma abordagem clínica que integra uma perspectiva sistêmica feminista (Angelim, 2004, 2009; Diniz, 2011; Pondaag, 2003, 2009).

Lima e Büchele (2011) defendem a inclusão de uma diversidade de modelos teóricos e de diferentes lentes como meio de superar a violência. O trabalho interdisciplinar ganha destaque quando a intenção é viabilizar a construção de uma “cidadania de gênero” que contribua para o amadurecimento social, baseado

na equidade e no respeito às diferenças. Assim, os grupos reflexivos podem ser contextos que favoreçam a “ressocialização destes sujeitos, atentos à ressignificação de mandatos tradicionais de masculinidades e feminilidades em consonância ao movimento feminista, de maneira a responsabilizar o autor de violência e promover empoderamento e mudanças subjetivas em homens e mulheres” (Beiras et al., 2012, p. 40).

A aposta na interdisciplinaridade no contexto da intervenção com homens é quase um consenso na literatura da área. Medrado et al. (2011) apontam a insuficiência de disciplinas isoladas para a completa apreensão e transformação da violência. Ponce-Antezana (2012) complementa essa ideia ao afirmar que a interdisciplinaridade não é a simples troca de informações entre disciplinas. O autor vai além ao definir a necessidade de compreensão transdisciplinar, que traz a contribuição de maior quantidade de ângulos e perspectivas. Dessa forma, as transformações podem ser profundas, envolventes e significativas.

A dimensão do gênero é reinterpretada nessa perspectiva. Inclui em sua análise diferentes tipos de empoderamento, opressão e discriminação, inclusive os aspectos de classe social, raça, nacionalidade, dentre outros. O objetivo desse enfoque é desenvolver um marco de respeito e colaboração que permita o estabelecimento de diálogo com os homens, entre os homens, e entre os homens e as mulheres a respeito de suas próprias experiências, vivências, sentimentos, significados e intenções. A intenção é “desafiar as conformidades sociocontextuais próprias dos privilégios masculinos, procurando substituir os círculos viciosos superconformistas por círculos virtuosos e criativos” (Ponce-Antezana, 2012, p. 16).

As ações com homens autores de violência conjugal contra mulheres podem favorecer processos de empoderamento humano como proposta de compreensão e

intervenção da violência. Podem abranger uma tentativa de criar e fortalecer pontes ao acreditar na capacidade de transformação do indivíduo (Ponce-Antezana, 2012). Dessa forma, muito mais que um espaço de tratamento, espera-se que sejam criados espaços de escuta e transformação para homens em situação de violência conjugal (Medrado, 2009; Medrado & Mélo, 2008). Esses pesquisadores apostam na construção de condições favoráveis de circulação da diversidade, de modo a facilitar a reflexão dos homens para que eles possam refazer escolhas e se contrapor à violência.

A Lei Maria da Penha (Ávila et al., 2014; Brasil, 2006; Brasil/SPM, 2008) pode contribuir nesse sentido para que homens recebam na Justiça e em outros espaços muito mais que tratamento ou punição. A Lei traz possibilidades de (re)construção de sentidos e de potencial transformador ao propor diferentes formas de ampliação de medidas que vão além da prisão. Nesse contexto, as desigualdades e assimetrias de poder podem ser melhor negociadas, modificadas e transformadas. Esse processo pode resultar na criação de verdadeiros contextos de escuta crítica, ética e realmente transformadora (Medrado, 2009).

Ponce-Antezana (2012) afirma que é possível e que é preciso realizar verdadeiras reformulações no conceito da violência, na forma de compreender o ser humano e suas possibilidades de mudança. É preciso também rever e atualizar o lugar do/a facilitador/a nesse processo. Essa mudança de perspectiva pode ajudar a melhorar as intervenções e a descobrir a sua tarefa transformadora por meio de formas mais compreensivas e empáticas. O fundamental é que as intervenções não foquem somente no déficit ou defeito, mas que considerem as fortalezas, capacidades e habilidades positivas; que validem e reconheçam as experiências e vivências pessoais e abram espaço para a mudança.

Ponce-Antezana (2012) ressalta também a necessidade de que o sistema e os profissionais que nele atuam consigam enxergar os homens como pessoas capazes e com potencial de mudança, nesse e em outros âmbitos. O enfrentamento da violência pode e deve ser travado contra as posições e contextos de poder, e não contra as pessoas, não contra os homens.

Essa perspectiva convida os/as profissionais a se aproximarem mais e a conhecerem o próprio ponto de vista dos homens em vivência de violência conjugal. Assim como a compreender melhor as vulnerabilidades, as potencialidades e as necessidades dos homens autores (Aguiar, 2009; Blay, 2014; Guimarães, 2015; Moore, 2015). Convida os profissionais, também, a conhecerem suas próprias posturas em relação ao uso das diversas formas de violência no contexto relacional. Requer a coconstrução de formas mais empáticas, que sejam mais flexíveis e ajustadas para motivar esses homens a buscarem apoio.

Essa perspectiva respeitosa, colaborativa e compreensiva tem o desafio de fazer uma rejeição clara à violência, mas ao mesmo tempo, aceitar o indivíduo. Tem como premissa que compreender não significa justificar. É a construção de uma relação de confiança, que pode permitir aos homens refletirem de forma crítica sobre sua própria identidade e práxis masculina, sem se sentirem julgados e ameaçados. Nesse contexto de aceitação eles são convidados a transformar tais práticas violentas não por meio de mais violência e, sim, de uma forma mais humana e que leve em consideração os danos e prejuízos causados nas pessoas, individualmente, e na família como um todo, pelo uso dessas práticas (Ponce-Antezana, 2012).

Essa aproximação dos profissionais junto aos homens autores pode favorecer uma melhor compreensão da violência conjugal e subsidiar novas propostas de políticas, ações e intervenções com essa população. O fundamental é promover

efetivamente a revisão dos processos de naturalização da violência, especialmente os de negação, de minimização e de desresponsabilização (Guimarães, 2015). Assim, poderemos ter mais recursos para desconstruir a naturalização da violência conjugal e ampliar os meios para o efetivo enfrentamento desse fenômeno e a construção da equidade de gênero em nossa sociedade.

Referências

- Aguiar, L. H. M. (2009). *Gênero e masculinidades: follow-up de uma intervenção com homens autores de violência conjugal*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Akoensi, T. D., Koehler, J. A., Lösel, F., & Humphreys, D. K. (2013). Domestic Violence Perpetrator Programs in Europe, Part II: A Systematic Review of the State of Evidence. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57(10). Recuperado em 24 de maio de 2015, de <http://ijo.sagepub.com/content/57/10/1206.long>
- Angelim, F. P. (2004). *Construindo novos discursos sobre a violência doméstica: uma articulação entre a Psicologia Clínica e a Justiça*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Angelim, F. P. (2009). *Mulheres vítimas de violência: Dilemas entre a busca da intervenção do Estado e a tomada de consciência*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

- Ávila, T. A. P., Machado, B. A., Suxberger, A. H. G., & Távora, M. F. (2014). *Modelos europeus de enfrentamento à violência de gênero: experiências e representações sociais*. Brasília: ESMPU.
- Azevedo, R. G. (2008). Sistema penal e violência de gênero: análise sociojurídica da Lei 11.340/06. *Sociedade e Estado*, 23(1), 113-135.
- Beiras, A. (2008). *Intervenções grupais com homens autores de violência - um enfoque sistêmico*. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização, Familiar e Instituto Sistêmico, Florianópolis-SC, Brasil.
- Beiras, A. (2014). *Relatório Mapeamento de Serviços de atenção grupal a homens autores de violência contra mulheres no contexto brasileiro*. Rio de Janeiro: Instituto NOOS. Recuperado em 3 de maio de 2015, de http://www.noos.org.br/userfiles/file/Relat%C3%B3rio%20Mapeamento%20SHAV_site.pdf
- Beiras, A., Moraes, M., Alencar-Rodrigues, R., & Cantera, L. M. (2012). Políticas e leis sobre violência de gênero – reflexões críticas. *Psicologia & Sociedade*, 24(1), 36-45. Recuperado em 22 de abril de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n1/05.pdf>
- Blay, E. V. (2014). *Feminismos e masculinidades: novos caminhos para enfrentar a violência contra a mulher*. São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Brasil (2006). *Lei 11.340 de 07/08/2006 – “Lei Maria da Penha”*. Recuperado em 28 de março de 2007, de http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – SPM (2008). *Diretrizes para Implementação dos Serviços de Responsabilização e Educação dos Agressores*. Brasília: SPM. Recuperado em 16 de abril de 2015, de

<http://www.spm.gov.br/sobre/a-secretaria/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres/pacto/servico-de-responsabilizacao-do-agressor-pos-workshop.pdf>

- Chaves, D. S., & Silva, M. M. B. L. (2010). Não vou fazer amor por fazer: Grupo Psicossocial Misto no Contexto da Justiça, um espaço para transcender as dicotomias de gênero. In I. Ghesti-Galvão & E. C. B. Roque (Orgs.), *Aplicação da lei em uma perspectiva interprofissional: Direito, psicologia, psiquiatria, serviço social e ciências sociais na prática jurisdicional* (pp. 413-426). Brasília: Editora Lumen Juris.
- Diniz, G. R. S. (2011). Conjugalidade e violência: reflexões sob uma ótica de gênero. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Casal e família: conjugalidade, parentalidade e psicoterapia* (pp. 11-26). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Feder, L., & Wilson, D. B. (2005). A meta-analytic review of court-mandated batterer intervention programs: Can courts affect abusers' behavior? *Journal of Experimental Criminology*, 1: 239–262.
- Feder, L., Wilson, D. B., & Austin, S. (2008). Court-mandated interventions for individuals convicted of domestic violence. *Campbell Systematic Reviews*, 12, 1-46. Recuperado em 24 de maio de 2015, de <http://campbellcollaboration.org/lib/download/218/>
- Figueira, K. T. S. (2011). *O atendimento aos autores de violência conjugal contra a mulher: um estudo de caso*. Trabalho de Conclusão de Curso, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília.
- Ghesti-Galvão, I., & Roque, E. C. B. (2010). *Aplicação da lei em uma perspectiva interprofissional: Direito, psicologia, psiquiatria, serviço social e ciências sociais na prática jurisdicional*. Brasília: Editora Lumen Juris.

- Grossi, P. K. (2001). Nem com uma flor: reflexões sobre abordagens com grupos de homens agressores. In: P.K. Grossi, G. Werba (Orgs.). *Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber* (pp. 95-106). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Guareschi, N. M. F., Weber, A., Comunello, L.N., Nardini, M., & Hoenisch, J.C. (2004). Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência. In: M. N. Strey, M. P. R. Azambuja, F. P. Jaeger (Orgs.) *Violência, gênero e políticas públicas* (pp. 177-194). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Guimarães, F. L. (2015). “Ela não precisava chamar a polícia...”: anestésias relacionais e duplo-vínculos na perspectiva de homens autores de violência conjugal. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Hamilton, L., Koehler, J. A., Lösel, F. A. (2013) Domestic Violence Perpetrator Programs in Europe, Part I: A survey of Current Practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57(10). Recuperado em 24 de maio de 2015, de <http://ijo.sagepub.com/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=23267241>
- Lima, D. C., & Büchele, F. (2011). Revisão crítica sobre o atendimento a homens autores de violência doméstica e familiar contra as mulheres. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(2), 721-743. Recuperado em 27 de abril de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a20v21n2.pdf>
- Lima, D. C., Büchele, F., & Clímaco, D. A. (2008). Homens, gênero e violência contra a mulher. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 69-81. Recuperado em 27 de abril de 2015, de <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?sausoc/v17n2/08.pdf>.
- Lima, M. L. C., Mello, R. P. (2008). Os homens no cenário da Lei Maria da Penha. In: *Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 8 – corpo, Violência e Poder*; Florianópolis.

- Macedo, D. S. (2013). *Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma (TRE): aplicação a situações de violência conjugal*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Manita, C. (2008). Programas de intervenção em agressores de violência conjugal: intervenção psicológica e prevenção da violência doméstica. *Revista de Reinserção Social e Prova*, 1, 21-32. Recuperado em 16 de abril de 2015, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/64477/2/91989.pdf>
- Marques, C. G. (2007). *Homens “autores de violência conjugal”: modernidade e tradição na experiência de um grupo de reflexão*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Matjasko, J. L., Vivolo-Kantor, A. M., Massetti, G. M., Holland, K. M., Holt, M. K., Cruz, J. D. (2012). A systematic meta-review of evaluations of youth violence prevention programs: Common and divergent findings from 25 years of meta-analyses and systematic reviews. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 540–552. Recuperado em 24 de maio de 2015, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178912000857>
- Medrado, B. (2009). A Lei Maria da Penha não é contra os homens, é a favor de uma sociedade sem violência: conquistas, lacunas e desafios em políticas públicas. In C. S. Tornquist, C. C. Coelho, M. C. S. Lago & T. K. Lisboa (Orgs.). *Leituras de resistência: corpo, violência e poder* (pp. 20-35). Florianópolis: Editora Mulheres, v. 2.
- Medrado, B., & Mélo, R. P. (2008). Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. *Psicol. Soc.* vol. 20, n.º. esp., p. 78-86. ISSN 0102-7182. Recuperado em 16 de abril de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20nspe/v20nspea11.pdf>

- Medrado, B., Lemos, A. R., & Brasilino, J. (2011). Violência de gênero: paradoxos na atenção a homens. *Psicologia em Estudo*, 16(3), 471-478. Recuperado em 11 de março de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n3/v16n3a14.pdf>
- Moore, R. A. (2015). *Violência e gênero: vulnerabilidade masculina*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Recuperado em 3 de junho de 2015, de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18126/1/2015_RafaelAlbertoMoore.pdf
- Moreira, A. D., & Matta, K. W. (2006). Grupo de Conversação sobre as Relações: Espaço de Reflexão na Justiça para Pessoas em Situação de Violência Intrafamiliar. In E. C. B. Roque, M. L. R. Moura & I. Ghesti (Orgs.), *Novos paradigmas na Justiça Criminal: Relatos de experiências do Núcleo Psicossocial Forense do TJDF* (pp. 223-234). Brasília: TJDF. Recuperado em 1 de maio de 2015, de <http://www.tjdft.jus.br/publicacoes/edicoes-especiais/livros/novosp.pdf>
- Muszkat, S. (2006). *Violência e masculinidade: uma contribuição psicanalítica aos estudos das relações de gênero*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Nolasco, S. (2001). *De Tarzan a Simpson, banalização e violência masculina*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Oliveira, J. G. C. (2006). *Obstáculos na transformação de dinâmicas pessoais e relacionais de homens em situação de violência doméstica*. Trabalho de conclusão de curso, Instituto de Terapia Familiar, Rio de Janeiro.
- Oliveira, K. L. C., & Gomes, R. (2011). Homens e violência conjugal: uma análise de estudos brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(5), 2401-2413. Recuperado em 15 de abril de 2015, de <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n5/a09v16n5>

- Ponce-Antezana, A. (2012). Intervenção com homens que praticam violência contra seus cônjuges: reformulações teórico-conceituais para uma proposta de intervenção construtivista-narrativista com perspectiva de gênero. *Revista Nova Perspectiva Sistêmica*, 42, 9-25.
- Pondaag, M. C. M. (2003). *O dito pelo não dito: desafios no trabalho com mulheres vítimas de violência*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Pondaag, M. C. M. (2009). *Sentidos da Violência Conjugal: a perspectiva de casais*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Rangel, R.B. & Tusi, M.M.A. (2010). Além das fronteiras: Atuação interdisciplinar no Fórum da Ceilândia. In I. Ghesti-Galvão & E. C. B. Roque (Orgs.), *Aplicação da lei em uma perspectiva interprofissional: Direito, psicologia, psiquiatria, serviço social e ciências sociais na prática jurisdicional* (pp. 457-466). Brasília: Editora Lumen Juris.
- Ravazzola, M. C. (2007). Violência nas Relações Familiares: Por que uma visão sistêmica e de gênero? *Pensando Famílias*, 11 (1), 11-28.
- Scott, K., King, C., McGinn, H., & Hosseini, N. (2011). Effects of Motivational Enhancement on Immediate Outcomes of Batterer Intervention. *J Fam Viol*, 26, 139–149. Recuperado em 24 de maio de 2015, de <http://link.springer.com/article/10.1007/s10896-010-9353-1/fulltext.html>
- Teixeira, A. B. (2009). *Nunca você sem mim: homicidas-suicidas nas relações afetivo-conjugais*. São Paulo: Annablume.
- Toneli, M. J. F., Beiras, A., Climaco, A. D. A., & Lago, M. C. S. (2010). *Atendimento a homens autores de violência contra mulheres: Experiências latino-americanas*. Florianópolis: UFSC/CFH/NUPPE.

Toneli, M. J. F., Lago, M. C. S., Beiras A. L., & Clímaco, A. D. A. (2008). Programas de atenção a homens que cometem agressão contra mulheres: propostas latino-americanas e estadunidenses: debates em torno a propostas feministas e judiciais. In: Anais do Seminário Internacional *Fazendo Gênero 8 – Corpo Violência e Poder*; Florianópolis. Recuperado em 15 de abril de 2015, de http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST21/Toneli-Lago-Beiras-Lodetti-Climaco_21.pdf

18

Acolhimento institucional de adolescentes: reflexões e prática profissional

Juliana Castro Benício de Carvalho

Universidade de Brasília

Jacques Rhéaume

Université du Québec – Montréal/Canada

Liana Fortunato Costa

Universidade de Brasília

Introdução

O presente texto tem por objetivo apresentar resultados de uma pesquisa sobre histórias de vida de adolescentes em situação de acolhimento institucional. Como fundamento das discussões que serão apresentadas, tem-se a Psicossociologia Clínica, que busca explorar as contradições e complementaridades entre fenômenos sociais e desenvolvimento psíquico (Gaulejac, 2009), pois, como indicou Rhéaume (2009), aspectos subjetivos interferem na dinâmica e organização do contexto social e a dimensão coletiva produz efeitos na experiência individual. Essa abordagem busca, então, apreender

e compreender as implicações que ocorrem entre condutas, vida psíquica e campo social (Amado, 2005).

Método

A pesquisa utilizou como método a abordagem qualitativa, por meio do trabalho com as histórias de vida dos participantes. Esse é um modo privilegiado de se ter acesso à proposta da Psicossociologia Clínica, que é a presença da história de um coletivo, de uma sociedade, na história de vida de uma pessoa. Na pesquisa, foi valorizado o significado subjetivo dos participantes da pesquisa em relação à sua história de vida, com foco na vivência de acolhimento institucional (Flick, 2009).

Participaram dessa pesquisa dois adolescentes, Marcos e Simone, ambos com 17 anos e acolhidos em duas instituições públicas do Distrito Federal, bem como uma assistente social que trabalhava em um abrigo institucional. Os adolescentes apresentavam, à época, a prática de evadir da instituição quase que diariamente, ficando horas ou até dias na rua. Marcos estava acolhido desde os nove meses de idade e permanecia institucionalizado até o fim da coleta de dados, quando estava com 17 anos. Em relação à Simone, ela ficou acolhida dos 12 aos 17 anos de idade. O acesso às histórias de vida dos adolescentes ocorreu por meio de entrevista aberta, gravada em meio digital, na qual eles foram demandados a contar sua trajetória de vida, com foco na experiência do acolhimento institucional em abrigo e na vivência de rua. O número de entrevistas variou para cada adolescente, dependendo da disponibilidade deles em falar sobre suas histórias, mas tendo como referencial certa saturação do tema proposto pela pesquisa, estando pesquisador e participante de acordo nesse ponto (Legrand, 1993). Com Marcos foram nove entrevistas, e quatro com Simone. Já em relação à

assistente social, ela contou sua trajetória profissional em um único encontro, incluindo formação acadêmica e trabalhos desenvolvidos, que também foi gravada em meio digital.

A análise das histórias de vida narradas pelos participantes foi realizada em dois níveis, pois essa forma permite um aprofundamento gradativo na compreensão do fenômeno estudado, organizando melhor os dados. O primeiro nível foi o descritivo cronológico e o segundo, o nível temático. De posse das gravações das entrevistas, estas foram transcritas integral (Legrand, 1993) e literalmente. Em seguida, cada história foi organizada cronologicamente, em que as situações narradas foram apresentadas seguindo a ordem temporal nas quais ocorreram, iniciando da mais antiga para a mais recente. Com isso, foi possível descrever o processo de formação de cada história para cada participante. Vale ressaltar que as histórias de vida dos adolescentes foram apresentadas de forma caótica, isto é, os eventos narrados por eles não seguiram a ordem cronológica dos acontecimentos. A narrativa obedeceu muito mais às lembranças esparsas que ambos possuíam. Buscou-se construir uma organização destas vivências no tempo, sempre preservando certa maneira de falar dos adolescentes, para não descaracterizar as histórias narradas por eles.

Para facilitar a compreensão dos elementos que atravessaram e influenciaram essas histórias, cada sequência cronológica foi subdividida em tópicos, sendo cada tópico representativo de um contexto onde as situações ocorreram. Por exemplo, a história de vida do participante Marcos foi subdividida tendo como referência os diferentes locais nos quais viveu, sendo em sua maioria instituições de acolhimento. Então, o primeiro tópico contém o período que apresenta sua vivência no primeiro abrigo, e o segundo tópico é relativo ao vivido no segundo abrigo, e assim sucessivamente. Como outro exemplo, sobre a trajetória profissional da assistente social, seu relato foi dividido de acordo com os locais em

que atuou profissionalmente, buscando-se identificar características peculiares em cada um destes contextos.

Após a organização das entrevistas de forma cronológica, cada história foi apresentada para cada participante, cada um tendo acesso somente à própria história, a fim de se verificar se o escrito correspondia ao que narraram e se gostariam de acrescentar alguma informação ao texto. Além do mais, coerente com a abordagem clínica que permeia essa pesquisa, tal postura possibilitou aos participantes que se apropriassem de suas histórias e reagissem a elas, percebendo suas trajetórias, seja de vida, seja profissional, com mais clareza.

Com a finalização do nível de análise descritivo cronológico, foi realizada a análise temática, sendo que os temas dizem respeito às diferentes questões, situações ou sentimentos que atravessaram diversos períodos das histórias de vida narradas (Legrand, 1993). Em relação aos participantes adolescentes, foram três os temas analisados. O primeiro tema foi: estratégias de respostas face às situações sociais que vivenciaram, a partir das considerações de Blondel (2007) sobre as fases de reação do indivíduo em processo de desinserção social. Para este autor, este processo ocorre em três etapas, sendo elas resistência, adaptação e instalação. Também se considerou a indicação de Gaulejac (2006) sobre essas estratégias, o qual afirma que elas podem ser identificadas por meio dos sentimentos de cada pessoa, tais como humilhação, vergonha e revolta, pois eles indicam como dada situação social repercutiu no sujeito, influenciando a elaboração desta ou daquela estratégia de resposta. Assim, ao se identificar alguns sentimentos e comportamentos dos adolescentes, pode-se compreender algumas estratégias de respostas às diversas situações vivenciadas e os significados conferidos pelo participante.

Já o segundo tema está relacionado à tensão entre a instituição de acolhimento e a rua (Parazelli, 2002) e como terceiro e último tema analisado a partir das histórias de vida dos adolescentes, temos a representação imaginária a partir dos desenhos. A análise dos desenhos ocorreu considerando três perspectivas, que se complementaram. Como uma primeira perspectiva, considerou-se o que o participante disse sobre o próprio desenho, quando pôde indicar quais os significados que estavam presentes em sua produção gráfica. A partir de uma segunda perspectiva, relacionou-se o conteúdo que emergiu do diálogo entre o participante e a pesquisadora sobre o mesmo desenho, e a pesquisadora procurou melhor compreender o que foi colocado por meio de questões de reflexão sobre a referida produção gráfica. E, por fim, a terceira perspectiva ocorreu em relação à interpretação que a pesquisadora fez dos desenhos, na qual se buscou relacionar o conteúdo narrado sobre as histórias de vida com o conteúdo apresentado no papel. Vale ressaltar que essa terceira perspectiva somente buscou indícios de elementos concretos das histórias narradas, mas não pretendeu impor uma análise que não considerasse o olhar e a interpretação do próprio adolescente. Assim, foi possível compreender a história de vida numa dimensão interativa entre pesquisador e participante, evitando-se interpretações equivocadas que não têm qualquer relação com o vivido pelo indivíduo.

Para a análise temática da entrevista com a assistente social, o tema abordado foi: aspectos organizacionais sobre o acolhimento institucional de adolescentes. Ao se cruzar a atuação da participante com os pressupostos que orientaram suas ações ao longo do tempo, pode-se melhor compreender o que estava subjacente a cada intervenção e os significados conferidos a essas práticas.

Como os adolescentes lidam com o próprio acolhimento institucional: estratégias individuais e coletivas

A partir da análise das estratégias de sobrevivência desenvolvidas por Marcos ao longo de sua história de vida, e considerando-se que o acolhimento institucional não é uma escolha nem uma situação desejada pelos acolhidos, eles podem reagir a essa nova condição de várias formas, cada um à sua maneira, buscando evitar que a condição de acolhido seja internalizada e passe a compor sua identidade, condição essa que muitas vezes provoca pena ou desprezo de outras pessoas. Um ponto a ser ressaltado é o uso inicialmente, pelos adolescentes, de estratégias individualizadas para lidarem com a situação de estarem em uma instituição de acolhimento, passando a fazer uso, num segundo momento, estratégias coletivas, grupais. A busca, com a utilização dessas estratégias, seja individual, seja coletiva, parece ser o de evitar o pertencimento a um grupo que é visto pela sociedade como sendo formado por crianças e adolescentes vindos de uma família que falhou em suas funções de cuidado e proteção, um grupo que também pode colocar em xeque a capacidade dos acolhidos de desenvolverem sua autonomia e as habilidades necessárias para o convívio social.

Se, por um lado, essa resistência pode favorecer a reinserção familiar e/ou comunitária dos adolescentes, já que eles não desejam permanecer no grupo dos acolhidos, por outro pode ser um dificultador para os profissionais que trabalham nesse contexto, já que esses adolescentes não vão aceitar, de pronto, as intervenções indicadas. É uma situação delicada, pois justamente o ponto que poderia ser favorável no trabalho com o adolescente, é também o que impede a eficiência na reintegração familiar e/ ou comunitária. Para que uma pessoa seja usuária da Política de Assistência Social, de modo que essa política possa atuar e favorecer a garantia de direitos aos seus usuários é primordial que, primeiramente, essa pessoa assuma que está numa posição desfavorável e que reconheça necessitar

de qualquer auxílio. Mas, como indicou Léonetti (2007), tem-se, na verdade, o reconhecimento social das falhas, tanto das famílias, quanto dos adolescentes que estão no serviço de acolhimento. Assim, o Serviço de Acolhimento, preconizado como um direito à proteção possui significado paradoxal, na medida em que esse mesmo serviço coloca os acolhidos numa posição desfavorável socialmente. Os adolescentes acolhidos, que apresentam resistência à atuação da equipe profissional, estão na verdade recusando estar naquele lugar, não só fisicamente, mas também subjetivamente.

Vale ressaltar que conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990), violações de direitos contra crianças e adolescentes são reconhecidas pelo Estado, que promove, então, ações de proteção em favor deles e responsabilização dos que cometem tais violações. Nos casos extremos, onde as crianças e os adolescentes são vítimas dessas violações, uma medida protetiva que pode ser aplicada é o acolhimento institucional, até que cesse o risco e a criança e/ou adolescente possa ser reintegrado(a) à sua família de origem ou em família substituta. Esse acolhimento institucional de crianças e adolescentes de zero a dezessete anos e onze meses faz parte da Proteção Social Especial de Alta Complexidade, da Política Nacional de Assistência Social - PNAS (2004), e tem por objetivo garantir proteção integral aos acolhidos, o que inclui moradia, alimentação, vestuário e higienização no tempo em que estiverem fora do contexto familiar.

Porque trabalhar em grupo?

No intuito de conseguir trabalhar com adolescentes acolhidos, a equipe profissional de uma Unidade de Acolhimento pode organizar ações que valorizem as habilidades e as potencialidades dos adolescentes de forma coletiva, pois o

trabalho em grupo atua na constituição identitária de seus membros (Carreteiro, 1993) e pode favorecer que construam vários lugares possíveis que podem vir a ocupar num contexto social mais amplo. Favorece-se, também, nesse sentido, uma projeção para o futuro pelos próprios adolescentes, não ficando somente no uso, por parte deles, de estratégias de sobrevivência e busca de ganhos de forma imediata. E os profissionais também podem sair do imediatismo e não ficar “apagando incêndio” no cotidiano do trabalho, resolvendo situações emergenciais de brigas e desentendimentos, já que eles próprios vão poder vislumbrar possibilidades junto aos adolescentes acolhidos.

Por mais que psicólogos e assistentes sociais tenham que construir o Plano de Atendimento Individual e Familiar de cada adolescente, essa elaboração pode ser coletiva. O Plano inclui objetivos, estratégias e ações a serem desenvolvidos pelos profissionais junto aos acolhidos, visando a superação dos motivos que levaram ao afastamento do convívio familiar e ao acolhimento institucional, sempre considerando as especificidades de cada situação (Brasil, 2009). E, por meio do reconhecimento de elementos positivos da história de vida dos acolhidos, possibilitando uma identidade valorizada naquele coletivo, aumenta-se a possibilidade de os adolescentes se engajarem nas intervenções profissionais e participarem positivamente da vida social. Mas não se pode esquecer que, por mais que diversas intervenções sejam realizadas pela equipe da unidade de acolhimento, visando o engajamento do adolescente nas ações propostas, ele pode não aderir, de acordo com sua escolha, o que pode frustrar o profissional. Esse é um dos limites institucionais do serviço de acolhimento.

Valorizando o pertencimento simultâneo a vários grupos sociais

Ampliando, então, as alternativas de ação profissional quanto à questão da recusa de alguns acolhidos em ocuparem o lugar de meninos e meninas do contexto do acolhimento, além do trabalho em grupo a instituição pode favorecer o ingresso dos acolhidos em outros grupos sociais, enquanto estiverem acolhidos, como os ligados ao Movimento Hip Hop, aos esportes, ao circo, à música, à dança, entre outros. Atuando como via de acesso a grupos que trabalham por meio da linguagem artística, as unidades de acolhimento abrem outras possibilidades de reconhecimento subjetivo que valorizem os acolhidos em suas trajetórias de vida e possibilitem o uso de elementos simbólicos na expressão da subjetividade (Massa, 2010).

No caso do *rap*, mais especificamente, um dos componentes do Movimento Hip Hop, Massa (2010), em sua pesquisa realizada com adolescentes de periferia do Rio de Janeiro e de Paris, mostra o favorecimento da função simbólica junto aos adolescentes inseridos nesse contexto musical. A expressão do vivido, dos pensamentos, das revoltas e dos desejos por meio do *rap*, permite uma canalização da violência para a via da linguagem, na qual ela pode ser identificada, nominada e significada por esses jovens. Os grupos de *rap* pesquisados atuavam nesse contexto, como continentes e solidários aos adolescentes, pois suas histórias de vida eram compartilhadas e acolhidas por seus membros. Assim, num território estigmatizado socialmente, os adolescentes inseridos em grupos de *rap* podiam criar um campo simbólico, no qual elaboravam o vivido e ressignificavam suas representações, imprimindo outros sentidos a essa trajetória de vida. Esse campo simbólico atuava, então, na construção identitária desses adolescentes, possibilitando uma significação e ressignificação de suas trajetórias e de seu lugar na sociedade. Então, enquanto o adolescente está em acolhimento institucional, para além de ser um “menino de abrigo”, ele pode ser um cantor de *rap*, um

músico, um skatista ou um escoteiro ao mesmo tempo, ampliando as possibilidades de ser e estar no mundo.

Registro e compartilhamento das informações dos prontuários entre membros da equipe

Outra questão que merece atenção é o registro das informações dos adolescentes em prontuários e o uso dessas informações para orientar o trato do profissional com o adolescente e a forma da atuação da equipe com esse acolhido. É importante que se tenha registrada a história de vida de cada acolhido, com as intervenções já realizadas e os encaminhamentos efetuados, no sentido de oferecer uma continuidade dessas ações ao longo do tempo. Mas cabe uma questão: até que ponto essa história registrada dificulta a ressignificação dessa trajetória de vida? O adolescente poderia conferir outro significado à sua trajetória, se o profissional permanece ligado à versão inserida no prontuário? Se os adolescentes acolhidos, realizando um trabalho de grupo, conseguirem dar outro significado à sua experiência, é importante que isso seja registrado no prontuário de cada um, orientando, inclusive, outros profissionais que venham a ler esse documento, no sentido de enfatizar o novo significado conferido pelo adolescente à sua história de vida.

O compartilhamento das informações entre a equipe, para estudos de caso, também é um ponto a ser destacado. Quando um adolescente narra sua história de vida para um profissional, de alguma maneira ele confia nessa pessoa e estabelece uma relação com ela. Mas para um trabalho em equipe, alguns aspectos precisam ser compartilhados entre outros profissionais e, muitas vezes, apresentados em estudos de caso. Esse compartilhamento das informações pode

ser visto pelo adolescente como uma traição da sua confiança, dificultando maior aproximação dele com os profissionais.

Uma alternativa para acessar essas histórias de outra maneira seria por meio de atendimentos para cada adolescente, em dupla, evitando vincular o acolhido somente a um profissional. Outra forma é por meio de atendimentos em grupo. Além da vantagem já apontada, do grupo ampliar as possibilidades de ser e estar no mundo para os adolescentes, as histórias apresentadas serão inseridas em um contexto institucional e não numa relação diádica. Mas, nesse contexto, pode ser que alguns acolhidos se sintam inibidos, inicialmente, de apresentar aspectos de suas vivências, o que pode ser amenizado com o tempo e a constância dos encontros, intercalando-se com atendimentos individualizados, sendo esses realizados por uma dupla de profissionais. Vale ressaltar, independente da forma de atendimento do acolhido, a importância do sigilo ético sobre as informações repassadas em um estudo de caso, que não podem ser utilizadas no trato com o adolescente no cotidiano, como por exemplo, comentar – na frente de outros acolhidos – sobre seu pai que o maltratava.

Compreendendo o significado do comportamento dos adolescentes

Em relação ao comportamento dos adolescentes, não basta que os profissionais simplesmente proíbam determinadas ações, que vão contra as regras da instituição. É preciso que busquem estratégias para compreenderem o significado de determinados comportamentos desses meninos e meninas, que eles buscam incessantemente impedir, muitas vezes sem sucesso. Como exemplo, tem-se o caso de Simone. Os profissionais tentaram o tempo todo afastá-la do uso de drogas ilícitas, por meio da separação dela de grupos que faziam uso dessas substâncias, mas eles não tinham ciência de qual o significado e o lugar da droga

na vida da adolescente. A maconha, como ela representou em um desenho, fazia parte de sua rede de apoio. Então, tirar a maconha seria tirar um apoio importante na vida de Simone, ao que ela resistia fortemente. E reforçando o que indicou Parazelli (2002), o comportamento concreto, o modo de utilização de um espaço, passa pelo modo de relação que uma pessoa possui com esse espaço, incluindo percepções e interpretações que vão sendo construídas ao longo do tempo. Como alternativa, é importante que se criem espaços que possibilitem certa reciprocidade e confiança na relação entre os atores envolvidos, incluindo certa indeterminação nas regras estabelecidas, que favoreçam a construção de alternativas criativas frente às dificuldades encontradas. Não é sendo mais rígido quanto aos propósitos do acolhimento, quanto ao que está estabelecido enquanto norma de funcionamento da instituição, por meio do aumento do controle e da vigilância junto aos acolhidos, que vai se alcançar maior eficiência em relação ao objetivo principal do acolhimento institucional, que é o da reintegração familiar e/ou comunitária.

Como afirmou Simone, todos os adolescentes que ela conheceu na rua estavam acolhidos em uma instituição anteriormente, indicando que, de alguma maneira, a instituição não conseguiu protegê-los, o que seria seu papel principal. Rever seu modo de atuação e como a relação entre adolescentes e acolhidos se estabelece pode favorecer um olhar mais crítico de como essas instituições são organizadas. Gaulejac (2007) contribui nessa questão, pois segundo ele, as instituições que prestam serviços socioassistenciais, de forma geral, buscam atender demandas concretas dos sujeitos que dela necessitam, como alimentação e local para dormir, mas elas não se atentam ao fato de que esses sujeitos também possuem necessidade de criar, jogar, relacionar-se e descobrir coisas novas. Então, muitas respostas institucionais aparecem sob a forma de matrículas em escola e cursos profissionalizantes, inserção no mercado de trabalho, quando não

aparecem em termos de submissão dos usuários da instituição às normas e regras estabelecidas. A lógica institucional muitas vezes aparece de forma linear, atuando no comportamento dos adolescentes, no caso das instituições de acolhimento, buscando mudar esse comportamento com vistas a conduzi-lo à reinserção social, sem considerar os aspectos subjetivos que se fazem presentes (Parazelli, 2002) na relação entre acolhido e profissionais.

Os profissionais se esforçam para mudar as reações dos acolhidos, mas não observam que, ao não provocarem certa ressignificação da percepção, da representação subjetiva que determinado assunto possui para o adolescente, não conseguem favorecer mudanças de comportamentos deles. Mas é necessário também que a percepção dos profissionais em relação ao adolescente acolhido seja avaliada e, talvez, ressignificada, pois se o adolescente é percebido como alguém que não aproveita as oportunidades que lhe são oferecidas, que não consegue se afastar de grupos que só o prejudicam, como os que usam drogas ou se envolvem em exploração sexual, ou ainda, que não possui nenhuma habilidade que possa ser utilizada na construção de seu projeto de vida, existe uma tendência do profissional a desistir desse adolescente e focar suas ações na repressão de comportamentos inadequados.

O uso do desenho

Em relação ao uso de representação gráfica no momento da narrativa da própria história de vida pelos adolescentes participantes desta pesquisa, pode-se indicar alguns pontos positivos desse método. É possível que sentimentos que não são ditos de forma clara durante as narrativas dos adolescentes, apareçam nas representações gráficas elaboradas no decorrer da fala. No caso de Simone, ela escreveu a palavra “revolta” quando listava as drogas que havia conhecido antes e

depois de ser acolhida institucionalmente, indicando que esse sentimento era um tipo de “droga” que havia conhecido após ser acolhida institucionalmente. E Marcos, ao se desenhar com o mundo em suas mãos, indica que, apesar de estar fora, excluído desse mundo, conseguia manipular, jogar com os que estão incluídos nesse contexto, para conseguir o que desejava. Isso pode ter ocorrido tanto na instituição de acolhimento, quando direcionava algumas situações a seu favor, por exemplo, fazendo acordos com funcionários para que o deixassem usar maconha no local, quanto por meio da venda de drogas em espaços públicos, fazendo uso da dependência química de algumas pessoas tidas como “incluídas”, para conseguir dinheiro e respeito dos pares.

Além do mais, Simone disse que era melhor desenhar do que falar, e Marcos pontuou que ele só havia conseguido contar sua história porque havia desenhado durante todo o momento de sua narrativa. Então, sugere-se que por meio do desenho o adolescente pode melhor compreender sua história, seu vivido, apropriando-se dessa história e ressignificando-a ao identificar os elementos individuais e sociais que a atravessaram e a atravessam, as escolhas que fez e como foi criando alternativas face ao vivido. Essa experiência pode levar o adolescente acolhido a olhar com mais tranquilidade seu passado, olhar para o futuro no sentido de desejar ocupar um lugar, permitindo que sonhe com outras possibilidades de ser e estar no mundo. E ao invés de expressar angústia, raiva ou medo na ação, por meio de atos violentos contra o outro ou contra si mesmo, os adolescentes podem fazê-lo por meio dos desenhos.

O trabalho com histórias de vida

No trabalho com histórias de vida identifica-se os modos de relação do acolhido com outros contextos, como família, escola, rua, hospital e até com a

instituição onde está acolhido, trabalhando nessas interconexões. Dessa forma, sai-se do foco no adolescente para se trabalhar a relação dele com esses espaços, desculpabilizando-o de situações que saírem de seu controle. Por exemplo: ao invés de se trabalhar somente a importância da escola com um menino ou uma menina, trabalhar-se-ia como se dá a relação desse acolhido com o contexto escolar, onde se poderia identificar que, por exemplo, adolescentes que moram em instituições sofrem humilhações dos colegas de classe. Aí, nesse caso, essa relação seria trabalhada, favorecendo uma reaproximação do adolescente com a escola. Pode-se trabalhar também, a relação do acolhido com a instituição de acolhimento, para que se compreendam algumas questões que angustiam tanto equipe quanto acolhidos, mas que não são nomeadas e ditas de forma clara. Pode-se perceber, por exemplo, que o uso do espaço do acolhimento pelo adolescente somente para se alimentar, dormir e tomar banho, sem que ele participe de atividades ou da rotina da Unidade, não significa que esse acolhido não tenha vínculo com a instituição. Muito pelo contrário, pode significar que, apesar de passar longos momentos na rua, aquela instituição ainda consegue acolhê-lo e protegê-lo, como se fosse um porto seguro, uma referência de cuidado.

Indicações práticas

Trabalhar em uma Unidade de Acolhimento Institucional, reconhecendo o sofrimento dos adolescentes e identificando as estratégias por eles utilizadas não é tarefa simples para a equipe, tendo em vista que atuar nesse contexto implica em reverberações, em ecos na subjetividade de cada membro da equipe. Confrontar-se com a vulnerabilidade, o sofrimento e a miséria de cada acolhido e sua família pode levar cada profissional a se questionar sobre suas próprias vulnerabilidades, provocando um mal-estar que pode induzir ao sentimento de

vergonha ou culpa. Sentimentos contraditórios influenciam comportamentos dos profissionais do Serviço de Acolhimento, que vão desde a compaixão para com o adolescente da instituição, à necessidade de se manter distanciado afetivamente dessas histórias. Com isso, tem-se em muitos casos a dificuldade do trabalhador ouvir e levar em consideração a história e a situação do adolescente.

Nesse contexto, é de suma importância que os dirigentes dessas instituições atentem para essas relações e ofereçam aos profissionais da equipe espaços destinados a trabalhar essas questões, criando meios que favoreçam com que administrem e compreendam seu próprio sofrimento, advindo do trabalho com o acolhimento, analisando de quais formas esse sofrimento interfere na relação com os acolhidos (Gaulejac, 2007). Afinal, quando se tem consciência dos limites e dos desafios no contexto do trabalho, ampliam-se as possibilidades de criação de alternativas. E como resumo das alternativas apontadas nesta pesquisa, do que pode ser efetivamente realizado em uma unidade de acolhimento, sugerem-se alguns modos de intervenção, indicando quais benefícios eles podem oferecer:

Tabela 1

Modos de Intervenção em Unidade de Acolhimento

| Modo de intervenção | Benefícios |
|------------------------------------|--|
| Trabalho em grupo com adolescentes | <ul style="list-style-type: none"> • Facilita expressão de sentimentos de humilhação e vergonha perante o grupo, pois o adolescente terá como apoio outros adolescentes que poderão contar episódios semelhantes em suas histórias de vida, podendo ressignificá-los, ou seja, olhar para essas experiências de outra forma. • Favorece que os profissionais acessem as percepções dos adolescentes sobre o acolhimento, seu funcionamento e como as relações se estabelecem nesse contexto, no sentido de que tanto a equipe quanto os acolhidos possam compreender os comportamentos de todos os envolvidos, as ações e reações decorrentes dessas percepções. Assim, torna-se possível a criação de alternativas coletivas em relação aos comportamentos dos adolescentes considerados “difíceis” pela equipe, no sentido de corresponsabilizar todos os da instituição tanto pela presença, quanto pela resolução de dificuldades encontradas no cotidiano do acolhimento. Também evita-se a atuação dos profissionais que muitas vezes procuram modificar comportamentos dos adolescentes, ditos inapropriados (ex: uso de maconha dentro da instituição, faltas constantes à escola), sem procurar compreender qual o significado dessa ou aquela ação ou reação por parte do acolhido. • Proporciona que o foco saia dos problemas, das falhas e das dificuldades do adolescentes, pois pode-se trabalhar com aspectos positivos e habilidades que serão reconhecidas no grupo e pelo grupo. • O Plano Individual de Atendimento (PIA) pode ser feito de forma coletiva, de modo a favorecer o apoio afetivo dos colegas e a troca entre os adolescentes, na construção de possibilidades de futuro. • Favorece a compreensão, tanto dos profissionais quanto dos adolescentes, de como as relações se estabelecem (com escola, instituição de acolhimento, família, entre outros grupos), o que auxilia na criação de alternativas rumo a relações mais respeitadas, saindo de uma lógica individualizada de responsabilização dos adolescentes pelos seus “fracassos”. • Favorece a criação de alternativas coletivas frente às dificuldades encontradas no cotidiano do acolhimento. |

Tabela 1

Modos de Intervenção em Unidade de Acolhimento (cont.)

| Modo de intervenção | Benefícios |
|--|---|
| Uso do desenho | <ul style="list-style-type: none"> • Desenhar enquanto o adolescente conta sua história de vida estimula a narrativa, a fala. • Facilita a expressão de elementos ou situações que não aparecem de forma clara na história de vida narrada. • Facilita a expressão de sentimentos não ditos. • Proporciona organização de ideias. |
| Ingresso em outros grupos sociais (ex: grupos ligados ao esporte e à música) | <ul style="list-style-type: none"> • Torna a instituição de acolhimento mais atrativa, na medida em que ele terá a possibilidade de pertencer a outros grupos também e não será reconhecido somente como alguém “do acolhimento”. • Amplia a possibilidade de reconhecimento e de pertencimento, que não seja somente o de estar acolhido em uma instituição. É o reconhecimento pela qualidade e não pela falha, seja sua ou de sua família. |
| Revisão dos prontuários, incluindo a versão atualizada do adolescente sobre sua história de vida e das ressignificações realizadas | <ul style="list-style-type: none"> • Proporciona que qualquer profissional que leia esse documento tenha ciência das mudanças em relação ao adolescente e de como esse passou a lidar com sua história de vida. |

Tabela 1

Modos de Intervenção em Unidade de Acolhimento (final)

| Modo de intervenção | Benefícios |
|---|---|
| Espaço de escuta coletivo entre membros da equipe | <ul style="list-style-type: none"> • Favorece a expressão e a consciência de sentimentos, significados, impressões, angústias e dificuldades dos trabalhadores. • Favorece que elementos paradoxais e contraditórios do trabalho sejam ditos de forma explícitas, buscando-se o que é possível de ser feito na realidade na qual estão inseridos. • Favorece a construção coletiva de sentido para o trabalho e a criação de alternativas coletivas frente às situações vivenciadas, evitando-se o adoecimento individual. |

O trabalho com histórias de vida (Gaulejac, 2014) é essencial, pois permite a apropriação da própria história pelo adolescente, ao identificar em qual medida sua história pessoal também é socialmente determinada, sendo atravessada por fatores psicológicos, sociais, históricos e culturais. E por meio desse trabalho, é possível sair da ilusão de um sujeito livre que pode, individualmente, resolver seus problemas, bem como renunciar à ilusão de que uma mudança na sociedade produzirá destinos menos problemáticos para as pessoas. Com isso, torna-se possível uma mudança na relação com o próprio passado, compreendendo-se os diversos fatores que agiram sobre cada adolescente e como eles contribuíram para que esse adolescente se posicionasse nas relações familiares e sociais na forma como se apresentam naquele momento. E mais, possibilita que se compreendam concretamente as várias formas de realidade possíveis e que o possível não se reduz ao provável. A partir dessa compreensão, dessa abertura de perspectivas,

outras possibilidades podem ser criadas e planejadas para que se realize no futuro, podendo ser organizadas pelo adolescente no Plano de Atendimento Individual e Familiar (Brasil, 2009), em colaboração com os profissionais da unidade de acolhimento.

Para o trabalho com histórias de vida, Gaulejac (2014) propõe a utilização de suportes metodológicos para que essas histórias emerjam, sejam percebidas e expressas. E esse trabalho pode ser feito em grupo, onde ocorre a análise coletiva do material produzido que, pouco a pouco passa do pessoal para uma problemática que faz sentido para o grupo. Então, como suportes, apresenta-se a seguir algumas alternativas, que podem ser utilizadas de forma individual ou grupal no trabalho com histórias de vida. A proposta é de que o trabalho seja realizado na sequência abaixo indicada, em dois ou três dias seguidos, mas que, no caso dos adolescentes, pode ser modificada para que cada intervenção ocorra em um dia, em um encontro.

Tabela 2
Trabalho com Histórias de Vida

| Intervenção | Objetivo | Modo de utilização |
|----------------------------------|--|---|
| <p>Árvore genealógica</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Compreender questões relacionadas à dinâmica familiar e em qual medida o destino individual está condicionado pela história familiar e influenciado por mudanças econômicas, políticas e sociais. • Busca acessar tradições, regras e hábitos familiares. Importante incentivar a busca pela origem da família. | <ul style="list-style-type: none"> • Em um papel grande, desenhar uma árvore genealógica contendo três ou quatro gerações. • Incluir para cada membro da família, nome, profissão, capital cultural (ex: pai era músico, avó era artesã), local geográfico onde as pessoas viveram, data de nascimento e de morte, quando for o caso. • Incluir sinais particulares de cada membro familiar, indicando com um sinal de positivo (+) qualidades e funções de prestígio assumidas, e com sinal negativo (-), defeitos, dificuldades e doenças que desenvolveu. • Apresentar ao grupo sua produção e, em seguida, ouvir dele suas impressões, questões e sentimentos suscitados. |

Tabela 2 Trabalho com Histórias de Vida (cont.)

| Intervenção | Objetivo | Modo de utilização |
|----------------------------|---|--|
| Projeto parental | <ul style="list-style-type: none"> • Possibilita que o adolescente acesse o que seus pais desejavam que ele se tornasse enquanto pessoa, seja real ou imaginário, e quais foram as repercussões desse projeto. | <ul style="list-style-type: none"> • Em uma grande folha, desenhar ou pintar (sem escrever nada) como os pais desejavam que ele fosse quando crescesse, o que desejavam que ele se tornasse. • Apresentar para o grupo e deixar os participantes indicarem primeiro o que percebem, expressando emoções, sentimentos e interrogações. • Compartilhar a própria produção, incluindo aspectos afetivos, relacionais, ideológicos e sociais em relação ao desejo dos pais, além de se manifestar em relação aos apontamentos do grupo, expressando como se sentiu com as observações realizadas. |
| Trajetórias de vida | <ul style="list-style-type: none"> • Permite a identificação de momentos chave de inserção social, incluindo elementos que intervêm e intervém em cada momento apresentado, explicitando a relação entre o adolescente e as situações identificadas. • Possibilita também a análise da passagem entre a posição original e a posição social adquirida ao longo da própria trajetória. | <ul style="list-style-type: none"> • Fazer a linha da vida, iniciando no momento do nascimento e terminando no momento atual desse trabalho. • Destacar momentos marcantes, que podem ser positivos ou não, localizando-os no tempo ao longo da linha da vida. • Apresentar sua linha da vida para o grupo, levando o adolescente a se questionar sobre as rupturas e as "escolhas" que fez ao longo do tempo. • Permitir ao grupo fazer observações e expressar sentimentos frente à história apresentada. |

Tabela 2

Trabalho com Histórias de Vida (fim)

| Intervenção | Objetivo | Modo de utilização |
|--------------------------|--|--|
| <p>Sociodrama</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Possibilita que os adolescentes representem o mal-estar sentido, compartilhando-o e tomando distância da situação. • Permite também relativizar o que foi vivido, saindo da lógica de uma incapacidade individual, muitas vezes interiorizada ao longo da trajetória de vida. | <ul style="list-style-type: none"> • Os animadores do grupo podem escolher uma cena que sobressaiu durante o trabalho com as histórias de vida dos adolescentes, ou os próprios adolescentes, divididos em pequenos grupos, podem escolher uma cena de uma história, para representá-la. • Os adolescentes, em pequenos grupos, representam a cena, experimentando situações sociais concretas. • Após representação, o grupo como um todo, faz observações sobre a cena, dizendo o que percebeu e sentiu enquanto espectador, podendo questionar aspectos do que foi apresentado. • Em seguida, os adolescentes que representaram a cena, falam sobre sua experiência e como se sentiram nos papéis que representaram. • Também, ao final, algumas cenas podem ser refeitas com inversão de papéis entre os que a encenaram anteriormente, possibilitando maior conhecimento sobre as situações trabalhadas. |

Assim, tem-se algumas alternativas para a atuação dos profissionais que trabalham com adolescentes acolhidos institucionalmente. O cuidado com a equipe é tão importante quanto o cuidado com o menino ou a menina da instituição, para que ambos possam estabelecer uma relação de confiança, rumo à criação de novas formas de ser e estar no mundo e de novos lugares a serem ocupados socialmente. Conforme apontado na Tabela 1, promover um espaço permanente de escuta entre membros da equipe, tanto trabalha com aspectos subjetivos da relação entre os profissionais e os acolhidos, quanto oferece a oportunidade de construção coletiva de outros significados para o trabalho e de novas estratégias de intervenção, diminuindo-se o adoecimento dos trabalhadores no contexto do acolhimento institucional de adolescentes.

Referências

- Amado, G. (2005). Implicação. In J. Barus-Michel, E. Enriquez, & A. Lévy (Eds.), *Dicionário de Psicossociologia* (pp. 281-286). Lisboa: Climepsi Editores.
- Blondel, F. (2007). Les étapes de la désinsertion. In V.de Gaulejac, & I. T. Léonetti (Eds.), *La lutte des places* (pp. 117-133). Paris: Desclée de Brower. (Trabalho original publicado em 1994).
- Brasil. Conanda/ CNAS (2009). *Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescente*: Conanda/ CNAS.
- Carreteiro, T. C. (1993). La dialectique sujet-groupe. In T. C. Carreteiro, *Exclusion sociale et construction de l'identité* (pp. 35-43). Paris: Éditions l'Harmattan.
- Flick, U. (2009). *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.

- Gaulejac, V. de (2006). Eu precisava falar disso. In *As origens da vergonha* (pp. 213-217). São Paulo: Via Lettera.
- Gaulejac, V. de (2007). Le contre-transfert institutionnel. In V.de Gaulejac, & I. T. Léonetti (Eds.), *La lutte des places* (pp. 257-273). Paris: Desclée de Brouwer.
- Gaulejac, V. de (2009). O sujeito face à sua história: a démarche “romance familiar e trajetória social”. In N. M. Takeuti, & C. Niewiadomski (Eds.), *Reinvenções do Sujeito Social: Teorias e Práticas Biográficas* (pp. 61-73). Porto Alegre: Sulina.
- Gaulejac, V. de (2014). Opções e suportes metodológicos. In V. de Gaulejac, *A neurose de classe: trajetória social e conflitos de identidade* (pp. 167-181). São Paulo: Via Lettera.
- Legrand, M. (1993). Le récit de vie. In M. Legrand, *L'approche biographique* (pp. 178-241). França: Éditions Desclée de Brouwer.
- Léonetti, I. T. (2007). La production sociale de la désinsertion. In V.de Gaulejac, & I. T. Léonetti (Eds.), *La lutte des places* (pp. 79-99). Paris: Desclée de Brouwer.
- Massa, A. de S. C. (2010). Le mouvement Hip Hop: un pont reliant les jeunes des banlieues et ceux des favelas. *Revista Interdisciplinar de Trabalhos sobre a América*, 04. Retrieved from www.revue-rita.com/regards-56/le-mouvement-hip-hop-.html Acessado em 28 de junho de 2014.
- Parazelli, M. (2002). Une hypothèse géosociale de la socialisation marginalisée. In M. Parazelli, *La rua attractive* (pp. 127-178). Quebec: Presses de l'Université du Québec.
- Rhéaume, J. (2009). Relato de vida coletivo e empoderamento. In N. M. Takeuti, & C. Niewiadomski (Eds.), *Reinvenções do Sujeito Social: Teorias e Práticas Biográficas* (pp. 166-188). Porto Alegre: Sulina.

VIOLÊNCIA, GÊNERO E CULTURA

19 **Gestação decorrente de violência sexual: compreendendo sentidos para pensar a intervenção**

Silvia Renata Lordello

Universidade de Brasília

Liana Fortunato Costa

Universidade de Brasília

A violência sexual é um grave problema de saúde pública, que atinge expressividade social com reconhecidos danos ao desenvolvimento psicológico, representando uma condição adversa de difícil acesso e manejo clínico. A Organização Mundial de Saúde (World Health Organization [WHO]), por meio de seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (WHO, 2002), ressalta as diferentes manifestações, tácitas ou explícitas de violência sexual, que não se limitam ao ato sexual e englobam também as tentativas de obtê-lo, no que se incluem comentários ou investidas indesejadas e ações relacionadas ao tráfico. O relatório aborda a prática da coação, independente da relação que se tenha com a vítima, como a principal forma dos atos contra a sexualidade. Destaca-se que a violência sexual pode ocorrer em uma diversidade de cenários, como casa, trabalho e outros ambientes.

As mulheres são as maiores vítimas de violência sexual e arcam com consequências graves, como doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, transtornos psicológicos e psiquiátricos e, não raro, o suicídio (Lima & Deslandes, 2014; WHO, 2013). Atualmente há estudos que se preocupam com os impactos do abuso sexual infantil na vida sexual adulta, tamanha a gravidade das consequências dessa violência (Krindges, Macedo, & Habigzang, 2016).

Quando uma gestação decorre da violência sexual, há uma complexa rede de relações que se estabelecem. A vítima se vê diante de um delicado processo de decisão e há vários desdobramentos a partir desse momento. Este trabalho é parte de uma pesquisa maior envolvendo o tema da gestação decorrente de violência e pretende utilizar exemplos clínicos que remontam à realidade dos serviços de saúde pública (Lordello, 2013; Lordello & Costa, 2014). O contexto pesquisado foi um serviço de atendimento às vítimas de violência, que funciona em um hospital público. O objetivo deste artigo teórico é promover reflexões conceituais relativas à gravidez decorrente de violência sexual, a partir de vinhetas clínicas do atendimento às vítimas, oferecendo informações para o delineamento de práticas interventivas futuras. Todos os nomes utilizados nos exemplos clínicos são fictícios.

A gravidez decorrente de violência sexual e suas repercussões legais: entre o direito e o acesso

A gravidez decorrente de estupro permite que a mulher tome uma decisão: a de interromper ou manter a gestação. Os trâmites legais excluem a culpabilidade pelo aborto nesses casos. O artigo 128 do Código Penal prevê que, quando a gravidez resulta de estupro, o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando menor de 16 anos ou deficiente intelectual, de seu representante legal.

Desde a primeira edição da Norma Técnica do Ministério da Saúde, promulgada em 1999, preconiza-se o atendimento à criança e à mulher vítima de violência sexual nos serviços de saúde pública. Em 2005, a reedição da norma intitulada *Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes* apresenta protocolos e os procedimentos recomendados. A referida norma técnica hoje se encontra em sua 3ª reedição (Ministério da Saúde, 2012). Além de padronizar medicações e manejos, essa publicação indica que a mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes legais, devam ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. É direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940, art. 128, inciso II, do Código Penal.

A norma técnica (Ministério da Saúde, 2012) enfatiza que as vítimas devem ser esclarecidas sobre o direito e a possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados para a situação. Nesse caso, também devem receber informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a criança e inseri-la na família, ou proceder com os mecanismos legais de doação. Nessa última hipótese, os serviços de saúde devem providenciar as medidas necessárias junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo regular de adoção.

De acordo com Andalaft Neto, Faundes, Osis e Pádua (2012), as diferenças de atendimento na saúde para esses casos são alarmantes. Em seu estudo com 1395 estabelecimentos nacionais que afirmaram oferecer atendimento a vítimas de violência sexual, apenas 8% cumpriam o protocolo sistematizado pela Norma Técnica. A conclusão é que, embora se reconheça a necessidade do atendimento

especializado, há um abismo entre o que é demandado e o que é oferecido pelo sistema de saúde. É possível prever que, em casos tão críticos como a gravidez decorrente de violência sexual, a mulher sem atendimento, sem informação ou mesmo sem conhecimento do direito aumente as estatísticas dos óbitos previsíveis.

Um exemplo clínico é o caso de Jussara, adolescente de 14 anos que, ao voltar a pé de um evento na localidade em que morava, foi abordada por dois homens que a estupraram. Desesperada, falou com sua mãe e procuraram imediatamente o hospital público mais próximo. O atendimento teve como resultado o lamento pelo profissional de saúde de que os medicamentos estavam em falta e não seria possível realizar processo profilático. Ela foi orientada a procurar um hospital referência nesses casos, em outra área da cidade. A adolescente afirmou ter pensado na pílula do dia seguinte, mas, segundo o profissional, como não dispunham, poderia tomar na outra consulta. A adolescente e sua mãe, com sofrimento psíquico indescritível, precisaram providenciar transporte e dinheiro para se deslocarem para outra região da cidade. Com essas dificuldades, conseguiram um vizinho que as levasse apenas dois dias depois. A profilaxia foi dispensada de acordo com o protocolo, mas em atendimento psicológico a adolescente relatou que sua maior indignação era a gestação, que poderia ocorrer em função de o tempo transcorrido até o uso da medicação torná-la menos eficiente. De fato, lamentavelmente constatou-se a gestação, e a família e a adolescente demonstraram seu intenso sofrimento por uma falha do Estado.

Não teria esse sofrimento sido abreviado se o atendimento fosse qualificado? Não teria a situação se resolvido se não se sonegassem informações, se não sugerissem a peregrinação dos usuários, sem considerar suas dificuldades de operacionalização? Essas e outras questões igualmente graves mostram-se rotineiras nos serviços que supostamente deveriam contar com insumos e profissionais preparados para o atendimento da pessoa que sofreu violência.

A gravidez é um fenômeno feminino: reflexões sobre o gênero

Algumas autoras tratam a violência sexual como um abuso de poder e não a restringem ao ato sexual (Narvaz & Koller, 2007; Schmickler, 2006). A violência sexual retrata o desejo de dominação e pode ocorrer no contexto extra ou intrafamiliar. Pode-se afirmar que, em ambos os casos, a violência de gênero está presente, pois a construção de um contexto de responsabilização da mulher pela violência sofrida é apontada pela literatura como um tabu que perpassa o tecido social, mascara o problema e dificulta a revelação e o enfrentamento (Narvaz & Koller, 2007; Schmickler, 2006). A maior parte das vítimas ouvidas pelos serviços de proteção relata ter sido culpabilizada em algum momento pela violência perpetrada (Baía et al, 2013; Silva, Leiva & Duarte, 2006; Santos & Dell’Aglío, 2013).

Zanello (2014), ao estudar os impactos do gênero na saúde mental, retoma a posição de inferiorização da mulher, que tem seus sofrimentos psíquicos invisibilizados. As categorias exclusivistas e antagônicas que são identitárias para o gênero, como o binarismo mulher/corpo/emoção e homem/mente/razão, são responsáveis pelo hiperdiagnóstico de transtornos psiquiátricos em mulheres e pelo subdiagnóstico em homens. A partir desses lugares sociais, são realizadas as avaliações das mulheres que sofrem violência sexual dentro e fora de casa, sendo responsabilizadas por descumprirem seus papéis de mãe e mulher, levando em conta o dispositivo amoroso e o dispositivo materno presentes na cultura. As mulheres internalizam que a violência sexual pode ser decorrente de uma falha sua, por despertarem os homens em seus desejos incontroláveis e se sentem culpadas pelos ataques sexuais que “provocam”. Quando a violência sexual se dá no plano conjugal, nem sequer conseguem reconhecer e nomear os atos de violência, uma vez que, naturalizados, eles fazem parte da ideia de subserviência feminina no casamento.

Atuando em serviço de saúde que atende mulheres vítimas de violência, não é incomum recebermos relatos de que foi pior revelar do que manter sigilo sobre o abuso, tamanha a revitimização a que são submetidas as mulheres que decidem romper o silêncio e que encontram reprovação, ao invés de apoio.

É possível perceber claramente a construção social de gênero presente no exemplo da adolescente que vamos descrever. Carla, 16 anos, procurou o serviço grávida de 25 semanas. A gestação era decorrente de estupro cometido por alguém que sequer sabia nominar. Como era submetida por sua avó, com quem morava, à exploração sexual, não identificou quem seria o pai de sua filha. Não havia a opção pelo aborto previsto em lei por a gravidez ter ultrapassado o período assegurado de 20 semanas. Ao falar de sua história, afirmava que, para se proteger, pretendia parar de usar roupas curtas, uma vez que este teria sido o motivo de ter sido violentada. Relatou-nos que havia sido aconselhada a fazer isso nas instâncias judiciais pelas quais havia passado. Já havia se desfeito de suas saias e shorts sensuais para agradar ao novo companheiro e, assim, também pretendia proibir sua filha, para que ela não viesse a passar pelo que passou.

O exemplo de Carla nos remete claramente às ideias de Saffioti (2001) ao tratar da construção social de gênero. Segundo a autora, o patriarcado se manifesta no processo de dominação/exploração das mulheres pelos homens, no qual há superioridade do homem, que pode impor à mulher seus desejos. As relações de gênero refletem concepções internalizadas por homens e mulheres que são gendradas, isto é, marcadas pelo lugar social do qual se fala (Zanello, 2014). A mulher, no seu dizer, como dominada-explorada, levará a marca da naturalização, pois todos os espaços de aprendizado reforçarão preconceitos e estereótipos baseados na determinação biológica, que irão se transformar em desigualdade social e tomar aparência de naturalidade. As identidades se constituem por meio

das relações com os outros, com o mundo objetivo e com as internalizações decorrentes desses processos interativos.

A idéia de prevenção de atos abusivos internalizada pela adolescente passa por uma construção sociocultural que reafirma mitos arraigados culturalmente e desvia a posição de vítima que tem direito a suporte e proteção para uma posição de responsabilização individual, em uma perspectiva sexista e descontextualizada. Se não houver uma escuta atenta por parte dos profissionais e um compromisso político e transformador nos atendimentos, provavelmente a mulher, nesse caso a gestante, reproduzirá sem questionamentos essa visão na educação dos filhos.

A gravidez como materialização da violência sexual

Como já abordado, o contexto no qual ocorre a violência sexual pode ser extra ou intrafamiliar, o que tem um impacto significativo na forma de vivenciar essa situação. O contexto extrafamiliar pode envolver vizinhos ou desconhecidos e inclui casos de pornografia infantil e exploração sexual comercial (Habigzang & Caminha, 2004; Koller & De Antoni, 2004).

Na violência sexual intrafamiliar há um componente muito específico em sua dinâmica: a sedução intencional é planejada a partir da construção de vínculos de confiança, em que os perpetradores exercem função de cuidado e poder, dificultando o entendimento pela vítima de que se trata de uma prática abusiva (Baía, Veloso, Magalhães, & Dell’Aglío, 2013; Habigzang, Ramos & Koller, 2011; Pfeiffer & Salvagni, 2005). Esse processo dificulta a credibilidade no relato da vítima quando esta consegue romper o segredo, pois o autor da violência pode ser um familiar e as providências são proteladas, evitando-se a ruptura no sistema.

A constatação da gravidez pode ser o divisor de águas entre manter o segredo e revelá-lo. Infelizmente, abusos sexuais intrafamiliares contínuos são descobertos a partir de uma situação deflagradora como um exame positivo de gravidez. Diante dessa prova inexorável da presença de violência, a adolescente, a mulher ou o próprio sistema no qual está inserida passam a problematizar a origem da gestação. As gestantes, impactadas pela realidade inadiável a ser enfrentada, acabam por eleger alguém da rede de apoio para pedir auxílio.

A submissão e o silêncio estão presentes nas relações de poder envolvidas no abuso sexual (Baía et al, 2013; Silva, Leiva & Duarte, 2006; Santos & Dell’Aglío, 2013). Vejamos o exemplo de uma adolescente de 12 anos, que chamaremos de Alice e que foi adotada assim que nasceu. Tinha uma boa convivência com a família até que um tio materno, afastado há anos da família, passou a morar em sua casa. A adolescente relatou que se constrangia com as investidas do tio, com carícias que ele justificava pelo fato de ela não ter relação de parentesco com ele. A menina tentou emitir vários sinais, como ir para a casa de amigos e vizinhos quando sua mãe saía para trabalhar e pedir para morar com a irmã em outro Estado. A irmã mais velha intuía algo e advertia o tio sobre seus comportamentos libertinos com a sobrinha. Aos 11 anos, ela teve a primeira menstruação e, poucos meses depois, a irmã notou mudanças físicas significativas e resolveu fazer um exame de gravidez. Constatando a gestação, o segredo veio à tona, porém a revelação à mãe não foi imediata, tamanha a preocupação e o pacto tácito com o autor da violência que, mesmo à distância e após cometer ato tão grave, foi protegido pelo clima de ameaça que conseguiu construir nas relações familiares.

Os marcadores de violência sexual presentes nesse exemplo trazem vários pontos para a reflexão. Inicialmente é possível notar a sutileza das tentativas de comunicar o abuso sexual emitidas pela adolescente, porém a relação de poder que a aprisiona em uma submissão silenciosa a impede de romper o segredo. De

acordo com Sanderson (2005), a compreensão dos comportamentos como estratégias não verbais de comunicação de violência sexual requer uma sensibilidade por parte dos adultos próximos à criança, para que interpretem os sintomas que simbolizam a experiência sinalizada tacitamente. No exemplo anterior, há menção aos pedidos de socorro, como sair para a casa de vizinhos, pedir para morar com a irmã, que foram gritos inaudíveis na família. A gravidez, a partir da notabilidade de suas mudanças físicas, passa a ser um indicador concreto, que dispara o caminho da revelação, ainda que ocorra à revelia da adolescente. A partir do rompimento do segredo, que só ocorre com a detecção da gestação, sobrepõem-se demandas psicológicas à adolescente, que precisam ser acolhidas, como a gravidez, a proteção, a garantia de direitos, somadas à repercussão desse fato nas questões identitárias em pleno processo de construção e reformulação.

O arranjo familiar do exemplo acima estrutura-se com base em um modelo enraizado de poder, conforme nos conta Faleiros (2003). Embora traga a marca sócio-histórica de organização monoparental, com formato organizacional peculiar, há sinais claros do lugar simbólico e hierárquico da desigualdade nas relações de gênero. Essa inversão do poder de proteger passa a ser exercida como poder de transgredir, violar o direito da vítima à autonomia. No incesto, o protetor se torna agressor e o afeto respeitoso se converte em sedução dominadora. No caso citado, o autor da violência apresenta uma justificativa para seu desvio sexual, atribuindo ao fato da adolescente ser adotiva. Segundo o perpetrador, essa é a razão pela qual sua função protetora pode ser minimizada. Tal postura revela, diante da perspectiva de gênero adotada, a herança patriarcal que confere ao masculino as prerrogativas de exercício do autoritarismo nas relações familiares.

Lordello e Costa (2014) abordam as especificidades da violência sexual quando dirigida às adolescentes. Segundo as autoras, quando há experiência sexual precoce e geradora de gravidez imposta, há uma desorganização do processo maturativo em curso, antecipando papéis para os quais a adolescente ainda não está preparada. Decidir, ou não, pela interrupção da gravidez exige uma sistemática reflexão e envolve a participação de uma rede de apoio que nem sempre se mostra disponível, em função de o incesto envolver mitos, tabus e segredos. A gravidez resultante de abuso sexual entre as vítimas adolescentes, segundo Baía et al. (2013), constitui-se em um fator de risco para a não revelação. As vítimas temem a responsabilização pela gravidez e rejeitam a intencionalidade de revelação, por prever que o contexto familiar não reconhecerá a situação como abusiva, o que as torna ainda mais vulneráveis.

No caso de Alice, é possível perceber as transformações operadas após a constatação da gestação. De acordo com Cantelmo, Cavalcante e Costa (2011), as adolescentes, após a descoberta da gravidez, procuram se afastar do local de moradia anterior, empreendendo, muitas vezes, uma migração para outras cidades ou bairros, por sentirem vergonha do ocorrido ou por não se sentirem suficientemente protegidas de outras agressões. Ainda, tendem a não apresentar queixa criminal para o questionamento da violência sofrida, já que não dão um significado à violência ou temem dissoluções familiares. Esse processo se evidencia no exemplo citado quando, após o desvelamento da dinâmica abusiva, ainda há presença de atitude evitativa frente à revelação para a mãe e o restante da família, que permaneceu em outro Estado. Essas peculiaridades vêm sendo estudadas por vários autores, que têm se dedicado à temática da violência sexual contra crianças e adolescentes em nossa realidade específica (Almeida Prado & Pereira, 2008; Costa & Santos, 2004; Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005).

O importante papel dos fatores de proteção no enfrentamento da gestação decorrente de violência

Diante da confirmação da gravidez, a mulher que foi acometida pela violência sexual se depara com um quadro psicológico que congrega desespero e revolta. De acordo com Vertamatti et al. (2009), a mulher que engravidou a partir de um estupro tende a ter um vínculo prejudicado com o bebê. Há a necessidade da elaboração da experiência traumática da qual resultou a gravidez. Um dos grandes aliados dessa possibilidade de elaboração psíquica está nas redes de apoio. A família, da qual se teme a reação, quando é apoiadora e compreende o drama vivido pela mulher, aparece como um dos principais fatores de proteção que podem auxiliar nesse processo. A descoberta e revelação, quando conta com o suporte materno, apresenta grande diferencial quanto aos encaminhamentos protetivos (Baía, Magalhães & Veloso, 2014). Vejamos um exemplo de como isso pode se dar na prática.

Selma é uma adolescente de treze anos que chegou grávida de um tio (seu padrinho) ao serviço de atendimento. Ela conseguiu romper o silêncio e contar a seu pai depois que este a questionou sobre as mudanças corporais, suspeitando de sua gravidez. Ao contrário do que temia, teve o apoio de sua família, que inclusive, por morar no mesmo lote, foi ao encontro do agressor. Selma, sentindo-se empoderada pela família, foi também encará-lo e dizer a ele o que a fez sentir. Selma nunca havia namorado e não lutava contra a violência sexual por sentir-se sem forças. Foram realizados os procedimentos legais, o agressor foi preso e Selma relatava sua decepção com a tia, esposa do autor da violência, que ficara contra ela, porque seu marido havia sido preso, e imputara-lhe a culpa da violência. Seu maior desejo era conseguir ver seu filho separado da cena de violência, não lhe atribuindo as projeções que dificultariam o vínculo. A projeção entendida por Selma era não atribuir ao filho seus sentimentos de raiva e tristeza

pela violência sofrida. Vários foram os momentos em que pode externar esse desafio íntimo de construir uma relação saudável com seu feto, o que só se tornou possível pelo acolhimento e suporte emocional da família, dos amigos e dos serviços de saúde que a acompanharam.

O exemplo acima revela a importância dos fatores de proteção no enfrentamento da situação de violência sexual. A partir da revelação, Selma conta com o suporte de uma rede que a encoraja a lidar com sua situação, inclusive com a busca das instâncias de proteção de direitos para a punição ao agressor. De acordo com Aded, Dalcin, Morais e Cavalcanti (2006), em seu levantamento bibliográfico de 100 anos de literatura, a não notificação das ocorrências às autoridades policiais, por medo de represálias ou do estigma social, configura-se em um dos principais fatores que dificultam o conhecimento do desfecho dos casos de violência sexual. Outro aspecto ligado à comunicação são as denúncias tardias. Quando o agressor é alguém da família ou o próprio pai, provavelmente não se saberá da violência até que a criança perceba que tais práticas são incorretas ou injustas, ou até que possa se defender. No caso da gravidez, como o exemplo acima constata, é a gestação que propicia a descoberta, denúncia e as providências de proteção cabíveis.

Aspectos macrossistêmicos são também apontados na literatura, como a falta de preparo profissional para a identificação dos casos, o desconhecimento das leis, o descrédito nas possíveis ações do Estado para resolver o problema, a banalização dos efeitos da violência sofrida sobre as vítimas, além do descrédito no relato da vítima. A revelação da violência é permeada por muitos desafios, como a dificuldade em se abrir com membros da família por receio de não serem levadas a sério, vergonha ou medo dos problemas que tal revelação possa causar no meio familiar (Baía et al., 2013; Santos & Dell'Aglio, 2009).

Selma, não fosse o questionamento do pai sobre suas mudanças corporais, não teria empreendido com ele ou outros familiares a denúncia do abuso sofrido há tempos em seu próprio ambiente doméstico. Há outro aspecto presente no exemplo de Selma: a decepção dela com a tia que, apesar da revelação, fica a favor do marido, autor da violência. Na trilogia patriarcado/racismo/capitalismo, as famílias empobrecidas, do ponto de vista socioeconômico, apresentam grandes dificuldades para formalizar denúncia e combater ou interromper a situação de abuso sexual, porque esse ato está necessariamente associado a uma mudança nos recursos financeiros decorrente do possível afastamento do agressor. Nesse caso, a adolescente se recusa a ser revitimizada e o apoio familiar, consistente e resolutivo, é o diferencial sob a forma de fator de proteção revitalizado que modifica o enfrentamento da adolescente, o que é encontrado também nos estudos de Habigzang et al. (2011). As medidas adotadas pela rede de apoio são tão significativas nesse caso que impactam sua decisão sobre ter o filho e conseguir construir, desde a gravidez, um vínculo saudável que lhe permita desenvolver sua potencialidade para a maternidade.

O exemplo de Selma faz emergir outra questão: a opção por ter o filho quando a gestação decorre de abuso sexual. As mulheres se vêem diante de um duplo desafio: prepararem-se para a maternagem e minimizar os efeitos das projeções nas quais os filhos podem se tornar depositários da violência sofrida, perpetuando-a por meio da transmissão geracional. Ainda que não voltadas para o caso de incesto, Joffily e Costa (2006), ao analisarem os significados da gravidez em uma amostra de adolescentes em situação de acolhimento institucional, mostraram que, apesar das adversidades, a gestação traz um elemento organizador para o caos em que vivem e que a rotulação problemática da gravidez ou sua exclusiva associação à imaturidade impedem a análise do fenômeno de forma sistêmica. O significado da gravidez é uma forma de

organização da vida psíquica e prática, a possível busca por proteção social e familiar que não obtiveram. Um efetivo trabalho para acolhimento desses significados, desprovidos da visão julgadora restritiva, são formas mais construtivas de intervenção psicológica possível nesses casos.

Lordello e Costa (2014) analisaram as significações de maternidade de uma mulher que optou por levar adiante à gestação pós-estupro e ter o filho. Há muito sofrimento em seu relato e vivenciar o papel de mãe mostra-se um desafio complexo, com muitas interfaces que apresentam vários desdobramentos. Entretanto, o investimento na intervenção psicológica com vistas a um projeto de maternidade que inclua as especificidades pode ser um processo possível. São vários aspectos a serem manejados: a violência sexual, os conflitos familiares, a manutenção do segredo, a sobrevivência material, as reedições da violência nos cuidados com o bebê. No entanto, conhecer esses conteúdos que são mobilizados pelas mulheres na vivência de sua gestação pode auxiliar a condução de um trabalho de intervenção psicológica que privilegie tais reflexões e ofereça uma escuta empática que desculpabilize suas reações, diferente do que encontram no senso comum.

Violência sexual intrafamiliar e relações de poder

O sistema dominação-exploração esclarecido por Saffiotti (2004) tem lugar privilegiado na compreensão da violência sexual intrafamiliar. Sabendo-se que aquele que comete violência adotará uma visão utilitarista da confiança e do vínculo afetivo, a vítima aceita, por medo da retaliação que a denúncia pode promover, uma discrição que impede o levantamento de suspeitas pelos menos observadores. Na maior parte das vezes é preciso uma situação crítica para o encorajamento do rompimento do silêncio. A dominação é tão passivamente

aceita e aculturada que a mulher prefere permanecer na relação a provocar a destruição do lar, a partir de sua revelação.

Vejam os um exemplo: Janaína, de 13 anos, estava grávida e sua mãe suspeitava que fosse do irmão. Fátima, sua irmã de 24 anos que morava com sua mãe, seu padrasto e seus quatro irmãos por parte de mãe, fora abusada sexualmente pelo padrasto desde os 14 anos, mas nunca revelara a ninguém. Ao saber da gravidez de sua irmã, Fátima, temendo que o padrasto fosse o autor, revelou para a mãe toda a violência sofrida ao longo dos anos. A mãe se mostrou chocada mas, assim que obtiveram o resultado do exame de DNA confirmando a paternidade do irmão, ela pareceu aliviada e, meses depois, quem saiu de casa foi Fátima, que arrumou um emprego, um namorado e foi morar com parentes. Ainda que todas as instâncias legais tenham sido acionadas e o pai/padrasto tenha respondido processo, a irmã abusada sexualmente durante anos foi quem saiu de casa.

Por que uma revelação dessa natureza não promoveria uma mudança em toda a dinâmica familiar? Alguns pensariam na culpabilização da mãe, que não operou a ruptura necessária, mas também ela foi vítima de uma submissão que lhe retirou as forças e a competência para uma leitura crítica. O autor da violência foi então desculpabilizado, inclusive pela esposa, que acreditou em seu discurso de que não se controlou, de que, como homem, não conseguiu satisfazer-se sexualmente só com ela, e, assim, mostra o quanto a ideologia dominante está internalizada.

Um aspecto apontado por Giffin (2002) é a histórica visão da sexualidade como impulso biológico instintivo defendido pela ideologia dominante, que difunde a dominação, o controle e até mesmo as violências masculinas na sexualidade como naturais. Essa justificativa da inevitabilidade da violência do

macho na conquista da fêmea, com o argumento biológico de que os homens têm impulso sexual maior e insaciável, legitima o estupro, a prostituição, o exibicionismo, a promiscuidade masculina e a existência da pornografia, desculpabilizando o homem por ações que estariam supostamente fora de seu controle.

Os estudos de Narvaz e Koller (2006) com mulheres vítimas de violência doméstica e suas filhas vítimas de abuso sexual apontaram a vitimização também das mães das crianças vítimas de abuso sexual, que haviam sido vítimas de diversas formas de abuso em sua infância, inclusive sexual, bem como viviam, na atualidade, relacionamentos conjugais abusivos. A violência emocional, econômica e física que sofriam por parte de seus atuais parceiros, abusadores sexuais de suas filhas, apontava para uma transmissão transgeracional da violência, na qual os aspectos de gênero apareciam profundamente implicados. As tentativas de rompimento com as situações de violência sexual geralmente eram mal acolhidas pelos órgãos de denúncia legal e pelo sistema de saúde aos quais recorriam.

Narvaz e Koller (2006) apontaram o descrédito e a desproteção familiar, comunitária e institucional presentes nos relatos das participantes, fatores que promoviam a manutenção da vulnerabilidade diante do medo de retaliação do agressor, uma vez denunciado. Impotentes diante da condição de assujeitamento e dominação, elas suportavam situações abusivas, silenciando-se frente à falta de suporte para o rompimento da subordinação. Na conclusão das autoras, chama atenção o despreparo das instituições para a acolhida das denúncias das violações que sofriam, sendo constantes os discursos que postulavam as teses da provocação e da sedução feminina, do silêncio, da conivência e da culpabilidade materna, responsabilizando as mulheres pelos abusos sofridos. De acordo com Brino e Williams (2003), é possível combater essa desqualificação técnica com intervenções

planejadas de capacitação para a sensibilização dos profissionais que atuam nessas instituições.

Outro agravante, apresentado no exemplo de Fátima, é que, na sociedade patriarcal, há deveres de obediência à autoridade paterna que impossibilitam a recusa da menina ao ataque sexual do pai, cuja prescrição de obediência e de zelo pela manutenção da família rouba-lhe a infância e a possibilidade de decidir com quem compartilhar sua experiência erótica (Narvaz & Koller, 2006). A relação entre obediência e submissão também está presente no exercício da parentalidade. A obediência enfatizada e praticada como valor na educação dos filhos leva muitas crianças a permitir avanços sexuais dos adultos e a manter silêncio se um adulto proíbe a revelação.

De acordo com Narvaz e Koller (2006), em famílias incestuosas é bem clara a distribuição desigual do poder, cabendo ao homem-pai-marido as decisões sobre as regras familiares a serem seguidas. Apesar de o poder patriarcal promover a obediência e a submissão, ele também suscita resistências. Em famílias incestuosas estudadas pela autoras, elas fazem menção à posição ora de submissão, ora de transgressões por parte das vítimas aos ditames patriarcais impostos, como fuga de casa, separação, traição e denúncia. Isso é constatado no exemplo acima, pois a jovem prefere sair de casa a ter que conviver com a situação de impunidade diante de sua revelação. Fatores que desencadeiam essa oposição são a revolta diante da violência e os recursos de apoio familiar, comunitário institucional e social encontrados pelas vítimas, que legitimam suas ações. Esses fatores de proteção à situação de vulnerabilidade são vistos como verdadeiros motes para intervenções que possam ser planejadas no contexto das instituições que trabalham com a garantia de direitos.

A gravidez decorrente do incesto e seus agravantes

O lar é um perigo potencial para as relações incestuosas, sobretudo as que levam à gestação. As rupturas com a estrutura que o microsistema casa representa, ainda que seja um ambiente disfuncional, requerem uma assertividade difícil de encontrar em uma população vulnerável como a das adolescentes que engravidam em virtude da violência sexual. As relações de dependência material, afetiva e de cuidados são motivo de assujeitamento às condições adversas e até potencialmente mantenedoras da situação de abuso crônico. Vejamos um exemplo dessa gravidade.

Vanuza é uma adolescente de 16 anos que foi internada por ter dado à luz a gêmeas, sendo que uma delas esteve internada em estado grave na UTI. Ela confidenciou a uma colega de enfermagem que as filhas eram do padrasto. Impressionadas pelo comportamento agressivo da mãe nas visitas a ela, as colegas de quarto fizeram uma denúncia ao Serviço Social. A adolescente se mostrava arredia e não gostava de falar do assunto, mas mobilizou uma rede de apoio entre enfermeiras e colegas de enfermagem. Pediu que a mãe fosse proibida de visitá-la e, quando resolveu finalmente denunciar o padrasto, afirmou que não queria voltar para casa e sugeriu morar com uma das amigas quando saísse do hospital. Expressou pânico no retorno ao lar, acreditava que seria retaliada pela denúncia e que suas filhas seriam penalizadas. Porém, Vanuza padecia com a privação total de condições financeiras para sua manutenção. Tudo o que tinha era um enxoval para as filhas, que foi doado por uma rede de apoio, construída durante a própria internação. A atuação das assistentes sociais foi decisiva neste caso, impedindo Vanuza de voltar ao lar e providenciando seu acolhimento em uma instituição que desse suporte à maternidade. A mãe afirmava que não havia violência sexual no lar e que Vanuza sempre foi promíscua e mentirosa. Em uma das visitas ao hospital, a mãe de Vanuza chegou a proclamar nos corredores que voltasse logo

para casa porque queria as netas para usufruir de benefícios de transferência de renda providos pelo governo. O caso então passou para a justiça para autorização de exame de DNA e procedimentos legais, inclusive procura para acolhimento institucional.

Quantos riscos não haverá nessa história para a adolescente e seus bebês? Três vidas correndo perigo, sem muitas perspectivas. A reflexão é inevitável: quantas violências em uma? O que pode ocorrer se Vanuza voltar para casa? Será que veremos mais uma tragédia anunciada? Como os serviços que atuam na garantia de direitos podem proceder?

Situações como essas são comuns, mostrando que a gravidez decorrente de violência sexual intrafamiliar não tem desdobramentos limitados ao campo da maternagem, mas contempla ainda inúmeras consequências ao microsistema familiar, com mudanças nos papéis, nas relações interpessoais e na sistematização de rotinas, que passam a ser ameaçadoras e hostis, em constante temor persecutório de retaliação. A convivência com o algoz é um tema estudado por Williams (2003), que relata casos verídicos de experiências letais nos casos de mulheres, cuja maior desproteção está no próprio lar. Segundo a autora, é preciso levar em conta esses casos nas ações institucionais que pouco se sensibilizam para o lugar de violência que é a casa.

No caso de Vanuza, outros microsistemas precisaram ser acionados, como casa dos vizinhos, hospital e abrigos na tentativa de oferecer oportunidade de apoio e minimizar o prejuízo ao desenvolvimento dos filhos. Ter que enfrentar uma maternidade de um padrasto, uma enfermidade do bebê, a inexperiência nos cuidados maternos e ainda se manter em um ambiente que representa perigo e violência exacerba os indicadores de vulnerabilidade e compromete o exercício afetivo da maternidade, investimento que fica em segundo plano diante da

necessidade de sobrevivência. A única possibilidade de mudança do quadro seria a atuação das redes de apoio, desde operadores de direito a colegas de quarto que, no caso em questão, foram decisivos para mudanças na vida de Vanuza.

Considerações finais

Diante da complexidade de uma gravidez decorrente de violência sexual, muitos são os desafios para a equipe clínica que acompanha esse público. A reflexão conceitual aqui proposta contribui para que os profissionais conheçam um pouco mais profundamente os aspectos que permeiam esse processo e que, ao mesmo tempo, possam ser propositivos em sua prática interventiva. É importante destacar que, embora a dimensão intrasubjetiva deva que ser considerada, o contexto histórico-cultural de dominação e opressão que sujeita as mulheres ainda se encontra muito presente no universo das gestantes deste estudo. Uma intervenção clínica que não acolha a dimensão de gênero e poder nas relações em que a violência sexual está presente poderia deixar de fora muitas dores reveladas nos discursos das mulheres que passam por essa experiência.

O desafio é implementar um serviço de qualidade na assistência às mulheres, que as coloque diante de uma possibilidade real de escuta e de não revitimização. Uma sugestão é planejar, com o auxílio das próprias grávidas, estratégias de intervenção que sejam necessárias e possíveis para que a vivência da maternidade possa ser uma experiência mais libertadora e menos sofrida, possibilitando o acesso aos fatores de proteção presentes nos contextos onde estão inseridas.

Referências

- Aded, N. L. de O., Dalcin, B. L. G. da S., Moraes, T. M., & Cavalcanti, M. T. (2006). Abuso sexual em crianças e adolescentes: Revisão de 100 anos de literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(4), 204-213. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000400006>
- Almeida Prado, M. do C. C., & Pereira, A. C. C. (2008). Violências sexuais: Incesto, estupro e negligência familiar. *Estudos de Psicologia*, 25(2), 277-291. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000200012>
- Andalaft Neto, J., Faúndes, A., Osis, M. J. D, & Pádua, K. S. (2012). Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *Femina*, 40, 301-306.
- Araújo, M. F. (2002). Violência e Abuso Sexual na Família. *Psicologia em Estudo* 7(2), 3-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722002000200002>
- Baía, P. A. D., Magalhães, C. M., & Veloso, M. M. X. (2014). Caracterização do suporte materno na descoberta e revelação do abuso sexual infantil. *Temas em Psicologia*, 22(4), 691 –700. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-02>
- Baía, P. A. D., Veloso, M. M. X., Magalhães, C. M., & Dell’Aglío, D. D. (2013). Caracterização da revelação do abuso sexual: Negação, retratação e fatores associados. *Temas em Psicologia*, 21(1), 193–202. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.1-14>
- Brino, R. F., & Williams, L. C. A. (2003). Capacitação do educador acerca do abuso sexual infantil. *Interação em Psicologia*, 7(2), 1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v7i2.3218>
- Cantelmo, C. A., Cavalcante, T. P., & Costa, L. F. (2011). A menina mãe: Incesto e maternidade. *Fractal*, 23(1), 137-154. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922011000100010>

- Costa, L. F., & Santos, V. A. (2004). Família e violência sexual contra crianças: O papel da justiça na construção e reconstrução de significados. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 9(1), 47-63.
- Faleiros, E. (2003). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes: Os (des)caminhos da denúncia*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- Giffin, K. (2002). Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: Considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 103-112. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700011>
- Habigzang, L. F., & Caminha, R. M. (2004). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes: Conceituação e intervenção clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A., & Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 341-348. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722005000300011>
- Habigzang, L. F., Ramos, M. S., & Koller, S. (2011). A revelação de abuso sexual: As medidas adotadas pela rede de apoio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 467-473. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000400010>
- Joffily, S. M, L. C., & Costa, L. F. (2006). Significações dadas à gravidez por adolescentes grávidas. In M. A. Ribeiro & M.H. Freitas (Eds.), *Psicopatologia, processos de adoecimento e promoção de saúde* (pp. 245-284). Brasília: Universa.
- Koller, S. H., & De Antoni, C. (2004). Violência intrafamiliar: Uma visão ecológica. In S. H. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 293-310). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kringes, C. A., Macedo, D. M., & Habigzang, L. F. (2016). Abuso sexual na infância e suas repercussões na satisfação sexual na idade adulta de mulheres

vítimas. *Contextos Clínicos*, 9(1), 60-71. doi:
<http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2016.91.05>

Lima, C. A., & Deslandes, S. F. (2014). Violência sexual contra mulheres no Brasil: Conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 787-800. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300005>

Lordello, S. R. (2013). *Menina, mulher, filha, mãe? A gravidez decorrente de violência sexual* (Tese de Doutorado). UnB, Brasília.

Lordello, S. R., & Costa, L. F. (2014). Gestação decorrente de violência sexual: Um estudo de caso à luz do modelo bioecológico. *Contextos Clínicos*, 7(1), 94-104. doi: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2014.71.09>

Ministério da Saúde (2012). *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Norma técnica. 3a ed. atualizada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde.

Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2006). A concepção de família de uma mulher-mãe de vítimas de incesto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 395-406. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722006000300008>

Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2007). O feminino, o incesto e a sedução: Problematizando os discursos de culpabilização das meninas diante da violação sexual. *Artemis*, 6, 77-84.

Pfeiffer, L., & Salvagni, E. P. (2005). Visão atual da violência sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 81(5), 197-204. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572005000700010>

Sanderson, C. (2005). *Abuso sexual em Crianças*. São Paulo: M Books.

- Santos, S. S., & Dell'Aglio, D. D. (2009). Revelação do abuso sexual infantil: Reações maternas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 25(1), 85-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000100010>
- Santos, S. S., & Dell'Aglio, D. D. (2013). O processo de revelação do abuso sexual na percepção das mães. *Psicologia: teoria e prática* 15(1), 50-64.
- Saffioti, H. I. (2001). Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*, 16, 115-136.
- Saffioti, H. I. (2004). *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.
- Schmickler, C. M. (2006). *O protagonista do abuso sexual: Sua lógica e estratégias*. Chapecó: Argos.
- Vertamatti, M. A. F., Souza, J. V. L., Vieira, S., Ohata, A. P., Sancovski, M., Abreu, L. C., & Barbosa, C. P. (2009). Parto cesárea em gravidez decorrente de estupro. *Journal of Human Growth and Development*, 19(2), 327-331. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.19922>
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization.
- Williams, L. C. A. (2003) *Lições de Gravelina: Violência fatal contra a mulher*. Olhar, 5, 124-133.

Zanello, V. (2014). Saúde mental, mulheres e conjugalidades. In C. Stevens, S. R. Oliveira, & V. Zanello (Eds.), *Estudos feministas e de gênero: Articulações e perspectivas* (pp. 108-118). Florianópolis: Mulheres.

20

Abuso sexual contra meninos: um olhar sobre polivitimização e organização familiar

Amanda Pinheiro Said

SES/GDF e Universidade de Brasília

Liana Fortunato Costa

Universidade de Brasília

Denise de Freitas Marreco

SES/GDF

O abuso sexual contra crianças e adolescentes é considerado um grave problema de saúde pública e há muitos estudos, nacionais e internacionais, que descrevem consequências e sequelas às vítimas e aos seus familiares (Easton, 2014; Jong, Alink, Bijleveld, Finkenauer, & Hendriks, 2015; Serafim, Saffi, Achá & Barros, 2011). Para as vítimas do sexo masculino, Hohendorff, Habigzang e Koller (2012) citam como consequências sintomas externalizantes, abuso de substâncias e comportamentos agressivos, que são mais frequentes do que nas vítimas do sexo feminino. Ademais, Veenema, Thornton e Corley (2015) ainda chamam a atenção para a ocorrência de episódios marcadamente mais violentos e agressivos quando a vítima é do sexo masculino, em comparação com as vítimas do sexo feminino,

muito embora a existência de marcadores e sequelas físicas não seja aspecto largamente encontrado nas vivências de abuso sexual, de forma geral.

Ainda que a produção de estudos sobre o abuso sexual seja crescente, existem enfoques que carecem de maior destaque. Particularmente no Brasil, faltam estudos que relacionem a vivência de múltiplas formas de violência com o contexto familiar dessas vítimas. A esse fenômeno é dado o nome de revitimização ou polivitimização – no inglês, *poly-victimization* – e inclui a vivência de abuso físico e sexual, a tentativa ou a agressão por pares, vivência de *bullying*, ter presenciado violência no ambiente familiar e ainda a exposição ao crime e à violência comunitária (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007). Não se trata apenas da vivência de mais de um episódio do mesmo tipo de violência – cronicidade de abuso sexual, por exemplo –, mas da vivência de várias violências por um período de tempo (Turner, Shattuck, Finkelhor, & Hamby, 2015). Importante destacar dados atuais que trazem evidências de que a polivitimização é um preditor de sintomas à saúde biopsicossocial do sujeito e acarreta consequências negativas mais significativas do que a vivência de um único tipo de violência, mesmo que repetidas vezes (Turner et al., 2015).

Há trabalhos que discutem as polivitimizações (Finkelhor, Ormrod, Turner & Holt, 2009; Turner et al., 2015) e outros que apontam algumas características das famílias nas quais há abuso sexual infantil (Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005; Penso, Costa, Almeida, & Ribeiro, 2009; Seto, Babchishin, Pullman, & McPhail, 2015), mas pouco se sabe sobre a influência da organização familiar para as chamadas polivítimas. Menos discutido ainda é o abuso sexual de meninos, cujos estigmas e silêncios são marcadores ainda mais fortes em comparação com as vítimas do sexo feminino (Easton, Saltzman, & Willis, 2013).

Dados epidemiológicos mostram frequência maior de abuso sexual contra meninas do que contra meninos tanto em estudos nacionais (Almeida, Penso, & Costa, 2009; Hohendorff, Bavareco, Habigzang, & Koller, 2012) como internacionais (Finkelhor, 1994; Stoltenborgh, Van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). Importante estudo epidemiológico conduzido na década de 1990 (Finkelhor, 1994) apontou uma variação de 3% a 29% para o histórico de abuso sexual contra vítimas do sexo masculino, em comparação à variação de 7% a 36% para vítimas do sexo feminino. Similarmente a esses resultados, Pereda, Guilera, Forns e Gómez-Benito (2009) também encontraram a prevalência média abaixo de 10% para as vítimas do sexo masculino. Em contexto nacional, Hohendorff, Habigzang e Koller (2012) sistematizaram 11 estudos brasileiros sobre violência sexual contra meninos, seis provenientes da região Sul do país, três da região Sudeste e dois da região Nordeste. A prevalência do abuso sexual contra vítimas do sexo masculino teve sua menor taxa em estudo realizado no Nordeste – 7,9% - e a maior em estudo com dados provenientes do Disque Direitos Humanos – 38%.

As razões que levam à menor prevalência de abuso sexual contra meninos têm sido amplamente discutidas (Pereda et al. (2009); Martins & Jorge, 2010; Stoltenborgh et al., 2011; Easton et al., 2013). Além da questão da revelação, existem outros fatores que influenciam o adiamento ou mesmo a não revelação por parte das vítimas do sexo masculino. São eles: o impacto no conceito de masculinidade, a não nomeação da experiência como tendo sido abusiva e o estigma da homossexualidade (Valente, 2005). Valente (2005) ainda mostra como a manutenção do segredo por parte das vítimas do sexo masculino também é vista como uma forma de proteção ao estigma e à rejeição social.

A perpetração da violência sexual por familiares da vítima ou pessoas afetivamente próximas, que assumam papéis de responsabilidade mesmo que não

sejam consanguíneos, vem sendo apontada como mais frequente do que a violência sexual extrafamiliar (Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005; Pincolini & Hutz, 2012). Prejuízos e sintomas também são possivelmente maiores, uma vez que a violência ocorre em um contexto que, na verdade, deveria ser protetivo (Serafim et al., 2011).

Embora presente em diversas culturas e classes sociais, de acordo com Pedersen e Grossi (2011), a violência intrafamiliar tem maior ocorrência em famílias marcadas por grande vulnerabilidade social e econômica. Para esses autores, a capacidade das famílias de conseguir exercer a função protetora em relação às crianças passa pela proteção e amparo social dispensados à própria família. Ou seja, são necessários recursos, não apenas individuais, para transpor obstáculos e dificuldades sociais, especialmente no contexto do Brasil, marcado por significativa violência estrutural.

Alguns fatores de risco familiares, comunitários e relacionais que contribuem positivamente para a existência de abuso sexual infantil é a inserção em comunidades conflituosas, a presença de psicopatologia ou uso de álcool e outras drogas entre os genitores, os conflitos conjugais, a instabilidade residencial e financeira (Turner, Finkelhor, Hamby, & Shattuck, 2013). Outros fatores como a baixa escolaridade dos genitores, vivência em contexto de rua, presença de conflito ou pós-conflitos de guerra, bem como crianças ou adolescentes em conflito com a lei, são destacados na revisão sistemática de Murray, Nguyen e Cohen (2014). Finkelhor et al. (2009) identificaram alguns fatores que podem predispor crianças a se tornarem alvos de múltiplas formas de violências: (a) viver ou ter vivido em comunidades perigosas; (b) pertencer a famílias com histórico de violência e conflito; (c) pertencer a famílias vivenciando problemas sociais e relacionais, tais como desemprego, abuso de substâncias e problemas conjugais; e

(d) a pré-existência de sintomas e problemas emocionais nas próprias crianças vitimizadas.

Contrariando alguns desses resultados, Pincolini e Hutz (2012) apresentam, em estudo nacional, dados que desmistificam as famílias monoparentais como fatores de risco *a priori*. Chamam ainda atenção para a necessidade de serem expandidos os olhares e desenvolvidos estudos envolvendo toda a família, em especial os irmãos das vítimas, que podem acabar sendo negligenciados após a denúncia da(o) irmã(o), pois a existência de outras crianças próximas ao ofensor sexual, especialmente em casos intrafamiliares, pode também suscitar a questão das revitimizações.

A dinâmica familiar é destacada por Hershkowitz (2014) como preditor tão importante à ocorrência de comportamentos sexuais intrusivos por parte de crianças e adolescentes do sexo masculino quanto à vivência de abuso sexual na infância. Disfunção parental, depressão nas mães, violência e criminalidade intrafamiliar são alguns aspectos levantados por esse autor. Esses dados são importantes na medida em que chamam a atenção para a necessidade de um olhar cuidadoso para a família, não apenas para proteção das vítimas de abuso sexual intrafamiliar, mas também como possibilidade de interrupção dessas violências futuramente.

Tendo em vista o cenário acima apresentado, este texto tem como objetivo discutir e relacionar a organização familiar – aqui compreendida como o padrão estrutural em que os membros da família interagem (Nichols & Schwartz, 2007) – com o fenômeno da polivitimização, nos casos de abuso sexual que envolve vítimas do sexo masculino. Optou-se por orientar a discussão sobre os achados a partir de uma apresentação e organização das vítimas conforme sua caracterização em abuso sexual intrafamiliar ou abuso sexual extrafamiliar.

Método

Buscando compreender melhor o fenômeno do abuso sexual infantil com foco nos processos de polivitimização de vítimas do sexo masculino, este estudo consiste em uma pesquisa documental (Minayo, 2004) em prontuários de um centro de atendimento a vítimas e familiares de violência sexual. A instituição faz parte da Rede de Proteção a Crianças e Adolescentes da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e representa um dos importantes atores na execução de ações que garantem o acompanhamento integral de vítimas e familiares de violências.

Amostra

Os prontuários selecionados para o presente estudo referem-se aos atendimentos realizados pela instituição acima citada no período de 2002 a 2014. Foram identificados inicialmente 51 prontuários de casos de crianças (até 12 anos de idade) do sexo masculino abusadas sexualmente, tendo permanecido 36 prontuários para a amostra final. O critério para exclusão foi o não preenchimento da ficha de acolhimento.

Uma breve caracterização dessa mesma amostra, com informações sobre idade das vítimas, escolaridade, renda familiar, local de moradia, já foi descrita em Costa, Penso, Conceição, Rocha e Williams (2015) e Penso, Conceição, Costa, Said e Williams (2016), sendo importante destacar que a idade média de ocorrência do abuso sexual para os meninos foi de quatro anos e que a média da idade para o atendimento foi de sete anos, evidenciando um distanciamento temporal significativo entre a data de ocorrência da situação violenta e a busca ou efetivação do atendimento psicossocial.

Outra importante característica dessa amostra, que acaba por se configurar também como fator de risco para a ocorrência de violência intrafamiliares, diz

respeito ao seu local de moradia (Pincolini & Hutz, 2014). Além de habitarem em cidade satélites, com escassez estrutural de recursos de atenção e proteção à infância e adolescência, ainda é comum se encontrarem famílias que coabitam no mesmo lote com diversos outros grupos familiares, o que acaba por favorecer o grande fluxo de pessoas transitando entre as residências construídas no mesmo lote. A baixa escolaridade dos pais, característica dessa amostra (Penso et al., 2016), também é relacionada com o contexto de pobreza material e de fator de risco para ocorrência de comportamentos sexuais inadequados.

Instrumento

As fichas de acolhimento são preenchidas por profissionais da instituição das áreas de psicologia e serviço social junto ao responsável pela criança, e seu preenchimento dura cerca de uma (01) hora. Contém dados sociodemográficos (data de nascimento, endereço, escolaridade, situação financeira da família) e também informações sobre os familiares, sobre a situação da violência, a ocorrência ou não de notificação, a reincidência e/ou presença de outras formas de violência, bem como algumas informações sobre o ofensor.

Procedimento de coleta e análise de dados

Os prontuários selecionados foram lidos por duas pesquisadoras, de maneira a garantir a coleta completa das informações importantes para o presente estudo. Foi construída uma planilha em *Excel* para registrar informações sobre a vítima e sua configuração familiar, se o abuso foi intra ou extrafamiliar, a ocorrência ou não de reincidência, o local da violência, parentesco e idade do autor e se residia com a vítima. A análise quantitativa baseou-se em estatística descritiva, com apresentação da frequência para compreender a presença ou não de outras formas de violência, que não a sexual, e caracterizar esse contexto (Moura, Ferreira, & Paine, 1998).

Resultados e discussão

Dos 36 casos, não havia registro do tipo de abuso em dois prontuários; 14 vítimas sofreram abuso sexual extrafamiliar, 19 vítimas sofreram abuso sexual intrafamiliar e, em um caso, houve ambos os abusos: intra e extrafamiliar. A Tabela 1 apresenta as informações sobre a configuração familiar, ou seja, o conjunto de elementos/personagens que compõem o núcleo familiar (Wagner, Tronco, & Armani, 2011), o ofensor e o episódio da violência para os casos de abuso sexual intrafamiliar, e a Tabela 2 apresenta as mesmas informações para os casos de violência extrafamiliar. Os dois casos em que não foi possível inferir a natureza da violência, se intrafamiliar ou extrafamiliar, não foram incluídos na análise devido à falta de informações. Optou-se por registrar o caso em que a vítima sofreu abuso sexual intra e extrafamiliar na primeira tabela, pois os registros de informações sobre o ofensor referiam-se ao primo, ou seja, contexto intrafamiliar. Quando não havia registro da informação nos prontuários pesquisados, optou-se por utilizar o sinal de interrogação para demonstrar a falta de informações.

Configuração familiar

Na maioria dos casos (14 das 20 vítimas) da violência intrafamiliar, a configuração familiar foi a monoparental (apenas a mãe e a vítima), de famílias reconstituídas (mãe e padrasto, ou pai e madrasta) ou com a configuração de ao menos uma pessoa da família extensa (avós, tios ou primos); em cinco famílias, havia a presença apenas da família nuclear, aqui compreendida como mãe, pai, irmã/o(s). Nos casos de violência extrafamiliar, as famílias monoparentais, reconstituídas ou com alguém da família extensa representaram metade da

amostra (07 de 14 casos). Também por cinco vezes a vítima residia apenas com a família nuclear nos casos extrafamiliares.

Mesmo com a presença de ao menos uma pessoa da família extensa, chama a atenção a grande presença de pai e mãe na configuração familiar das vítimas dessa amostra (13 dos 34 casos), dado que vai de encontro a achados da literatura (Leung, Curtis, & Mapp, 2010), que destacam a existência de famílias monoparentais, recasadas ou reconstituídas como importante fator de risco para a ocorrência de abuso sexual. Nesta amostra, mesmo a presença de pai e mãe residindo com a vítima não se apresentou como fator de proteção significativo.

Em estudo de meta-análise com trabalhos chineses, Ji, Finkelhor e Dunne (2013) resgatam a baixa prevalência de abuso sexual na Ásia, especialmente na China, e levantam a reflexão sobre como processos culturais, históricos e estruturais dessas culturas funcionam como possíveis fatores de proteção. A política do filho único e a grande presença de famílias nucleares sugere a supervisão de crianças e adolescentes de forma mais efetiva. A realidade brasileira, refletida nesta amostra, é marcada, no entanto, por um contexto de vulnerabilidade social significativo, com a presença de outros fatores, como a baixa escolaridade dos pais, a baixa renda familiar, o pouco acesso à rede de apoio social, etc, que complexificam as questões protetivas e de risco em relação à configuração familiar (Pedersen & Grossi, 2011).

Tabela 1 Categorias sobre configuração familiar, ofensor e episódio violento para as vítimas de abuso sexual intrafamiliar

| Vítima | Quem residia na casa à época do abuso | Sexo autor | Autor | Idade do autor | Autor residia na casa | Reincidência (sexual) | Local da violência | Presença de violência e lesões |
|--------|---|------------|-------------------|------------------------------|------------------------|-----------------------|--------------------|---|
| 1 | Mãe | M | Vizinho e primo | Adol. (13 a) | Não | ? | Casa da avó | Primo usou violência física. |
| 2 | Pai e mãe | M | Pai | Adul. (31 a) | Sim | ? | Resid. | ? |
| 3 | Avó e irmão | M | Tio paterno | Adul. (30 a) | Não | Sim | Resid. | Lesões confirmadas no IML |
| 4 | Pai, mãe e 3 irmãos. | M | Primo | Adol. (17 a) | Não | Sim | Resid. | Lesões no ânus |
| 5 | Mãe e pad. | F e M | Pai e tia materna | ? | Não | Sim | Resid. do pai | ? |
| 6 | Pai e mãe | F | Empregada da casa | Adul. (24 a) | Sim | Sim | Resid. | ? |
| 7 | Pai e mãe | M | Primo | Adol. (s/reg. idade) | Não | Sim | Resid. agressor | Não |
| 8 | Avó, marido da avó, 2 tios, 2 irmãs gêmeas. | M | Tio materno | Adol. (14 a) | Sim | ? | Resid. | ? |
| 9 | ? | M | Irmão | ? | Sim | ? | ? | Violência física pelo irmão que abusou |
| 10 | Avô e avó maternos | F | Empreg. da casa | ? | Sim | Sim | Resid. | ? |
| 11 | Mãe e tio | F e M | Tio e irmã | Adul. (19 a) e crian. (10 a) | Não (irmã) e sim (tio) | Sim | Resid. | Tio usava faca para ameaçar; há lesões. |
| 12 | Mãe, avó e irmão. | M | Primo | Adul. (26 a) | Não | ? | ? | Não |
| 13 | Avô, avó, tio e primo. | M | Pad. | ? | Não | Sim | Resid.. da mãe | Violência física |
| 14 | Avó, mãe e primo. | M | Primo | Adol. (13 a) | Sim | Sim | Resid. | ? |

Notas: **M**: masculino; **F**: feminino; **a**: anos; **Adol.**: adolescente; **Adul.**: adulto; **Crian.**: criança; **Pad.**: padrasto; **Empr.Dom.**: Empregada doméstica; **R.V.**: residência da vítima; **R.O.**: residência do ofensor; **R.F.**: residência de familiar

Tabela 1 Categorias sobre configuração familiar, ofensor e episódio violento para as vítimas de abuso sexual intrafamiliar (fim)

| Vítima | Quem residia na casa à época do abuso | Sexo autor | Autor | Idade do autor | Autor residia na casa | Reincidência (sexual) | Local da violência | Presença de violência e lesões |
|--------|---|---------------|-------------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------------|---|
| 15 | Mãe, pad. e um irmão. | M | 2 primos adol. | Adol. (14 e 13 a) | Não | Não | Casa da avó | Uso de força, ameaça e sedução |
| 16 | Pai e mãe | M | Tio materno | ? | Sim | Sim | Lote onde residia família extensa | Não |
| 17 | Mãe, irmão, avó, tio, prima da mãe e dois filhos da prima. | M | 2 primos | Crian. (09 a) e adol. (12 a) | Não | Sim | Residência | Violência física e lesão no ânus |
| 18 | Avó e mãe | M | Pai | Adul. (28 a) | Não | Sim | Resid. do pai | Trancava a vítima no porta- mala do carro; lesão no ânus. |
| 19 | Mãe | M | Neto do namorado da avó | Adol. (12 a) | Não | Sim | Resid. do namorado da avó | Violência física, ameaça, lesão no ânus. |
| 20 | Avô, avó, tio, irmã e mãe. | F | Prima | Crian. (11 a) e adoles. (14 a) | Não | Sim | Resid. | Não |
| | | | Primos: 09 | | Não: 13 | Sim: 14 | R. V.: 11 | Violência física ou uso de força: 06 |
| | Total | M: 17 | Tios: 04 | Adol.:10 | Sim: 08 | Não: 01 | R.O.: 05 | Penetração: 06 |
| | | F: 05 | Pais: 03 | Adul.: 6 | | | R.F.: 02 | Não: 04 |
| | | Empr. Dom.: 2 | | Crian.: 3 | | | | Ameaça: 03 |
| | Irmã; irmão; tia; prima; padrasto; neto do namorado da avó; vizinho: 01 | | | | | | | Trancava no porta mala; sedução: 01 |

Notas: **M**: masculino; **F**: feminino; **a**: anos; **Adol.**: adolescente; **Adul.**: adulto; **Crian.**: criança; **Pad.**: padrasto; **Empr.Dom.**: Empregada doméstica; **R.V.**: residência da vítima; **R.O.**: residência do ofensor; **R.F.**: residência de familiar.

Tabela 2 - Categorias sobre configuração familiar, ofensor e episódio violento para as vítimas de abuso sexual extrafamiliar

| Vítima | Quem residia na casa à época do abuso | Sexo autor | Autor | Idade do autor | Autor residia na casa | Reincidência (sexual) | Local da violência | Presença de violência e lesões |
|--------|---|------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| 1 | Pai, mãe, quatro irmãs, babá e filha da babá. | F | Filha da babá | Adol. (12 a) | Sim | Sim | Resid. | Não |
| 2 | Mãe, pad., 3 irmãos e 2 irmãs. | M | Adol. criado pela avó | Adol. (15 a) | Não | ?* | ? | Laceração anal |
| 3 | Avós mat., mãe, tia e 2 irmãs. | F | ? | ? | Não | Sim | ? | Não |
| 4 | Pai, mãe, 3 irmãs e 1 tio. | M | ? | Crian.(11 a) | Não | ? | Rua | ? |
| 5 | Mãe, pad., avó, irmã e 2 primos. | F | Vizinha | Adol.(12 a) | Não | Sim | ? | Não |
| 6 | Pai e mãe | M | ? | ? | Não | Não | Casa da crecheira | ? |
| 7 | ? | M | 2 adol. com acesso à resid. | Adol. (s/ regist. idade) | Não | Sim | ? | ? |
| 8 | Pai, mãe, irmão gêmeo. | ? | ? | ? | Não | Sim | Casa da cuidadora | ? |
| 9 | Pai, mãe, irmão gêmeo. | M | ? | Adol. (2º abuso e s/ regist. idade) | Não | Sim | Casa da cuidadora (1º) e escola (2º) | Violência no ato e penetração anal |

Notas: **M**: masculino; **F**: feminino; **a**: anos; **Adol.**: adolescente; **Adul.**: adulto; **Crian.**: criança; **Pad.**: padrasto; **Empr.Dom.**: Empregada doméstica; **Viz.**: vizinho; **Vizinh.**: vizinhança; **Banh.**: banheiro; **R.V.**: residência da vítima;

Tabela 2 - Categorias sobre configuração familiar, ofensor e episódio violento para as vítimas de abuso sexual extrafamiliar (fim)

| Vítima | Quem residia na casa à época do abuso | Sexo autor | Autor | Idade do autor | Autor residia na casa | Reincidência (sexual) | Local da violência | Presença de violência e lesões |
|--------|---|----------------|---|--------------------------|-----------------------|-----------------------|--|---|
| 10 | Pai, mãe, 1 irmão e 1 irmã. | M | Vizinho | ? | Não | Sim | Vizinh. | Não |
| 11 | Pai, mãe, 1 irmão e 1 irmã. | M | Vizinho | ? | Não | Sim | Vizinh. | Não |
| 12 | Mãe, padrasto, irmão gêmeo, 2 irmãos, 1 irmã. | M | 4 adol. da escola | Adol. (12 a) | Não | Não | Rua | Força física no ato e ameaça à família |
| 13 | Mãe, pad., irmão gêmeo, 2 irmãos, 1 irmã. | M | 4 adol. da escola | Adol.(12 a) | Não | Não | Rua | Força física no ato e ameaça à família |
| 14 | Pai, mãe e tio materno. | M | Colega da escola | ? | Não | Não | Banh.da escola | Lesão anal |
| | Total | M: 10 F: 03 | Colegas da escola: 09 Adol. com acesso à casa: 03 Viz.: 02 Vizinha; filha da babá: 01 | Adol.: 08 Criança: 01 | Não: 13 Sim: 01 | Sim: 08 Não: 04 | Casa da cuidadora: 03 Rua: 03 Escola: 02 Vizinhança: 02 Residência da vítima: 01 | Não: 05 Violência física: 03 Penetração: 03 Ameaça: 01 |

Notas: **M**: masculino; **F**: feminino; **a**: anos; **Adol.**: adolescente; **Adul.**: adulto; **Crian.**: criança; **Pad.**: padrasto; **Empr.Dom.**: Empregada doméstica; **Viz.**: vizinho; **Vizinh.**: vizinhança; **Banh.**: banheiro; **R.V.**: residência da vítima;

Nesse sentido, Pires Filho (2011) ainda chama a atenção para a necessidade de expandir o olhar sobre essas “famílias problemáticas”, de maneira a considerar o contexto social particular, complexo e, na maioria das vezes, precário em que vivem.

Número de pessoas na residência

Esse item refere-se às pessoas que residiam com a vítima à época do abuso, pois, em alguns casos, após a revelação do mesmo e/ou quando as famílias chegaram para acolhimento institucional, houve mudança na configuração familiar, com a saída ou a entrada de pessoas. O número de pessoas na residência variou de 2 a 9, sendo que, nos casos de abuso sexual extrafamiliar, foi encontrado maior número de residentes em casa. Das 14 famílias com abuso sexual extrafamiliar, em apenas seis residiam quatro ou cinco pessoas representando uma configuração familiar tradicional de pai, mãe e irmãos. Na metade dessas famílias viviam sete ou mais pessoas. No contexto do abuso sexual intrafamiliar, por sua vez, 15 das 20 famílias possuíam no máximo cinco residentes e o número máximo de pessoas residentes foi de oito pessoas. Esse dado sugere que um trânsito maior de pessoas na residência pode ser compreendido como fator de risco para a ocorrência de abuso sexual. A descrição mais detalhada do número e de quem eram as pessoas residentes na casa das vítimas dessa amostra pode ser encontrada em Penso et al. (2016).

Reincidência sexual

Houve registro dessa ocorrência em 27 prontuários, sendo que em 22 destes a resposta foi positiva. Na maioria dos prontuários não havia informações mais

detalhadas sobre o tipo de reincidência, quando e como ocorreu. Em alguns casos em que o menino havia sido vítima de mais de um ofensor sexual foi registrada a duração das vivências abusivas, mas não a natureza ou o tipo de abuso sexual sofrido.

Dessas 27 reincidências registradas, 14 referiam-se ao grupo de vítimas de abuso sexual intrafamiliar, dado que vai ao encontro do estudo de Valente (2005), que também encontrou maior número de vitimizações em contexto de abuso sexual intrafamiliar, especialmente se as vítimas do sexo masculino tinham até seis anos de idade. Neste grupo ainda havia cinco vítimas que sofreram violência por mais de um ofensor sexual. A partir das informações contidas nos prontuários, não foi possível, no entanto, precisar se os abusos foram perpetrados em um mesmo episódio por mais de um ofensor ou se referiam-se a mais de um episódio, portanto, vítimas reincidentes. No grupo de vítimas de abuso extrafamiliar, três delas tiveram mais de um ofensor, sem também constarem registros de outras informações.

Presença de Violências e Lesões

A coluna “Presença de violência e lesões” – preenchida em 24 prontuários – sugere algumas formas de **polivitimização**, ou seja, a vivência de violências outras que não apenas a sexual. A presença de lesões no ânus sugere a ocorrência de violências mais sérias e com penetração anal. Tais características na cena do abuso sexual contra vítimas do sexo masculino também são descritas por Hershkowitz (2014) e Leung et al. (2010). Esse dado é significativo tendo em vista que a gravidade do abuso sexual, tal como encontrado nesta amostra – com vítimas de penetração anal, com uso de força, ameaça e ainda repetidas violências –, está significativamente associada a comportamentos sexualizados em crianças e

adolescentes (Hershkowitz, 2014). Ademais, a não interrupção do abuso sexual significa a manutenção de vivências violentas por um período maior de tempo trazendo consequências mais graves ao desenvolvimento psicossocial das vítimas (Hohendorff et al., 2012) em comparação a episódios pontuais, além de colocá-las mais suscetíveis a revitimizações (Classen, Palesh, & Aggarwal, 2005).

Ofensor sexual e o local da violência

As características desses dois aspectos apresentaram algumas diferenças quando o abuso foi descrito como intra ou extrafamiliar. Para as vítimas de abuso sexual intrafamiliar, a violência ocorreu sempre em ambientes privados, na residência da própria vítima ou de algum familiar, dado também identificado por Martins e Jorge (2010). No contexto de violência extrafamiliar, por sua vez, a ocorrência da violência na residência da vítima deu-se em apenas um caso. Em grande parte das outras vezes, o abuso ocorreu em instituições ou locais públicos, como a rua e vizinhança. Chama a atenção a ocorrência da violência em locais tidos, *a priori*, como seguros e de confiança, tais como as próprias residências ou residências de familiares, residências de adultos em quem os pais depositam a confiança de que sob seus cuidados os filhos estarão mais protegidos do que sem supervisão, escolas e a vizinhança. A vivência de violências em tais ambientes é importante agravante das consequências do abuso sexual para essas vítimas (Serafim et al., 2011) e também foi uma realidade encontrada em outros estudos, tal como apresentam Hohendorff et al. (2012).

Foram citados 25 **ofensores sexuais** para o grupo de vítimas de abuso sexual intrafamiliar e 18 ofensores sexuais para o grupo extrafamiliar. Foi encontrado, em ambos os contextos – intra e extrafamiliar –, maior número de ofensores sexuais do sexo masculino. Esse dado reforça outros estudos (Faller,

1989; Hohendorff et al., 2012) que também encontram mais ofensores sexuais do sexo masculino do que do sexo feminino. Embora a literatura (Seto et al., 2015; Martins & Jorge, 2010; Habigzang et al., 2005) cite os pais e padrastos como ofensores sexuais intrafamiliares mais frequentes, nesta amostra, houve predominância dos primos, adolescentes em sua maioria.

A presença de pessoas não consanguíneas no grupo de ofensores sexuais intrafamiliares – duas empregadas domésticas e um adolescente neto do companheiro da avó – faz referência à questão da convivência e de vínculos afetivos, tal como exposto por Habigzang et al. (2005). Interessante notar que, nos casos considerados extrafamiliares, uma das ofensoras era a filha da babá e que, por sua vez, residia na casa da vítima. A classificação “intrafamiliar” ou “extrafamiliar” foi atribuída pelas profissionais da instituição que atenderam o caso, mas certamente a vinculação afetiva e o tempo de convivência diária foram fatores considerados no momento da classificação. Esse resultado demonstra como é sutil a diferenciação de abusos intra e extrafamiliares e que talvez, mais importante do que o vínculo consanguíneo, seja a vinculação afetiva e de convivência (Penso et al., em elaboração).

Idade dos ofensores sexuais

Novamente uma semelhança importante entre os grupos de vítimas de abuso sexual intrafamiliar e extrafamiliar diz respeito a esse aspecto da amostra. Houve mais ofensores sexuais crianças e adolescentes (13 para o grupo intrafamiliar e 09 para extrafamiliar) do que adultos. Cabe ressaltar a consideração de criança para os indivíduos com até 12 anos incompletos e de adolescente para a faixa etária de 12 aos 18 anos (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990), muito embora essa não precise ser uma classificação muito rígida, uma vez que indivíduos com 11 ou

19 anos, por exemplo, podem apresentar comportamentos e condutas que seriam consideradas próprias da adolescência.

A grande existência de adolescentes ofensores sexuais nesta amostra mais uma vez levanta a discussão realizada por autores como Costa, Junqueira, Ribeiro e Meneses (2011), que abordam a ambiguidade no papel desses adolescentes que, em muitos casos, são colocados pelos familiares adultos em um papel de ‘cuidadores substitutos’. Existe falta de supervisão e orientação por parte dos responsáveis, como se fosse ignorada a presença de uma sexualidade em desenvolvimento, mas há também uma confusão de papéis, na medida em que a organização familiar falha ao dispô-los em situação de grande aproximação com as crianças, com papéis e responsabilidades de autoridade e poder.

Considerações Finais

A pesquisa com vítimas de abuso sexual do sexo masculino é ainda mais escassa, se comparada aos estudos sobre abuso sexual em geral ou com vítimas do sexo feminino, muito embora esse cenário não seja indicativo de que essa população seja menos afetada do que àquelas do sexo feminino (Honhendorff et al, 2012). Nesse sentido, a realização de pesquisas com vítimas do sexo masculino é fundamental, não apenas para possibilitar a melhor compreensão do fenômeno, como também para pensar e planejar políticas sociais e ações interventivas mais efetivas (Costa et al., submetido).

Os resultados encontrados a partir dos registros desta amostra são pertinentes com os achados de outros estudos (Pelisoli, Teodoro, & Dell’Aglia, 2007; Seto et al., 2015), que citam o abuso sexual intrafamiliar como sendo mais frequente. Também nesta amostra houve prevalência de configurações familiares monoparentais, reconstituídas e com a presença de ao menos uma pessoa da

família extensa; configurações descritas como fatores de risco para a vivência de outras formas de violência (Pincolini & Hutz, 2012), muito embora os resultados tenham chamado a atenção para a frequência de pai e mãe residindo com a vítima. A grande presença desta díade parental coabitando com as vítimas pode viabilizar a ampliação da reflexão sobre fatores de risco e de proteção. Ou seja, a configuração familiar em si não precisa se caracterizar como fator protetivo ou de risco, mas sim suas características, a dinâmica no exercício dos papéis familiares, bem como o contexto social e estrutural em que essas famílias se inserem.

A presença dessa configuração familiar ‘não tradicional’, composta por outros membros que não aqueles da família nuclear, ou seja, pai, mãe e irmãos, encontrados em ambos os grupos de vítimas, possibilita pensar o significado e as consequências do grande trânsito de pessoas nas residências como importante fator de risco, e não de proteção e cuidado. As crianças acabam por ficar sem supervisão, uma vez que esse papel possivelmente é diluído entre as várias pessoas, os parentes e as instituições. Não havendo uma referência clara de quem são os cuidadores e responsáveis principais, as crianças permanecem sob os cuidados de familiares diversos, que muitas vezes não têm clareza da extensão desses papéis. Dessa forma, acabam negligenciando a proteção das crianças, permitindo o livre acesso de terceiros sem supervisão e orientação adequadas, ou ainda não estabelecendo diálogos e contatos próximos com instituições onde as crianças transitam – casos extrafamiliares. Podem, ainda, como os primos adolescentes nos casos intrafamiliares, tornarem-se os próprios perpetradores das violências, uma vez que também não recebem supervisão, orientação e adequação nas relações com essas crianças, tal como citado acima e discutido por outros autores (Costa et al., 2011).

A configuração familiar fugiu da estrutura tradicional em ambos os contextos, os ofensores foram prioritariamente homens adolescentes e houve reincidência na

maioria das vítimas de violência intra e extrafamiliar. A semelhança nos resultados levanta questionamentos e hipóteses no sentido de compreender melhor se existe algum fator que favoreça a ocorrência de abuso sexual intra ou extrafamiliar, uma vez que o modelo sociofamiliar é passível de comparação para as violências perpetradas tanto por familiares, como por conhecidos ou estranhos.

O método de pesquisa utilizado apresenta como limitação a carência de informações nos prontuários selecionados, de forma a permitir uma compreensão e análise mais ampla do fenômeno da polivitimização a partir das configurações familiares. Embora documentos, tais como os prontuários utilizados nesta pesquisa, possam ser instrumentos importantes para fornecimento de uma compreensão da realidade e contexto institucional (Flick, 2009), ainda são encontradas barreiras no preenchimento dos mesmos, dificultando a realização de pesquisas e compreensões mais detalhadas e significativas (Deslandes, Mendes, Lima, & Campos, 2011) como neste caso, em que não havia informações e condições suficientes para compreender e discutir largamente os tipos de vitimizações relacionadas às diferentes configurações familiares.

A atenção e o cuidado despendidos pelos profissionais no preenchimento dos prontuários vão além da conscientização de como ou por que fazê-lo. Deve haver uma espécie de treinamento que chame a atenção desses profissionais para pontos importantes na condução de entrevistas, atendimentos e intervenções, bem como do preenchimento. A inexistência de detalhamento sobre o tipo, o contexto e as características das reincidências para esta amostra, por exemplo, permite pensar que não fez parte do foco dos atendimentos a essas vítimas e familiares o olhar que considerasse o fenômeno da polivitimização. Assim, ressalta-se a importância de que os profissionais sejam continuamente e frequentemente capacitados sobre a temática da violência paralelamente com a capacitação do preenchimento adequado e completo dos prontuários, favorecendo o pleno aproveitamento do

método documental de pesquisa, além de garantir o desencadeamento de medidas de proteção com foco na interrupção das vivências violentas (Deslandes et al., 2011).

Se, por um lado, a escolha do método de análise descritiva, considerando-se o tamanho da amostra, pode representar uma limitação, uma vez que não permite a realização de inferências estatísticas, por outro tal escolha é justificada pelas próprias características da amostra que, neste caso, representou o número total de prontuários existentes no período de tempo selecionado daquela instituição. Mesmo com limitações no que diz respeito ao preenchimento de tais prontuários, o estudo obteve avanços, uma vez que consegue iniciar um levantamento de prevalência desta população específica no Distrito Federal.

A principal contribuição deste estudo é dar início ao desvelamento de uma absoluta falta de conhecimento sobre esse grupo de vítimas de abuso sexual, os meninos. Além do trabalho de Hohendorff et al. (2012), um dos primeiros em nível nacional a abordar especificamente essas vítimas, o presente estudo apresenta contribuições significativas uma vez que amplia o conhecimento sobre a vitimização do sexo masculino e ainda chama a atenção para o fenômeno da polivitimização – constructo ainda não abordado na literatura nacional, tal como definido por Finkelhor, Ormrod e Turner (2007).

Referências

- Almeida, T. M. C., Penso, M. A., & Costa, L. F. (2009). Abuso sexual infantil masculino: O gênero configura o sofrimento e o destino? *Estilos da Clínica*, 14(26), 46-67.
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 6(2), 103-129.
- Costa, L. F., Junqueira, E. L., Ribeiro, A., & Meneses, F. F. F. (2011). "Ministério da saúde adverte": É preciso proteger os adolescentes ofensores sexuais. *Avances em Psicologia Latinoamericana*, 29(1), 33-46.
- Costa, L. F., Penso, M. A., Conceição, M. I. G., Rocha, B. S., & Williams, L. C. A. (2015). *El abuso sexual de niños en el Distrito Federal, Brasil: Un análisis documental de la atención en las instituciones sanitarias*. Manuscrito submetido para publicação.
- Deslandes, S., Mendes, C. H. F., Lima, J. S., & Campos, D. S. (2011). Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cadernos Saúde Pública*, 27(8), 1633-1645.
- Easton, S. D. (2014). Masculine norms, disclosure, and childhood adversities predict long-term mental distress among men with histories of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 243-251.
- Easton, S.D., Saltzman, L. Y., & Willis, D. G. (2013). "Would you tell under circumstances like that?": Barriers to disclosure of child sexual abuse for men. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(4), 460-469.
- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). *Lei nº 8069/90* de 13 de julho de 1990. (1990).

- Faller, K. C. (1989). Characteristics of a clinical sample of sexually abused children: How boy and girl victim differ. *Child Abuse & Neglect, 13*(2), 281-291.
- Flick, U. (2009). *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 18*(5), 409-417.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*(1), 7-26.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Holt, M. (2009). Pathways to poly-victimization. *Child Maltreatment, 14*(4), 316-329.
- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A., & Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 21*(3), 341-348.
- Hershkowitz, I. (2014). Sexually intrusive behavior among alleged CSA male victims: A prospective study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 26*(3), 291-305.
- Hohendorff, J. V., Bavareco, P. D., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2012). Abuso sexual contra meninos: Uma revisão. In L. F. Habigzang, & S.H. Koller (Org.), *Violência contra crianças e adolescentes: Teoria, pesquisa e prática* (p. 107-122). São Paulo: Artmed.
- Hohendorff, J. V., Habigzang, L. S., & Koller, S. H. (2012). Violência sexual contra meninos: Dados epidemiológicos, características e consequências. *Psicologia USP, 23*(2), 395-415.
- Ji, K., Finkelhor, D., & Dunne, M. (2013). Child sexual abuse in China: A meta-analysis of 27 studies. *Child Abuse & Neglect, 37*(9), 613-622.

- Jong, R., Alink, L., Bijleveld, C., Finkenauer, C., & Hendriks, J. (2015). Transition to adulthood of child sexual abuse victims. *Aggression and Violent Behavior, 24*, 175-187.
- Leung, P., Curtis Jr., R. L., & Mapp, S. C. (2010). Incidences of sexual contacts of children: Impacts of family characteristics and family structure from a national sample. *Children and Youth Service Review, 32*(5), 650-656.
- Martins, C. B. G., & Jorge, M. H. P. M. (2010). Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto Contexto Enfermagem, 19*(2), 246-255.
- Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Moura, M. L. S., Ferreira, M. C., & Paine, P. A. (1998). *Manual de elaboração de projetos de pesquisa*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Murray, L. K., Nguyen, A., & Cohen, J. A. (2014). Child sexual abuse. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 23*(2), 321-337.
- Nichols, M. P. & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia familiar: Conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artmed.
- Pedersen J. R., & Grossi, P. K. (2011). O abuso sexual intrafamiliar e a violência estrutural. In M. R. F. Azambuja & M. H. M. Ferreira (Eds.), *Violência sexual contra crianças e adolescentes* (pp. 25-34). Porto Alegre: Artmed.
- Pelisoli, C., Teodoro, M. L. M., & Dell'Aglio, D. D. (2007). A percepção de família em vítimas de abuso sexual intrafamiliar: Estudo de caso. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 59*(2), 256-269.

- Penso, M. A., Costa, L. F., Almeida, T. M. & Ribeiro, M. A. (2009). Abuso sexual intrafamiliar na perspectiva das relações conjugais e familiares. *Aletheia*, 30, 142-157.
- Penso, M. A., Conceição, M. I. G., Costa, L. F., Said, A. P., & Williams, L. C. A. (2016). *Abuso sexual de menino: Características da configuração familiar e do ofensor*. Manuscrito em elaboração.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 331-342.
- Pincolini, A. M. F., & Hutz, C. S. (2012). Bem-estar subjetivo em famílias com histórico de abuso sexual intrafamiliar. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5(1), 3-22.
- Pincolini, A. M. F., & Hutz, C. S. (2014). Abusadores sexuais adultos e adolescentes no sul do Brasil: Pesquisa em denúncias e sentenças judiciais. *Temas em Psicologia*, 22(2), 301-311.
- Pires Filho, M. F. (2011). *Abuso sexual em meninos: A violência intrafamiliar através do olhar de psicólogo que atende em instituições*. Curitiba: Juruá.
- Serafim, A. P., Saffi, F., Achá, M. F. F., & Barros, D. M. (2011). Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 38(4), 143-147.
- Seto, M. C., Babchishin, K. M., Pullman, L. E., & McPhail, I. V. (2015). The puzzle of intrafamilial child sexual abuse: A meta-analysis comparing intrafamilial and extrafamilial with child victims. *Clinical Psychology Review*, 39, 42-57.

- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment, 16*(2), 79-101.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., Hamby, S. L., & Shattuck, A. (2013). Family structure, victimization and child mental health in a nationally representative sample. *Social Science & Medicine, 87*, 39-51.
- Turner, H. A., Shattuck, A., Finkelhor, D., & Hamby, S. (2015). Effects of poly-victimization on adolescent social support, self-concept, and psychological distress. *Journal of Interpersonal Violence*. Advance online publication. DOI: 10.1177/0886260515586376
- Valente, S. M. (2005). Sexual abuse of boys. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 18*(1), 10-16.
- Veenema, T. G., Thornton, C. P., & Corley, A. (2015). The public health crisis of child sexual abuse in low middle income countries: An integrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies, 52*(4), 864-881.
- Wagner, A., Tronco, C., & Armani, A. B. (2011). Os desafios da família contemporânea: Revistando conceitos. In A. Wagner (Eds.), *Desafios psicossociais da família contemporânea: Pesquisa e reflexões* (pp. 19-35). Porto Alegre: Artmed.

21

Bonecas como tecnologia do gênero na representação de identidades



Figura 1.

Fonte: <https://es.pinterest.com/pin/346143921341705290/>

Jonas Carvalho e Silva

Universidade de Brasília

Júlia S. N. F. Bucher-Maluschke

Universidade de Brasília

Valeska Zanello

Universidade de Brasília

Marina Haizenreder Ertzogue

Universidade Federal do Tocantins

Este trabalho tem por objetivo resgatar o papel social da boneca no contexto ocidental contemporâneo e a sua aplicabilidade como tecnologia do gênero. Assim, serão abordadas essas “miniaturas humanas” e o seu percurso até a imagem atual do que hoje se chamaria uma boneca. Também serão apontadas algumas reflexões que aproximam a boneca brinquedo dos conceitos de tecnologia do gênero (Lauretis, 1994). As perguntas que guiam o artigo são: qual é o papel da boneca no processo de construção e representação de identidades femininas na

cultura ocidental? Faz-se necessário pensar nas formas de olhares sobre as bonecas que contribuam para uma reflexão crítica das tecnologias do gênero vigentes?

Observa-se que o estereótipo nostálgico de uma boneca seria a representação de uma pequena garota em uma roupa bonita (Kauppinen, 2000). No entanto, se olharmos além, poderemos observar as diferentes mutações a que foram submetidas as bonecas contemporâneas, mostrando uma variada representação de idade, classes sociais, contextos étnicos e nacionais, profissões e ocupações. Essas características, repassadas em nossas culturas pelas variadas expressões das tecnologias do gênero (Lauretis, 1994; Swain, 2007), reforçam as identidades femininas embasadas nos alicerces das sociedades patriarcais. Outras formas de representação do feminino não perderam os vieses de tensão e emoção a elas sempre empregadas. Por exemplo, a ideia de que a mulher é uma boneca ou que a feminilidade está cercada da artificialidade desses objetos fantásticos que são as reproduções inorgânicas das mulheres (Rodal, 2009).

As bonecas estão presentes no contexto das pessoas desde muito cedo, utilizadas como objeto lúdico na infância, quase sempre aparecem como encarnação das mulheres, na qual destaca-se o valor sexual e o uso da imagem para apresentar a definição do “feminino” como artificial e inorgânico, no paradigma da construção dicotômica dos gêneros (Rodal, 2009). Elas são conhecidas em todas as culturas e são uma das mais velhas e difundidas formas de brinquedos. Destarte, os processos de investigação da memória de mulheres educadas com o uso de bonecas para um determinado fim podem ser importantes para a aquisição de argumentos que mostram o imaginário social em torno do “brincar de bonecas”, além de evidenciar as experiências gendradas aliadas à utilização do brinquedo para uma educação repressora (Porto, 2007).

Este artigo está dividido em duas partes. Em um primeiro momento, será abordada a trajetória histórica dessas figuras humanas e como elas eram utilizadas em algumas culturas tanto como objeto lúdico quanto para fins religiosos. Em uma perspectiva clínica para o público infantil, as bonecas representam a constituição de famílias nucleares e extensas, produzindo conteúdos projetivos das vivências das crianças. Esses objetos estão presentes nas culturas humanas desde os primórdios, sendo manufaturadas de diversas maneiras (Mitchell, McCormack, & Mccance, 2016).

No segundo tópico, nos aproximamos das ideias contemporâneas do que seria uma boneca na cultura ocidental e como elas têm sido objeto de manipulação para a gendrificação dos corpos, por meio da tecnologia do gênero. Apontaremos o surgimento das bonecas hegemônicas no mercado, em especial a Barbie. Alguns teóricos a descrevem de maneira positiva para a superação das mulheres, entretanto negligenciam aspectos pertinentes que devem ser considerados, tais como a raça, a classe social e o ideal estético.

Por fim, traremos à luz a experiência da artesã Lena Martins e a produção da boneca negra Abayomi. Essa boneca, que não tem rosto, poderia apresentar um caminho para uma tecnologia do gênero capaz de subverter as representações embasadas no patriarcado e nos padrões estéticos hegemônicos. Existem iniciativas, de menor visibilidade mercadológica, que contribuem para uma efetiva educação de igualdade de gênero, considerando a diversidade dos corpos, racial e econômica.

A boneca e o verbo

As bonecas são conhecidas em todas as culturas e são uma das mais velhas e difundidas formas de brinquedos (Kauppinen, 2000). Uma boneca, em sua forma mais básica, é uma figura em forma de cone que pode ser feita de argila, madeira, pedra, osso, pano ou outros materiais naturais. Acredita-se que, nas sociedades pré-históricas, bonecas que eram constituídas com semelhanças humanas tinham significância mágica ou religiosa. Não é evidente em que ponto essas figuras tornaram-se brinquedos para crianças, mas bonecas – como figuras – eram, sem dúvida, pegadas e utilizadas em brincadeiras (Fass, 2013).

As bonecas estiveram presentes em todas as civilizações do passado e acompanham o desenvolvimento do homem e de seus sistemas, utilizadas inclusive em rituais religiosos. Por exemplo, no Japão, no dia 25 de setembro, celebra-se o *Ninguyo Kuyo* ou *consolo das almas*, em que mulheres que não podiam engravidar e conseguiram ter um filho, levavam uma boneca para ser queimada no templo. Também é hábito dos japoneses colocar bonecas de celuloide ao lado de uma criança doente, pois acredita-se que a doença passa da criança para a boneca, que depois de receber os maus fluídos é jogada fora. Entre os povos africanos, muitas vezes, as bonecas são usadas em rituais de magia negra, como o vodu. Bonecas feitas de cera ou pano são espetadas ou queimadas para fazer sofrer as pessoas que representam (Fass, 2013; Kauppinen, 2000).

Figuras de “pequenos humanos”, feitas de madeira e argila, têm sido encontradas em túmulos egípcios datados de 2000 A.C. Bonecas de barro, mármore e alabastro foram encontradas em túmulos de crianças na Roma e Grécia antiga. Bonecas também são mencionadas em alguns recursos escritos dos primeiros europeus medievais (F. M. de Souza, 2009).



Figura 2. A Vênus de Willendorf, encontrada nas cavernas da Áustria, foi provavelmente feita há 30 mil anos.

Fonte: <http://chc.org.br/a-historia-real-das-bonecas/>

Os primeiros fabricantes de bonecas como brinquedos as esculpam em madeira e algumas já possuíam membros móveis. Alemanha e França foram pioneiras na manufatura de bonecas. A partir do século XV, tanto bonecas de brinquedos como de *fashion designer* começaram a ser produzidas em Paris, vestidas com os últimos penteados e figurinos da época para que a nações europeias pudessem seguir as tendências da moda. Diversas pinturas representam crianças

nobres brincando com bonecas de madeira vestidas com elegância (Fass, 2013; Kauppinen, 2000; Sousa & Melo, 2009).

Com o decorrer do tempo, as bonecas foram se aprimorando. Um dos materiais mais antigos utilizado na fabricação de bonecas foi a madeira, bastante popular durante século XVIII. A cabeça e o corpo eram esculpidos e a face e o cabelo eram pintados diretamente na madeira. Uma mistura de papel, serragem, gesso e cola, chamada de composição, foi desenvolvida por volta de 1800 como uma alternativa barata, podendo ser formada sob pressão para a produção em massa. Em seguida passou-se para a produção em porcelanas vidradas, que foram posteriormente substituídas pelo *biscuit*. A partir de 1870, começa-se a introduzir os olhos de vidro, sendo que algumas bonecas podiam, inclusive, fechar e abrir os olhos. No mesmo momento, aparecem as bonecas com articulação, sendo os corpos e membros de papel machê ("*papier mâché*"), ligados por um elástico resistente (Fass, 2013).

As bonecas começaram a ter uma fisionomia mais aproximada com a atual a partir de 1850, com o surgimento da boneca franco-germânica referida como um *bébé*. Cruz (2011) afirma que esta é um tipo bastante especial de boneca e dá uma ideia bastante particular do que uma boneca é: uma garotinha em um lindo vestido. A boneca *bébé* pode ser imediatamente reconhecida como uma boneca, mas existe concordância sobre o que se define como “boneca”?



Figura 3. Produção de bonecas na fábrica Emile Jumeau, final do séc. XIX

Fonte: <https://www.pinterest.com/pin/546342998522801696/>

O material sintético de celuloide foi descoberto em torno de 1870 e usado para a manufatura de bonecas no final do século XIX. Sendo de baixo custo, a produção em massa logo se acelerou até 1950 nas fábricas alemãs, francesas, americanas e japonesas. Atualmente as bonecas são feitas com uma variedade de materiais e combinações: madeira, couro, pano, metal, composição, celuloide, plástico, cera, porcelana, pedra (Cruz, 2011).

Nas famílias de pouco poder aquisitivo, bonecas de baixo custo eram fabricadas a partir de jornal, sabugo de milho e tecido. As bonecas produzidas em pano são um produto emergente das práticas artesanais oriundas das trocas que envolveram comunidades, gerações, materiais e deslocamentos geográficos (Sousa,

2012; Sousa & Melo, 2009). Essas bonecas foram construídas de maneiras distintas, a depender dos contextos e do modo como foram usadas, devido às conexões que foram estabelecidas, momentaneamente, com outras redes e atores, além da materialidade que foi envolvida durante as produções.

A partir da década de 50 do século passado teve início a produção da boneca Barbie, que simbolizava a construção de uma América imaginária, o sonho norte-americano, em um momento geopolítico bastante delicado da história mundial. A Barbie reflete as mudanças da sociedade, do comportamento e de suas significações (Porto, 2007). O diferencial dessa boneca é que ela é rica, bonita, famosa e está sempre na moda, o que pode ser percebido na variedade do seu estilo.

Se olharmos para as diferentes bonecas que permearam o mercado de produtos infantis – Barbie, Suzi, Baby, Bonecas de Pano, Cindy, Skydancer, Polly, Bonecas Spice Girls, Power Rangers, Sandy, Xuxa, Angélica, Jolie etc. – percebemos que esses objetos representam uma enorme variedade no que se refere a idade, classe social, etnias e nacionalidades, ocupações e hobbies. Isso evidencia a não existência de uma boneca típica (F. M. de Souza, 2009).

Diante dessa diversidade de bonecas existentes, vale ressaltar a figura das “bonecas masculinos”¹. Esses objetos, endereçados aos meninos, enfatizam a forma do corpo humano, trazendo, para as crianças, uma relação deste com a vida real. Eles foram se modificando ao longo da história, com enfoque central na moldagem do corpo. Santos (2000) aponta que o modelo padrão do corpo vem sendo atravessado desde o século XIX por discursos advindos da medicina, estética, política e religião. Assim, o músculo tornou-se socialmente aceitável e

1. Termo adotado pelas autoras para designar as bonecas para o público masculino (Brandes, 2011)

valorizado no corpo masculino, qualificando-se como estereótipo de perfeição. Exemplo disso são os bonecos Falcon, que se tratam de miniaturas articuladas de 12 polegadas, projetados na década de 60, criados exclusivamente para os meninos e que representavam figuras de soldados do governo norte-americano (Brandes, 2011). O sucesso dos Falcon foi tão grande que, a partir deles, surgiram revistas em quadrinhos, desenhos animados e filmes referentes a eles.



Figura 4. “Boneca masculino” Falcon

Fonte: <https://keithroysdon.wordpress.com/category/action-figures/>

Enquanto brinquedo, as bonecas são marcadas, portanto, por uma diversidade de representação; porém podem ter outros significados em outras culturas (Mitchell et al., 2016). Diferentemente de algumas sociedades que as aceitam, recomendam e incentivam, enchendo os quartos das meninas de bonecas

para representarem a mulher, encontramos, em outras, sua utilização de forma bem variada: como o símbolo religioso já citado, instrumentos de rituais, manequins de modistas e, em certas ocasiões, com fins terapêuticos (Mitchell et al., 2016; Sousa, 2012; S. Souza, 2012).

A boneca como brinquedo e uma tecnologia do gênero

Geralmente as bonecas são o que chamaríamos de figuras humanas (Kauppinen, 2000). Assim, poderíamos compreender que o brinquedo dá sentido a uma imaginação cultural, onde “miniaturas humanas” se inserem em uma parte do discurso cultural, em um contexto de linguagem, jogos, artes, manufatura, coleção etc. A criação de seres artificiais, como a própria sociabilidade, tem uma característica de gênero (Rodal, 2009). Lauretis (1994) compreende o gênero como uma representação, não de um indivíduo, mas de uma relação social, ou seja, um sujeito por meio de classe.

Pensando na questão das bonecas como objeto de uma determinada cultura, Sousa e Melo (2009) apontam para o enfoque geralmente dado pelos estudos, sobretudo no aspecto da representação social das mesmas. Segundo as autoras, raros estudos pesquisam o objeto por si mesmo e em seus usos. Isto é, as bonecas aparecem como representação de meninas (Manson, 2002), com características voltadas para a erotização do corpo e a fantasia em que se criam mulheres dóceis aos desejos masculinos (Rodal, 2009). Destarte, as bonecas são vistas como instrumentos para exercer a dominação e as vontades mais ou menos “ideais” dos homens.

Novamente o gênero se manifesta como uma representação (Lauretis, 1994), pois se localiza na esfera privada da reprodução, procriação e família, e não na esfera pública, propriamente social da superestrutura, onde a ideologia se insere e

é determinada pelas forças econômicas e pelas relações de produção. Essa ideia de “eterno feminino”(Swain, 2007) se reproduz por meio do senso comum, das mídias, nos discursos autoritários e moralistas. As bonecas se inserem como meio dessa reprodução, pois são vinculadas aos universos gendricados desde os primeiros anos das mulheres e desempenham um papel na vida e na socialização das crianças (Auster & Mansbach, 2012). As crianças aprendem sobre o significado do gênero na boneca não somente na relação com outras crianças ou seus pais, mas também pela mídia, que serve como um importante recurso de sociabilidade.

Os meios de divulgação tendem a relacionar o objeto com “qualidades” referentes às mulheres e aos homens. Essas qualidades apresentadas pela mídia representam, de um lado, a força, a racionalidade e o domínio dos homens, enquanto às mulheres são relacionadas a delicadeza, os sentimentos e o sofrimento (Rodal, 2009). De certo modo, essas representações do feminino têm uma familiaridade, pois constroem a essencialidade do feminino frágil, uma forma estereotipada de criação de imagens que:

(...) tem atravessado o tempo e todas as revoluções sociais que se tem produzido desde o século XVII ao XXI. A corporeidade ideal feminina ao menos desde o renascimento tem se definido pela “leveza”, por uma certa imaterialidade e essas características seguem tendo a imagem ideal da mulher perfeita. (Rodal, 2009, p. 271)

Com essa afirmação poderíamos sugerir que muito tem mudado desde o Renascimento, mas ainda existe certo imaginário quanto à representação dos gêneros que persiste ao longo dos séculos, apesar de todas as revoluções sociais que se tem podido produzir. A tecnologia do gênero, mesmo que comumente

apresentada de forma invisível, tem sido um dispositivo que reforça o imaginário e o comportamento de desigualdade entre homens e mulheres.

Os meios de comunicação têm utilizado o estereótipo das mulheres como bonecas desde as vanguardistas do século XX (Brandes, 2011). A partir da ascensão do modelo biomédico nas intervenções sociais (Brandes, 2011; Santos, 2000; Zanello, 2007), as bonecas parecem ser a encarnação das mulheres em que se destaca o valor sexual, e sua imagem é utilizada precisamente ao entorno desumanizado que produz a tecnificação da vida (Rodal, 2009). Em outras palavras, as bonecas são instrumentos comunicativos, lúdicos, de gendramento, e prescritivos do estereótipo patriarcal sobre as mulheres.

Para exemplificar, Auster e Mansbach (2012) analisaram o gendramento dos brinquedos disponíveis na loja virtual da Disney. O estudo teve por objetivo examinar a extensão de gênero no mercado de brinquedos e categorizar quais deles são ofertados nas sessões de meninas e de meninos. Do universo pesquisado, 410 brinquedos foram listados só para meninos, 208 para meninas e 91 para ambos. Para eles, foi predominante a oferta de objetos de cores escuras (vermelho, preto, marrom ou cinza) e de figuras de ação, brinquedos de construção, armas ou pequenos veículos. Para elas, os objetos eram de cores claras (rosa ou lilás), tratando-se de bonecas, objetos de beleza ou de orientação doméstica, cosméticos ou joias. Nesse sentido, o Falcon, mesmo sendo uma “boneca masculino” é ofertado como um objeto que afirma a masculinidade hegemônica vigente na cultura por meio de uma imposição do corpo (Brandes, 2011).

Enquanto a televisão e os filmes têm sido foco de muitos estudos do impacto da mídia na socialização e nas escolhas gendradas, estudos contemporâneos têm adicionado a essa pesquisa outra forma de mídia: a internet, um veículo de mercado que ascende popularmente (Auster & Mansbach, 2012). Todas essas

formas de gendramento dos indivíduos são o que Lauretis (1994) chamaria de tecnologia do gênero. Para a autora, atualmente a construção do gênero ocorre através dessas vias tecnológicas, bem como de discursos institucionais com poder de controlar o campo do significado social e, assim, produzir, promover e fomentar representações de gênero.

Aqui se apresenta uma crítica à utilização das bonecas enquanto tecnologia social, no que seja o meio de consumo, via publicidade, e o seu próprio uso. É perceptível a tendência presente nos meios de comunicação em deturpar a imagem da mulher, pensando na “mulher-boneca” que define o feminino como artificial e inorgânico, no paradigma de construção dicotômica dos gêneros. Essa crítica é relevante quando se pensa em abordar a representação do feminino através do brinquedo mais difundido entre as mulheres. Seria cabível à ciência a reprodução de paradigmas já estabelecidos em torno da boneca? Seria interessante repensar outros olhares sobre a boneca, que contribuam para uma efetiva (re)educação de gênero?

A exemplo disso, Porto (2007) aborda a trajetória das bonecas contemporâneas, em especial a Barbie, aliada ao desenvolvimento dos movimentos feministas. Ao considerar as discussões feitas sobre a mulher no período,

Vejo que a Barbie pode ser vista como a primeira feminista, definida por sua independência, especialmente com relação aos homens: não ter pai ou filho para impor uma forma de vida ou prover as suas necessidades (...) a boneca orienta a menina para outra imagem que não a vocação de mãe de família: nada de trabalhos caseiros. Se a Barbie toma conta de crianças é porque se trata de uma característica de total independência financeira da moça: ser *baby sitter*, parceira de brincadeiras das sobrinhas e sobrinhos. Hoje várias

Barbies grávidas podem ser encontradas à venda indicando que ela também pode decidir ser mãe, sem ter o Ken ao seu lado. (Porto, 2007, p. 127)

O argumento da autora citada traz outra reflexão. Sentimos certo desconforto em imaginar a boneca Barbie, fruto da produção capitalista, racista, que imprime um estereótipo de beleza, corporeidade e condutas, como um modelo de mulher empoderada. De fato, poder-se-ia considerá-la dessa forma, mas negligenciaríamos todas as outras lutas em que o movimento feminista se insere, tais quais as mulheres negras, pobres, desterritorializadas etc. Seria então, de fato, uma figura feminista ou ela já se inclui como mulher empoderada pelos *status* que a caracteriza?

Com a chegada da *boneca manequim* no mercado houve uma transformação simbólica no trato com a mesma, pois permitiu que o sujeito se visse nela (Kauppinen, 2000). Assim, podemos perceber a importância de se ofertar bonecas diferentes do modelo hegemônico. Para que haja a inclusão, é necessário que as bonecas apresentem a diversidade fenotípica e os diferentes modos de ser sujeito na contemporaneidade (Cruz, 2011). As bonecas *manequim* focam num padrão estético que não condiz com o perfil estético ideal para as mulheres, isto é importante, em especial nos países pobres, onde se concentram etnias e grupos de diversos padrões e concepções de beleza.

Nesse ínterim, podemos considerar formas de produção e consumo de bonecas que se contrapõem aos métodos tradicionais, que implicam a imposição de uma hierarquia de culturas e de padrões (Santos, 2000). No Brasil, apesar de ser extensa a literatura a respeito das “relações raciais”, a valorização da estética branca em detrimento da negra como foco, ainda continua sendo regra (Maia, 2011). Ainda, a identidade e o lugar estrutural da branquidade são identificados

por uma cadeia de associações discursivas, em que ao branco são destinadas todas as qualidades que denotam sucesso, felicidade, elegância e poder, entre outros atributos que os recobre em uma aura de transcendência (Maia, 2011; Santos, 2000).



Figura 5. Boneca Barbie

Fonte: <https://es.pinterest.com/pin/226728162465043989/>

Para contextualizar em um sentido terapêutico, o uso de bonecas apresenta perspectivas projetivas muito importantes como, por exemplo, a criança diante de bonecas brancas e negras, definindo as primeiras como as “empregadas domésticas”, traduzindo suas experiências internalizadas relacionadas à classe social e à raça (Mitchell et al., 2016). Outros exemplos são encontrados em relatórios clínicos, em que as bonecas trouxeram uma forte contribuição, levando, em alguns casos, à descoberta de abuso sexual em crianças ao representar os personagens vividos em sua experiência através das cenas organizadas com bonecas (Bruck, Ceci, & Francoeur, 2000).

As bonecas Abayomi e uma “positiva” tecnologia do gênero

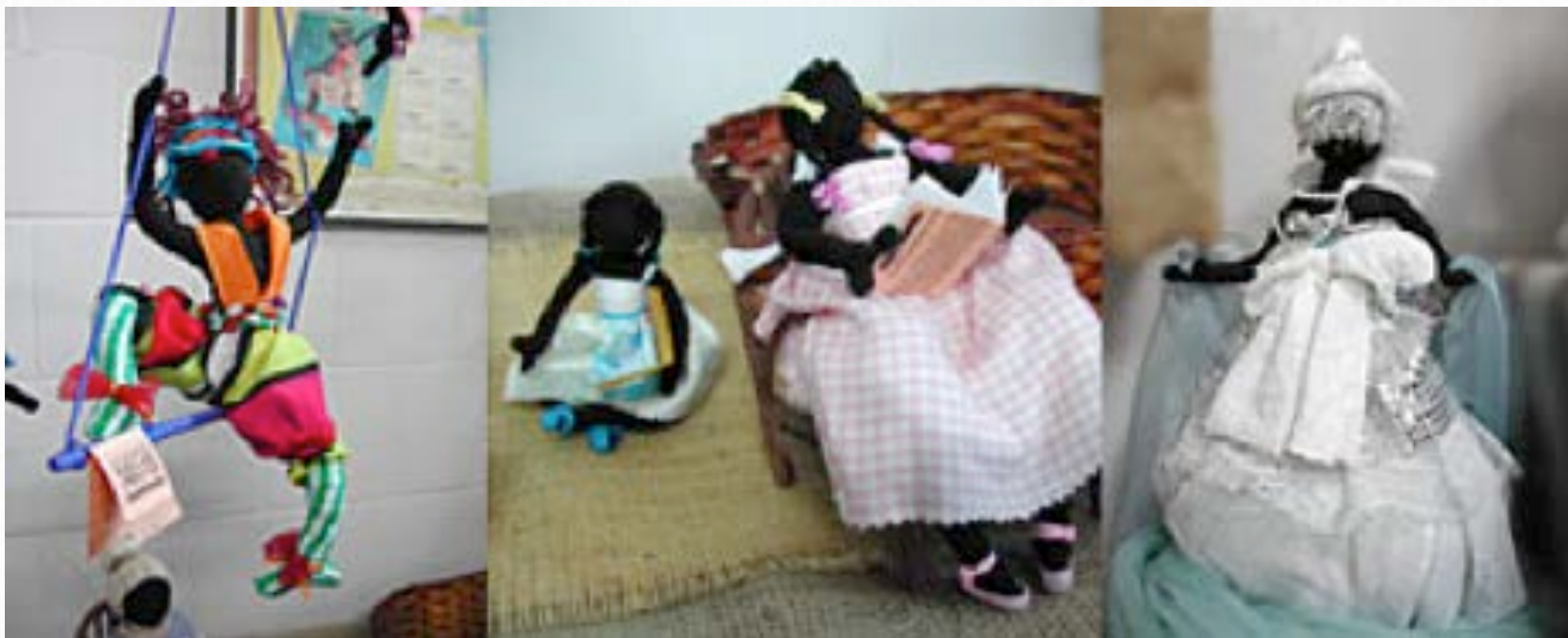


Figura 6. Bonecas Abayomi

Fonte: www.google.com

Produzir bonecas negras, representando as afro-brasileiras pode revelar, além do aspecto positivo, identitário, tudo que seja relacionado à beleza negra: em sua naturalidade. De acordo com Santos (2000), as bonecas devem ser “naturais” e não produzidas à imagem e semelhança das arianas.

As bonecas negras podem criar uma imagem positiva das mulheres e da negritude. Subverter o sistema. Assim, por meio de expressões lúdicas e criativas, contribui-se ao reconhecimento da identidade afro-brasileira, com a função de estimular a reflexão sobre as diferenças raciais, sociais e culturais. Por isso, podemos considerá-las também “eminente ecologistas, feministas e antirracistas” (Batra & Castro, 2015, p. 10). A confecção de bonecas negras como proposta de sociabilização e conscientização étnico-racial, no Brasil, começou com Lena Martins, artesã de São Luís do Maranhão, que procurava na arte popular

elementos para a construção de uma identidade positiva e de geração de renda. A habilidade de Lena de fazer bonecas foi sendo reconhecida, rendendo diversos convites para realizar oficinas de bonecas nas redes de educação (Langenbach, 2008). Logo, outras mulheres se juntaram a Lena Martins com o mesmo propósito e, assim nasceu a Cooperativa Abayomi, em dezembro de 1988. A cooperativa recebeu esse nome pela produção das bonecas de pano negras Abayomi, que na língua Yorubá, significa *meu presente*.

A boneca Abayomi é uma boneca de pele negra e estética afro, feita com materiais reaproveitados, que incluem retalhos de pano e malhas. Não se utilizam, em sua fabricação, cola, costura ou qualquer suporte interno (madeira, arame etc.), somente retalhos superpostos e nós. Assim é construída a modelagem. Na indumentária, fitas, bordados, restos de bijuterias e miudezas definem o acabamento. Na expressão facial, propositalmente não há demarcação de boca, nariz e olhos para favorecer o reconhecimento da identidade das múltiplas etnias africanas e, assim, estabelecer uma comunicação subjetiva.

A boneca Abayomi, inspirada em personagens do cotidiano e orixás, é considerada um símbolo para a organização de mulheres afrodescendentes por representar o fortalecimento da autoestima, o reconhecimento da identidade afro-brasileira, a superação da desigualdade de gênero e o combate à discriminação étnico-racial (Carvalho e Silva, 2013). Elas são projetadas na arte popular que elaboram e levam à flor da pele a discussão sobre política, ecologia, negritude, gênero, classe social e identidade (Bartra, 2006).

Na Abayomi, a questão cultural é um dos pontos centrais da proposta (Carvalho, 2006; Carvalho e Silva, 2013; Langenbach, 2008) de se aprofundar na identidade, na estética e no simbólico da cultura afro-brasileira. Objetiva-se fortalecer e valorizar o negro, e principalmente a mulher negra, combatendo o

racismo e aumentando a autoestima dessa população. No entanto, a forma lúdica, reflexiva e vivencial de se trabalhar essas questões acaba passando pelas relações interpessoais dos atores envolvidos, bem como das crianças que farão o uso lúdico e terapêutico do objeto.

Segundo Batra e Castro (2015), resulta significativa essa revalorização que se dá à negritude, e que passa também pelo corpo. Talvez pareça paradoxal dar uma importância fundamental à corporeidade nas bonecas Abayomi. Como nenhuma tem rosto, a negritude é expressa unicamente por meio da cor da pele, do cabelo e, às vezes, da roupa. Os corpos são “esculpidos” com magnificência até o último detalhe. Se a representação das/os negras/os no imaginário branco dominante é que são puro corpo, mais corpo do que intelecto, que são músculos, sensualidade, sexo e dinamismo, “uma corporeidade que fascina e horroriza ao mesmo tempo” (Maia, 2011, p. 24), dá-se a sensação de que as bonecas sobressaem graças à beleza dos corpos negros. As artistas põem o acento justamente na corporeidade, porém vendo-a em positivo, não como objeto sexual. Assim, as bonecas são retratadas em ação, não são estáticas. É uma corporeidade dinâmica que as define.

Considerações Finais

Por meio deste estudo, pôde-se perceber que as bonecas estão presentes na sociedade desde os primórdios e que, a partir do último século, vêm sendo aproximadas às crianças nas culturas ocidentais como objeto que possibilita o primeiro contato para o gendramento dos corpos. Esse aspecto é observado, de maneira geral, entre os estudos atuais sobre a escolha dos pais quanto aos brinquedos utilizados pelas crianças. Mesmo aqueles que se dirigem para ambos os sexos tendem a ser predominantemente de cor e formato aproximado à

realidade dos garotos (Auster & Mansbach, 2012; Cherney & London, 2006; Kahlenberg & Hein, 2010). É dizer que tanto os meninos quanto as meninas são interpelados a desenvolver habilidades gendradas para reproduzir e afirmar a lógica binária da divisão sexual presente nas sociedades majoritariamente patriarcais.

As bonecas são objetos que tendem à educação gendrificada (Nelson, 2000). Mesmo havendo a produção de “bonecas masculinos”, que reforçam a divisão desigual do gênero e um estereótipo estético do corpo, fica claro que as bonecas são tecnologias do gênero e que educam as mulheres a papéis submissos na sociedade patriarcal. Por que um garoto não brinca de boneca feminina? Por que os brinquedos neutros não tendem à coloração rosa?

Consideramos que a produção de bonecas encontra-se engessada no objetivo de interpelar o cuidado feminino, mesmo quando se tenta subverter a hegemonia estética e de raça. Como poderia ser usado, de forma subversiva, esse lugar privilegiado de subjetivação? Seria possível pensarmos no uso desse objeto para a promoção de uma igualdade do gênero?

Acreditamos que a Psicologia ainda se encontra limitada na reflexão teórica e crítica em torno da boneca. Mesmo ela sendo bastante utilizada nos consultórios clínicos como instrumento terapêutico. Torna-se emergente tomar consciência do poder que a boneca pode exercer nos corpos, subjetividades e identidades. Acreditamos, também, ser possível o aprofundamento do estudo, por meio de uma averiguação do uso gendificado desses brinquedos, em uma cultura capitalista e patriarcal.

Por fim, faz-se pertinente analisar a utilização educativa e terapêutica das bonecas, uma vez que as consideramos como um constante ato performativo (Butler & Lourties, 1998). Da mesma maneira que o gênero se constitui na

realidade social, as bonecas – enquanto tecnologia do gênero – poderiam ser um bem de consumo que refletisse outras expressões de gênero que não a hegemônica. Infelizmente ainda é preciso evidenciar pequenas iniciativas que se contrapõem aos brinquedos predominantes, para que possam ser acessíveis à população em geral com custos baixos e maior visibilidade nas estantes dos mercados populares.

Referências

- Auster, C. J., & Mansbach, C. S. (2012). The gender marketing of toys: An analysis of color and type of toy on the Disney store website. *Sex Roles, 67*(7-8), 375-388. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-012-0177-8> ...
- Bartra, E. (2006). Negritud y feminismo. Arte popular brasileño.
- Batra, E., & Castro, A. M. (2015). Entrevista Eli Bartra : caminhos formadores no feminismo e na arte popular Eli Bartra : *Learning journeys in feminism and popular art, 19*(2), 290–296. <http://doi.org/10.4013/edu.2015.192.13>
- Brandes, A. R. S. (2011). O corpo dos bonecos: figuras sobre o olhar da linguagem. *Revista SELL Simpósio Internacional de Estudos Linguísticos E Literários Da UFMT, 1*(1), 35–47.
- Bruck, M., Ceci, S. J., & Francoeur, E. (2000). Children's use of anatomically detailed dolls to report genital touching in a medical examination: developmental and gender comparisons. *Journal of Experimental Psychology, 6*(1), 74–83. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/1076-898X.6.1.74>

- Butler, J., & Lourties, M. (1998). Actos performativos y constitución del género: un ensaio sobre fenomenología y teoría feminista. *Debate Feminista*, 18(1), 296–314.
- Carvalho, L. G. de M. (2006). *abayomi: o design nas amarrações dos fios femininos na bandeira de uma cooperativa*. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- Carvalho e Silva, J. (2013). *O corpo em malha: A confecção de bonecas negras entre artesãs na perspectiva da economia solidária no Tocantins*. Universidade Federal do Tocantins.
- Cherney, I. D., & London, K. (2006). Gender-linked Differences in the Toys , Television Shows , Computer Games and Outdoor Activities of 5- to 13-year-old Children, *Sex Roles*, 54(9-10), 717-726. <http://doi.org/10.1007/s11199-006-9037-8>
- Cruz, M. B. (2011). Bonecas, diversidade e inclusão: brincando com as diferenças. *Psicopedagogia* (São Paulo) 8(85), 41–52.
- Fass, P. S. (2013). *The routledge history of childhood in the western world*. (P. S. Fass, Ed.). New York, NY.
- Kahlenberg, S. G., & Hein, M. M. (2010). Progression on Nickelodeon ? Gender-Role Stereotypes in Toy Commercials, *Sex Roles*, 62, 830-847. <http://doi.org/10.1007/s11199-009-9653-1>
- Kauppinen, A. (2000). *The Doll The Figure of the Doll in Culture and Theory*. Stirling, Scotland: University of Stirling.
- Langenbach, M. L. (2008). *Além do apenas funcional invoação social e design de serviços na realidade brasileira*. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Lauretis, T. (1994). A tecnologia do gênero. In Hollanda, H. B. (Org.). *Tendências e impasses: O feminismo como crítica da cultura* (pp. 206-242). Rio de Janeiro: Rocco.

- Maia, S. (2011). Identificando a branquidade inominada : corpo , raça e nação nas representações sobre Gisele Bündchen na Mídia Transnacional. *Cadernos Pagu* [online] (38), 309–341.
- Manson, M. (2002). *História do brinquedo e dos jogos - brincar através dos tempos* (2nd ed.). Lisboa: Editora Teorema.
- Mitchell, G., McCormack, B., & Mccance, T. (2016). Therapeutic use of dolls for people living with dementia : A critical review of the literature. *Dementia*, 15(5), 976-1001. <http://doi.org/10.1177/1471301214548522>
- Nelson, A. (2000). Halloween Costumes and Gender Markers, *Psychology of Women Quaterly*, 24(2), 137–144.
- Porto, Í. M. R. (2008) *Brincar é coisa séria? : um estudo do brinquedo na cultura da modernidade*. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
- Rodal, A. B. (2009). Muñecas y mujeres : entre la materia artificial y la carne. *CIC. Cuadernos de Información Y Comunicación*, (sin mes), 269–284.
- Santos, J. T. dos. (2000). O negro no espelho : imagens e discursos nos salões de beleza étnicos. *Estudos Afro-Asiáticos*, 1(38), 49–65. <http://doi.org/https://dx.doi.org/10.1590/S0101-546X2000000200003>
- Sousa, R. S. de. (2012). *Um estudo ator-rede sobre a boneca de pano: costurando narrativas de artesãs das cidades mineiras de Barbacena, Antônio Carlos e São João Del -Rei*. Universidade Federal de São João Del-Rei. São João Del-Rei, MG.
- Sousa, R. S. de, & Melo, M. de F. A. de Q. e. (2009). Descobrimo o lugar da boneca de pano na cultura lúdica brasileira. In *XV Encontro Nacional de Psicologia Social* (pp. 1–9). Maceió.

- Souza, S. D. C. Reis, E. F. Monteiro, F. A. R. Pontes, S. S. C. Silva (2012). Brincadeiras em uma comunidade ribeirinha amazônica,. *Psicologia: teoria e prática* 14(3), 48-61.
- Souza, F. M. de. (2009). *Revirando malas: entre histórias de bonecas e crianças* [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Porto Alegre, RS.
- Swain, T. N. (2007). Meu corpo é um útero? Reflexões sobre a procriação e a maternidade. In M. T. Stevens (Ed.), *Maternidade e feminismo: diálogos interdisciplinares* (pp. 201–244). Santa Cruz do Sul: Editora Mulheres.
- Zanello, V. (2007). O amor (e a mulher): uma conversa (im) possível entre Clarice Lispector e Sartre, *Estudos Feministas*, 15(3), 531–539.

22

The cultural transitioning of immigrant women to Canada: applying a social justice analysis

Ada L. Sinacore

McGill University – Canada

The protection of human rights is central to the Canadian value system (Howard and Donnelly, 1986), and by design so is an orientation to social justice. Further, striving for social justice goes beyond the theoretical level and is evidenced by the number of progressive human rights policies put in place by the federal government such as, *The Official Multiculturalism Act* (which protects the rights of ethnic minorities), *The Federal Policy on the Status of Women*, and *The Civil Marriage Act* (which protects the right of same sex marriage) (Ginsberg & Sinacore, 2015). While policies such as these represent the country's emphasis on social justice, many societal inequities remain with immigration being an area of salient concern. That is, Canada maintains an active immigration program with a primary objective of national and economic development as well as to provide asylum to refugees and reuniting families (Kelley & Trebilcock, 2010; Reitz, 2007). Yet, there remain significant challenges to integrating a diversity of immigrants in general and women immigrants specifically into Canadian society. Thus, in order to understand the social justice challenges faced by immigrant women, it is

important to have a basic understanding of the demographics of Canadian society.

Canada is home to nearly 33.5 million people representing a diversity of customs and cultures, with nearly 13.4% of Canada's population representing visible minorities with 20% of the population being foreign born (Statistics Canada, 2011). As such, Canada is one of the most ethnically diverse countries in the world. Additionally, women immigrants make up approximately 52% of all immigrants and in some city centers 30 to 50 percent of the female population. For example, in 2006 there were 3,222,795 immigrant women in Canada who came from 220 different countries and made up 20.3% of the country's female population (Statistics Canada, 2007a, 2007b). Given the high percentage of women immigrants, an examination of the challenges related to equity faced by this population is warranted.

For the most part, research on immigrant women focuses on the challenges confronting this population, without specifically addressing social justice. Thus, the goal of this chapter is to analyze the current literature on Canadian women immigrants by applying social justice frameworks, in order to provide a contextual understanding of the challenges these women face upon migrating to Canada.

Social Justice Framework

Social justice models represent an integration of the key principles of feminism and multiculturalism. In this light, Sinacore and Enns (2005) identified four common principles of feminist and multicultural theory which include: (a) empowerment and social change, (b) empowering ignored and marginalized individuals and communities, (c) conceptualizing multiple and intersecting identities, privileges and oppressions, and, (d) reflecting upon personal biases,

assumptions, and attitudes. These authors suggest that these aforementioned principles serve as the basis for a social justice framework. Building upon these principles, Sinacore (2011) developed the Integrated Social Justice Consultation Model (ISJCM) as a framework to analyze policy and policy implementation at all levels of institutions and societies. When evaluating the efficacy of policy implementation, the ISJCM requires institutions to give equal power and voice to the experiences of both majority and minority individuals. As such, this model necessitates the examination of the sources of institutional discrimination and oppression and likewise analyzes the systemic, institutional inequalities that privilege certain individuals or groups over others. Thus, the *Who*, of policy implementation is as important as the content and process of implementation. That is, analyzing *Who* has power and voice in an institution or society, while listening to those voices typically silenced ensures that all members of a community can share their perceptions of policy implementation and discuss the related socio-cultural challenges. Further, applying the ISJCM to policy implementation requires the engagement of people at all levels of the institution, community or society (Sinacore, 2011).

Consistent with this model, scholars of social justice agree that inequities need to be addressed at all levels of society. A number of models of social justice require both an analysis of the distribution of resources within society as well as an assessment of how that distribution results in the advantaging and disadvantaging of different groups of people (Fouad et. al., 2006). Similarly, scholars posit that equity and advocacy must be realized at the individual, community, and broader macro or national levels. Specifically, they suggest that personal competence, empowerment, and freedom of self-determination are essential to social justice at the individual level, whereas communities need to have access to societal resources while simultaneously being able to protect their

cultural norms and customs. Lastly, social justice at the national and governmental levels serves to ensure the fundamental equity and protection of human rights at all levels of society (Ginsberg & Sinacore, 2015). Thus, social justice frameworks will be applied to the literature on women immigrants to illuminate the ways in which broader societal factors and government policies facilitate or hinder the integration of these women into Canadian society. As well, this analysis will help to identify challenges that are specific to women, such as experiences of gender discrimination and violence. As such, the literature will be analyzed with a focus on the different levels of society.

National/Societal Level

To begin, at the national level one of the primary concerns of immigrant women is the process of cultural transitioning. Cultural transitioning can be defined as immigrants finding occupational, economic, educational, and social security within the new culture (Chen, 2008). Barriers to cultural transitioning at the national level include the implementation of Canada's immigration policy and access to employment.

Immigration Policy

Canadian immigration policy has three core objectives, namely humanitarian, national and economic development (Reitz, 2007). That is, in addition to providing asylum to refugees and reuniting families, the goal of immigration policy is to insure the viability of the Canadian population. Hence, while the Canadian born population is decreasing due to a combination of low birth rates and an aging population, immigrants serve to insure population growth

(Statistics Canada, 2011). Furthermore, immigrants have an integral role in advancing Canada's economy. That is, as the Canadian economy has moved from being agriculturally based to knowledge based, the immigration program has been tailored to attract highly educated skilled individuals with relevant work experiences (Knowles, 2007). Shifting the focus of the immigration program to the recruitment of skilled workers insures that immigrants will be employable in the current knowledge economy, and therefore, serve as source of human capital to promote the economic growth of the nation (Reitz, 2007).

In order to meet both the humanitarian goals of the immigration policy, as well as the national and economic objectives, immigrants can come to Canada by applying to one of three categories: (1) reunification of families, (2) protecting refugees, and, (3) contributing to Canada's economic development (Citizenship and Immigration Canada, 2011). The reunification of families' category allows Canadian citizens and permanent residents to sponsor a spouse, common-law partner, dependent child, parent, or grandparent to become a permanent resident of Canada. Next, refugee protection allows people who have experienced or are at risk of danger or persecution in their country of origin to apply for residency (Citizenship and Immigration Canada, 2011). Last, the economic immigrant category includes individuals who are selected based on their ability to enhance Canada's economy. Economic immigrants include skilled workers, business immigrants, provincial and territorial nominees, live-in caregivers, and temporary foreign residents with Canadian work or educational experience (Citizenship and Immigration Canada, 2011). Women immigrants to Canada are affected by these classifications in the areas of occupation, family and personal security as will be discussed later in this chapter.

Employment Barriers

Canada's immigration policy has resulted in economic immigrants being the largest class of immigrants, whereby 69.3% of people who immigrated in 2010 did so under the economic immigrant category (Citizenship and Immigration Canada, 2011). In this category priority is given to immigrants with higher levels of education, resulting in immigrants tending to be more educated on average than native-born Canadians (Becklumb & Elgersma, 2008; Oreopoulos, 2009). Yet, despite high levels of education, research shows that many immigrants are unemployed or underemployed (Reitz, 2007) and this situation disproportionately affects women. For example, as of 2011, the unemployment rate among recent women immigrants aged 25-54 was 13%, over twice the rate of unemployment in the broader Canadian population (Statistics Canada, 2011). Of those employed women immigrants, 40% were working below their skill level (underemployed), as compared to 28% of immigrant men and, 10% and 12% of Canadian born men and women respectively (Galarneau & Morissette, 2008). Even after residing in Canada for 15 years, university educated women immigrants are still more likely than native Canadians to be underemployed (Statistics Canada 2008). Moreover, immigrant women earn significantly less than their Canadian counterparts and this wage gap has remained relatively constant in recent years (Frenette & Morissette, 2005; Statistics Canada, 2008). Thus, while the immigration policy privileges educated immigrants educated women immigrants are not able to access employment commensurate with their level of education and experience.

Community and Familial Level

In addition to the challenges resulting at the national level, immigrant women face specific challenges at the community level in the areas of occupational

transitioning, accessing health care, negotiating cultural communities, and changes in family structure.

Occupational Transitioning

At the community level, the occupational difficulties faced by all immigrants in Canada have been attributed to a host of factors including: negative attitudes towards immigrants by members of the host country (Esses, Dovidio, Jackson, and Armstrong, 2007); skill discounting or the lack of recognition of foreign credentials and work experience (Oreopoulos, 2009); racial and ethnic discrimination (Haq & Ng, 2010); and language proficiency (Suto, 2009). Further, research suggests that women immigrants face particular challenges in the transitioning process, resulting from their roles as spouses, mothers, and laborers (Koert, Borgen & Amundson, 2011). Hence, in addition to the employment barriers faced by all immigrants, immigrant women face specific occupational challenges related to their professional identity (Cardu and Bouchamma, 2000), as well as prioritizing family needs and husbands' careers (Cardu and Sanschagrín, 2002). For example, Cardu (2008) found that as a result of deskilling, women immigrants settled for temporary and/or contractual employment below their qualifications, which negatively affected their professional identities. Similarly, in a study examining the occupational transitioning of educated immigrant women, Koert et al. (2011) identified several community and familial factors that either facilitated or hindered their occupational transitioning. Facilitating factors included supportive relationships, networks, and work environments, while hindering factors included being deskilled, unsatisfactory relationships, unhelpful immigration services, and juggling multiple roles. Similarly, being in a traditional heterosexual marriage and following culturally prescribed or traditional gender

roles resulted in women being unemployed or underemployed as they prioritized the needs of their family or their husband's career over their own (Read, 2004). Thus, the need to balance work and family responsibilities, as well as traditional gender roles is a significant barrier to immigrant women's occupational attainment.

Health Care

Though Canada has universal health care, research indicates that immigrant women have difficulty in accessing health care services in general (Asanin & Wilson, 2008) and mental health care services specifically (Ospina, 2013). Studies have identified geographic, socio-cultural and economic factors as barriers to women accessing health services for themselves and their families (Asanin & Wilson, 2008). As well, culturally alternative models of illness have been found to serve as barriers to women accessing health care. For example, Fung and Wong (2007) in a study of women immigrants from East and Southeast Asia, found that women who had more positive associations with Western models of health and illness were more likely to seek out health care than those who ascribed health problems to supernatural beliefs. These results are echoed in a study conducted on Portuguese women by James and Clarke (2001), who examined *agonias*, a mental condition where women report, "missing air, burning from within, as well as loss of sight, appetite, and sleep" (p.168). Participants described that healing for this condition occurred through seeking out help in three forums: religious, indigenous (traditional healers), and allopathic (physicians, mental health practitioners, and psychiatrists) (James & Clarke, 2001). Thus, Canadian health care practitioners need to understand that Western treatments may not be suitable when working with immigrant women.

Furthermore, research indicates that immigrant women typically are the primary caregivers in their families. Oftentimes, these women avoid utilizing formal health care services for a range of reasons including: lack of cultural sensitivity of service providers, language proficiency, low income, jobs with limited flexibility, heavy care giving demands, and separation from extended family in the home country who they could rely upon for support (Stewart et al., 2006). Thus, immigrant women face a wide range of systemic barriers to accessing and providing quality care for their families.

Cultural Community

Research indicates that the cultural community can serve as both a facilitative and hindering factor with regard to immigrant women's cultural transitioning to Canada. That is, the extant literature on women immigrants has identified relationships and support provided by extended family, friends and community as factors that may facilitate women integrating into a new society (Lam, 2005). However, significant changes to their personal and social lives including, culture shock, customs, loss of friends, and the strain of building and maintaining new relationships, may hinder women immigrants' ability to transition into Canadian society (Berger, 2004). Negotiating these changes can result in feelings of frustration and powerlessness (Hynie, Crooks, & Barragan, 2011). Further, women from predominantly patriarchal cultures may face challenges with regard to new found autonomy, such as conflict between their traditional role in the family and working outside the home (Wong 2000). For example, Sinacore, Titus, and Hofman (in press), in a study examining the role of relationships in cultural transitioning, found that for heterosexual women immigrants, the intersections of the culture of origin values, host culture values, gender roles, and the women's

expectations served as important factors in transitioning. In other words, those women who identified with the liberal values of Canadian society but came from patriarchal cultural contexts identified relationships with peers who shared their non-traditional values as critical to their cultural transitioning. Yet, new immigrant communities may not have sufficient social resources to be helpful to women in the transition process (Hynie, Crooks, & Barragan, 2011), especially if individuals within these communities are also going through the process of cultural transitioning themselves (Sinacore et al., 2009). Thus, it is important to consider the intersection of gender role expectations in the home culture and that of the host culture, as well as potential avenues of social support within the cultural community, when trying to understand how immigrant women negotiate the transitioning process.

Family

Nuclear and extended family members have been cited as playing a significant role in the cultural transitioning of immigrant women (Merali, 2002). Family members have been identified as key to immigrant women developing social networks and negotiating societal and institutional cultural differences (Sinacore & Lerner, 2013). Yet, these relationships can have a positive or negative influence depending on whether or not the family member was supportive of: (a) the woman's immigration, (b) her integration into Canadian society, and, (c) her moving away from culturally prescribed gender role expectations. Research indicates that for women who reject cultural gender prescriptions and who want to integrate into Canadian society, family in general, and parents in particular, may be a source of conflict. Additionally, extended family in the country of origin may put pressure on women to return home and thereby impede the transitioning

process. Thus, for some immigrant women pressure to conform cultural expectations from family, both in the host country and country of origin, may be a source of conflict that compromises their ability to transition into society (Sinacore et al., in press).

In addition to cultural expectations, intergenerational gaps have been cited as a challenge for immigrant women. Intergenerational gaps are defined as the generational differences between adolescents and their parents' level of assimilation into the host country. These generational differences are related to the degree to which adolescents and their parents believe they should assimilate. Differences in these beliefs may result in family conflict, parenting stress, confusion around adolescent identity development, and communication issues (Merali, 2002; Shariff, 2009). Further, level of education appears to mediate discrepancies in family members' perceptions of assimilation, as parents with higher levels of education appear to be more accepting of their adolescents' assimilative behaviors (Merali & Violato, 2002). However, results with regard to generational conflict are mixed. For example, Kwast-Welfel, Boski, and Rovers (2004) found no significant difference in the discrepancy of values across three groups of immigrants, suggesting that immigrants' cultural transition to Canada did not necessarily lead to value conflicts between parents and adolescents. Yet, despite these findings, women remain the primary parent managing conflicts in the family that arise from cultural transitioning. At the same time, women may be source of family conflict if they reject their culture of origin's gender prescriptions. Thus, immigrant women may find themselves in a double bind whereby they are negotiating their own cultural transition while being called upon to maintain family unity.

Transnational Families

Another phenomenon particularly salient to women is transnational living, which occurs when one or more family members move to another country, while the other family member(s) remains in the country of origin. Studies of transnational families in Canada have focused on two general areas, transnational living and transnational marriage. Transnational living occurs when one parent (typically the mother) and her children moves to another country while the other parent (typically the father) remains in the country of origin to work and financially support the family. The working parent typically travels back and forth between the two countries (Petersen and Park-Saltzman, 2010). This arrangement results in women being responsible for establishing the family in the host country, thereby exacerbating the aforementioned tensions between their roles as spouses, mothers, and workers. Moreover, stressors resulting from changes in the family structure, financial pressures, parental responsibilities, and adjustment of children may be particularly salient for these women.

A second transnational situation results from an international marriage, wherein the married couple hails from two different countries with one spouse (typically the woman) immigrating to the other spouse's home country. Research has found that women who immigrate to Canada as a result of an international marriage are particularly vulnerable (Merali, 2012). For the most part, these women immigrate to Canada under the family reunification policy (Citizenship and Immigration Canada, 2002) whereby their Canadian spouse sponsors them. These policies require that for the first three years of residence, the sponsoring spouse provide housing, as well as financial support. Resultantly, transnational brides do not have access to the social assistance programs available to other immigrants. Even though the couple is married, these women do not automatically receive permanent residence, and they must independently initiate

this process in order to permanently stay in Canada. Accordingly, transnational brides frequently lack information about the sponsorship regulations making them vulnerable to deportation or spousal abuse (Merali, 2008). This reality is exacerbated if the bride does not speak English, as these women cannot easily access information about their legal rights under the sponsorship agreement whereas women with a minimum level of English proficiency report being able to access information and educate themselves about their rights should their husband withdraw support or abuse them (Merali, 2012).

Violence

Violence against women has been cited as a pre-eminent concern worldwide (Guruge, Roche & Catallo, 2012) and as such to understand societal inequities faced by immigrant women an analysis of the impact of violence is warranted.

The context, in which immigrant women live both pre and post migration has been identified as an important consideration in understanding the risks and consequences of violence.

Researchers have identified certain societal structures that contribute to violence against women including, post-migration stress and conflict, patriarchal social norms that dictate gendered behavior and support male dominance, gender inequality and financial dependence (Brownridge & Halli, 2002; Hyman et al., 2011; Miedema & Wachholz, 2012). Further, pre-migration conflict and forced migration may exacerbate the challenges women experience upon migrating to a new country and may result in various physical, mental, economic, and social consequences, including: poverty, deprivation, travel injuries, and sexual assault. Further, the process of post-migration resettlement may result in unanticipated

social and economic barriers, which may contribute to stress, family conflict, and resultantly put women risk for intimate partner violence (Guruge et al., 2012).

Moreover, the interplay of cultural norms and structural oppression serves as a significant barrier to immigrant women accessing both resources to escape abuse and the criminal justice system to prosecute abusers. Structural constraints such as language barriers, perceived racism in social agencies and the criminal justice system, as well as a lack of adequate ethno-cultural social services act as disincentives to abused women seeking assistance. Further, a lack of knowledge regarding their rights to legal protection deters women from accessing the criminal justice system (Miedema & Wachholz, 2012).

However, while patriarchal societal structures have been cited as factors that contribute to violence against women, Daoud and colleagues (2012) found that the neighborhoods in which immigrant women live mitigate their experiences of violence. These researchers reported that women living in neighborhoods with high a concentration of immigrants were less likely than women living in neighborhoods with few immigrants to experience violence, irrespective of their length of stay in Canada, socio-economic status, or family structure. Further, these authors posit that immigrant neighborhoods serve as a protective factor against abuse, especially for women, as immigrants living in these neighborhoods may face less social isolation and discrimination. As well, these neighborhoods may offer informal support and culturally appropriate solutions to challenges faced by immigrant women (Daoud, O'Campo, Urquia & Heaman, 2012).

Interpersonal Violence

In addition to the structural factors that contribute to and sustain violence, researchers have examined the experiences and consequences of interpersonal violence of immigrant and refugee women. For example, a study conducted by Guruge et al. (2012) revealed that participants had experienced various types of violence throughout their lifespan, with psychological abuse by a spouse/partner being cited most frequently. The most common types of abuse reported were insults, criticism, intimidation, slapping, hitting, shoving, forced sexual intercourse, and sexually degrading acts. Additionally, these researchers found that a substantial number of the women had experienced physical and mental health impairment, resulting from the violence they had experienced throughout their lifespan.

Alternatively, studies have found no difference in the prevalence of interpersonal violence between immigrant and Canadian born women (Ahmad & Stewart, 2005; Hyman, Forte, Du Mont, Romans, & Cohen, 2006). However, the rates of help seeking behavior such as, reporting abuse to the police, accessing social services, and accessing the criminal justice system were significantly lower among recent immigrant women as compared to women who have lived in the country for an extended period of time. As such, the social and structural barriers that impede immigrant women from seeking out assistance need to be addressed and systems put in place to help this population escape abuse.

Summary and Conclusions

The application of a social justice framework to the literature on Canadian women immigrants highlights the societal barriers that impede their ability to transition into Canadian society. Further, this analysis underscores social inequities at the national, community, and family levels in Canada.

At the national level, Canadian women immigrants are confronted with barriers to cultural transitioning resulting from the national immigration policy. That is, the skilled worker category of the policy, which privileges educated immigrants does not serve to facilitate women immigrants' career development. In fact, university educated women immigrants are unable to achieve occupational and economic parity with their Canadian counterparts. Additionally, the family reunification policy may render immigrant women in transnational marriages vulnerable to deportation, spousal abandonment and abuse, as these women do not have access to the same type of services provided to immigrants who enter Canada as refugees or economic immigrants. Thus, the implementation of these two policies may result in the marginalizing and disadvantaging of educated women immigrants, as well as those in transnational marriages.

At the community level, gender inequity, traditional patriarchal structures and discrimination have been identified as structural barriers to women's cultural transitioning. Women who want to break free from patriarchal norms may be a risk for violence and other consequences if they are unable to find support within their cultural community. Thus, the cultural community may serve as either a barrier or facilitator to women's empowerment and agency when transitioning into Canadian society. Further, discrimination and lack of culturally appropriate services may limit immigrant women's ability to access health care, employment

and social and legal services, rendering them vulnerable to illness, unemployment, as well as physical and psychological abuse.

Further, women's roles as spouse, mother, primary caregiver, and laborer may compromise immigrant women's occupational and cultural transitioning, whereby patriarchal cultural and gender inequity may be sources of conflict and stress in the family. Thus, assisting these women to negotiate the double bind they find themselves in as both the primary caregiver and financial provider is essential to their psychological wellbeing.

Additionally, pre and post migration experiences of violence compromise women immigrants' physical and mental health, thus negatively influencing their ability to transition. Further, these women are confronted with structural barriers to getting assistance from social service agencies and the criminal justice system. Yet, those women living in immigrant neighborhoods might find the necessary cultural and social support to confront and reduce the risk of violence. Thus, it is necessary to address the structural barriers for immigrant women to access social services and likewise develop culturally appropriate support networks such that immigrant women can escape interpersonal violence.

References

- Ahmad, F., Ali, M., & Stewart, D. E. (2005). Spousal-abuse among Canadian immigrant women. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 7(4), 239-246. doi: 10.1007/s10903-005-5120-4
- Asanin, J., & Wilson, K. (2008). "I spent nine years looking for a doctor": Exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario,

Canada. *Social science & medicine*, 66(6), 1271-1283.
doi:10.1016/j.socscimed.2007.11.043

Becklum, P., & Elgersma, S. (2008). *Recognition of the foreign credentials of immigrants*. (Publication No. PRB-04-29E). Retrieved from

<http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/researchpublications/prb0429-e.pdf>

Berger, R. (2004). *Immigrant women tell their stories*. New York, NY: Haworth Press.

Brownridge, D. A., & Halli, S. S. (2002). Double Jeopardy?: Violence Against Immigrant Women in Canada. *Violence and Victims*, 17(4), 455-471. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/208555710?accountid=12339>

Cardu, H. (2008). Career Nomadism and the building of a professional Identity in female immigrants. *Journal of International Migration and Integration*, 8, 429-439. doi:10.1007/s12134007-0031-y

Cardu, H., & Bouchamma, Y. (2000). *Identité et insertion socio-professionnelle: Un outil de counselling interculturel auprès de femmes immigrants*. Quebec, QC: Leas actes du CONAT. Retrieved from

<http://contactpoint.ca/wp-content/uploads/2013/01/pdf-00-06.pdf>.

Cardu, H., & Sanschagrín, M. (2002). Les femmes et la migration: les représentations identitaires et les stratégies devant les obstacles à l'insertion socioprofessionnelle à Québec. *Recherche Feministe*, 15(2), 87-122. Retrieved from <http://www.erudit.org/revue/RF/2002/v15/n2/006512ar.html>

Chen, C. P. (2008). Career guidance with immigrants. In J. Athanasou & R. V. Esbroeck (Eds.), *International handbook of career guidance* (pp. 419-442). New York, USA: Springer. doi:10.1007/978-1-4020-6230-8_21

- Citizenship and Immigration Canada (2002). Immigration and Refugee Protection Act. *Canada Gazette: Part II*, 36(9).
- Citizenship and Immigration Canada (2011). *Canada facts and figures: Immigration overview permanent and temporary residents*. (Catalogue No. Ci1-8/2010E-PDF). Retrieved from <http://publications.gc.ca/site/eng/393243/publication.html>
- Daoud, N., O'Campo, P., Urquia, M., & Heaman, M. (2012). Neighborhood context and abuse among immigrant and non-immigrant women in Canada: findings from the Maternity Experiences Survey. *International Journal of Public Health*, 57(4), 679-689. doi: 10.1007/s00038-012-0367-8
- Esses, V. M., Dovidio, J. F., Jackson, L. M., & Armstrong, T. L. (2007). The immigration dilemma: The role of perceived group competition, ethnic prejudice, and national identity. *Journal of Social Issues*, 57, 389-412. doi:10.1111/0022-4537.00220
- Fouad, N.A., Gerstein, L.H., & Toporek, R.L. (2006). Social justice and counseling psychology in context. In R.L. Toporek, L.H. Gerstein, N.A. Fouad, G. Roysircar, T. Israel (Eds.). *Handbook for Social Justice in Counseling Psychology* (pp. 1-16). Thousand Oaks, CA: Sage Publication
- Frenette, M., & Morissette, R. (2005). Will they ever converge? Earnings of immigrant and Canadian born workers over the last two decades. *International Migration Review*. 39(1), 5-24. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/11f0019m/11f0019m2003215-eng.pdf>.
- Fung, K, & Wong, Y.. (2007). Factors Influencing Attitudes Towards Seeking Professional Help Among East and Southeast Asian Immigrant and Refugee Women. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 216-231. doi: 10.1177/0020764006074541

- Galarneau, D., & Morissette, R. (2008). Immigrants' education and required job skills. *Perspectives on Labour and Income*, 9(12), 5-18. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2008112/article/10766-eng.htm>
- Ginsberg, F. & Sinacore, A.L. (2015). Articulating a social justice agenda for Canadian counselling and counselling psychology. In A. Sinacore, and F. Ginsberg (Eds.), *Canadian Counselling Psychology in the 21st Century*, Montreal, QC: McGill-Queens Press.
- Guruge, S., Roche, B., & Catallo, C. (2012). Violence against women: an exploration of the physical and mental health trends among immigrant and refugee women in Canada. *Nursing Research and Practice*, 2012. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1155/2012/434592>
- Haq, R., & Ng, S. W. (2010). Employment equity and workplace diversity in Canada. In A. Klarsfeld (Ed.), *International handbook of diversity management at work: Country perspectives on diversity and equal treatment* (pp. 68-82). Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Limited.
- Howard, R. & Donnelly, J. (1986). Human dignity, human rights, and political regimes, *The American Political Science Review*, 80(3), 801-817.
- Hynie, M., Crooks, V.A., & Barragan, J. (2011). Immigrant and refugee social networks: Determinants and consequences of social support among women newcomers to Canada. *Canadian Journal of Nursing Research*, 43(4), 26-46.
- Hyman, I., Forte, T., Du Mont, J., Romans, S., & Cohen, M. M. (2006). The association between length of stay in Canada and intimate partner violence among immigrant women. *Journal Information*, 96(4). Retrieved from <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2004.046409>

- Hyman, I., Mason, R., Guruge, S., Berman, H., Kanagaratnam, P., & Manuel, L. (2011). Perceptions of Factors Contributing to Intimate Partner Violence Among Sri Lankan Tamil Immigrant Women in Canada. *Health care for women international, 32*(9), 779-794. doi: 10.1080/07399332.2011.569220
- James, S., & Clarke, J. (2001). Surplus suffering: The case of Portuguese immigrant women. *Feminist Review, 68*, 167-170. Retrieved from: <http://www.jstor.org/stable/1395751>
- Kelley, N., & Trebilcock, M. (2010). *The making of a mosaic: A history of Canadian immigration policy* (2nd ed). Toronto, ON: University of Toronto Press Inc.
- Knowles, V. (2007). *Canadian immigration and immigration policy, 1540-2006* (Rev. ed.). Toronto, ON: Dondurn Press.
- Koert, E., Borgen, W. A., & Amundson, N. E. (2011). Educated immigrant women workers doing well with change: Helping and hindering factors. *Career Development Quarterly, 59*(3), 94-207. Retrieved from <http://readperiodicals.com/201103/2299078961.html#b>
- Kwast-Welfel, J., Boski, P., & Rovers, M. (2004). Intergenerational value similarity in Polish immigrant families in Canada in comparison to intergenerational value similarity in Polish Canadians and non-immigrant families. In G. Zheng, K. Leung, & J. G. Adair (Eds.) *Perspectives and Progress in Contemporary Cross-Cultural Psychology: Selected Papers from the Seventeenth International Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology* (pp.193-209). Ottawa, ON: University of Ottawa.
- Lam, B.T. (2005). An integrative model for the study of psychological distress in Vietnamese-American adolescents. *North American Journal of Psychology, 7*(1), 89-106.

- Miedema, B., & Wachholz, S. (2012). A complex web: Access to justice for abused immigrant women in New Brunswick. *Review of Women's Studies*, 11(1-2). Retrieved from <http://www.journals.upd.edu.ph/index.php/rws/article/view/2982>
- Merali, N. (2002). Perceived versus actual parent-adolescent assimilation disparity among Hispanic refugee families. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 24, 57–68. doi: 10.1023/A:1015081309426
- Merali, N. (2008). Rights-based education for South Asian sponsored wives in international arranged marriages. *Interchange: A Quarterly Review of Education*, 39, 205-220. doi:10.1007/s10780-008-9060-5
- Merali, N. (2012). Arranged and forced marriage. In M. Paludi (Ed.), *The Psychology of Love: Volume III - Meaning and Culture* (pp. 143-168). Santa Barbara, CA: Praegar Academic Publishers.
- Merali, N., & Violato, C. (2002). Relationships between demographic variables and immigrant parents' perceptions of assimilative adolescent behaviours. *Journal of International Migration and Integration*, 3(1), 65–82. doi: 10.1007/s12134-002- 1003-x
- Oreopoulos, P. (2009). *Why do skilled immigrants struggle in the labor market? A field experiment with six thousand résumés*. (Research Report No. 09 – 03). Retrieved from Metropolis British Columbia Website <http://riim.metropolis.net/assets/uploads/files/wp/2009/WP09-03.pdf>
- Ospina, S.T. (2013). *Uncovering the Role of Community Health Worker/Lay Health Worker Programs in Addressing Health Equity for Immigrant and Refugee Women in Canada: An Instrumental and Embedded Qualitative Case Study*. University of Ottawa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10393/23753>

- Petersen, L., & Park-Saltzman, J. (2010). Implications for counselling Asian transnational youth: The experiences of Taiwanese youth in Vancouver. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 44(4), 402-420.
- Read, G.J. (2004). Cultural influences on immigrant women's labour force participation. The Arab-American case. *The International Migration Review*, 38(1), 52-78. doi: 10.1111/j.1747-7379.2004.tb00188.x
- Reitz, J. G. (2007). Immigrant employment success in Canada part I: Individual and contextual causes. *International Migration and Integration*, 8, 11-36. doi:10.1007/s12134-0070001-4
- Shariff, A. (2009). Ethnic identity and parenting stress in South Asian families: Implications for culturally sensitive counselling. *Canadian Journal of Counselling*, 43(1), 35-46.
- Sinacore, A.L. (2011). *Utilizing international, multicultural and social justice perspectives in developing gender equity educational initiatives. Conference proceedings from the International Conference on the Comparison and Development of Gender Equity Education*, (pp. 61-72), Taipei, Taiwan.
- Sinacore, A.L. & Enns, C.Z. (2005). Multicultural and feminist literatures: Themes, dimensions, and variations. In C.Z. Enns & A. L. Sinacore (Eds.), *Teaching and Social Justice: Integrating Multicultural and Feminist Theories in the Classroom* (pp. 99-108). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Sinacore, A. L., & Lerner, S. (2013). The cultural and educational transitioning of first generation immigrant undergraduate students in Quebec, Canada. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 13, 67-85. doi: 10.1007/s10775-013-9238-y

- Sinacore, A. L., Mikhail, A. M., Kassin, A., & Lerner, S. (2009). Cultural transition of Jewish immigrants: Education, employment, and integration. *International Journal for Educational and Vocational Guidance, 9*, 157–176. doi:10.1007/s10775-009-9166-z
- Sinacore, A. L., Titus, J., & Hofman, S. (2013). The role of relationships in the cultural transitioning of immigrant women. *Women and Therapy, 36*, 235-251.
- Statistics Canada. (2007a). *Ethnic diversity and immigration*. Retrieved from: http://www41.statcan.ca/2007/30000/ceb30000_000_e.htm
- Statistics Canada (2007b). *Immigration in Canada: A portrait of the foreign-born population, 2006 census*. (Catalogue No. 97-557-XIE). Retrieved from <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-557/pdf/97-557XIE2006001.pdf>
- Statistics Canada (2008). *Canadian demographics at a glance*. (Catalogue No. 91-003-X). Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-003-x/91-003-x2007001-eng.pdf>
- Statistics Canada (2011). *Population growth: Canada, provinces and territories, 2010*. (Catalogue No. 91-209-X). Retrieved from http://www.statcan.gc.ca/pub/91-209_x/2011001/article/11508-eng.pdf
- Stewart, M. J., Neufeld, A., Harrison, M. J., Spitzer, D., Hughes, K., & Makwarimba, E. (2006). Immigrant women family caregivers in Canada: implications for policies and programmes in health and social sectors. *Health & Social Care in the Community, 14*(4), 329-340. doi: 10.1111/j.1365-2524.2006.00627.x

- Suto, M. (2009). Compromised careers: The occupational transition of immigration and resettlement. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 32, 417-429. doi:10.3233/WOR-2009-0853
- Wong, M. (2000). Ghanaian women in Toronto's labour market: Negotiating gendered roles and transnational household strategies. *Canadian Ethnic Studies*, 32(3), 45-68.

23

Violência no namoro: aspectos conceituais e horizontes para a prevenção

Karine Brito dos Santos

Universidade Federal da Integração Latino-Americana e
Centro Universitário Dinâmica das Cataratas

Sheila Giardini Murta

Universidade de Brasília

No início da década de 80, descrições pioneiras sobre a prevalência, a natureza e a extensão da violência no namoro já sinalizavam a necessidade de reconhecer as causas e compreender a dinâmica específica desse fenômeno bastante comum e tão pouco explorado na literatura. Concepções altamente idealizadas sobre namoro, românticas e irrealistas, escondiam um grave problema social: a negligência sistemática de aspectos negativos nas relações de namoro. Desde então, a exploração dessas interações pré-maritais, que desempenham uma importante função na antecipação da socialização de papéis conjugais, tornaram visíveis características persistentes e tipicamente padronizadas de relações violentas, outrora tratadas como casos individuais isolados (Makepeace, 1981, 1986).

Embora a seriedade e a gravidade da violência no namoro sejam constantemente minimizadas ou ignoradas por adultos, a violência nas relações íntimas dos adolescentes é um fenômeno intergeracional (Oliveira & Sani, 2009; Smith, Ireland, Park, Elwyn, & Thornberry, 2011), que espelha a dinâmica da violência entre parceiros íntimos adultos (Sousa, 1999; Shorey, Corenelius, & Bell, 2008; Cornelius, Shorey, & Beebe, 2010; Stader, 2011). Por um lado, assemelha-se, já que em ambos os tipos de relação há altos níveis de investimento e envolvimento emocional, uma ampla gama de informações pessoais é compartilhada com o parceiro podendo levar à vulnerabilidade emocional, bastante tempo é gasto em atividades conjuntas, e a dinâmica do casal é permeada por um direito presumido de influenciar o parceiro. Além disso, a violência é frequentemente recíproca tanto no contexto do namoro quanto na relação conjugal, e diversos fatores de risco são compartilhados, incluindo pobres habilidades de comunicação, uso de álcool, ciúmes e graus elevados de conflito no relacionamento (Shorey et al., 2008).

Por outro lado, difere da violência conjugal tendo em vista que não há uma vinculação jurídica implicada na relação de namoro. Nas relações de namoro há uma intensa pressão dos pares para o adolescente aderir às normas sociais do grupo de pares, os quais encorajam e regulam a participação destes nessas relações, podendo inclusive levar o adolescente a permanecer em uma relação violenta. Especialmente na adolescência, comportamentos estereotipados podem ser amplamente apoiados pelos pares (p. ex., subordinação feminina e dominação masculina), tornando os papéis de gênero mais evidentes nesta fase. Além disso, as adolescentes podem ser ingênuas e ter dificuldades de identificar sinais de perigo potencial para situações de violência no namoro, interpretando como indicadores de amor e masculinidade, comportamentos violentos e controladores (Shorey et

al., 2008), podendo inclusive ficar ainda mais relutantes em aceitar conselhos dos pais e de outros adultos nesse período da vida (Sousa, 1999).

Cinco aspectos caracterizam as complexas e multifacetadas relações românticas entre adolescentes, segundo Collins (2003): (1) *seleção do parceiro* (a natureza e significado da escolha do parceiro, clivagens de gênero nas preferências pela idade do parceiro); (2) *envolvimento* (se o adolescente namora ou não, a idade que começa a namorar; a frequência, a consistência e a duração da relação); (3) *conteúdo da relação* (o que os parceiros fazem juntos, diversidade de atividades compartilhadas, como o tempo dedicado à relação romântica é gasto, atividades e situações evitadas quando juntos); (4) *processos emocionais e cognitivos* (respostas emocionais, percepções, esquemas, expectativas e atribuições com relação a si mesmo e o outro); e (5) *a qualidade* (estabilidade da relação e em que medida esta proporciona experiências benéficas, manifestando intimidade, afeto e estímulo, ao invés de irritação, antagonismo e elevados níveis de conflito e/ ou comportamentos controladores).

Diversos mecanismos subjazem e mantêm o desenvolvimento da agressão nas relações íntimas, com impacto negativo em muitas habilidades essenciais para relações saudáveis, que não são desenvolvidas a contento por jovens envolvidos em violência no namoro. Jovens que cometem violência no namoro desenvolvem, dentre outros, estilos mal adaptativos de relacionamento que incluem: (1) perspectivas distorcidas sobre o que constitui e como determinar se uma relação é ou não saudável, e como construir confiança e respeito nessas interações íntimas; (2) inabilidades de regular as próprias emoções e comportamentos, que podem estar relacionadas à dificuldade de pais/professores na experiência de socializá-los, reações pessoais ao estresse e aumento de risco para o uso de substâncias; (3) uso da agressão para controlar ou angustiar o parceiro; (4) compreensão errônea da agressão como um meio para aumentar a excitação e o envolvimento na relação

com o parceiro ou, ainda, como estratégia efetiva para resolver problemas; (5) aprendizado de normas sociais favoráveis à aceitação da violência e suas consequências; (6) falhas em reconhecer brincadeiras agressivas como não divertidas para o parceiro, sobretudo quando essa interação ambivalente não ocorre no contexto de uma relação íntima de confiança, gerando um impacto negativo na pessoa vitimada; (7) uso de estratégias de resolução de conflito não construtivas e violentas; e (8) menor percepção negativa do impacto das consequências dos próprios comportamentos para os outros (Pepler, 2012).

Uma compreensão mais abrangente das características específicas das relações de românticas associadas com a violência física no namoro foi explorada por Giordano, Soto, Manning e Longmore (2010). Nesse estudo, que analisou a qualidade ou dinâmica das relações íntimas de adolescentes, os autores identificaram que adolescentes perpetradores de violência são mais propensos a relatar *características problemáticas* relacionadas a processos negativos do relacionamento, incluindo a falta de recebimento de suporte do parceiro, maior ciúme e traição de ambas as partes, e maior conflito verbal, notadamente, para as mulheres. Em que pesem as experiências de violência nas relações amorosas, e os preocupantes modos de resolução de conflito empregados pelos adolescentes, estes também vivenciam algumas dinâmicas positivas na relação. Tais *recompensas intrínsecas*, relacionadas ao nível de amor, autorrevelação íntima e cuidado percebido do parceiro, são similares em ambos os tipos de relação, com e sem perpetração, no entanto, maiores chances de perpetração foram associadas a relações onde há maior provisão e recepção de apoio instrumental. Outros fatores que contribuem para esse quadro remetem a *padrões de influência e interação*, cujos contatos entre os parceiros são mais frequentes (maior tempo gasto com o parceiro), as relações têm durações médias mais longas e com intimidade sexual. A perpetração da violência no namoro está associada a percepções masculinas de

menor equilíbrio de poder dentro da relação, e a violência feminina está relacionada a um maior poder e influência do parceiro do que os homens, com menor tempo gasto com amigos para mulheres em relações violentas (Giordano et al., 2010).

Uma ampla variedade de experiências violentas e diferentes modalidades de relações íntimas são estabelecidas, em caráter duradouro ou casual, entre adolescentes (Lavoie, Robitaille, & Hébert, 2000). Vivências complexas, e gradações dessa multiplicidade de experiências, classificadas em um *continuum*, se traduzem nas representações sociais de três modalidades de relacionamento dos adolescentes na atualidade: (1) *pegar*: ato não repetível, espontâneo e sem compromisso, no qual predomina o interesse físico pela beleza ou sensualidade; (2) *ficar*: zona relacional intermediária, caracterizada por alguma frequência e regularidade, com maior intimidade e proximidade, contudo sem as formalidades do namoro; e (3) *namorar*: ato contínuo e repetitivo derivado do ficar, com início e maior compromisso partilhado com o grupo social e a família. A modificação periódica da modalidade e da intensidade das relações, marcas da fluidez social dos adolescentes, suscita tensões sobre liberdade-responsabilidade na escolha dos adolescentes entre afetividade (namoro) e liberdade (pegar e ficar) (Oliveira, Gomes, Marques, & Thiengo, 2007). Para jovens universitários, o namoro está atrelado à noção de amizade, pressupondo amor, carinho e companheirismo (Bertoldo & Barbará, 2006). Além do compromisso, o significado das relações íntimas remete a intimidade física e sexual, e expectativas de monogamia, com impacto na necessidade de controle e poder, e no nível de ciúme sexual (Kaukinen, 2014).

Tipologias da violência no namoro

As definições de namoro e de violência no namoro variam amplamente. Murray e Kardatzke (2007) definem namoro como uma relação na qual dois indivíduos compartilham conexão emocional, romântica e/ou sexual além da amizade sem, no entanto, estabelecer uma relação de compromisso similar ao noivado ou casamento. O termo “violência no namoro”, por sua vez, carece de consenso na literatura (Lewis & Fremouw, 2001). Uma definição operacional precoce adotada na área remete a violência no namoro ao “uso ou ameaça de força física ou coerção realizada com a intenção de causar dor ou dano a outro” (Sugarman & Hotaling, 1989, p. 5). A inclusão de outras formas de violência, que frequentemente precedem ou ocorrem em combinação com a violência física, é uma expansão um tanto recente na exploração desse construto. Em que pese a grande variabilidade nas definições, Shorey et al. (2008) e Stader (2011) destacam três facetas difundidas vastamente pelos pesquisadores desse campo: a *violência física* (p. ex. intencionalmente bater, jogar um objeto no parceiro, dar pontapés, socos, empurrar, chutar e beliscar); a *violência psicológica* (p. ex., prejudicar ou ameaçar a autoestima do parceiro fazendo-o se sentir culpado ou inferior, criticar, insultar, depreciar e assediar moralmente o parceiro, manter o parceiro longe de amigos e familiares, ameaçar quebrar, dizer coisas que chateiam ou ferem o parceiro, xingar e provocar); e a *violência sexual* (p. ex. obrigar o parceiro a participar de atividades sexuais além do desejado pelo parceiro ou sem o seu consentimento, obrigar a participação em relações sexuais ou outros atos sexuais por intimidação deliberada ou coerção do parceiro, assédio sexual, espionar e tirar fotos nuas).

Embora “atos” não captem a complexidade do fenômeno da violência, ou seja, o contexto em que esta se desenvolve, interpretações de tais contextos e, tampouco, consequências e significados que lhe são atribuídos, o desenvolvimento

de tipologias para capturar o contexto e a heterogeneidade de atos perpetrados por homens e mulheres, fornecem uma documentação cuidadosa sobre a violência nas relações de namoro (Foshee, Bauman, Linder & Rice, 2007; Martsoft, Draucker, Stepherinson, Cook, & Heckman, 2012).

Dentre os quatro tipos de perpetração feminina identificados Foshee et al. (2007), a violência reflete, em ordem de importância, motivações variadas que vão desde *respostas ao terrorismo patriarcal* (p. ex., violência em defesa própria ou por estar “farta” dos comportamentos abusivos do namorado, que tenta controlá-la por algum tempo por meio de abuso físico ou psicológico); *respostas de raiva* (p. ex., violência infligida porque o namorado a tinha traído ou estava falando com outra garota); *constrangimento moral* (p. ex., violência em resposta à infidelidade sexual pelo fato do namorado beber muito álcool ou usar drogas, flertar com outra menina ou colocar pressão sobre ela para fazer sexo); até *respostas de agressão de primeira vez* (p. ex., violência motivada por autodefesa, retaliação). Já os motivos primários dos homens para os atos de violência são classificados em uma única categoria denominada *prevenção à escalada*. A maioria dos atos masculinos de perpetração (p. ex., sacudir a parceira, empurrá-la no chão, segurá-la até que ela se acalme e pare de acertá-lo, agarrá-la nos braços e contê-la) envolve, paradoxalmente, o emprego da violência, moderada ou branda, como justificativa para impedir a escalada da violência, rumo à luta física com a namorada (Foshee et al., 2007).

Outro desafio no campo é considerar separadamente fatores associados à vitimização e à perpetração, dada a co-ocorrência dos diferentes tipos de violência no namoro (Thompson, 2014; Kaukinen, 2014), com muitos relatos tanto de vitimização quanto de perpetração (Grych & Swan, 2012) e, ainda, a natureza interrelacional de experiências de perpetração e vitimização de violência no namoro, assédio sexual e *bullying* (Miller et al., 2013; Foshee et al., 2014). Embora antecedentes e consequências associadas à violência no namoro sejam

fundamentalmente diferentes na vitimização e na perpetração, para ambos os sexos, a literatura sugere que em relacionamentos onde a violência é mútua ou recíproca e, portanto, bidirecional, é altamente provável um indivíduo atuar em ambos os papéis, ou seja, como perpetrador e como vítima de violência nesses contextos (Lewis & Fremouw, 2001).

O estudo de Kaukinen, Gover e Hartman (2012) corrobora a tendência à violência recíproca, ao investigar o conceito de mutualidade da violência em relações casuais e exclusivas de mulheres jovens. Neste estudo não foram encontradas diferenças significativas na incidência da violência física em relações casuais e exclusivas, sendo observado um padrão mútuo de violência nessas relações. Há, no entanto, uma igual ou maior propensão feminina à perpetração de comportamentos violentos contra o parceiro, se comparado às experiências de vitimização relatadas pelas jovens. Tais achados são consonantes com estudos prévios cujos resultados evidenciaram que a violência perpetrada por mulheres no namoro é uma ocorrência comum entre adolescentes, universitários e adultos (Williams, Ghandour, & Kub, 2008).

Embora a principal característica da violência situacional entre o casal seja a assimetria de poder e a reciprocidade, segundo Menesini, Nocenti, Sanchez, Ortega-Rivera e Ortega (2011), distintos padrões podem ser encontrados considerando a interação entre diferentes níveis de conflito, agressão e desequilíbrio de poder na relação. Adolescentes envolvidos em agressão psicológica mútua são mais propensos, se comparados com indivíduos não agressivos, a ter baixos níveis de apoio, definido aqui como comunicação e expectativas para o futuro. Em contraste, adolescentes envolvidos com agressão psicológica e física recíproca, se comparados com indivíduos não agressivos e com agressivos psicológicos recíprocos, são mais propensos a ter elevados níveis de conflito e desequilíbrio de poder na relação.

Tirar conclusões sobre as tipologias de violência no namoro (Toscano, 2012) e, conseqüentemente, a respeito dos índices de prevalência associados a essa problemática tampouco é uma tarefa fácil, dada a discrepância dos critérios de definição operacional adotados pelos pesquisadores nas investigações da área (Lewis & Fremouw, 2001). A literatura tem apontado uma série de questões que dificultam o relato e a medição de experiências dessa natureza (Murray & Kardatzke, 2007). O uso exclusivo de medidas de autorrelato, cujas tipologias desconsideram vários aspectos do contexto e a heterogeneidade da perpetração da violência (Foshee et al., 2007), pode não representar de modo fidedigno os comportamentos do mundo real e sua prevalência (Reidy et al., 2016), estando tais relatos sujeitos a vieses de desejabilidade social (Bell & Naugle, 2007; Shorey et al., 2008).

O estudo de Oliveira, Assis, Njaine e Oliveira (2011) sinaliza, também, a existência de uma sobreposição nos relatos de violência física, sexual e psicológica, o que torna ainda mais complexo capturar esse fenômeno. Segundo as autoras, a vivência dos três tipos de violência nas relações afetivo-sexuais é relatada por 24,9% dos jovens. A violência psicológica ocorre de modo isolado em 33,2% dos casos, sobrepondo-se mais à violência sexual (32,3%) do que à violência física (7,9%). A frequência da violência sexual é de 1,6%, com apenas 0,1% de sobreposição com a violência física, sem ocorrência exclusiva de violência física. Além disso, nem sempre os relatos de comportamentos violentos no namoro são avaliados considerando ambos os membros do casal, o que poderia explicar aspectos relacionados à reciprocidade da violência dentro dessas relações (Reidy et al., 2016).

A violência nas relações de namoro possui uma dinâmica bidirecional, ou seja, ocorre de maneira mútua, podendo ser sofrida e perpetrada por ambos os parceiros. A prevalência dos diversos tipos de violência nas relações afetivo-sexuais

de jovens brasileiros foi investigada por Oliveira e cols. (2011) em uma amostra de 3.205 jovens, com idade entre 15 e 19 anos, de escolas públicas e privadas, em dez cidades do Brasil. A maior prevalência encontrada nesse estudo foi de violência verbal (sofrida: 85%; perpetrada: 85,3%), seguida da violência sexual (sofrida: 43,8%; perpetrada: 38,9%), da ameaça (sofrida: 24,2%; perpetrada: 29,2%), da violência física (sofrida: 19,6%; perpetrada: 24,1%) e da violência relacional (sofrida: 16%; perpetrada: 8,9%) (Oliveira et al., 2011).

Modelos explicativos da violência no namoro

Diversas teorias concorrem para explicar a presença precoce do fenômeno da violência entre parceiros íntimos nas relações de namoro durante a fase da adolescência (teoria do apego, teorias feministas, modelo transacional de ajustamento, teoria da aprendizagem social etc.). Há desde modelos que permitem uma visão microssocial das diferenças individuais, de fatores relacionais e de aspectos da socialização que influenciam a ocorrência da violência, até modelos que possibilitam uma análise crítica macrossocial envolvendo aspectos culturais que banalizam e legitimam situações abusivas nas relações de namoro entre jovens (Fernet, 2005). Embora o fenômeno da violência no namoro seja visto por ângulos distintos em cada modelo explicativo, há relativo consenso de que as relações interpessoais e o meio social são cruciais para o desenvolvimento de trajetórias de violência entre os adolescentes. Como nenhuma teoria é capaz de capturar por completo o conhecimento sobre a presença da violência nesse contexto, e cada teoria contribui em parte e de modo complementar para compreender a violência no namoro (Oliveira et al., 2011), a seguir são sumarizadas as principais contribuições de duas vertentes do conhecimento para descrição desse problema-alvo: o modelo bioecológico e a teoria cognitiva social (TCS).

Uma visão abrangente do fenômeno da violência no namoro pode ser alcançada por meio da perspectiva bioecológica do desenvolvimento humano, proposta originalmente por Bronfenbrenner (1979/1996; 2004). O modelo bioecológico possibilita uma compreensão ontológica da violência no namoro, partindo do princípio de que a violência é produto da interação dinâmica de quatro núcleos: pessoa (P), processo (P), contexto (C) e o tempo (T) (Bronfenbrenner & Evans, 2000). De acordo com a perspectiva bioecológica, a pessoa é considerada um sujeito ativo, sendo ao mesmo tempo produto e produtor do seu desenvolvimento, o qual está relacionado a estabilidade e mudanças durante o ciclo de vida, que refletem nas suas características biopsicológicas e nas características construídas na sua interação com o ambiente. O principal mecanismo responsável pelo desenvolvimento é o processo, que se refere ao modo particular de interação concebido entre a pessoa e o ambiente. Essas interações recíprocas do sujeito com as pessoas, os símbolos e objetos presentes no ambiente imediato, que se tornam progressivamente mais complexas, são denominadas de processos proximais. Por serem os principais motores do desenvolvimento psicológico, tais processos são capazes de determinar trajetórias de vida de modo a estimular ou inibir a expressão de competências nas esferas afetivas, cognitivas e sociais (Poletto & Koller, 2008).

O contexto envolve sistemas interrelacionados que vão desde o ambiente imediato (microsistema), passando pelo mesosistema, exosistema até chegar ao ambiente mais distante (macrossistema). O contexto pode ser analisado considerando a interação de quatro níveis: o indivíduo, as relações, a comunidade e a sociedade (Poletto & Koller, 2008). O nível individual engloba as características biológicas e psicológicas, bem como as construídas pelo indivíduo na interação com o ambiente ao longo do ciclo de vida. O nível das relações envolve as diversas interações imediatas do indivíduo com o seu ambiente mais próximo (p. ex.

família, escola, vizinhança, pares, trabalho, igreja). O âmbito da comunidade inclui estruturas informais e formais das quais o indivíduo não participa diretamente, mas que o afetam de algum modo (p. ex., rede social de apoio, trabalho dos pais, religião, saúde pública, sistema educacional, comunidade). No nível macro, o indivíduo é influenciado por contextos sociais e simbólicos (p. ex., leis e políticas públicas, valores, subculturas, situações e acontecimentos históricos, crenças, cultura, religiões, ideologias, mídia) engendrados pela sociedade em geral (Abreu, 2012).

No modelo bioecológico o tempo possibilita examinar como mudanças e continuidades que acontecem no ciclo de vida influenciam no desenvolvimento, sendo analisado em três níveis: o microtempo, o mesotempo e o macrotempo. O microtempo envolve a continuidade e descontinuidade que se dá durante a realização de uma determinada atividade executada dentro de episódios de processos proximais (p. ex., o tempo de duração da relação de namoro de um casal). O mesotempo engloba intervalos de tempo como dias e semanas onde é observada a periodicidade de tais episódios. Já o macrotempo se refere aos eventos e experiências mutantes e constantes no âmbito da sociedade ampliada e das gerações, os quais afetam e são afetados pelos processos proximais e derivados do desenvolvimento humano ao longo do ciclo de vida (Poletto & Koller, 2008).

De modo geral, a abordagem bioecológica possibilita que o desenvolvimento humano seja compreendido de modo contextualizado a partir desses quatro núcleos dinâmicos e inter-relacionados (PPCT). Segundo Lordello e Costa (2015, p. 45), “o namoro e as experiências relativas à sexualidade representam, no desenvolvimento, processos proximais”. Segundo as autoras, os adolescentes precisam refletir sobre o que esse processo que envolve a relação amorosa vem promovendo na sua vida. Alguns sinais de alerta podem ser identificados ainda durante o processo (p. ex., baixa estima, tristeza, sentimento de inferioridade e

incompetência e depressão), indicando padrões disfuncionais na relação de namoro de que “o príncipe está virando sapo” (p. 46). Considerando que os processos proximais se desenvolvem nos sistemas (micro, meso, exo e macro), é fundamental mapear os contextos que suscitam entre os adolescentes namoros violentos ou saudáveis, e propor “intervenções que potencializem os sistemas como promotores de desenvolvimento e enriqueçam os fatores de proteção que neles estão presentes” (p. 49). No que se refere à pessoa e seu papel na relação de namoro, a detecção precoce de aspectos como impulsividade, reatividade e agressividade pode ser observada pelos parceiros envolvidos na relação de namoro, no entanto tais aspectos são por vezes mascarados em atitudes defensivas nem sempre reconhecidas pelos membros do casal. É possível, ainda, os adolescentes se despersonalizarem ao atenuar seus limites de tolerância na medida em que tendem a se culpabilizar por não atender às expectativas do amor idealizado, o que é prejudicial ao desenvolvimento saudável de relações amorosas. Dadas as transições normativas e não normativas vividas pelos adolescentes nessa fase da vida, e seus impactos no desenvolvimento pessoal e nas pessoas ao seu redor, é importante não somente acompanhar tais processos proximais, como sobretudo prover intervenções capazes de viabilizar “processos proximais saudáveis e detectar precocemente fatores de risco presentes e possíveis de serem manejados” (Lordello & Costa, 2015, p. 50).

Compreender ecologicamente a violência no namoro implica, portanto, considerar as interações e transições do indivíduo nesses diversos contextos, desde os mais imediatos até os mais distantes, concebendo-o produto e produtor do seu desenvolvimento (Poletto & Koller, 2008) e, por conseguinte, da violência no namoro, enquanto fenômeno socialmente construído na sua relação com o ambiente. Embora o modelo bioecológico sirva para orientar a descrição do problema (i. e. violência no namoro), é altamente recomendável inseri-lo também,

sempre que possível, na proposição de intervenções para solução do problema (Bartholomew & Mullen, 2011), ao desenvolver intervenções capazes de minimizar os fatores de risco e potencializar os fatores de proteção, se possível em todos os níveis do sistema bioecológico (Abreu, 2012).

A teoria cognitiva social (TCS), proposta por Bandura (1986), possibilita uma compreensão ampla da violência no namoro, e sua aplicação tem sido usual na área de promoção de saúde. Nesta teoria o comportamento humano é explicado “em termos de um modelo de determinismo recíproco em que comportamento, cognição e outros fatores pessoais, e eventos ambientais todos funcionam como determinantes interagindo entre si” (Bandura, 1986, p. 18). Dentre os principais determinantes do comportamento postulados pelo autor (p. ex., expectativas de resultado, autoeficácia, capacidade comportamental), o comportamento percebido dos outros (Bandura, 1986) é o que parece melhor contribuir para explicar a violência no namoro enquanto fenômeno intergeracional (Smith et al., 2011).

De acordo com a TCS, a violência no namoro seria aprendida a partir da observação de modelos de comportamentos violentos de outros (p. ex., pais, família, amigos, pares). Essa aprendizagem vicária por modelação permitiria o indivíduo formular regras para comportamentos, as quais em ocasiões futuras poderiam servir como uma espécie de guia para orientar suas ações (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb, & Fernández, 2011). O aprendizado de modelos comportamentais violentos pode levar o indivíduo a desenvolver uma visão equivocada de que a agressão é uma estratégia efetiva para resolver problemas (Pepler, 2012). A TCS é um quadro de referência útil para descrever diversos fatores de risco associados à violência no namoro, relacionados violência familiar (Foshee et al., 2008), a exposição a modelos de comportamentos agressivos na família, na escola, na vizinhança e entre os pares (Foshee et al., 2012), a exposição à violência marital (Garrido & Taussig, 2013; Dardis et al., 2014), modelos de

comportamentos desviantes na escola (Foshee et al., 2015) e influência dos pares (McDonell, Ott, & Mitchell, 2010; Leen et al., 2013).

Embora a TCS seja amplamente usada na descrição da intergeracionalidade relacionada ao aprendizado da violência nas relações de namoro (Oliveira & Sani, 2009), esta teoria também pode contribuir para o desenho de intervenções voltadas para a resolução deste problema (Bartholomew & Mullen, 2011). O comportamento percebido de outros é “um método muito efetivo para mudança de comportamento através da modelação”, pois um indivíduo, ao observar um modelo recebendo reforço pode experimentar reforço vicário (Bartholomew et al., 2011, p. 104). Assim, a TCS pode ser usada enquanto método em intervenções com foco na prevenção à violência no namoro, para prover modelos que encorajem a aprendizagem de determinados comportamentos (Bartholomew et al., 2011). A modelagem de respostas eficazes para os adolescentes intervirem de modo seguro enquanto espectadores potenciais de situações de violência no namoro entre os pares (Weisz & Black, 2008), e o fornecimento de modelos de papéis confiáveis pelos pares (Weisz & Black, 2010) são exemplos de como usar a TCC para promover mudança de comportamentos em relações violentas.

Fatores de risco para a violência no namoro

Diversos fatores intrapessoais e contextuais podem afetar trajetórias que influenciam a vitimização e/ou perpetração da violência nas relações de namoro dos adolescentes (Vagi et al., 2013), tais como: aceitação da violência no namoro, exposição à violência familiar, habilidades de comunicação destrutivas e estereótipos de gênero (Foshee et al., 2008); conhecer vítimas ou perpetradores de violência no namoro na rede de pares, nível de ensino na escola, aceitação de comportamentos violentos no namoro e na família, envolvimento juvenil com a

justiça (McDonnell et al., 2010); experiências prévias de violência entre pares e de violência no namoro (Boivin, Lavoie, Hébert, & Gagné, 2012); níveis elevados de raiva e ansiedade, maior exposição a modelos de comportamentos agressivos na família, na escola, na vizinhança e entre os pares (Foshee et al., 2012); atitudes em relação à violência, influência dos pares (McDonnell et al., 2010; Leen et al., 2013) e normas dos pares que suportam a violência (Thompson, 2014); uso de drogas, incluindo álcool e/ou maconha (Shorey, Stuart, & Cornelius, 2011; Foshee et al., 2012); experiências de perpetração, direta e indireta, de *bullying* (Foshee et al., 2014); história de abuso do parceiro, estados emocionais negativos, comportamentos sexuais de risco, saúde mental sintomática, nível de suporte da família, de amigos e de instituições (Kaukinen, 2014); além de suporte social percebido do parceiro (Shorey et al., 2015).

Embora muitos correlatos e preditores da perpetração da violência no namoro sejam similares para ambos os sexos, estudos recentes apontam clivagens de gênero nos fatores relacionados à perpetração (Dardis, Dixon, Edwards, & Turchik, 2014; Foshee et al., 2015). Riscos compartilhados por ambos os sexos vão desde a exposição à violência interparental, uso/abuso de álcool/drogas, falta de habilidades de resolução de problemas, características do grupo de pares, dinâmicas de poder no relacionamento social (Dardis et al., 2014), até conflitos familiares, raiva e modelos de comportamentos desviantes na escola (Foshee et al., 2015). Ao que parece, a perpetração feminina está relacionada às características individuais (p. ex., habilidades de regulação da raiva, elevada hostilidade), sintomas internalizantes (p. ex., depressão) e experimentar vitimização em relações não românticas (p. ex., pares). Menor nível socioeconômico e educacional, maior duração da relação, e características de personalidade antissocial estão ligados à perpetração masculina (Dardis et al., 2014). Fatores de risco adicionais compartilhados por mulheres envolvem ansiedade e modelos de comportamentos

desviantes na vizinhança e, para os homens, o uso de abusivo de álcool (Foshee et al., 2015).

Horizontes para a prevenção na área

Orientações gerais para programas de prevenção e promoção de saúde têm encorajado a prática baseada em evidências (Murta, 2011). Especialmente no campo da prevenção à violência no namoro, a exploração da literatura sobre fatores de risco e proteção deve servir de guia para pesquisadores e profissionais desenvolverem, implementarem e avaliarem estratégias de prevenção à violência no namoro. Embora alguns profissionais questionem a eficácia de programas dirigidos a múltiplos fatores de risco, se comparados a programas focados na violência no namoro, sob o argumento de que esses podem “desvirtuar” a educação sobre a dinâmica da violência no namoro, recomendações contrárias incentivam levar em conta múltiplos fatores de risco, em ambos os níveis, individuais e relacionais, no desenho desses programas. A tendência mais proeminente na área tem sido concentrar os esforços de prevenção no desenvolvimento de intervenções para modificar um ou mais fatores de risco e de proteção baseados em evidência (Vagi et al., 2013).

Uma série de intervenções preventivas com foco na mudança de conhecimento, atitude, comportamento e/ ou no ensino de habilidades têm sido desenhadas, nos últimos cinco anos, para reduzir a violência no namoro, sobretudo nos Estados Unidos e na Europa (Antle, Sullivan, Dryden Karam, & Barbee, 2011; Póo & Vizcarra, 2011; Miller et al., 2012; Saavedra, Martins, & Machado, 2013; Foshee et al., 2014; Ball et al., 2015; Taylor, Mumford, & Stein, 2015; Miller et al., 2015). Em edição recente, um suplemento específico do *Journal of Adolescent Health* sobre intervenções para prevenir e reduzir a violência no

namoro entre adolescentes, apresenta um leque variado de estratégias de ponta para prevenção primária nesse campo. Aponta ainda a necessidade de intervenções eficazes, com destaque para dois currículos baseados em evidência submetidos à rigorosa avaliação de eficácia: o *Safe Dates* e o *Fourth R* (Leviton, Herrera, & Miller, 2015).

O *Fourth R: Skills for Youth Relationships* (Wolfe et al., 2009) é um programa de base escolar, manualizado e integrado ao currículo escolar do ensino médio na área de educação física e de saúde, em classes separadas por sexo. O desenho da intervenção, que envolve componentes de base individual e escolar, engloba desde atividades focadas na definição e prática de responsabilidades associadas a relações saudáveis, treinamento de habilidades de adiamento, negociação e de recusa, e *role play* para aumentar habilidades interpessoais e de resolução de conflito na interação entre os pares e parceiros amorosos. No nível individual, um currículo com 21 sessões foi oferecido pelos professores aos adolescentes, dividido em três unidades com sete encontros de 75 minutos duração cada, envolvendo os seguintes temas: segurança pessoal e prevenção de danos, crescimento saudável e sexualidade, e uso e abuso de substâncias. No nível escolar, o programa incluiu a entrega de informações para os pais e alunos líderes, treinamento para professores sobre violência no namoro e relações saudáveis, com duração de seis horas, além de manual com orientações sobre o programa para mobilizar a comunidade escolar na sua condução.

Os resultados do *Fourth R* indicam efeitos positivos na redução da perpetração de violência no namoro, anos mais tarde, sobretudo para os homens, endossando a importância do ensino de maneiras saudáveis de se relacionar, e formas de evitar relações abusivas no namoro, além de favorecer práticas sexuais masculinas mais saudáveis, indicadas pelo uso da camisinha. Todavia, não foram constatadas mudanças significativas nas taxas globais de uso de substância e violência entre

pares, com maior número de relatos de perpetração feminina. Recomendações futuras desse estudo sinalizam a importância de investir na compreensão do contexto no qual os comportamentos violentos no namoro acontecem, sugerindo a combinação efetiva de métodos (p. ex., entrega interativa, ensino de habilidades) e a adoção de uma perspectiva centrada nos relacionamentos dos jovens (Wolfe et al., 2009).

O *Safe Dates Project* (Foshee et al., 2005) é um programa de base escolar que inclui um currículo de dez sessões, com 45 minutos de duração cada. Oferecido por professores de educação física e de saúde, o programa envolve um jogo realizado pelos alunos, focado nas fontes de ajuda para pessoas envolvidas em relações abusivas, e nas consequências negativas da violência no namoro, além de um concurso de cartazes com base no conteúdo do currículo. O programa foi desenhado para prevenir o início e promover cessação da perpetração e da vitimização da violência no namoro, melhorar habilidades de gerenciamento de conflitos (respostas à raiva e habilidades de comunicação), e modificar normas relacionadas a estereótipos de gênero, a aceitação da violência no namoro, bem como a sanções percebidas por uso desse tipo de violência. As atividades tinham como foco a modificação de normas relacionadas à violência no namoro, alterando as respostas dos pares nesse contexto, para aumentar a percepção quanto ao impacto negativo da violência.

Efeitos positivos do *Safe Dates* indicaram uma moderada-inferior vitimização por violência física no namoro, e perpetração menor de violência psicológica e moderada de violência física e sexual no namoro. Contudo, em nenhum dos quatro anos de *follow up* houve prevenção ou redução da vitimização por violência física severa no namoro e da vitimização por violência psicológica, sem afetar também crenças na necessidade de ajuda e habilidades de gerenciamento de conflitos. Embora tenha efeitos positivos na prevenção primária e secundária da

violência no namoro, para ambos os sexos e brancos e negros, a sua generalização é limitada em função do contexto rural circunscrito à condução do programa. Dentre as recomendações de aperfeiçoamento do programa, os autores apontam a necessidade de ensinar habilidades de resolução de conflito e alterar crenças sobre a necessidade de ajuda (Foshee et al., 2005). De modo geral, o *Safe dates* e o *Fourth R* chamam atenção para manter o foco positivo nas habilidades de relacionamento entre os pares e na relação de namoro (Wolfe et al., 2009), além de mudar o contexto dos pares ao desenhar atividades para alterar suas respostas frente a violência no namoro (Foshee et al., 2005).

Educar os estudantes sobre o seu papel como espectadores tem sido um modo de alterar respostas dos pares nesse contexto, de acordo com Branch, Richard e Dretsch (2013). Segundo os autores, em situações de violência por parceiros íntimos entre os amigos, os jovens são mais propensos a chamar a polícia (54%), reportar o ocorrido a funcionários do campus universitário (56%) e tentar interromper a violência por contra própria (87%), caso presenciem um amigo sendo abusado, do que se o amigo estiver perpetrando violência. Comparativamente, se fossem espectadores de um amigo sendo abusivo com o parceiro, 38% chamariam a polícia, 42% reportariam a ocorrência a funcionários do campus e 84% tentariam parar a perpetração da violência por contra própria. Chama atenção, em ambos os casos, o elevado percentual de estudantes propensos a comportamentos de risco. Os esforços de prevenção devem mudar o foco dirigido à potencial vítima e o potencial perpetrador para os pares e membros da comunidade, fornecendo informações aos estudantes sobre prevalência, sinais de alarme e *continuum* da violência no namoro. É importante, sobretudo, modelar técnicas de intervenção apropriadas e seguras para ajudá-los a reduzir potenciais riscos associados à intervenção nesses casos, aumentando a boa vontade em relatar comportamentos violentos no namoro entre seus amigos (Branch et al., 2013).

Como os pares são uma influência importante na modelação de atitudes e comportamentos (Garrido & Taussig, 2013), capazes de fornecer modelos de papéis confiáveis para os seus pares (Weisz & Black, 2010), eles podem servir como modelo para identificar e ajudar a cessar o uso da violência entre os pares e nas relações de namoro (Leadbeater, Banister, Ellis, & Yeung, 2008). A introdução de modelos mais pró-sociais no ambiente dos adolescentes, e a promoção crenças pró-sociais em atividades durante a intervenção, podem ser úteis no desenvolvimento de programas de prevenção à violência entre pares e no namoro (Foshee et al., 2015), já que promover crenças pró-sociais é um reconhecido componente chave de programas de desenvolvimento positivo da juventude (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak, & Hawkins, 2004).

A prevenção da violência no namoro torna-se premente, considerando a relevância e gravidade dos casos de violência frequentemente noticiados pela mídia e tendo em vista que inexitem no Brasil experiências com eficácia comprovada na prevenção à violência no namoro entre adolescentes e jovens, sendo um tema pouco explorado nos estudos sobre adolescência em geral (Njaine, Oliveira, Ribeiro, Minayo, & Bodstein, 2011). Em revisão sistemática de literatura sobre a prevenção primária à violência no namoro, Murta e colaboradores (2013a) mapearam as publicações realizadas na área entre 1992 e 2010 considerando aspectos metodológicos (p. ex., delineamento, participantes, contexto) e características da intervenção (p. ex., tipo de prevenção, conteúdo, formato). Nesse levantamento, foram encontrados 15 estudos que preencheram os critérios de inclusão previamente definidos, no entanto não foram identificados na literatura nacional até aquele período estudos nacionais de intervenção com foco na prevenção à violência no namoro.

O estudo nacional pioneiro sobre o desenvolvimento, implementação e avaliação de uma intervenção focada na prevenção à violência no namoro e

promoção de habilidades de vida em adolescentes foi realizado por Murta et al. (2013b). Neste estudo quase-experimental, o efeito da intervenção sobre crenças sexistas e homofóbicas e a intenção de enfrentamento à violência no namoro foram avaliadas em 60 adolescentes de uma escola pública do Distrito Federal. A condição intervenção incluiu a oferta de sete sessões grupais abordando aspectos relacionados a habilidades de vida, direitos sexuais e reprodutivos e questões de gênero. Nesse estudo, os resultados no pré-teste e pós-teste indicaram maior redução em crenças sexistas e homofóbicas para os adolescentes que participaram da intervenção, se comparados com o grupo controle. No entanto, entre as condições experimentais a intenção de enfrentamento à violência no namoro foi similar, com redução na intenção de violência e resignação, e um aumento na intenção de negociação. Além disso, após cinco meses a prática de habilidades interpessoais foi relatada pelos adolescentes no *follow up*. Os achados de Murta et al. (2013b) sugerem benefícios desta intervenção de base escolar para o aumento da aplicação cotidiana de habilidades de vida e redução de crenças sexistas e homofóbicas. Sinaliza ainda a necessidade de novas avaliações desta intervenção, tendo em vista a escassez de estudos de prevenção primária à violência no namoro Brasil.

Em estudo quase-experimental com triangulação de métodos, os efeitos de um programa de prevenção à violência no namoro sobre o endosso a normas tradicionais de papéis de gênero masculino, dificuldades em regulação das emoções e intenções de enfrentamento dessa questão (Murta et al., 2016). Neste estudo, a amostra foi composta de 45 adolescentes, mulheres (72,4%) e homens (27,6%) entre 15 e 17 anos, do ensino médio de uma escola pública do Distrito Federal. Os participantes alocados no grupo experimental (GE; n=21) receberam uma intervenção com nove sessões cujos conteúdos abordaram informações sobre violência no namoro, papéis de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, habilidades

sociais, tomada de decisão e empoderamento, sendo que o grupo controle (GC; n=24) não recebeu nenhuma intervenção. Os resultados indicaram uma redução significativa no GE de atitudes que sustentam a restrição emocional como característica masculina se comparado ao GC. Embora não tenham sido encontradas mudanças significativas na regulação emocional e intenções de enfrentamento à violência no namoro, foram identificados nos relatos dos adolescentes a aplicação cotidiana de habilidades de expressão emocional, empatia e assertividade.

Educar sobre o papel do espectador (Branch et al., 2013), introduzindo no ambiente dos adolescentes modelos de papéis mais pró-sociais (Foshee et al., 2015) capazes de alterar as respostas dos pares nesse contexto, constitui estratégia potencialmente promissora para ajudar a modelar atitudes e comportamentos a fim de favorecer o reconhecimento e a cessação da violência no namoro (Leadbeater, Banister, Ellis, & Yeung, 2008; Weisz & Black, 2010; Garrido & Taussig, 2013). Seguindo as tendências para a prevenção primária nesse campo (Leviton et al., 2015), a conjugação de estratégias baseadas nos pares e na abordagem do espectador pode ser uma ferramenta útil na prevenção à violência no namoro. Um estudo com este foco foi realizado por Santos (2016), que avaliou a eficácia de uma intervenção baseada nos pares e na abordagem do espectador para prevenir a violência no namoro, investigando seus efeitos sobre a qualidade da amizade, empatia, atitudes do espectador em resposta à violência no namoro, número de amigos envolvidos em violência no namoro, comportamentos prévios de busca e oferta de ajuda, indicadores de violência no namoro e intenção de ajudar nesse contexto. Participaram 42 adolescentes do Distrito Federal aleatoriamente alocados em dois grupos, experimental (GE, n=20) e controle (GC, n=22). O GE recebeu uma intervenção breve sobre relações de namoro saudáveis e violentas, qualidade da amizade na rede de pares e o papel do espectador,

enquanto o GC não recebeu nenhuma intervenção. Diferenças estatísticas significativas entre sexo indicaram que os homens do GE sofreram menos ameaças do que as mulheres no pós-teste, se comparado ao GC. Foram observados ainda, no GE, efeitos positivos sobre a empatia e atitudes do espectador, com aumento de 50% na intenção de ajudar e redução de mais de 50% no número de amigos envolvidos em violência no namoro para as mulheres, além de melhorias na qualidade da amizade para os homens. Este estudo evidenciou a importância de fomentar modelos de respostas eficazes para lidar com situações de violência no namoro entre os pares, já que os amigos são a fonte preferencial de ajuda dos adolescentes nesse contexto.

Considerações finais

Em que pese a ampla produção sobre violência de gênero na conjugalidade e por parceiros íntimos adultos, pesquisas focadas no desenvolvimento e avaliação de programas de prevenção primária à violência no namoro são escassas na literatura nacional (Murta et al., 2013b, 2016; Santos, 2016). Como a prevenção à violência no namoro é uma estratégia chave na prevenção primária da violência entre parceiros adultos íntimos (Foshee et al., 2010), desenvolver intervenções para o público adolescente torna-se fundamental, pois é justo nessa fase da vida que se estabelecem os primeiros relacionamentos íntimos, ocasião em que emerge o risco de envolvimento em experiências de violência (Oliveira et al., 2011).

Sugere-se que estudos futuros repliquem os procedimentos já desenvolvidos em estudos prévios com amostras brasileiras (Murta et al., 2011, 2013b, 2016; Santos, 2016) e avaliem efeitos ao longo do tempo, em delineamentos experimentais e longitudinais. Estudos futuros devem também examinar a viabilidade da inserção e sustentabilidade destes programas preventivos em

serviços de saúde, educação, assistência social, formação profissional e direitos humanos para adolescentes e jovens, meninas e meninos, em regiões com características culturais distintas do Distrito Federal. Por fim, recomenda-se o uso de estratégias de intervenção conjugadas, presenciais e virtuais, para educação sobre as relações amorosas com jovens casais a fim de enfraquecer práticas culturais de tolerância à violência nas relações afetivo-sexuais e promover relações de intimidade mais gratificantes.

Referências

- Abreu, S. O. (2012). *Prevenção primária em saúde mental no Brasil na perspectiva da literatura e de especialistas da área* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília/DF.
- Antle, B. F., Sullivan, D. J., Dryden, A., Karam, E. A., & Barbee, A. P. (2011). Healthy relationship education for dating violence prevention among high-risk youth. *Children and Youth Services Review, 33*(1), 173-179. doi:10.1016/j.chilyouth.2010.08.031
- Ball, B., Holland, K. M., Marshall, K. J., Lippy, C., Jain, S., Souders, K., & Westby, R. P. (2015). Implementing a Targeted Teen Dating Abuse Prevention Program: Challenges and Successes Experienced by Expect Respect Facilitators. *Journal of Adolescent Health, 56*(2), S40-S46. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.06.021
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Bartholomew, L. K., & Mullen, P. D. (2011). Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behavior change interventions. *Journal of Public Health Dentistry*, 71(SUPPL. 1). doi:10.1111/j.1752-7325.2011.00223.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernández, M. E. (2011). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach* (3rd edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bell, K. M., & Naugle, A. E. (2007). Effects of social desirability on students' self-reporting of partner abuse perpetration and victimization. *Violence and Victims*, 22, 243-256.
- Bertoldo, R. B., & Barbara, A. (2006). Representação social do namoro: a intimidade na visão dos jovens. *Psico-USF*, 11(2), 229-237. doi:10.1590/S1413-82712006000200011
- Boivin, S., Lavoie, F., Hebert, M., & Gagne, M.-H. (2012). Past Victimization and Dating Violence Perpetration in Adolescence: The Mediating Role of Emotional Distress and Hostility. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(4), 662-684. doi:10.1177/0886260511423245
- Branch, K. A., Richards, T. N., & Dretsch, E. C. (2013). Reporting behavior regarding intimate partner violence an exploratory analysis of college students' response and victimization and perpetration among their friends. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(18), 3386-3399.
- Bronfenbrenner, U. (1979/1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artmed.
- Bronfenbrenner, U. (2004). *Making human beings human: Biocological perspectives on human development*. London: Sage.

- Bronfenbrenner, U., & Evans, G. (2000). Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development, 9*(1), 115-125.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (2004). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Annals of the American Academy of Political and Social Science, 591*, 98-124.
- Collins, W. A. (2003). More than Myth: The Developmental Significance of Romantic Relationships During Adolescence. *Journal of Research on Adolescence, 13*(1), 1-24. doi:10.1111/1532-7795.1301001
- Cornelius, T. L., Shorey, R. C., & Beebe, S. M. (2010). Self-reported communication variables and dating violence: Using Gottman's marital communication conceptualization. *Journal of Family Violence, 25*(4), 439-448. doi:10.1007/s10896-010-9305-9
- Dardis, C. M., Dixon, K. J., Edwards, K. M., & Turchik, J. A. (2014). An examination of the factors related to dating violence perpetration among young men and women and associated theoretical explanations: A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse, 16*(2), 136-152. doi:10.1177/1524838013517559
- Fernet, M. (2005). *Amour, violence et adolescence*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Foshee, V. A., Bauman, K. E., Ennett, S. T., Suchindran, C., Benefield, T., & Linder, G. F. (2005). Assessing the effects of the dating violence prevention program "safe dates" using random coefficient regression modeling. *Prevention Science, 6*(3), 245-258. doi:10.1007/s11121-005-0007-0

- Foshee, V. a, Bauman, K. E., Linder, F., Rice, J., & Wilcher, R. (2007). Typologies of adolescent dating violence: identifying typologies of adolescent dating violence perpetration. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(5), 498-519. doi:10.1177/0886260506298829
- Foshee, V. A., Karriker-Jaffe, K. J., Reyes, H. L. M., Ennett, S. T., Suchindran, C., Bauman, K. E., & Benefield, T. S. (2008). What Accounts for Demographic Differences in Trajectories of Adolescent Dating Violence? An Examination of Intrapersonal and Contextual Mediators. *Journal of Adolescent Health*, 42(6), 596-604. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.11.005
- Foshee, V. A., Reyes, H. L., & Ennett, S. T. (2010). Examination of sex and race differences in longitudinal predictors of the initiation of adolescent dating violence perpetration. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 19(5), 492-516. doi: 10.1080/10926771.2010.495032.
- Foshee, V. A., Reyes, H. L. M., Ennett, S. T., Cance, J. D., Bauman, K. E., & Bowling, J. M. (2012). Assessing the effects of families for safe dates, a family-based teen dating abuse prevention program. *Journal of Adolescent Health*, 51(4), 349-356. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.12.029
- Foshee, V. A., Reyes, H. L. M., Vivolo-Kantor, A. M., Basile, K. C., Chang, L. Y., Faris, R., & Ennett, S. T. (2014). Bullying as a Longitudinal Predictor of Adolescent Dating Violence. *Journal of Adolescent Health*, 55(3), 439-444. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.03.004
- Foshee, V. A., Reyes, H. L. M., Tharp, A. T., Chang, L.-Y., Ennett, S. T., Simon, T. R., ... Suchindran, C. (2015). Shared longitudinal predictors of physical peer and dating violence. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 106-112. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.08.003

- Garrido, E. F., & Taussig, H. N. (2013). Do parenting practices and prosocial peers moderate the association between intimate partner violence exposure and teen dating violence? *Psychology of Violence, 3*(4), 354-366.
- Giordano, P., Soto, D. A., Manning, W. D., & Longmore, M. A. (2010). The characteristics of romantic relationships associated with teen dating violence. *Social Science Research, 39*, 863-874.
- Grych, J., & Swan, S. (2012). Toward a more comprehensive understanding of interpersonal violence: Introduction to the special issue on interconnections among different types of violence. *Psychology of Violence, 2*(2), 105-110. doi:10.1037/a0027616
- Kaukinen, C., Gover, A. R., & Hartman, J. L. (2012). College Women's experiences of dating violence in casual and exclusive relationships. *American Journal of Criminal Justice, 37*(2), 146-162. doi:10.1007/s12103-011-9113-7
- Kaukinen, C. (2014). Dating violence among college students: The risk and protective factors. *Trauma, Violence & Abuse, 15*(February), 283-296. doi:10.1177/1524838014521321
- Lavoie F, Hebert M, Tremblay R, Vitaro F, Vezina L, McDuff P. (2002). History of family dysfunction and perpetration of dating violence by adolescent boys: A longitudinal study. *Journal of Adolescent Health, 30*, 375-383.
- Leen, E., Sorbring, E., Mawer, M., Holdsworth, E., Helsing, B., & Bowen, E. (2013). Prevalence, dynamic risk factors and the efficacy of primary interventions for adolescent dating violence: An international review. *Aggression and Violent Behavior, 18*, 159-174.

- Leviton, L. C., Herrera, D., & Miller, S. (2015). Interventions to prevent and reduce teen dating violence. *Journal of Adolescent Health, 56*(2), S1-S2. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.11.013
- Lewis, S. F., & Fremouw, W. (2001). Dating violence: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review, 21*(1), 105-27. doi:10.1016/S0272-7358(99)00042-2
- Lordello, S., & Costa, L. F. (2015). Quando o príncipe vira sapo: Identificando os sinais da transformação. Em S. G. Murta, J. S. N. F. Bucher-Maluschke & G. R. Diniz (Eds.), *Violência no Namoro: Estudos, Prevenção e Psicoterapia* (pp. 53-73). Curitiba: Editora Appris.
- Makepeace, J. M. (1981). Courtship violence among college students. *Family Relations, 30*, 97-102.
- Makepeace, J. M. (1986). Social factor and victim-offender differences in courtship violence. *Family Relations, 36*(1), 87-91. doi:10.2307/584654
- McDonell, J., Ott, J., & Mitchell, M. (2010). Predicting dating violence victimization and perpetration among middle and high school students in a rural southern community. *Children and Youth Services Review, 32*(10), 1458-1463. doi:10.1016/j.chilyouth.2010.07.001
- Menesini, E., Nocentini, A., Ortega-Rivera, F. J., Sanchez, V., & Ortega, R. (2011). Reciprocal involvement in adolescent dating aggression: An Italian-Spanish study. *European Journal of Developmental Psychology, 8*(4), 437-451. doi:10.1080/17405629.2010.549011
- Miller, E., Tancredi, D. J., McCauley, H. L., Decker, M. R., Virata, M. C. D., Anderson, H. ... Silverman, J. G. (2012). "Coaching Boys into Men": A

cluster-randomized controlled trial of a dating violence prevention program. *Journal of Adolescent Health, 51*, 431-438.

Miller, S., Williams, J., Cutbush, S., Gibbs, D., Clinton-Sherrod, M., & Jones, S. (2013). Dating violence, bullying, and sexual harassment: Longitudinal profiles and transitions over time. *Journal of Youth and Adolescence, 42*(4), 607-618. doi:10.1007/s10964-013-9914-8

Miller, S., Williams, J., Cutbush, S., Gibbs, D., Clinton-Sherrod, M., & Jones, S. (2015). Evaluation of the start strong initiative: preventing teen dating violence and promoting healthy relationships among middle school students. *Journal of Adolescent Health, 56*(2), S14-S19. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.11.003

Murray, C. E., & Kardatzke, K. N. (2007). Dating violence among college students: Key issues for college counselors. *Journal of College Counseling, 10*, 79-90. doi:10.1002/j.2161-1882.2007.tb00008.

Murta, S. G. (2011). Aproximando ciência e comunidade: difusão de programas de habilidades sociais baseados em evidências. Em A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Eds.), *Habilidades sociais: intervenções efetivas em grupo* (pp. 83-114). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Murta, S. G., Santos, B. R. P., Nobre, L. A., Oliveira, S. A., Diniz, G. R. S., Rodrigues, Í. O., ... Del Prette, Z. A. (2011). *Diferenciando baladas de ciladas: Um guia para o empoderamento de adolescentes em relacionamentos íntimos*. Brasília: Letras Livres.

Murta, S. G., Santos, B. R. P. dos, Martins, C.P. S., & Oliveira, Brisa de. (2013a). Prevenção primária à violência no namoro: uma revisão de literatura. *Contextos Clínicos, 6*(2), 117-131.

- Murta, S. G., Santos, B. R. P. dos, Nobre, L. A.; Araújo, I. F. de, Miranda, A. A. V. M., Rodrigues, I. de O., & Franco, C. T.P. (2013b). Prevenção à violência no namoro e promoção de habilidades de vida em adolescentes. *Psicologia USP*, 24(2), 263-268.
- Murta, S. G., Moore, R. A., Miranda, A. A. V., Cangussu, E. A. D., Santos, K. B., Leissa, K. B., & Veras, L. G. (2016). Efeitos de um programa de prevenção à violência no namoro. *Psico-USF*, 21(2), 381-393.
- Njaine, K., Oliveira, Q. B. M., Ribeiro, F. M. L., Minayo, M. C. de S., & Bodstein, R. (2011). Prevenção da violência nas relações afetivo-sexuais. Em M. C. de S. Minayo, S. G. de Assis, & K. Njaine (Eds.), *Amor e violência: Um paradoxo das relações de namoro e do “ficar” entre jovens brasileiros* (pp. 183-205). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Oliveira, D. C. de, Gomes, A. M. T., Marques, S. C., & Thiengo, M. A. (2007). “Pegar”, “ficar” e “namorar”: representações sociais de relacionamentos entre adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(5), 497-502. doi:10.1590/S0034-71672007000500003
- Oliveira, M. S., & Sani, A. I. (2009). A intergeracionalidade da violência nas relações de namoro. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 6, 162-170. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10284/1325>
- Oliveira, Q. B. M., Assis, S. G. de., Njaine, K., & Oliveira, R. V. C. de. (2011). Violência nas relações afetivo-sexuais. Em M. C. de S. Minayo, S. G. de Assis, & K. Njaine (Eds.), *Amor e violência: Um paradoxo das relações de namoro e do “ficar” entre jovens brasileiros* (pp. 87-139). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Pepler, D. (2012). The development of dating violence: what doesn't develop, what does develop, how does it develop, and what can we do about it? *Prevention Science, 13*(4), 402-409. doi:10.1007/s11121-012-0308-z
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas), 25*(3), 405-416. doi:10.1590/S0103-166X2008000300009
- Póo, A. M., & Beatriz Vizcarra, M. (2011). Diseño, implementación y evaluación de un programa de prevención de la violencia en el noviazgo. *Terapia Psicológica, 29*(2), 213-223. doi:10.4067/S0718-48082011000200008
- Reidy, D. E., Ball, B., Houry, D., Holland, K. M., Valle, L. A., Kearns, M. C., Marshall, K. J., & Rosenbluth, B. (2016). In search of teen dating violence typologies. *Journal of Adolescent Health, 58*, 30-207. doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.028
- Santos, K. B. dos (2016). *Mobilizando comportamentos de ajuda na rede de amizades: uma estratégia de prevenção à violência no namoro baseada nos pares e na abordagem do espectador* (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília/DF.
- Savedra, R., Martins, C., & Machado, C. (2013). Relacionamentos íntimos juvenis: Programa para prevenção a violência. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia, 27*(1), 115-132. doi.org/10.17575/rpsicol.v27i1.248
- Shorey, R. C., Cornelius, T. L., & Bell, K. M. (2008). A critical review of theoretical frameworks for dating violence: Comparing the dating and marital fields. *Aggression and Violent Behavior, 13*(3), 185-194. doi:10.1016/j.avb.2008.03.003

- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Cornelius, T. L. (2011). Dating violence and substance use in college students: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 16*(6), 541-550. doi:10.1016/j.avb.2011.08.003
- Shorey, R. C., Seavey, a. E., Brasfield, H., Febres, J., Fite, P. J., & Stuart, G. L. (2015). The moderating effect of social support from a dating partner on the association between dating violence victimization and adjustment. *Violence Against Women, 21*(4), 460-477. doi:10.1177/1077801215570482
- Smith, C. A., Ireland, T. O., Park, A., Elwyn, L., & Thornberry, T. P. (2011). Intergenerational continuities and discontinuities in intimate partner violence: A two generational prospective study. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(18) 3720-3752. doi: 10.1177/0886260511403751
- Sousa, C. A. (1999). Teen dating violence: The hidden epidemic. *Family and Conciliation Courts Review, 37*(3), 356-374. doi: 10.1111/j.174-1617.1999.tb01310.x
- Stader, D. L. (2011). Dating Violence. The Clearing House. *A Journal of Educational Strategies, Issues and Ideas, 84*(4), 139-143. doi:10.1080/00098655.2011.564980
- Sugarman, D., & Hotaling, G. (1989). Dating violence: Prevalence, context, and risk markers. In M. Pirog-Good & J. Stets (Eds.), *Violence and dating relationships*, (pp. 3-32). New York: Praeger.
- Taylor, B. G., Ph, D., Mumford, E. a, Ph, D., Stein, N. D., & Ed, D. (2015). Effectiveness of “Shifting Boundaries” Teen Dating Violence Prevention Program for Subgroups of Middle School Students. *Journal of Adolescent Health, 56*(2), S20-S26. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.07.004

- Thompson, M. P. (2014). Risk and protective factors for sexual aggression and dating violence: Common themes and future directions. *Trauma, Violence & Abuse, 15*(4), 304-309. doi:10.1177/1524838014521025
- Toscano, S. E. (2012). Exploration of a methodology aimed at exploring the characteristics of teenage dating violence and preliminary findings. *Applied Nursing Research, 25*(2), 81-88. doi:10.1016/j.apnr.2010.08.002
- Vagi, K. J., Rothman, E. F., Latzman, N. E., Tharp, A. T., Hall, D. M., & Breiding, M. J. (2013). Beyond correlates: A review of risk and protective factors for adolescent dating violence perpetration. *Journal of Youth and Adolescence, 42*(4), 633-649. doi:10.1007/s10964-013-9907-7
- Weisz, A. N., & Black, B. M. (2008). Peer intervention in dating violence: Beliefs of African-American middle school adolescents. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work, 17*(2), 177-196. doi:10.1080/15313200801947223
- Weisz, A. N., & Black, B. M. (2010). Peer education and leadership in dating violence prevention: Strengths and challenges. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 19*(6), 641-660. doi:10.1080/10926771.2010.502089
- Williams, J. R., Ghandour, R. M., & Kub, J. E. (2008). Female perpetration of violence in heterosexual intimate relationships: Adolescence through adulthood. *Trauma, Violence & Abuse, 9*(4), 227-249. doi.org/10.1177/1524838008324418
- Wolfe, D. a, Crooks, C., Jaffe, P., Chiodo, D., Hughes, R., Ellis, W., ... Donner, A. (2009). A school-based program to prevent adolescent dating violence: a cluster randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 163*(8), 692-699. doi:10.1001/archpediatrics.2009.69

PSICOLOGIA DA SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS

24

Pediatric communication: a brief intervention on approaching of affective and psychosocial issues

Marina Kohlsdorf

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Áderson Luiz Costa Junior

Universidade de Brasília

Pediatric communication has been studied for the past 50 years, since assistance to children and adolescents improved and demanded changes in interaction between professionals, patients and families (Drotar, 2009). An efficient triadic communication may provide better health care, treatment adherence, success in clinical responses, better symptom management, fewer ambulatory returns, adaptation and coping with disease and treatment, enhanced quality of life and satisfaction with health care services (Ammentorp, Kofoed & Laulund, 2011; Coyne & Gallagher, 2011; Croom et al., 2011; Drotar, 2009; Fiks, Localio, Alessandrini, Asch & Guevara, 2010; Fisher & Broome, 2011; Sleath et al., 2011; 2012; Swedlund, Schumacher, Young & Cox, 2012).

However, despite the relevance of good quality communication, there seems to be a lack of training during graduation, since physicians indicate that they have been receiving low and even no training during professional path (Rider, Volkan &

Hafler, 2008). Besides that, historically, therapeutic relation was built on a traditional model that emphasized biological aspects of disease and denied psychosocial aspects as moderators in this process. A direct consequence of these presumptions is the exclusion of affective and psychosocial demands during communication in health care (Heneghan, Mercer & DeLeone, 2004).

Despite the difficulty in dealing with affective and psychosocial demands from children and caregivers in pediatric settings, literature highlights the relevance of discussing such themes. First, the pediatrician plays an important role when assisting children and their families, since this physician follows them for a long period of time, accompanying changes in family context and identifying in advance psychosocial aspects that moderate health care behaviors for both children and parents, promoting social support, guidance or basic information and referring the family to other professionals (Engelen et al., 2010; Heneghan et al., 2004; Wissow, Larson, Anderson & Hadjiisky, 2005).

Second, it is important to understand communication as an interaction between people, which includes individual backgrounds related to history, empathy, care, attention, attachment and individual styles; so affective behaviors are an essential part of communication, and the pediatrician must be aware of the developmental context, regarding family dynamics, sociocultural background, schooling and professional activities or social net (Drotar, 2009).

Considering a model of health assistance that includes affective and psychosocial demands as relevant aspects, a third issue regards the benefic consequences of the discussion of such themes during consultations. In a preventive perspective related to health promotion, discussing these themes promotes better satisfaction with health services, better treatment adherence, trust in physicians, perception of social support from professionals, more questions from

parents during consultations, and better alliance for treatment (El Malla et al., 2012; Heneghan et al., 2004; Swedlund et al., 2012; Wissow, Brown & Krupnick, 2010).

Parents usually worry about further themes other than biological aspects, related to child development and behavioral issues, and also emotional or psychosocial difficulties may be generated by treatment, endorsing the need of including these subjects during consultations (El Malla et al., 2012; Heneghan et al., 2004; Kästel, Enskär & Björk, 2011; Kiguli, Mafigiri, Nakigudde, Dalen & Vleuten, 2011; Wissow et al., 2005). Pediatric communication is still characterized by biological issues, such as symptom information, treatment recommendations and therapeutic planning, in disadvantage of affective and psychosocial demands, although parents highlight the need to include them especially in chronic health care (Drotar, 2009).

In a study by Wissow et al. (2005), educative practices seemed to be more difficult to talk about during consultations, since physicians in this research discouraged the discussion of these topics by changing the subject or ignoring the caregivers' complaints. For that reason, it becomes relevant to investigate the effects of brief interventions on discussion of affective and psychosocial themes during consultations, in order to promote more efficient interactions in pediatric settings. Felt & O'Connor (2003) presented a relevant work regarding the use of a questionnaire, answered by caregivers previously to consultations, and the discussion of behavioral issues during medical visits. This brief intervention promoted more identification and discussion of behavioral concerns, related to educative practices and developmental themes, as well as a higher satisfaction from parents.

Another relevant paper, presented by Hayutin, Reed-Knight, Blount, Lewis & McCormick (2009), investigated the effects of a questionnaire, fulfilled by parents and/or physicians previously to medical visits and made available during consultations, on the discussion of psychosocial themes. Results showed that this questionnaire promoted more discussion of psychosocial issues and higher satisfaction scores from caregivers.

These studies highlight that the use of pre-consultation questionnaires increases the discussion of psychosocial issues, contributing to tailored communication patterns that focus on caregivers' individual demands, however in those studies children did not participate. Other important aspect concerns the exclusion of children during pediatric communication, since physicians and caregivers usually do not include them, and patients participate only referring basic health information or during small talk, while questions and health information are mainly directed to caregivers (Drotar, 2009; Taylor, Haase-Casanovas, Weaver, Kidd & Garralda, 2010; Vaknin, & Zisk-Rony, 2010).

Studies that may improve patient's participation in communicative interaction, especially concerning the discussion of affective and psychosocial factors, are needed in order to empower children's active role regarding their own developmental processes in health care context. Therefore, the main objective of the present study was to analyze the effects of pre-consultation lists, fulfilled by caregivers and children, on the approach to affective and psychosocial issues by pediatricians during consultations.

Method

Participants

Two pediatricians took part on this study (Physician A and Physician B), who worked in a pediatric cancer hospital, respectively with ages 49 and 32 years old and 26 and seven years of medical practice. Also, 32 dyads caregiver-child participated (only three dyads refused participation), with 29 mothers, two grandmothers and one father. Eight dyads were accompanied during Baseline 1 through three or four consultations, depending on specific hospitalization schedules from each child. Similarly, 20 dyads were accompanied during Intervention, through one to four consultations, depending on specific hospitalization schedules. For five dyads, it was not possible to maintain the continuity of observations (due to deterioration in clinical status, unplanned admissions or clinical complications), but these participants were kept in the study considering the physician's exposure to the intervention and consequent contact with pre-consultation lists. In Baseline 2, four dyads were accompanied during four consultations each. Table 1 shows characteristics from participants.

Table 1
Characteristics from Parents and Children

| Characteristics from Parents and Children | <i>f</i> |
|---|---------------------|
| Children's age ^b | |
| 4 to 6 years old | 15 |
| 7 to 10 years old | 11 |
| 11 to 12 years old | 6 |
| MEAN (SD) | 7.5 years old (2.7) |
| Children's schooling ^a | |
| Primary or none | 12 |
| First year to 4rd year | 20 |
| Diagnosis ^a | |
| Leukemia or lymphoma | 22 |
| Solid tumors | 10 |
| Time since diagnosis ^a | |
| 1st month | 10 |
| 2 to 6 months | 22 |
| MEAN (SD) | 2.03 months (1.35) |
| Caregivers ages ^a | |
| 22 to 35 years old | 18 |
| 36 to 56 years old | 14 |
| MEAN (SD) | 35 years old (7.42) |
| Caregivers' schooling ^a | |
| Junior high school | 15 |
| High school or college degree | 17 |

^aMann-Whitney and ^bKruskal-Wallis tests showed no statistically significant differences between groups

Table 1
Characteristics from Parents and Children (end)

| Characteristics from Parents and Children | <i>f</i> |
|---|----------|
| Caregivers marital status ^a | |
| Married/living together | 17 |
| Single/divorced/widowed | 15 |
| Family income* | |
| Low income | 18 |
| Medium income | 14 |

^aMann-Whitney and ^bKruskal-Wallis tests showed no statistically significant differences between groups

Instruments

A pre-consultation list was developed for this research based on studies from Zannon, Pereira, Arruda, Kohlsdorf & Rocha (2002). This protocol had specific places for writing down: (a) definition of diagnosis and expectancies related to treatment; (b) adherence to medication, self care and recommendations; (c) doubts and difficulties related to treatment; (d) estimated issues that caregiver or child would like to discuss with the physician.

Consultations were audio recorded and directly observed by a researcher. During these consultations, the researcher used a observational protocol, also developed for this study, in which relevant aspects of communication would be written down: (a) place of caregiver, child and physician in the room; (b) non

verbal clues to communication, such as crying or facial expressions of worrying, sadness and tension; (c) other behaviors that might be relevant, such as when a participant left the room for a moment or answered the cell phone.

Procedure

All participants - physicians, caregivers and children - were first approached and asked to participate in this study, by signing an Informed Consent Form. This study is characterized as a single-subject design concerning the two physicians, and it was divided in three phases: (1) Baseline 1; (2) Intervention; and (3) Baseline 2, however Physician B could not be included in Baseline 2 due to a health leave. In both Baselines, consultations were audio recorded and directly observed by a researcher, without any intervention, in order to evaluate physicians' behaviors related to verbal communication with parents and children.

During Intervention, caregivers and children were interviewed by a researcher, while waiting for ambulatory consultations in the hospital. Caregivers and children were interviewed separately, and for approaching the child a toy or game was used. The researcher in this interview would ask caregiver and children about definition of diagnosis, expectancies and treatment planning, adherence to medication and self care, doubts and difficulties, and other themes that they would like to discuss with the physician in the following consultation. These issues were written down by the researcher in the pre-consultation list, a sheet of paper that would be immediately attached to child's medical record cover. This list would be available in the immediate consultation, so it could be used as a memo, and provide information to pediatricians on tailored needs from caregivers and children. The physicians were oriented about this intervention as it follows: "*in this phase, we will interview patients and caregivers before the consultation and we will register their demands on this sheet, which will be attached to the cover of the child's file*".

Different parent/child dyads took part in each study stage, since cancer treatment protocol adopted by children in this study prevents following the same dyads throughout the three stages due to deterioration in clinical status, unplanned admissions or clinical complications. However, there were no significant differences related to characteristics of caregivers or patients between the three phases. Considering the physicians that took part in this study, phases 2 and 3 were carried on only one week after the respective previous stage, therefore virtually without a relevant time interval.

Data analysis

First the main categories of the physician's communicative behavior regarding caregivers or children were created specifically for this analysis, using the recorded material. The categories related to communication with caregivers included: educative practices guidance ("he can't eat only junk food, you must talk to him about it"), schooling guidance ("she may go back to school in July"), asking about schooling and leisure ("is he attending school?"), social support and coping with difficulties ("don't worry, it will be all right. Try not to get so stressed out"), socialization ("so it's cold weather today, isn't it?"), asking about doubts ("do you want to ask anything, Mom?"), asking about educative practices or family ("how are you dealing with his siblings?"), asking about professional or financial issues ("have you been working lately?"), and asking about caregivers' emotional condition ("are you less worried today?").

The categories related to communication with children included: schooling guidance ("I think you may go back to school in a couple of months"), asking about schooling and leisure ("so, how is school?"), social support and coping with difficulties ("don't cry, try to stand still and this examination won't hurt"),

socialization ("what a nice shirt you're wearing today!"), asking about doubts ("do you have any doubts?"), referral to psychology, social service, medical specialties ("let's have a consultation, it will be helpful"), asking for the child's collaboration ("so tell me about the cartoons while I listen to your heart"), and asking about emotional condition ("what's wrong? You seem sad today..."). The inter-rater reliability of behavioral observations between two researchers reached values between 75.7% and 95%, with average 84.55% (SD=4.13).

In this study, data analysis was organized according to: (1) frequency and mean of affective and psychosocial issues discussed, comparing the three stages of the research; (2) percentage of the discussion regarding these themes based on functional analysis of behavior - the antecedent event that promoted communicative behavior by the physician was analyzed according to three main events: (a) direct verbal solicitation from caregiver or child; (b) use of the pre-consultation lists; or (c) other events.

Direct verbal solicitation from caregiver or child corresponded to questions, comments or direct demands, for example when the caregiver complained about child's behavior ("*I don't know what to do with him, he won't get along with his siblings*") or when the child cried or protested, and then the physician would approach these complains, such as asking "*what's happening with you and your sisters?*" or "*don't cry, it will be alright*". The use of pre-consultation lists corresponded to the moment when the pediatrician would look and read the sheet of paper with demands written down, and therefore would approach such themes, as in the example "[physician reads pre-consultation list] *so, Mom, you haven't been working lately? Why not?*".

Other events could promote verbal behaviors from physicians that related to approaching psychosocial issues, and these other events could not be directly observed in audio recordings or written complement from the researcher. They

Pediatric communication: a brief intervention on approaching of affective and psychosocial issues

would include behaviors related to consultation routine and/or *rappport* established with caregivers and children (for example, asking about family in order to create a bond with children), or private behaviors from the physicians that cannot be directly observed.

Due to the amount of consultations recorded, non-parametric tests were performed (p-values in Shapiro-Wilk's normality test were lower than 0.05). The within-group comparison regarding the mean frequency of the physician's communicative behaviors along the study phases was performed by Friedman's test and Wilcoxon test. The comparison between the percentage of physician's behavior related to each antecedent event was performed by chi-square test and Tukey HSD range test. The p-value established in this study was 0.05.

Ethical Considerations

This study was approved by Ethics Committee in Health, Science and Educational Foundation in October 5th 2009, under register 301/09. All audio recordings and written information are sealed in a confidential archive, password protected.

Results

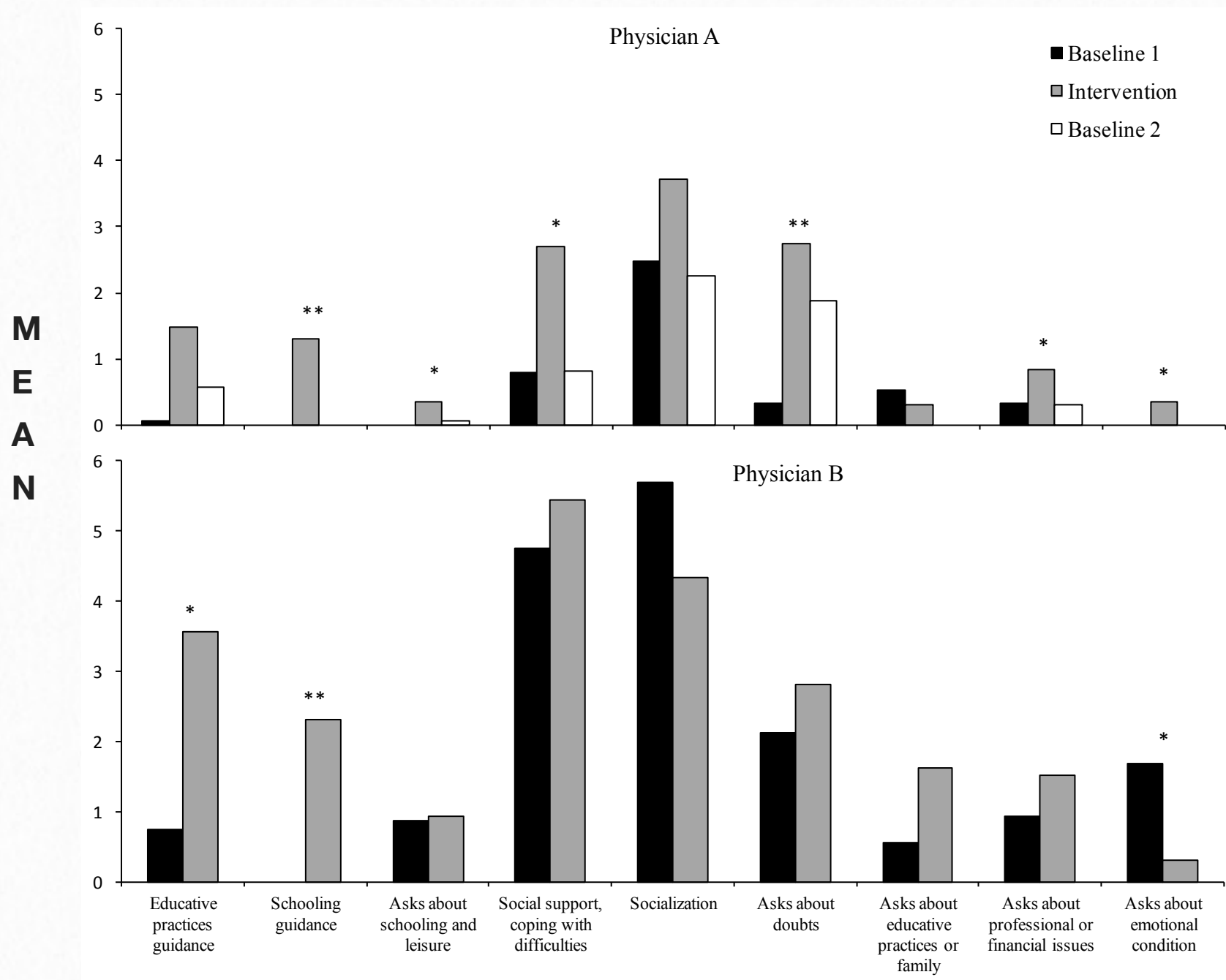
In Baseline 1, a total of 31 consultations were recorded (15 with Physician A and 16 with Physician B) and in Intervention, 56 consultations were recorded (23 with Physician A and 33 with Physician B). Physician B could not take part in Baseline 2 due to a health leave, therefore 16 consultations were recorded only with Physician A.

Differences in Physician's Communication Throughout Study Phases

Differences between the three study phases are shown in this section, regarding pediatricians' communication directed to caregivers and children. Figure 1 shows communicative behavior from physicians directed to caregivers.

Comparing the consultations recorded with Physician A in Baseline 1 and Intervention, schooling guidance was 1.3 times higher between the two phases, asking about schooling and leisure increased 0.35 times, social support and clues to cope with difficulties were 2.37 times higher, asking about doubts increased 7.27 times, asking about professional/financial issues increased 1.49 times, and asking about caregiver's emotional condition increased 0.35 times.

Pediatric communication: a brief intervention on approaching of affective and psychosocial issues

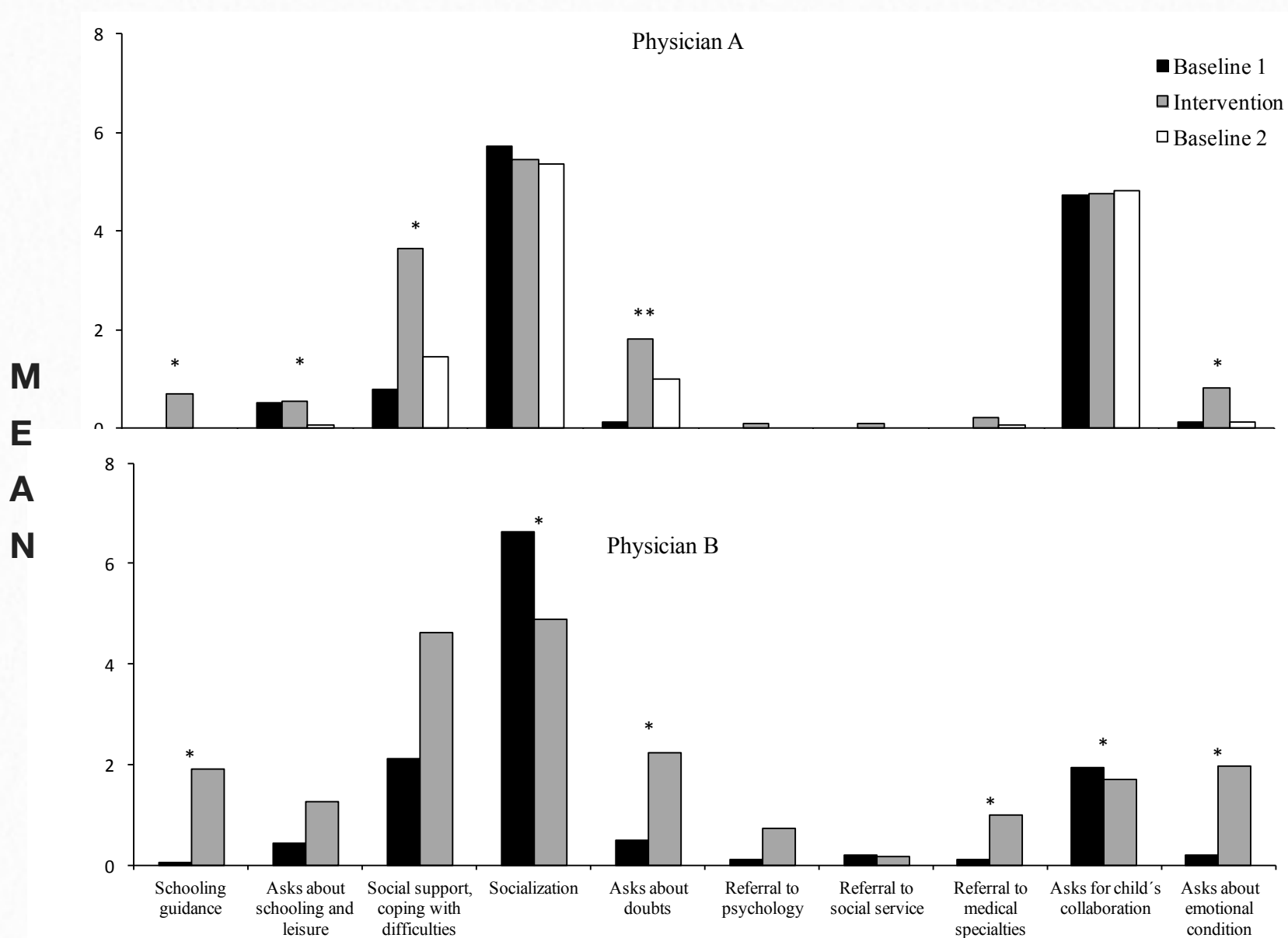


* $p \leq .05$ / ** $p \leq .01$

Figure 1. Means of the frequencies of communicative behaviors directed to caregivers.

It is noteworthy that, during Baseline 2, these behavioral classes did not maintain the higher pattern achieved in Intervention, except for educative

practices guidance and asking about doubts. Educative practices guidance decreased 62% in this last phase but it was 89% higher when compared to Baseline 1, and asking about doubts decreased 32% between the last two stages, but remained 469% higher than Baseline 1, suggesting changes in Physician A's behavioral repertoire. Considering consultations recorded with Physician B, educative practices guidance and schooling guidance were respectively 3.73 and 2.3 times higher between the two phases. Figure 2 shows communicative behavior from pediatricians directed to children, concerning affective and psychosocial issues.



* $p \leq .05$ / ** $p \leq .01$

Figure 2 . Means of the frequencies of communicative behaviors directed to children.

Pediatric communication: a brief intervention on approaching of affective and psychosocial issues

Considering consultations recorded with Physician A, schooling guidance was 0.7 times higher between Baseline 1 and Intervention, and social support/clues to cope with difficulties were 3.56 times higher between the two phases. Also, asking about doubts and about emotional condition were respectively 1.31 and 5.31 times higher between Baseline 1 and Intervention. It is noteworthy that only social support and asking about doubts categories decreased respectively 61% and 45% between Intervention and Baseline 2, although these classes were maintained higher in the second Baseline when compared to the first phase (respectively 80% and 669% higher).

Taking into consideration consultations recorded with Physician B, schooling guidance was 2.84 times higher between Baseline and Intervention, and asking about doubts increased 3.44 times between the two phases. Also, referral to medical specialties and asking about child's emotional condition were respectively 6.69 and 4.04 times higher between the two phases.

Influence of Pre-Consultation Lists on Psychosocial Issues During Intervention Phase

This section presents an analysis related to the influence of pre-consultation lists on pediatricians' communication, according to antecedent events explained in the Method section, considering only Intervention phase. Table 2 presents the percentages of psychosocial issues promoted by antecedent events, considering communication by pediatricians to caregivers.

Table 2**Content of Psychosocial Issues Addressed to Caregivers by Antecedent Events (Percentages)**

| Psychosocial contents | Physician A | | | Physician B | | |
|---|--------------|-----------------------|------------------------|--------------|-----------------------|------------------------|
| | Other events | Pre-consultation list | Caregiver solicitation | Other events | Pre-consultation list | Caregiver solicitation |
| Educative practices guidance | 21 | 74 | 6 ^{*c} | 36 | 43 | 21 |
| Schooling guidance | 13 | 67 | 20 | 6 | 64 | 30 ^{**a} |
| Asks about schooling and leisure | 67 | 33 | 0 | 32 | 28 | 40 |
| Social support, coping with difficulties | 10 | 77 | 13 ^{*ac} | 57 | 35 | 8 ^{**b} |
| Socialization | 66 | 1 | 33 ^{**abc} | 59 | 0 | 41 ^{**ac} |
| Asks about doubts | 32 | 68 | 0 ^{**abc} | 62 | 38 | 0 ^{**bc} |
| Asks about educative practices or family | 71 | 29 | 0 | 80 | 20 | 0 ^{**b} |
| Asks about professional or financial issues | 26 | 74 | 0 ^{*c} | 93 | 7 | 0 ^{**ab} |
| Asks about caregivers' emotional condition | 25 | 63 | 13 | 100 | 0 | 0 ^{**ab} |

Chi-square test: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$ / Tukey HSD multiple comparison test results:

a statistically significant difference between other events and pre-consultation list

b statistically significant difference between other events and caregiver solicitation

c statistically significant difference between pre-consultation list and caregiver solicitation

Figure 1 and Table 2 combined show results concerning the effects of pre-consultation lists on communication with caregivers. Pre-consultation lists promoted a notable amount of information related to educative practices guidance and schooling guidance respectively for Physician A and Physician B. Considering only visits recorded with Physician A, it is noteworthy that the pre-consultation lists promoted social support, as well as asking about caregiver's doubts and professional/financial issues.

For Physician B, Table 2 highlights the statistically significant results concerning the role of other events as the main antecedent stimulus to social support, socialization, asking about doubts, asking about professional/financial issues and asking about emotional condition, which, at first, does not imply the pre-consultation lists as the main influence on these communicative interactions. Nevertheless, it should be noticed that the direct observation (*in loco*) of the consultations by the researcher showed a relevant pattern for Physician B: this participant used to read the whole pre-consultation list before calling the dyad into the room, which may have promoted clues in advance. This data, however, is not subject to a direct observation, relying as a hypothesis regarding unobservable private events, therefore included as "other events". Table 3 shows the percentages of psychosocial issues promoted by antecedent events, considering communication by pediatricians to children.

Table 3**Content of Psychosocial Issues Addressed to Children by Antecedent Events (Percentages)**

| Psychosocial contents | Physician A | | | Physician B | | |
|--|--------------|-----------------------|------------------------|--------------|-----------------------|------------------------|
| | Other events | Pre-consultation list | Caregiver solicitation | Other events | Pre-consultation list | Caregiver solicitation |
| Schooling guidance | 53 | 47 | 0 | 17 | 61 | 22 |
| Asks about schooling and leisure | 75 | 25 | 0 | 76 | 8 | 16**ab |
| Social support, coping with difficulties | 37 | 52 | 11*c | 60 | 38 | 2**bc |
| Socialization | 76 | 1 | 23**ab | 74 | 0 | 26**abc |
| Asks about doubts | 36 | 64 | 0**c | 68 | 32 | 0**ab |
| Referral to psychology | 0 | 50 | 50 | 50 | 50 | 0*a |
| Referral to social service | 0 | 50 | 50 | 80 | 20 | 0 |
| Referral to other medical specialties | 0 | 40 | 60 | 48 | 37 | 15 |
| Asks for child's collaboration | 100 | 0 | 0**ab | 91 | 0 | 9**ab |
| Asks about emotional condition | 42 | 37 | 21 | 57 | 38 | 5**b |

Chi-square test: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$ / Tukey HSD multiple comparison test results:

a statistically significant difference between other events and pre-consultation list

b statistically significant difference between other events and child solicitation

c statistically significant difference between pre-consultation list and child solicitation

The analysis of Figure 2 and Table 3 together shows results related to effects of pre-consultation lists on communication with children. Taking into consideration the communication established by Physician A, the pre-consultation lists influenced the provision of social support and asking about doubts. Once more, regarding Physician B's consultations, it is relevant to highlight the amount of "other events" related to asking about schooling and leisure, providing social support, socialization, asking about doubts, asking for child's collaboration and emotional condition. As already stated, Physician B used to read the pre-consultation list before calling the dyad into the room, therefore the direct observation of the real influence of the lists on communicative behavior for this physician may have been biased.

Discussion

This chapter presents a low cost procedure that may be used to promote the discussion of affective and psychosocial issues by physicians, endorsed by literature as desirable in pediatric settings, since this behavior could bring direct benefits for children and families in short and long term (Drotar, 2009; Engelen et al., 2010; Heneghan et al., 2004; Wissow et al., 2010). Results shown in this research indicate that pre-consultation lists increased physician's communication about educative practices, schooling guidance, social support and the direct approach to dyad's doubts, promoting an environment in which caregiver and child may talk about their concerns, as well as focus on themes that usually are not included in regular pediatric settings.

A study by Wissow et al. (2005) showed that the discussion of educative practices might be more difficult during consultations, since pediatricians would discourage the inclusion of such issues. In the present study, there was an increase in both physicians' guidance related to educative practices, suggesting that this is a relevant theme that caregivers may wish to discuss with pediatricians and also that pre-consultation lists could include this theme, since this demand, if present, is registered on pre-consultation lists.

It is noteworthy that Physician A did not maintain the high amounts of discussion regarding psychosocial themes during Baseline 2, although, for communication with caregivers and children, categories regarding educative practices guidance, social support/clues to cope with difficulties and asking about doubts were higher in Baseline 2 when compared to Baseline 1. This data suggest a slight change in Physician A's communicative patterns throughout the study. These results also endorse the possibility of procedures that may complement graduation. However, it should be emphasized that the pre-consultation lists should work as a complement related to interaction. It is indispensable to approach and deep the physicians' training in communication during their professional path, since they want to include psychosocial issues in consultations, but often do not know how to behave regarding these themes (Rider et al., 2008).

This study is similar to other researches, specially works from Felt & O'Connor (2003) and Hayutin et al. (2009), which also investigated the effects of questionnaires on pediatric communication. In accordance to the quoted authors, this paper endorses the benefits from lists fulfilled before consultations and used during medical visits as a memo, but it also widens these data by focusing on specific communication regarding psychosocial themes and the inclusion of children. Data from this research highlight that, as a consequence from pre-consultation lists, children were more addressed by pediatricians beyond small

talk and biological information, contributing to their inclusion in communication process, as strongly recommended (Drotar, 2009; Rotenberg et al., 2008; Taylor et al., 2010; Vaknin, & Zisk-Rony, 2010).

Finally, it is relevant to point out that pre-consultation lists may improve communication in a tailored perspective, especially regarding the discussion of affective and psychosocial issues, in which individual demands from caregivers and children are focused, which may allow the three participants in triadic interaction to be more active in treatment process, as sustained by literature (Drotar, 2009; Fisher & Broome, 2011; Hayutin et al., 2009; Heneghan et al., 2004). Specially concerning chronic conditions such as pediatric cancer, emotional or psychosocial difficulties may be related to treatment challenges, endorsing the need to include those subjects during pediatric visits (El Malla et al., 2012; Heneghan et al., 2004; Kästel et al., 2011; Kiguli et al., 2011; Wissow et al., 2010). Besides that, it should be emphasized that even though there was no relevant results related to the influence of pre-consultation lists on referrals, it is possible that this data was due to lack of demands from dyads. Therefore, it is relevant to stand that pre-consultation lists may contribute to focus on specific demands from dyads concerning referrals and other themes.

Final Considerations

This chapter has limitations that should be discussed. First, more physicians participating and additional consultations recorded would be essential to consolidate the results from intervention. Unfortunately, health care service organization in the hospital in which data were collected prevented a higher number of visits recordings and the participation of more pediatricians, therefore only two professionals from a 11 staff member were eligible.

Second, it would be essentially relevant to follow Physician B during Baseline 2. Due to unforeseen health conditions, this pediatrician had to take a leave after completing Intervention, which obstructed the last stage from being carried on. Nonetheless, the researchers chose to maintain this data since it provided relevant results. For this Physician, it should also be highlighted the pattern of reading the whole pre-consultation list before calling the dyad into the room; although this behavior may have biased data analysis, since it was not possible to observe directly antecedent events related to communication (private events, clues to interaction), it is interesting to notice how these lists may be used in different ways and also how the lists by themselves may have sensitized the physicians to psychosocial issues, since Physician B took a specific and valuable time to carefully read and focus on the list.

Another relevant limitation concerns the presence of an observer during consultations, which was essential to operate the recorders and register relevant occurrences. This presence may have biased pediatricians' behavior, but it should be considered that hospital staff is used to the presence of observers, researchers, medical students and other professionals during medical visits, as a routine in health service.

Besides that, it would be relevant to hold forth that some specific characteristics from dyads may influence communication of psychosocial issues during consultations (caregiver's socioeconomic and schooling background, children's age and schooling, cancer prognosis), and those characteristics were not analyzed in this study. Similarly, specific characteristics from physicians may influence communication, as professional background, age, years of professional experience, gender, among other data. Since these factors may moderate communication, they should be analyzed in following researches.

Even with such limitations, this study presents relevant contributions to communication in pediatric settings. First, it shows a low cost procedure that may improve discussion of affective and psychosocial themes by pediatricians. Second, it presents a way to improve children's participation, contributing to their effective inclusion in their own treatment and developmental process. Third, it shows a practice that may complement pediatricians' professional training, contributing to change communicative patterns toward a biopsychosocial approach. Future researches could investigate the effects of similar pre-consultation procedures on long term results related to communication, such as adherence to health care, symptom management, ambulatory returns, coping with disease and treatment, quality of life and satisfaction with health services, as endorsed by literature (Ammentorp et al., 2011; Coyne & Gallagher, 2011; Croom et al., 2011; Drotar, 2009; Fiks et al., 2010; Fisher & Broome, 2011; Sleath et al., 2011; 2012; Swedlund et al., 2012).

References

- Ammentorp, J., Kofoed, P. E. & Laulund, L. W. (2011). Impact of communication skills training on parents perceptions of care: Intervention study. *Journal of Advanced Nursing* 67(2), 394-400.
- Coyne, I., & Gallagher, P. (2011). Participation in communication and decision-making: Children and young people's experiences in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2334-2343.

- Croom, A., Wiebe, D. J., Berg, C. A., Lindsay, R., Donaldson, D., Foster, C., ... & Swinyard, M. T. (2011). Adolescent and parent perceptions of patient-centered communication while managing type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(2), 206-215.
- Drotar, D. (2009). Physician behavior in the care of pediatric chronic illness: Association with health outcomes and treatment adherence. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 30(3), 246-254.
- El Malla, H., Kreicbergs, U., Steineck, G., Wilderäng, U., Elborai, Y.E. & Ylitalo, N. (2012). Parental trust in health care: A prospective study from children's cancer hospital in Egypt. *Psycho-Oncology*, 22(3), 548-554.
- Engelen, V., Haverman, L., Koopman, H., Schouten-van Meeteren, N., Meijer-van der Bergh, E., Vrijmoet-Wiersma, J., ... & Grootenhuis, M. (2010). Development and implementation of a patient reported outcome intervention (QLIC-ON profile) in clinical paediatric oncology practice. *Patient Education and Counseling*, 81, 235-244.
- Felt, B. T. & O'Connor, M. E. (2003). Use of the child development review increases residents' discussion of behavioral problems. *Ambulatory Pediatrics*, 3(1), 2-8.
- Fiks, A. G., Localio, A. R., Alessandrini, E. A., Asch, D. A., & Guevara, J. P. (2010). Shared decision-making in pediatrics: A national perspective. *Pediatrics*, 126(2), 306-314.
- Fisher, M. J. & Broome, M. E. (2011). Parent-provider communication during hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 26, 58-69.

- Hayutin, L. G., Reed-Knight, B., Blount, R. L., Lewis, J., & McCormick, M. L. (2009). Increasing parent-pediatrician communication about children's psychosocial problems. *Journal of Pediatric Psychology, 34*(10), 1155-1164.
- Heneghan, A.M., Mercer, M., & DeLeone, N.L. (2004). Will mothers discuss parenting stress and depressive symptoms with their child's pediatrician? *Pediatrics, 113*(3), 460-467.
- Kästel, A., Enskär, K., & Björk, O. (2011). Parents' views on information in childhood cancer care. *European Journal of Oncology Nursing, 15*, 290-295.
- Kiguli, S., Mafigiri, D., Nakigudde, J., Dalen, J., & Vleuten, C. (2011). A qualitative study of caregivers' expectations and communication desires during medical consultation for sick children in Uganda. *Patient Education and Counseling, 84*, 217-222. *Pediatrics, 24*(4), 279-290.
- Rider, E.A., Volkan, K., & Hafler, J.P. (2008). Pediatric resident's perceptions of communication competencies: Implications for teaching. *Medical Teaching, 30*(7), 208-217.
- Rotenberg, K.J., Cunningham, J., Hayton, N., Hutson, L., Jones, L., Marks, C., Woods, E. & Betts, L.R. (2008). Development of a children's trust in general physicians scale. *Child: Care, health and development, 34*(6), 748-756.
- Sleath, B., Ayala, G. X., Washington, D., Davis, S., Williams, D., Tudor, G., ... & Gillette, C. (2011). Caregiver rating of provider participatory decision-making style and caregiver and child satisfaction with pediatric asthma visits. *Patient Education and Counseling, 85*, 286-289.
- Sleath, B., Carpenter, D. M., Slota, C., Williams, D., Tudor, G., Yeatts, K., ... & Ayala, G. X. (2012). Communication during pediatric asthma visits and self-reported asthma medication adherence. *Pediatrics, 130*(4), 1-7.

- Swedlund, M. P., Schumacher, J. B., Young, H. N., & Cox, E. D. (2012). Effect of communication style and physician-family relationships on satisfaction with pediatric chronic disease care. *Health Communication, 27*(5), 498-505.
- Taylor, S., Haase-Casanovas, S., Weaver, T., Kidd, J., & Garralda, E. M. (2010). Child involvement in the paediatric consultation: A qualitative study of children and carers' views. *Child: Care, Health and Development, 36*(5), 678-685.
- Vaknin, O., & Zisk-Rony, R. Y. (2010). Including children in medical decisions and treatments: Perceptions and practices of healthcare providers. *Child: Care, Health and Development, 37*(4), 533-539.
- Wissow, L. S., Larson, S., Anderson, J. & Hadjiisky, E. (2005). Pediatric residents' responses that discourage discussion of psychosocial problems in primary care. *Pediatrics, 115*(6), 1569-1578.
- Wissow, L. S., Brown, J. D., & Krupnick, J. (2010). Therapeutic alliance in pediatric primary care: Preliminary evidence for a relationship with physician communication style and mother's satisfaction. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 31*(2), 83-91.
- Zannon, C. M. L. C., Pereira, R. M. G., Arruda, P. M., Kohlsdorf, M., & Rocha L. E. P. (2002). Pré-consulta comportamental: identificando problemas e promovendo aliança para o tratamento. *Revista Brasileira de Reumatologia, 14*(19), 79-89.

25

Desenvolvimento e aplicação de protocolos clínicos em psico-oncologia: perspectivas para atuação em equipe de saúde especializada

Cristiane Decat Bergerot

Universidade de Brasília

Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Universidade de Brasília

Introdução

Em Oncologia, recentes avanços clínicos – fundamentados em estudos rigorosos, diversificados e abrangentes – têm sido divulgados na literatura mundial. De fato, muitas ações têm sido desenvolvidas no intuito de orientar as equipes multiprofissionais voltadas para o acompanhamento de pacientes com câncer. No Brasil, constata-se uma crescente necessidade de oferta de serviços de saúde que primem pela eficácia e eficiência, desde o nível da atenção básica até centros especializados de média e alta complexidade. Nesse contexto atual, pesquisas nacionais, conduzidas principalmente em Psico-Oncologia, vêm sistematizando diretrizes para condutas profissionais mais qualificadas.

Considerando a relevância dessa temática, o presente capítulo propõe analisar e discutir a adoção de protocolos clínicos na área. Para tanto, será

apresentado um panorama dos programas implementados nos cenários internacional e nacional, complementado por um debate que aponta perspectivas para unidades de saúde envolvidas na prevenção e no tratamento de cânceres. De um lado, buscamos fornecer conhecimentos teóricos e práticos atualizados para fundamentar a atuação de psicólogos em equipes de saúde especializadas nos setores público e privado; de outro lado, almejamos sensibilizar outras categorias profissionais quanto à premência da avaliação psicossocial baseada em evidências.

Protocolos clínicos em Psico-Oncologia: ênfase na avaliação sistemática

Reconhecidamente, fatores psicossociais influenciam na maneira como o paciente vivencia o diagnóstico e o tratamento de câncer. Pesquisas também comprovam a importância de programas voltados para o bem-estar emocional e afetivo de pacientes e seus familiares, inclusive para minimizar sintomas físicos gerados pela enfermidade e pelos efeitos colaterais dos tratamentos, como dor e fadiga (Jacobsen, Holland, & Steensma, 2012; Spinks et al., 2012). Fitch, Porter e Page (2008) alertam que todos os usuários admitidos em um serviço de Oncologia devem ser avaliados periodicamente para identificação das necessidades e para assegurar o suporte emocional, informacional e instrumental. Por conseguinte, é crescente o incentivo para que os programas aprimorem suas rotinas de serviço, inclusive com o propósito de estimar acuradamente o desempenho das equipes nos planos clínico e econômico, já que as variadas intervenções – organizadas para favorecer o bem-estar dos usuários nas diferentes dimensões da sua existência – podem ser assim monitoradas.

Visando contemplar padrões de qualidade assistencial (*standards of care*), estimularam-se ações na esfera psicossocial, as quais exigiram o estabelecimento

de diretrizes (*guidelines*) para cuidados integrais (Loscalzo, Clark, Pal, & Pirl, 2013). É relevante explicitar que tais diretrizes são sistematizadas em protocolos clínicos, os quais orientam e especificam as condutas profissionais, auxiliando na tomada de decisão terapêutica, propiciando a otimização dos cuidados e reduzindo os prejuízos de intervenções desnecessárias, ineficazes ou que desencadeiam danos e agravos adicionais ao paciente (Jacobsen & Wagner, 2012).

Nesse cenário, merece destaque que, em 2005, um extenso estudo – subvencionado pelo *Institute of Medicine* (IOM) – identificou fatores que minimizam os efeitos de barreiras psicossociais interpostas ao acesso a serviços especializados nos Estados Unidos, a saber: natureza da comunicação entre paciente e equipe de saúde; acesso ao serviço de psicologia; encaminhamento de pacientes com comportamentos de risco (por exemplo: tabagistas e alcoolistas); existência de uma rede de apoio social e afetivo para cuidadores e familiares. A publicação, intitulada *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*, reuniu as principais sugestões resultantes desses esforços, as quais subsidiaram um modelo de atuação psicossocial, ilustrado na Figura 1. Nesse modelo, verifica-se que os processos clínicos baseiam-se na comunicação efetiva entre as diferentes instâncias, bem como no monitoramento das ações implementadas (Adler & Page, 2008; Holland, Watson, & Dunn, 2011; Jacobsen et al., 2012).

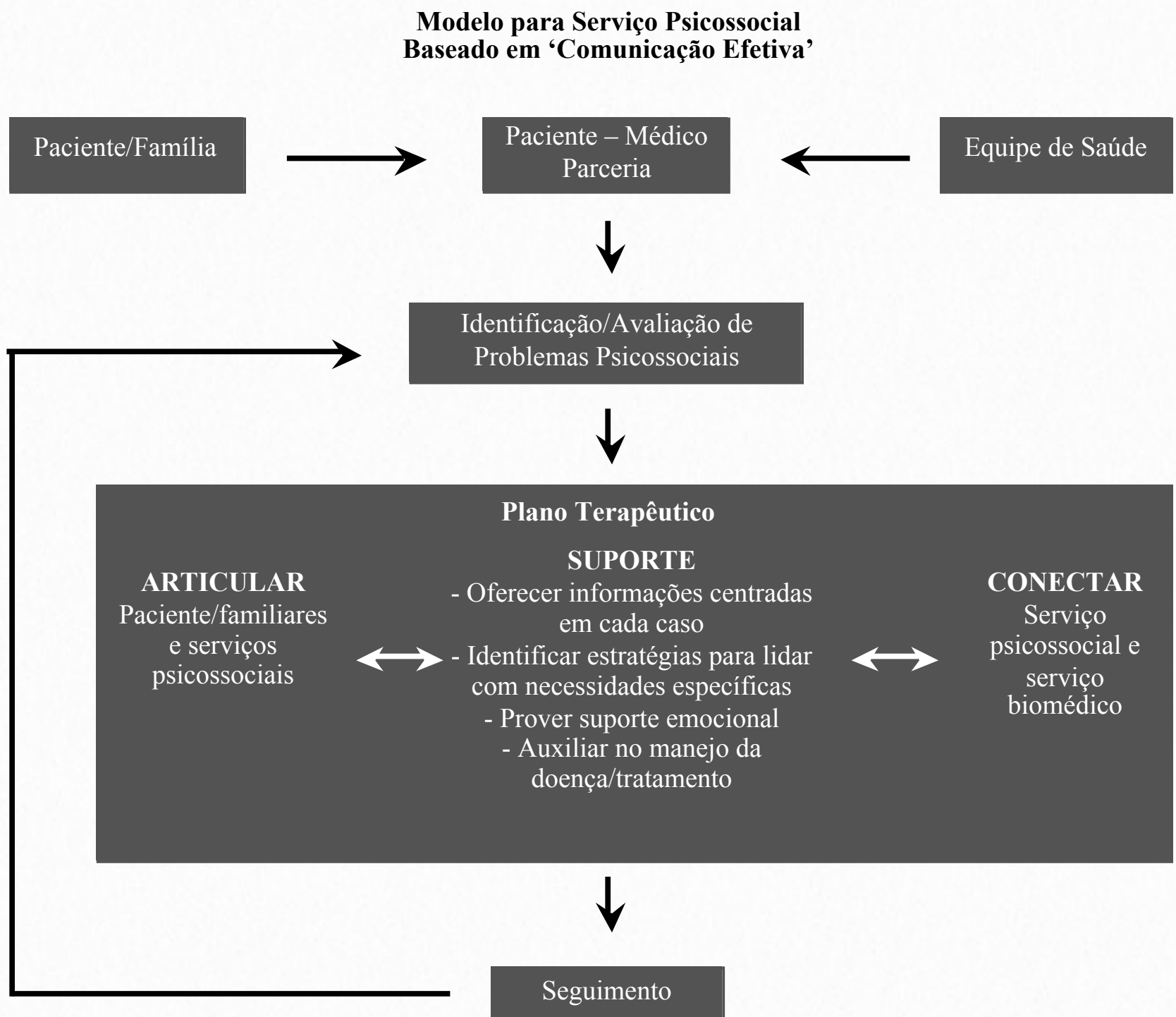


Figura 1. Modelo para estruturação de serviço psicossocial em Oncologia.
Nota. Adaptado de “Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs”, N. E. Adler & A. E. K. Page, 2008.

***Distress*: parâmetro de avaliação específico**

Em muitos países, os protocolos adotados estipulam a avaliação do *distress* como uma importante medida para alcançar a qualidade assistencial em Oncologia (Jacobsen, 2007). A *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) propôs a utilização desse termo para designar os impactos provocados pelo câncer nas diferentes esferas. Note-se que a escolha por esta expressão pretende desvincular as experiências próprias dos usuários das percepções sociais estigmatizantes, comumente associadas ao câncer. Cabe esclarecer que *distress* é definido como uma “experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica, social e/ou espiritual, que pode interferir na habilidade de lidar efetivamente com o câncer, os sintomas físicos e o tratamento” (Holland et al., 2013).

A respeito do emprego dessa nomenclatura diferenciada para se avaliar o paciente oncológico e seus familiares, Carlson, Waller e Mitchell (2012) advertem que não se trata de uma nova categoria nosográfica a ser incluída no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Para esses autores, assim como para outros estudiosos da área, o valor clínico do *distress* apoia-se no estabelecimento de alguns critérios para uma triagem diagnóstica em diversos domínios da vida do indivíduo examinado. Ou seja, desde transtornos de humor – como depressão – até uma vasta gama de sintomas – por exemplo: fadiga, insônia, problemas nutricionais, qualidade de vida insatisfatória, problemas financeiros e dificuldades socioafetivas (Bultz, Loscalzo, & Clark, 2012; Gregório et al. 2013).

Segundo Loscalzo et al. (2010), a avaliação do *distress* comporta inúmeras vantagens para a equipe de saúde especializada em Oncologia. No que se refere à organização dos cuidados, facilita a comunicação interprofissional, pois fornece uma síntese dos problemas a serem priorizados no acompanhamento a partir do que é relevante para cada paciente. Esses aportes tendem a aumentar o nível de

satisfação da clientela, uma vez que a sua participação ativa é estimulada. Ademais, com a mensuração do *distress*, são induzidas pesquisas que contribuem para elevar o grau de eficácia dos programas implantados. O Termômetro de *Distress* (TD) é o instrumento sugerido pela NCCN, de aplicação simples e breve, que mensura do nível de *distress* de zero (sem *distress*) até dez (*distress* extremo) (Decat, Laros, & Araujo, 2009).

Uso de protocolos: comparando cenários internacionais

Nos Estados Unidos, a NCCN propôs o *Distress Management*. Esse protocolo, elaborado por uma equipe multidisciplinar, norteia o atendimento de pacientes diagnosticados com algum transtorno de humor e ou de ansiedade, com auxílio do TD, podendo ser complementado por outras medidas (Holland et al., 2013). Os casos identificados como *distress* moderado a severo devem ser avaliados (possíveis fatores de risco e problemas associados) para definição do planejamento terapêutico e do encaminhamento (psicólogo ou psiquiatra, assistente social ou serviço de capelania). Os casos de baixo *distress* permanecem em acompanhamento de rotina, devendo ser reavaliado em períodos preestabelecidos. Muitas instituições americanas respaldam essa abordagem, a exemplo da *National Academy of Science*, da rede americana de centros de câncer (*Comprehensive Cancer Center*), da *Association of Community Cancer Center* (ACCC) e da *Joint Commission*, responsável pelo credenciamento de serviços (Adler & Page, 2008; Loscalzo, Clark & Holland, 2011; National Comprehensive Cancer Network, 2014).

Desde 2008, os patamares alcançados pelos usuários nos domínios psicossociais, por ocasião da avaliação de *distress*, são utilizados como critérios para a acreditação no programa de qualidade denominado *Quality Oncology Practice Initiative* (QOPI), desenvolvido pela *American Society of Clinical Oncology* (ASCO). Em 2009, a *Oncology Nursing Society* (ONS) e a ASCO publicaram um documento no

qual enfatizam que a administração segura da quimioterapia exige uma avaliação psicossocial, além dos cuidados biomédicos usuais (ex.: prescrição, preparação, conformidade, aplicação, monitoramento e avaliação de toxicidade) (Jacobson et al., 2009). Vale pontuar que o *American College of Surgeons Commission on Cancer* (ACoS CoC) endossou a utilização dessas diretrizes para acreditação dos serviços de Oncologia (Commission on Cancer, 2011; Holland et al., 2013; Jacobsen & Wagner, 2012).

No Reino Unido, o *National Health Services* (NHS) conta com o apoio do *National Institute of Clinical Excellence* (NICE), uma organização independente encarregada de desenvolver protocolos, tais como: o guia de referência rápido (*quick reference guide*) e uma versão destinada ao próprio usuário do sistema. Para serviços oncológicos, o NICE oferece um conjunto de recomendações, declarações políticas e avaliações econômicas, intitulado *Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer*. No tocante aos aspectos psicológicos, advogam-se o reconhecimento e o manejo do *distress*, prevendo-se apoio especializado principalmente em momentos-chave, como a fase de diagnóstico (National Institute for Clinical Excellence, 2004).

A *Canadian Association of Psychosocial Oncology* (CAPO) utiliza os *Standards of Psychosocial Health Services for Persons with Cancer and their Families*, com os seguintes objetivos: (1) transmitir informações básicas para promover melhor compreensão sobre a doença e seus tratamentos; (2) divulgar padronização da assistência; (3) difundir princípios fundamentais do apoio psicológico; (4) fornecer normas específicas para estruturação e funcionamento do setor de Psico-Oncologia: intervenções psicoeducativas, rotinas de avaliação, relação terapêutica, interconsultas e atualização científica. É válido sublinhar que, no Canadá, o *distress* é considerado o 6º sinal vital a ser examinado, após as aferições de temperatura, pressão arterial, pulso, frequência respiratória e dor. O *Guide to Implementing*

Screening for Distress, the 6th Vital Sign fornece diretrizes específicas para implantação de rotina de avaliação de distress. À semelhança da NCCN, orienta-se avaliar os pacientes em etapas críticas da enfermidade – diagnóstico; início dos tratamentos; durante e ao final das intervenções terapêuticas; após tratamento (sobrevivência); e recidiva – ou em períodos de transição pessoal, como mudanças no trabalho, crise familiar e aproximação da morte (Canadian Association of Psychosocial Oncology, 2010; Canadian Partnership Against Cancer, 2009).

Na Austrália, a *National Health & Medical Research Council* (NHMRC) elaborou o *Clinical Practice Guidelines for the Psychosocial Care of Adults with Cancer*, com a colaboração do *National Cancer Control Initiative* (NCCI) e do *National Breast Cancer Center* (NBCC).

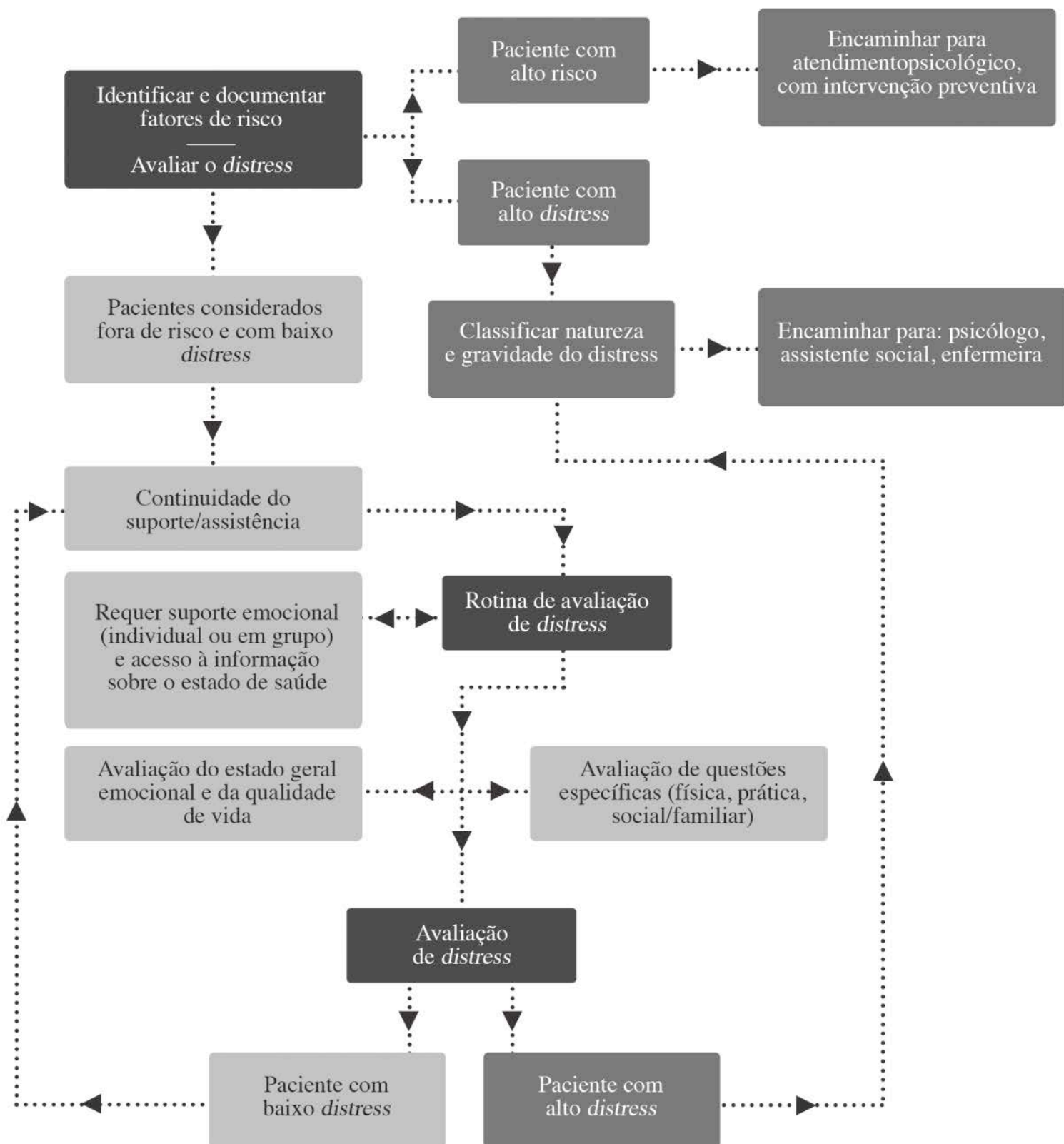


Figura 2. Estratégia para avaliação e intervenção psicológica.

Nota: Adaptado de “*Clinical practice guideline for the psychosocial care of adults with cancer*”, National Health and Medical Research Council, 2003 (da Austrália)

O foco desse protocolo foi descrever estratégias para avaliação e orientação do paciente oncológico em relação a sua saúde psicossocial. Foram organizados cinco capítulos nos quais são veiculados conhecimentos sobre: (1) impacto emocional do câncer; (2) desafios e possíveis reações do paciente oncológico; (3) suporte informacional oferecido pela equipe de saúde acerca de procedimentos, opções de tratamento, diagnóstico e estratégias para comunicação de más notícias, avaliação e manejo do *distress*; acompanhamento na fase final de vida; (4) encaminhamento para atendimentos especializados (ex.: psicológico, psiquiátrico); (5) fatores que exigem atenção: cultura, idade, orientação sexual e residência em áreas rurais ou distantes de grandes centros urbanos (National Health & Medical Research Council, 2003). A Figura 2 esquematiza tal modelo assistencial.

A Sociedade Holandesa de Câncer e a *Dutch Federation of Cancer Patient Association*, desenvolveram um protocolo para avaliação de *distress* (<http://www.oncoline.nl>), no qual são delineadas as diretrizes: (1) quem deve aplicar, como corrigir e abordar o paciente; (2) encaminhamentos rotineiros de acordo com os problemas identificados; (3) intervalo de avaliação (ex.: durante o tratamento, intervalo médio de três meses e, no período de seguimento, a cada dois meses); (4) possíveis fatores de risco: casos de câncer de pulmão, cérebro e pâncreas; cuidados paliativos; suporte social/familiar inadequado (Tuinman, Gazendam-Donofrio, & Hoeskstra-Weebers, 2008).

Em 2014, a Alemanha publicou um protocolo (www.dapo-ev.de) com o apoio da *Dutch Cancer Society* e da Associação de Psico-Oncologia (PSO), no qual a mensuração do *distress* constitui um dos indicadores de qualidade de serviço. A plataforma austríaca de Psico-Oncologia (www.oeppe.com) disponibiliza um programa de saúde destinado a reduzir a incidência de câncer e as taxas de mortalidade geradas por essa enfermidade, bem como favorecer maior qualidade de vida aos usuários. São metas das intervenções propostas: prevenção, detecção

precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. A Sociedade Italiana de Psico-Oncologia (www.siponazionale.it) sugere a avaliação sistemática do *distress* para exame das condições psicossociais da clientela (Grassi, Caruso, & Nanni, 2013).

Em consonância com tais tendências, a União Européia (UE) referendou a avaliação dos aspectos psicossociais em Oncologia por meio de um documento oficial: Council Conclusions on Reducing the Burden of Cancer in Europe (EPSCO Council, 2008). Tal iniciativa resultou na constituição da European Partnership for Action Against Cancer. Na Europa, são igualmente dignos de nota: a publicação do European Guide for Quality National Cancer Control Programmes, o destaque dado à avaliação de *distress* (<http://www.epaac.eu/healthcare>), o incentivo ao treinamento e à comunicação entre prestadores de serviços no continente (Travado & Borràs, 2013).

Na Coreia, em virtude do pequeno número de pacientes que recebiam assistência psicológica (cerca de 1,3%), foram desencadeadas ações similares às de outros países, prevendo-se a devida adaptação à cultura e ao sistema de saúde daquele país (Yu et al., 2012).

Na subárea da Psico-Oncologia Pediátrica, o *Children's Oncology Group* (COG) atesta o protocolo *Long-Term Follow-Up Guidelines for Survivors of Childhood, Adolescent, and Young Adult Cancer*. Nele são enfatizados a avaliação e o manejo dos efeitos físicos, emocionais e sociais que podem surgir até dois anos após o encerramento do tratamento (Landier et al., 2004).

Uma síntese das principais recomendações internacionais é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1.
Síntese das recomendações internacionais para desenvolvimento e aplicação de protocolos clínicos em Psico-Oncologia

| RECOMENDAÇÕES | NCCN | AcoS CoC | ONS | ACCC | IOM | QOPI/ASCO | NHS/NICE | Dutch Cancer Society | UE | CAPO | NHMP/NCCI NBCC |
|---|------|----------|-----|------|-----|-----------|----------|----------------------|----|------|----------------|
| <i>Distress</i> - Avaliar, monitorar e tratar | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Avaliar a gravidade e identificar a natureza do <i>distress</i> | ● | | | | ● | | | ● | | ● | ● |
| Avaliar o <i>distress</i> na primeira visita do paciente à instituição | ● | ● | | | ● | | ● | | | ● | ● |
| Avaliar em intervalos apropriados e nas mudanças de status da doença | ● | ● | | | ● | | ● | ● | ● | ● | ● |
| Incorporar a avaliação na rotina do serviço | ● | ● | | | | | ● | ● | ● | ● | ● |
| Rotina que garanta uma avaliação seriada | | ● | ● | | ● | ● | ● | | | ● | ● |
| Programa de avaliação relacionado a programa de prevenção | | | | | ● | | | | | ● | |
| Formação de comitê para implementação e manutenção da rotina de <i>distress</i> | ● | | | | ● | | ● | | | ● | |
| Utilização de instrumento qualificado e validado | ● | ● | ● | | | ● | | ● | | ● | ● |
| Integrar o domínio psicossocial na rotina do serviço | ● | | | | | | ● | ● | ● | ● | ● |
| Identificação e manejo dos fatores de risco | ● | | | ● | ● | | | | | ● | ● |
| Engajar a equipe | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Comunicar/discutir os resultados com a equipe | | | | | ● | | ● | ● | ● | ● | |
| Programas de treinamento e educação continuada para a equipe | ● | | | | ● | | ● | | | | |
| Equipe informada - Avaliação de <i>distress</i> é parte da rotina de serviço | ● | | | | ● | | | ● | | | |
| Avaliar necessidade de encaminhamento | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Equipe formada e disponível para os encaminhamentos (Psiquiatras, psicólogos) | ● | ● | | | ● | | ● | ● | | ● | ● |
| Avaliação de outros domínios psicossociais (ansiedade, depressão) | ● | | ● | | ● | ● | | ● | | ● | ● |
| Avaliação de <i>distress</i> - indicador de qualidade | ● | ● | | | ● | | | | | ● | ● |
| <i>Distress</i> - 6º sinal vital | | | | | | | ● | | | ● | |
| Plano de ação | | ● | | | ● | | | ● | ● | ● | ● |
| Habilidades para identificar e prevenir riscos | | | | ● | ● | | | | | ● | ● |
| <i>Distress</i> - Acreditação | | ● | | | | ● | | | | | |

Fonte: Bergerot, C. D. (2014).

As diretrizes são abrangentes e podem ser adequadas aos interesses e recursos (humanos, materiais e financeiros) de cada instituição (Bultz et al., 2011; Loscalzo et al., 2011). Todavia, é crucial comentar que algumas barreiras podem dificultar a adoção satisfatória de protocolos clínicos, tais como: as características pessoais dos profissionais (ex.: crenças e valores) e as características ambientais e organizacionais (ex.: tempo, recursos materiais ou financeiros). Diante disso, é preciso identificar esses obstáculos e ajustar continuamente o programa (Bultz, Loscalzo, & Holland, 2015).

Trata-se de um processo dinâmico e interativo, no qual é preciso sintetizar as evidências e adaptar as diretrizes ao contexto de cada serviço. Ou seja, a tradução desse conhecimento em estratégias eficazes deve ser realizada em conjunto com os demais profissionais envolvidos no tratamento, de maneira a atender as diferentes demandas. É essencial favorecer o engajamento da equipe, estimulando a interdisciplinaridade e a adesão às novas diretrizes. Tal desafio institucional pode propiciar maior integração entre os membros de um serviço especializado (Araujo & Negromonte, 2010; Breitbart, Bultz, Dunn, Grassi, & Watson, 2013; Decat, Araujo, & Stiles, 2010; Loscalzo et al., 2011).

Outro desafio é a seleção apropriada dos instrumentos de medida. Evidentemente, alguns critérios imprescindíveis devem ser atendidos: uso de medidas padronizadas e breves, validadas para essa população e embasadas cientificamente. Também recomenda-se que o instrumento englobe três domínios gerais: o físico, o psicossocial e o prático (Canadian Partnership Against Cancer, 2009). Além disso, para garantir celeridade e praticidade, a estrutura do instrumento e o conteúdo dos itens devem estar alinhados à intencionalidade do programa (Mitchell, Waller, & Carlson, 2012).

Dentre os instrumentos mais empregados até hoje, é possível citar: o Termômetro de *Distress* (TD), a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), o *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI-18), a Escala de Avaliação de Sintomas (SCL-90), o Perfil de Estados de Humor (POMS), o Questionário de Saúde Geral (GHQ-12) e a *Psychosocial Adjustment to Illness Scale* (PAIS). Evidentemente, é preciso considerar as características psicométricas – sensibilidade e especificidade – para escolha do mais adequado. Alguns deles, já foram traduzidos para o português e validados para a população brasileira.

O intervalo entre cada avaliação tem engendrado muitas discussões. Ao que parece, existe um consenso no que se refere à primeira (ou segunda) visita do paciente à instituição e às etapas caracterizadas por mudanças de status do adoecimento e dos tratamentos, pois paciente e familiares tendem a vivenciar maior fragilidade e vulnerabilidade (Bultz et al., 2015; Loscalzo et al., 2011).

Contexto brasileiro: aportes para estruturação de rotinas e programas

A exemplo de outros países, nota-se um aumento do interesse pela acreditação de serviços oncológicos no Brasil. Vale explicitar que essa certificação é concedida a instituições que comprovadamente conduzem processos de cuidados com qualidade e garantem melhoria contínua, inclusive no gerenciamento do serviço e na segurança do paciente e de seus profissionais.

Ao propor a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) – em razão da magnitude da morbimortalidade por câncer no Brasil – o Ministério da Saúde posicionou-se por uma assistência diversificada e inclusiva que tem como objetivo:

(...) a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio da promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. (Brasil, 2013)

Em 2013, a Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (SBPO) aderiu ao movimento coordenado pela *International Psycho-Oncology Society* (IPOS) e endossou as diretrizes mundialmente referendadas que visam assegurar o aprimoramento contínuo dos cuidados em centros especializados e hospitais. Cabe salientar novamente que a IPOS estabelece como padrão de qualidade assistencial, a avaliação sistemática do *distress* como 6º sinal vital (Breitbart et al., 2013; Holland et al., 2011; International Psycho-Oncology Society, 2013).

Françoso e Valle (2000) traduziram as Orientações Psicossociais em Oncologia Pediátrica, prescritas pela Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica (SIOP) na década de 1990. Nesse protocolo, sugere-se a inserção do apoio psicossocial como parte integrante da assistência. Destacam-se igualmente informações relativas a: estruturação dos serviços; acompanhamento dos irmãos do paciente e às crianças sobreviventes; desempenho escolar/educacional; comunicação do diagnóstico; e estratégias para prevenção de burnout entre os profissionais. Tais orientações estão disponíveis no site da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (<http://www.sbpo.org.br>).

Alguns estudos apontaram a viabilidade da avaliação psicossocial na rotina de serviços brasileiros (Albuquerque & Pimenta, 2014; Bergerot et al., 2016a; Bergerot et al., 2016b, Lera et al., 2011; Souza & Araujo, 2010). Essa literatura especializada mostra inclusive que o Termômetro de Distress (TD) – adaptado e validado para o contexto brasileiro – tem sido empregado como ferramenta

diagnóstica breve e também vem contribuindo para o delineamento de pesquisas (Bergerot et al., 2016a; Decat et al., 2009).

Considerações finais

Em suma, parece crucial instituir setores destinados tanto à avaliação, quanto ao suporte psicossocial em Oncologia. De modo geral, ainda existem desafios subjacentes, pois os vínculos entre psico-oncologista e demais profissionais de saúde devem ser fortalecidos. Particularmente no Brasil, em razão dos pressupostos que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), a integração dos diversos setores assistenciais constitui-se em princípio axiomático, há muitas décadas. Nos diferentes níveis de atenção, os programas devem estar alicerçados em torno de ações executadas por muitas categorias profissionais. Ou seja, a atenção integral ao paciente exige a articulação entre aqueles que participam de seus cuidados. Tendo em vista a complexidade do trabalho em equipe interdisciplinar, sobretudo em serviços que lidam com cronicidades como cânceres, é essencial organizar intervenções com apoio de diretrizes já investigadas.

Referências

- Adler, N. E., & Page, A. E. K. (Eds.). (2008). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies Press.
- Albuquerque, K. A., & Pimenta, C. A. (2014). Distress do paciente oncológico: Prevalência e fatores associados na opinião de familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5), 744-751. DOI: 10.1590/0034-7167.2014670511
- Araujo, T. C. C. F., & Negromonte, M. R. O. (2010). Equipe de saúde: Vinculação grupal e vinculação terapêutica. In M. H. P. Franco (Ed.), *Formação e rompimento de vínculos: O dilema das perdas na atualidade* (pp. 73-100). São Paulo: Summus.
- Bergerot, C. D. (2014). *Avaliação de distress para identificação de fatores de risco e proteção na experiência oncológica: Contribuições para a estruturação de rotinas e programas em psico-oncologia* (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Bergerot, C. D., Philip, E. J., Schuler, T. A., Clark, K. L., Loscalzo, M., Buso, M. M., ... Araujo, T. C. C. F. (2016a). Development and implementation of a comprehensive psychosocial screening program in a Brazilian cancer center. *Psycho-Oncology*, Early View. DOI: 10.1002/pon.4275
- Bergerot, C. D., Philip, E. J., Zayat, C. G., Azevedo, I. M., Araujo, T. C. C. F., & De Domenico, E. B. L. (2016b). Investigating the two-tiered system of psychosocial cancer care in Brazil using a distress screening measure. *Journal of Global Oncology*, Early View. DOI: 10.1200/JGO.2016.004978
- Brasil. (2013). *Portaria 874/GM de 16 de maio de 2013. Institui a política nacional para a prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Breitbart, W., Bultz, B. D., Dunn, J., Grassi, L., & Watson, M. (2013). 2012 President's plenary international psycho-oncology society: Future directions in Psycho-Oncology. *Psycho-Oncology*, 22, 1439-1443. DOI: 10.1002/pon.3332
- Bultz, B. D., Groff, S. L., Fitch, M., Blasis, C., Howes, J., Levy, K., & Mayer, C. (2011). Implementing screening for distress, the 6th vital sign: A Canadian strategy for changing practice. *Psycho-Oncology*, 20, 463-469.
- Bultz, B. D., Loscalzo, M. J. & Clark, K. L. (2012). Screening for distress, the 6th vital sign, as a connective tissue of health care systems: A roadmap to integrated interdisciplinary person-centered cancer. In L. Grassi, & M. Riba (Eds.), *Clinical psycho-oncology: An international perspective* (pp. 83-96). Oxford, UK: John Wiley & Sons.
- Bultz, B. D., Loscalzo, M. J., & Holland, J. C. (2015). Distress as the sixth vital sign. An emerging international symbol for improving psychosocial care. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. N. Butow, P. B. Jacobsen, M. J. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-Oncology* (3^a ed., pp. 735-738). Oxford, UK: John Wiley & Sons.
- Canadian Association of Psychosocial Oncology. (2010). *Standards of psychosocial health services for persons with cancer and their families*. Recuperado em 31 de julho de 2011, de <http://capo.ca/CAPOstandards.pdf>.
- Canadian Partnership Against Cancer. (2009). *Guide to implementing screening for distress, the 6th vital sign. Moving towards person-centered care. Part A: Background, recommendations, and implementation*. Recuperado em 11 de agosto de 2010, de http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/2.4.0.1.4.5-Guide_CJAG.pdf.

Carlson, L. E., Waller, A., & Mitchell, A. J. (2012). Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: Review and recommendations. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1160-1177. DOI:10.1200/JCO.2011.39.5509

Commission on Cancer. (2011). *Cancer program standards 2012: Ensuring patient-centered care*. Chicago, IL: American College of Surgeons. Recuperado em 03 de julho de 2012
<http://www.facs.org/cancer/coc/programstandards2012.html>

Decat, C. S., Araujo, T. C. C. F., & Stiles, J. (2010). Distress level in patients undergoing chemotherapy in Brazil. *Psycho-Oncology*, 20(10), 1130-1133. DOI: 10.1002/pon.1833.

Decat, C. S., Laros, J. A., & Araujo, T. C. C. F. (2009). Termômetro de distress: Validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *PsicoUSF*, 14(3), 253-260. DOI: 10.1590/S1413-82712009000300002

EPSCO Council (2008). Council conclusions on reducing the burden of cancer, 2876th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting, Luxembourg, June 10, 2008. Recuperado em 16 de fevereiro de 2015, de http://www.eu2008.si/en/News_and_Documents/Council_Conclusions/June/0609_EPSCO-cancer.pdf

Fitch, M. I., Porter, H. B., & Page, B. D. (2008). *Supportive care framework: A foundation for person-centered care*. Pembroke, ON: Pappin Communication.

Françoso, L. P. C., & Valle, E. R. M. (2000). *Orientações psicossociais em oncologia pediátrica*. Ribeirão Preto, SP: Comitê Pediátrico da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia.

- Grassi, L., Caruso, R., & Nanni, M. G. (2013). Psycho-oncology and optimal standards of cancer care: Developments, multidisciplinary team approach, and international guideline. In T. N. Wise, M. Biondi, & A. Costantini (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 315-340). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Gregório, S. W-D., Porensky, E., Minotti, M., Brown, S., Snapp, J., Taylor, R. M., ... Andersen, B. L. (2013). The James supportive care screening: Integrating science and practice to meet the NCCN guidelines for distress management at a comprehensive cancer center. *Psycho-Oncology*, 22(9), 2001-2008. DOI: 10.1002/pon.3256
- Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Buchmann, L. O, Compas, B., Deshields, T. L., ... Freedman-Cass, D. A. (2013). Distress Management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 11, 190-209.
- Holland, J. C., Watson, M., & Dunn, J. (2011). The IPOS new international standard of quality cancer care: Integrating the psychosocial domain into routine care. *Psycho-Oncology*, 20, 677-680. DOI: 10.1002/pon.1978
- International Psycho-Oncology Society (2013). *Standards of Care News: Endorse the Statement*. Recuperado em 10 de julho de 2013, de http://ipos-society.org/about/news/standards_news.aspx
- Jacobsen, P. B. (2007). Screening of psychological distress in cancer patients: Challenges and opportunities. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 4526-4527. DOI: 10.1200/JCO.2007.13.1367
- Jacobsen, P. B., Holland, J. C., & Steensma, D. P. (2012). Caring for the whole patient: The science of psychosocial care. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), 1-3. DOI: 10.1200/JCO.2011.41.4078

- Jacobsen, P. B., & Wagner, L. I. (2012). A new quality standard: The integration of psychosocial care into routine cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(11), 1154-1159. DOI:10.1200/JCO.2011.39.5046
- Jacobson, J. O., Polovich, M., McNiff, K. K., LeFebvre, K. B., Cummings, C., Galioto, M., ... McCorkle, M. R. (2009). American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society chemotherapy administration safety standards. *Journal of Clinical Oncology*, *27*(22), 5469-5475. DOI: 10.1200/JCO.2009.25.1264
- Landier, W., Bhatia S., Eshelman, D. A., Sweeney, T., Hester, A. L., Darling, J., ... Hudson, M. M. (2004). Development of risk-based guidelines for pediatric cancer survivors: The children's oncology group long-term follow-up guidelines from the children's oncology group late effects committee and nursing discipline. *Journal of Clinical Oncology*, *22*(24), 4979-4990. DOI: 10.1200/JCO.2004.11.032
- Lera, A. T., Miranda, M. C., Trevizan, L. L. B., Antonangelo, D. V., Zanellato, R. M., Tateyanam, L. T. C., ... Giglio, A. (2011). Aplicação do instrumento termômetro de estresse em pacientes idosos com câncer: Estudo piloto. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, *9*(2), 112-116.
- Loscalzo, M., Clark, K. L., Dillehunt, J., Rinehart, R., Strowbridge, R., & Smith, D. (2010). SupportScreen: A model for improving patient outcomes at your fingertips. *Journal of National Comprehensive Cancer Network*, *8*, 496-504.
- Loscalzo, M., Clark, K. L., & Holland, J. (2011). Successful strategies for implementing biopsychosocial screening. *Psycho-Oncology*, *20*(5), 455-462. DOI: 10.1002/pon.1930

- Loscalzo, M., Clark, K., Pal, S., & Pirl, W. (2013). Role of biopsychosocial screening cancer care. *Cancer Journal*, 19, 414-420.
- Mitchell, A. J., Waller, A., & Carlson, L. E. (2012). Implementing a screening program for distress in cancer settings: Science and practice. *Psicooncología*, 9, 259-275. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40896
- National Comprehensive Cancer Network. (2014). *Distress management*. Fort Washington, PA: National Comprehensive Cancer Network and American Cancer Society.
- National Health & Medical Research Council. (2003). *Clinical practice guideline for the psychosocial care of adults with cancer*. Recuperado em 19 de agosto de 2011, de http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp90.pdf.
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Improving supportive and palliative care for adults with cancer. The manual*. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Souza, J. R., & Araujo, T. C. C. F. (2010). Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: Um estudo exploratório em oncologia. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 147-159. DOI: 10.1590/S0103-166X2010000200006
- Spinks, T., Albright, H. W., Feeley, T. W., Walters, R., Burke, T. W., Aloia, T., ... Shine, K. I. (2012). Ensuring quality cancer care: A follow-up review of the Institute of Medicine's 10 recommendations for improving the quality of cancer care in America. *Cancer*, 118(10), 2571-2582. DOI: 10.1002/cncr.26536
- Travado, L., & Borràs, J. (2013). Psychosocial care in Europe: Preliminary results from a survey conducted under the psychosocial oncology action of the European partnership for action against cancer. *Psycho-Oncology*, 22(Suppl 3), 36

Tuinman, M. A., Gazendam-Donofrio, S. M., & Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2008). Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: Use of the distress thermometer. *Cancer, 113*, 870-878.

Yu, E-S., Shim, E. J., Kim, H. K., Hahm, B-J., Park, J-H., & Kim, J-H. (2012). Development of guidelines for distress management in Korean Cancer patients. *Psycho-Oncology, 21*, 541-549. DOI: 10.1002/pon.1931

26

Gerenciamento de caso na perspectiva do usuário de *crack* e do profissional de saúde

Hannya Herrera Cardona

Universidade de Brasília

Maria Inês Gandolfo Conceição

Universidade de Brasília

O Gerenciamento de Caso (GC) é um modelo terapêutico desenvolvido nos Estados Unidos no final de 1960, quando os serviços de saúde mental passaram a ocorrer em ambulatórios localizados em centros de saúde mental na comunidade, com assistentes sociais integrando suas equipes. Em 1990, tornou-se uma etapa essencial no tratamento aos dependentes de substâncias psicoativas, ocorrendo principalmente na transição entre internação e tratamento ambulatorial (Siegal, 1998). As intervenções do GC têm por objetivo aumentar a adesão ao tratamento, ampliar a articulação e o trabalho em rede entre os serviços de atendimento e ajudar a melhorar a qualidade de vida do paciente (Duailibi, Severino, Barbosa, & Ribeiro, 2012), sendo necessário ter uma concepção clara do que será realizado, por quem e com quem, e quais serão os benefícios esperados.

Embora existam diversos conceitos sobre GC dependendo de seu foco, segundo Fonseca, Alves e Lemos (2011), o GC deve ser compreendido como:

Uma estratégia centrada no paciente, visando melhorar a integração das diversas modalidades, *settings* e enquadres terapêuticos, valorizando a continuidade do tratamento e a melhor utilização dos recursos comunitários. O gerenciamento de caso surge adaptado às dependências, como uma estratégia para lidar com a natureza crônica, multifacetada e passível de crises (recaídas) e fases de recuperação. (p. 275)

Nessa esteira, o GC busca avaliar, aconselhar, ensinar, proteger e assessorar o usuário e sua família, dirigindo-se ao trabalho das dificuldades relacionadas ao uso e à dependência da droga, permitindo um adequado funcionamento individual e social do sujeito. O GC trabalha com metas realísticas e possíveis para o paciente, sua família e a equipe de trabalho (Springer, 2008). Está direcionado para problemas de acessibilidade, eficácia, continuidade do tratamento e implementação, utilizando um conjunto de intervenções e técnicas de diversas abordagens, principalmente entrevista motivacional, prevenção de recaída e treinamento de habilidades sociais.

O uso de uma única abordagem para todos os cenários de saúde tende a ignorar as necessidades de cada indivíduo. Assim, o GC não conta com um protocolo específico, pois isso depende das diversidades culturais, dos locais, das necessidades e dos interesses que determinaram sua definição e prática (Leukefeld, Godlaski, Clark, Brown, & Hays, 2000).

Os princípios que norteiam a intervenção do GC assentam-se na importância de um tratamento baseado em necessidades, autodeterminação e interesses do sujeito a partir de suas potencialidades e recursos pessoais e comunitários, bem como no relacionamento estabelecido entre o profissional e o paciente que favoreça o tratamento (Figlie & Laranjeira, 2004, Leukefeld et al., 2000). Para

tanto, o gerente de casos deve motivar o paciente, trabalhar conjuntamente na identificação de seus recursos, determinar os pontos fortes e fracos, avaliar as necessidades nas diferentes áreas de desenvolvimento, bem como fazer uma avaliação constante do plano de tratamento com o objetivo de verificar progressos e fazer ajustes necessários.

Para um tratamento eficaz, o gerente de caso precisa desenvolver um plano de tratamento específico para cada paciente. O GC não funciona isoladamente: o trabalho deve ser em rede a partir das conexões com outros serviços (Figlie & Laranjeira, 2004, Siegal, 1998). O trabalho em rede fornece uma ótica integral do sujeito, privilegiando a atuação multidisciplinar e inter-setorial para atender o usuário e promover sua reinserção social, em um processo contínuo e coletivo.

O Plano de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas (2010) determina que deve existir uma estrutura, ampliação e fortalecimento das redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a integração e articulação das ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social dessa população (Ministério da Justiça, 2010). Nessa esteira, é importante a aproximação com as redes sociais do paciente, para entender como se desenvolvem as pautas culturais, as informações e as relações estabelecidas entre usuário e fornecedor, usuário e comunidade, usuário e família, que podem influir de maneira positiva ou negativa, facilitando ou dificultando a busca e adesão ao tratamento, assim como a recuperação e reinserção social do paciente (Mendeiros, 2008). O trabalho em rede deve mobilizar pessoas, grupos e instituições para o uso dos recursos, a partir da consolidação de parcerias. (Mendeiros, 2008).

Portanto, o gerente de casos, junto com uma equipe interdisciplinar de apoio, deve buscar ativamente as redes de apoio necessárias, fornecendo avaliação e

reavaliação do tratamento, implementado, auxiliando no planejamento da(s) meta(s) do paciente, oferecendo serviços terapêuticos e aquisição de recursos. O tratamento deve ser estruturado de forma a garantir uma transição adequada entre seus níveis, evitar vazios no serviço e responder rapidamente à ameaça de recaída. A compreensão abrangente de serviços promove a recuperação e permite que o paciente usuário de drogas se integre plenamente à sociedade como um indivíduo saudável e produtivo (Siegal, 1998).

O sucesso do GC depende de como o serviço é utilizado e da habilidade do gerente de casos. Ele é como um coordenador do tratamento do paciente, que viabiliza as necessidades individuais do sujeito e atua como um facilitador que ajuda a suprir essas necessidades de forma efetiva (Figlie & Laranjeira, 2004); um operador de rede que explora e desenvolve ações para a mobilização das redes formais e informais (Sanicola, 2008).

Este estudo tem por objetivo analisar as formas de intervenção através do modelo de GC, com o propósito de compreender os significados e as relações construídas ao longo da intervenção por parte dos profissionais em saúde e dos usuários de *crack* vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-AD) de uma cidade-satélite do Distrito Federal (DF).

Método

A pesquisa é um recorte do projeto multicêntrico intitulado *Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros*, coordenado pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) e universidades federais, entre as quais, a Universidade de Brasília, responsável pelo

projeto no DF. A equipe de pesquisa do DF escolheu o Caps-AD de uma cidade-satélite do DF, lócus deste estudo.

O programa de GC foi composto de oito encontros entre o gerente de casos e o paciente para avaliação, intervenção e monitoramento. Os objetivos do tratamento foram o desenvolvimento de habilidades e potencialidades do paciente e a reestruturação em diferentes áreas: moradia, emprego, saúde, relações familiares e sociais. Durante o processo de tratamento o gerente de casos identificou as áreas que constituíam problemas significativos e possíveis recursos do paciente para enfrentá-los, encorajando o paciente por meio da entrevista motivacional. Foram trabalhadas questões individuais não contempladas nos grupos disponíveis no Caps-AD, monitorando a execução de tarefas, chamando membros da família conforme a necessidade e compartilhando o caso com os profissionais do Caps-AD.

Os participantes desta pesquisa foram quatro usuários de *crack* e dois gerentes de casos. Como critérios de inclusão, os usuários de *crack* deveriam: (a) ser consumidor de *crack*; (b) encontrar-se vinculado ao Caps-AD; (c) ter participado do projeto *Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros*; d) ter iniciado o tratamento oferecido pelo Caps-AD junto com o GC oferecido pelo projeto mencionado.

Os participantes usuários foram quatro adultos (três homens e uma mulher), com idades entre 22 e 39 anos. Três deles eram separados e com filhos, e um era solteiro. Três moravam com suas famílias e um morava sozinho. Quanto à escolaridade, dois tinham ensino fundamental incompleto; um, ensino médio incompleto; e o outro, ensino médio completo. Três deles não trabalhavam e um trabalhava informalmente. Quanto à história de uso de drogas, três deles começaram usando álcool e maconha entre os 12 e 15 anos de idade, e um

começou usando maconha aos 12 anos de idade. Posteriormente, os quatro usaram cocaína e por último, o *crack*. Para preservar a identidade, os usuários foram identificados como U1, U2, U3 e U4.

Os gerentes de casos foram duas assistentes sociais do projeto multicêntrico que participaram do estudo realizado no Caps-AD e receberam treinamento prévio em GC para realizar intervenções com base no modelo aprendido. Para preservar sua identidade, as profissionais foram identificadas como G1 e G2.

A concordância em participar do estudo deu-se através da autorização dos participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo consistiu em entrevistas semiestruturadas com roteiros específicos para usuários e para profissionais. As entrevistas foram realizadas com os usuários de *crack*, eram relacionadas às mudanças ou percepções nas áreas de saúde, educação, trabalho, família etc., e aos processos de intervenção mediante o GC. As entrevistas com as profissionais incluíam perguntas relacionadas com o processo de tratamento mediante o GC e ajudaram a aprofundar as significações construídas pelos profissionais e os usuários de *crack* sobre a intervenção mediante o GC e sobre o tratamento realizado no Caps-AD. Os dados foram coletados com gravador digital e analisados após transcrição. As entrevistas foram realizadas no Caps-AD e duraram em média 60 minutos, cada.

Utilizou-se o método da análise de conteúdo de Bardin (2009) para analisar as transcrições, pois este descreve os conteúdos e significados das mensagens por meio de procedimentos sistemáticos, com a intenção de interpretar e inferir o que está sendo comunicado, ocorrendo em três momentos: “a pré-análise (operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais), exploração do material (codificação, decomposição) e tratamento dos resultados (inferência e

interpretação)” (Bardin, 2009, p. 121). Foram definidas categorias derivadas das entrevistas que serviram como indicadores de medida do fenômeno sob foco.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (protocolo 17-06/2012).

Resultados e Discussão

Foram definidas três categorias com base nos temas derivados dos itens dos roteiros de entrevista para profissionais e usuários: *experiências sobre o tratamento, construção de vínculos de confiança e expectativas sobre o tratamento.*

A primeira categoria, *experiências sobre o tratamento*, descreve as experiências dos profissionais e dos pacientes sobre o tratamento, suas vivências e emoções, bem como falas dos usuários e profissionais sobre as experiências vividas em tratamentos anteriores e atuais. Na análise das falas observa-se que o conhecimento sobre a técnica, abordagem ou intervenção é considerado necessário e é entendido como parte do processo de tratamento. As duas profissionais (gerentes de casos) conseguiram explicar claramente a teoria assimilada e os conhecimentos obtidos no treinamento. Contudo, as profissionais apresentaram perspectivas diferentes sobre o GC, o que ajudou a ampliar os diferentes olhares sobre a questão e aportou maior compreensão na análise do fenômeno. Embora o conhecimento seja realmente importante, é fundamental a compreensão e vivência desses conceitos, a humanização, motivação, abertura e implicação no processo de tratamento de cada usuário.

As dificuldades para vivenciar e pôr em prática os conhecimentos e as estratégias adquiridos podem gerar sentimentos de desconforto, angústia e

insegurança no profissional. Isso não quer dizer que o profissional não seja capaz de conduzir o trabalho, embora esses sentimentos possam inibir sua espontaneidade e prejudicar suas ações, gerando dificuldades de estabelecer vínculo com o usuário e garantir seu engajamento no tratamento. A fala da gerente de casos a seguir, por exemplo, reflete a expectativa de que o usuário abandone de vez as drogas. A não consideração da recaída como parte do tratamento, por exemplo, gera frustração, que pode refletir em seu vínculo com o usuário:

Às vezes você considera que ele está indo muito bem, aí de repente ele recai né? (G1); Fico muito angustiada com o processo em si, porque muitos casos a gente atende e às vezes a gente quer sempre ter êxito naquilo que a gente faz (G1).

As falas das gerentes de casos apontam para a importância das competências profissionais, seu conhecimento e suas capacidades de manejo, como aspectos fundamentais para o tratamento. Em contrapartida, nas falas dos usuários, o que eles mais destacam é o acolhimento, dando pouca ou nenhuma importância ao conhecimento técnico ou à experiência prévia do profissional. A literatura entende o acolhimento como a humanização do atendimento, acessibilidade ao serviço e aos profissionais, escuta, atitude profissional (Gomes & Pinheiro, 2005; Solla, 2005), interesse no outro e forma de abordar o usuário:

Durante o atendimento de GC a gente foi desenvolvendo através da entrevista motivacional uma motivação maior pra que esse paciente pudesse participar desse gerenciamento e também buscando um resgate de sua autoestima (G1);

É aquele relacionamento de amizade entendeu? Não mais de amizade, eu falo assim, dar mais aquele apoio entendeu? Aquela confiança (U1).

A experiência e a vivência dos conceitos habilitam o profissional a utilizar outros recursos para o trabalho com os pacientes, gerando níveis de intervenções mais aprofundados. Do mesmo modo, a compreensão, o reconhecimento da verdade de cada um e o respeito à individualidade, à livre expressão e à escolha favorecem o comprometimento e engajamento do usuário no processo de tratamento, assim como a possibilidade de sua inserção social em contextos diversos (Sudbrack, 2003). Contrariamente, as ideias preconceituosas que o profissional possui sobre o usuário de drogas (como alguém descompromissado, relapso, interesseiro) interferem na forma como ele se relaciona com o paciente, dificultando o vínculo terapêutico:

Eles vacilam muito né? Então às vezes eles têm o desejo de vir, às vezes é só em momento de angústia mesmo que eles vêm, então eles têm essa dificuldade de tá tendo esse compromisso, de tá vindo sempre aos encontros (G1).

As restrições, hesitações e ambivalências emocionais do profissional podem relacionar-se à pouca credibilidade que ele possui sobre os serviços de saúde. Às vezes, o profissional tenta apenas cumprir suas obrigações sem a certeza de que haverá ou não continuidade ou acompanhamento do caso, gerando contradições e hesitações no seu trabalho. Essa incerteza pode acarretar um vazio de sentido sobre o trabalho realizado, bem como insatisfação, frustração e *burnout*.

Acaba o Gerenciamento e você não está podendo fazer mais nada, se sente, né? E aí fazer, porque o gerenciamento é uma coisa que tava tendo acompanhamento. Essas coisas ficam pendentes porque o pessoal aqui no Caps, eles não conseguem acompanhar porque o paciente não vem, né? (G1)

O que pretendíamos fazer era o encaminhamento desse... desse paciente pra um profissional de... de referência, mas como eles não tinham vínculo com os profissionais do Caps, isso se tornou inviável. (G2)

Nas falas observa-se que a fragilidade do vínculo entre o profissional e o paciente gera dificuldades no trabalho individualizado, assim como dificulta a adesão, a reabilitação e a reinserção do usuário, comprometendo o trabalho em rede. O tratamento individualizado de acompanhamento e apoio, que prioriza os interesses e necessidades do usuário, facilita a avaliação das necessidades particulares do sujeito, permitindo que o paciente faça uma autoavaliação e reestruturação de aspectos da sua vida. A literatura aponta que a maneira de abordar o paciente, a escuta e o vínculo interferem diretamente no usuário, na forma de se enxergar e de trabalhar suas dificuldades (Solla, 2005).

Eu particularmente permitia que o paciente buscasse, que ele conduzisse isso da forma que mais confortável fosse pra ele, respeitando seu nível intelectual. (G2)

Ela tem feito, me ajudado a criar algumas estratégias pra que não haja uma recaída e até mesmo de... de explicar e aprofundar o que é esse processo, o que abalou na minha vida social, o que eu preciso reestruturar, isso foi uma coisa que eu achei importante. (U3)

Portanto, o vínculo afetivo com o profissional provavelmente ajuda o paciente na reorganização mental, autoconhecimento sobre suas dificuldades e capacidades e reestruturação da forma como percebe os conflitos nas diferentes áreas da sua vida.

Resultado positivo que eu percebi nesse trabalho foi... a vinculação do paciente ao trabalho de GC. Fazer com que o paciente realmente fizesse uma caminhada de encontro com aquilo

que de fato ele queria, ele esperava da vida e de encontro com as suas possibilidades reais. (G2)

O GC me deu a oportunidade, entendeu? Abriu várias portas assim... Ajuda até a rever assim, por exemplo, assim, tipo ter uma reforma útil. (U1)

A maioria dos usuários identificou as diferenças entre o trabalho feito no GC e as experiências anteriores. Alguns descrevem as experiências anteriores como um trabalho impessoal, genérico, que obstaculiza a adesão ao tratamento e o trabalho das dificuldades. O GC propõe um trabalho personalizado cujo objetivo é valorizar e compreender as particularidades, prioridades, dificuldades, causas e consequências de cada situação que interfere nas diferentes áreas de desenvolvimento. Esses aspectos auxiliam o usuário a se sentir acolhido, apoiado e respeitado, assim como favorece a reestruturação de seus comportamentos, crenças e sentimentos, fomentando a motivação e adesão ao tratamento, reabilitação e reinserção social. Nas experiências prévias dos usuários, repontou o trabalho coletivo, de cunho educativo, para que o sujeito aprendesse conceitos e teorias relacionados ao uso de drogas. Eram trabalhos impessoais que não promovem a vivência e o comprometimento no seu processo de tratamento, nem tampouco espaço para a criação de um relacionamento de confiança, já que o usuário é visto como mais um a ser atendido.

O Caps é um... é um acompanhamento né? De caso muito genérico... As pessoas chegam com casos muito graves aqui e eles colocam todo mundo junto com casos graves, com casos moderados, e faz um trabalho de... de utilizar medicação, de fazer algumas terapias, de fazer uns exames pra saber como é que tá, que é um auxílio né? Que é um suporte, é uma... uma ajuda pra esse pessoal, mas que eu vejo que precisa muito maior capacitação e envolvimento

Gerenciamento de caso na perspectiva do usuário de crack e do profissional de saúde

do órgão em si pra ter efeitos, pra que não haja tantas recaídas, pra que não haja tanta evasão. (U3)

As abordagens grupais podem ser muito eficazes, mas exigem perícia em seu manejo, o que demanda formação, capacitação e treinamento de habilidades no trabalho das problemáticas dos usuários. Por outro lado, quando essa ferramenta é utilizada por profissionais despreparados, que desconhecem o potencial terapêutico do grupo e que têm dificuldades em aproveitar as riquezas coletivas, resulta desmotivadora e responsável pela pouca adesão e reabilitação:

A pesquisa, já se demonstrou do primeiro contato totalmente oposto ao pessoal do Caps, é um trabalho muito mais pessoal né? Teve uma assistente social que me recebeu” (U3); É um completando o outro, é um complemento, entendeu? É onde eu tiro a confiança, onde eu me sinto seguro é justamente no gerenciamento, lá eu trago algum aprendizado alguma receita e aqui eu me fortifico (U4).

Alguns usuários identificaram os avanços pessoais a partir de metas viáveis que os fizeram se sentir capazes de realizar ou cumprir acordos estabelecidos na terapia, sem necessidade de estar abstinente. Nas falas, reponta a importância da redução de danos (RD) como alternativa de tratamento que favorece o controle e autocuidado com relação ao uso da droga, o sentido de responsabilidade sobre si mesmo e sobre a sociedade, o protagonismo e a autonomia no processo de melhora da qualidade de vida, alinhado à literatura (Cruz, 2011). É importante que a proposta da RD seja interiorizada tanto pelo paciente como pelo profissional, para servir de ferramenta no tratamento dessa população.

Depois que eu voltei para o Caps, que eu apareci no Caps, a vida melhorou um pouco, não foi cem por cento não, não abandonei o vício, mas eu tenho diminuído muito drasticamente e conseguindo o que eu não fazia há mais de três anos, é manter minha abstenção por cinco, sete dias, até nove dias eu consegui. (U4)

Evidenciou-se a importância da escuta, do acompanhamento personalizado, da motivação, da mútua colaboração e do vínculo estabelecido entre o profissional e o paciente para uma maior adesão ao tratamento, abrangência das múltiplas necessidades do usuário, sua reabilitação e reinserção social, tal como preconizado por diversos estudos (Falcone, 2013; Miller & Rollnick, 2001; Padin, 2012). Para criar espaços de escuta, respeito e confiança, precisa-se de profissionais que, além do conhecimento das teorias e conceitos, treinamento em uma determinada técnica ou abordagem, tenham capacidade de enxergar o paciente como um indivíduo com capacidades, fomentando a adesão ao tratamento, o que se configura em um dos maiores desafios junto a essa população.

A segunda categoria, *construção de vínculos de confiança*, faz referência às relações constituídas entre o paciente e o profissional, referindo-se às emoções, falas, conceitos e posicionamentos sobre essa relação. Identificamos a importância da intervenção e do acompanhamento individual e personalizado na construção do vínculo de confiança entre o profissional e o paciente, o que proporciona, segundo os profissionais participantes, a permanência do usuário no seu processo de tratamento. A aderência do usuário está relacionada à credibilidade que ele possui no profissional quando este consegue enxergar suas características particulares, importa-se com o indivíduo e seu entorno, considerando o usuário de drogas semelhante às outras pessoas (provido de dificuldades, responsabilidades e capacidades). Esse vínculo de confiança se dá quando o profissional acredita nas

capacidades e no processo de tratamento do usuário, assim como quando o usuário acredita nas capacidades de escuta e cuidado que o profissional possui. Tais aspectos devem permear o trabalho em equipe para fundar a reciprocidade como parte importante na construção do vínculo. Para Marques e Arruda (2007.), o vínculo é a “capacidade para formar toda ligação profunda e intensa com uma pessoa” (p. 117), um relacionamento próximo que gera confiança entre terapeuta e paciente.

Sendo assim, as trocas, a liberdade, a capacidade de dar e receber e não ser julgado, simplesmente ser escutado e respeitado, possibilitam a criação de vínculos, promovem a aderência e o comprometimento com o tratamento, assim como o avanço no trabalho das suas dificuldades (Leukefeld et al., 2000; Miller & Rollnick, 2001; National Institute of Drug Abuse, 2012). A reciprocidade e o compartilhar fazem com que o usuário se sinta importante, percebendo-se parte de uma sociedade que o considera capaz de mudar para melhorar sua qualidade de vida.

A gente construiu isso junto e com uma grande meta final... e eu tenho bem claro sobre o que eu quero fazer, sobre tudo o que a gente construiu junto. (U3)

O trabalho individual que o gerente de casos faz com o paciente ele não é importante simplesmente porque está ali o gerente de casos..., ele é importante pelo olhar, o respeito e a importância que o profissional consegue dar a esse paciente, porque o paciente ele percebe isso, ele percebe a importância que ele tem dentro daquele trabalho, ele pode-se sentir empoderado ou ele pode-se sentir usado. (G2)

A percepção do usuário sobre o afeto, respeito, cuidado e apoio recebido pelo profissional pode interferir na construção do vínculo terapêutico, na sua adesão e reabilitação, incitar o indivíduo a transformar o conceito que tem de si mesmo e

levá-lo a compreender que ele é uma pessoa com direitos, portadora de valores, capacidades, e que merece ser respeitada. Essa condição faz com que os outros se importem com ele. O simples fato de conseguir estabelecer um vínculo afetivo com o profissional faz com que o usuário melhore sua autoestima por meio da transformação do seu autoconceito.

Ajuda até a rever assim, por exemplo, assim, tipo ter uma reforma útil. (U1)

É uma pessoa que está se importando comigo... nem as pessoas da minha família estavam se importando mais comigo e eu achar nestas alturas do campeonato uma pessoa que se doe, capaz, humana, digna de me ajudar, isso pra mim me deixa muito satisfeito. (U4)

O usuário de drogas percebe a perda de seus direitos e dificuldades no seu autoconceito. Sente culpa porque é criticado, o que faz com que ele se afaste e não se sinta um cidadão com direitos. Esse afastamento provavelmente é um indicador das dificuldades que o usuário de *crack* tem para procurar tratamento e se manter nele.

Ele já não sabe mais que ele consegue chegar no consultório médico da rede pública ou no consultório dentário ou em uma escola ou numa agência de empregos e... e se sentir um ser humano respeitado com direito de buscar seus direitos, ele não se acha mais capaz, ele tem muita vergonha, ele tem muita, sente muita timidez, sente muita culpa. (G2)

Quando o usuário percebe que aspectos como afeto, respeito, cuidado e apoio estão presentes no relacionamento com o profissional, isso o motiva a continuar no processo terapêutico, diminuindo o índice de abandono do tratamento. A motivação é parte indispensável na adesão, assim como o apoio da rede social e o relacionamento com o profissional de saúde (National Institute of Drug Abuse,

2012): “*Eu sinto vontade de falar com ela... ela me motivava mais a vir aqui*” (U2); “*Uma pessoa que pode te ouvir entendeu? Você pode se abrir com ela, pode contar, ela pergunta como tá seu dia, pergunta como você está*” (U1).

Assim, pode-se pensar que o conhecimento de suas dificuldades e potencialidades, não sentir culpa nem se sentir julgado, ajuda o usuário de drogas a avançar no seu processo terapêutico. O papel do profissional precisa ser de encorajamento e promoção de espaços para que o usuário identifique claramente sua realidade (limitações e habilidades). Portanto, a proposta de tratamento deve ser o desenvolvimento do sentido de responsabilidade sobre si mesmo e em relação à sociedade, o protagonismo e a autonomia no processo de melhora da qualidade de vida. Esses aspectos fazem parte da proposta da RD como possível tratamento para essa população (Cruz, 2011).

Ela me ajudou a ter clareza, a ter leveza para saber esperar, para saber suportar e principalmente por não ser qualificado, saber que eu vou ter que arrumar um emprego talvez não seja o que eu queria, (...) mas ela sabe que eu sou capaz de poder fazer alguma coisa boa, talvez não seja o que eu queria, mas é o que eu preciso. (U4)

A utilização de diferentes ferramentas também pode enriquecer o processo de tratamento, permitindo ao usuário confiar no profissional e falar espontaneamente do seu cotidiano, dos acontecimentos da sua vida, ajudando-o a identificar suas falhas e habilidades. Sendo assim, o GC utiliza a Entrevista Motivacional como ferramenta que reconhece as ações do usuário e possibilita a identificação de seus problemas e potencialidades (Miller & Rollnick, 2001), permitindo que o usuário se aproprie do seu tratamento como possibilidade para melhorar sua qualidade de vida.

O xadrez causava a ele prazer e o fato dele estar nesta relação como quem ensina, na condição, eu chamava de meu professor como quem ensinava, dava a ele bastante liberdade, ele sentia bastante relaxado eram momentos em que a gente falava da vida dele, trocávamos algumas experiências, ele se sentia a vontade para fazer perguntas, para falar das relações dele com a família, com as meninas, dos medos, das angústias. (G2)

O vínculo de confiança entre profissional e paciente estabelece-se no atendimento individualizado. Segundo alguns participantes, o Caps-AD não realiza esse trabalho personalizado, talvez por falta de recursos humanos. Esse aspecto parece intervir na motivação, adesão ao tratamento e permanência dos usuários para o desenvolvimento dos seus processos terapêuticos individualizados.

Dentro do Caps, eles não têm esse atendimento mais individualizado essas coisas assim e eles sentem falta disso. (G1)

O Caps é um... é um acompanhamento né? De caso muito genérico, é uma coisa muito no geral. Eu vejo que precisa muito maior capacitação e envolvimento do órgão em si pra ter efeitos, pra que não aja tantas recaídas, pra que não haja tanta evasão. (U3)

O vínculo afetivo entre profissional e usuário está relacionado à confiança que o usuário tem sobre o profissional e vice-versa. Poder confiar no profissional e criar vínculos de confiança, vínculos afetivos, fazem parte da inclusão social e promovem o fortalecimento das redes sociais. No trabalho com essa população, devem ser propostos espaços de encontro que possibilitem a formação de novas redes para o estabelecimento de vínculos afetivos e de apoio, que suportem o processo de reintegração social do sujeito (Mendeiros, 2008). Para tornar viável o

vínculo de confiança, o profissional deve ter a capacidade de humanizar a sua atuação técnica e ir além dela.

Ela é uma profissional, tá aqui pra ajudar, ela tem que ser às vezes neutra na situação, mas ela é uma pessoa que se doa, ela traz exemplos dela pra com o problema que eu vivo, ela traz vitamina de força pra mim, ela me injeta às vezes ânimo, coisa que eu não tinha condições de estar pedindo para ninguém, ela me consegue dar vontade de fazer as coisas certas. (U4)

A terceira categoria, *expectativas do tratamento*, descreve as emoções e posicionamentos dos usuários e profissionais participantes sobre o tratamento e se refere ao que usuário e profissional esperam obter com o tratamento. Segundo as falas, o tratamento deve ser personalizado, de acompanhamento, escuta e compartilhamento, implicando maior dedicação e habilidades do profissional para acolher o usuário. Além do acolhimento, o profissional deve ter habilidades de encorajar e engajar o usuário, ter experiência no trabalho com essa população e com o uso de recursos. O profissional também precisa acreditar no usuário, enxergá-lo como um indivíduo com dificuldades, capacidades e responsabilidades.

O acompanhamento, o acolhimento e o compartilhamento fazem com que o usuário sinta-se parte de uma nova rede social que considera o sujeito um cidadão com direitos e deveres. A constituição de novas redes propicia a aquisição de novas habilidades para o desenvolvimento e fortalecimento de fatores protetores.

Igualmente, o tratamento deve adaptar-se às necessidades do usuário e, dessa maneira, o plano de tratamento não deve ser um protocolo construído com antecedência nem generalizado. Deve ser delineado de acordo com as dificuldades apresentadas pelo sujeito e ser acessível para aproveitar os momentos em que os indivíduos decidem fazer o tratamento (National Institute of Drug Abuse, 2012). Dessa forma, a intervenção a partir do GC discorre sobre a importância de fazer

um tratamento baseado nas necessidades, autodeterminação e interesses do sujeito a partir das suas potencialidades e recursos (Leukefeld et al., 2000).

Mais encontros individuais, mais atendimentos olho no olho, tato a tato, frente a frente. (U4)

GC de 8 semanas, 2 meses né? E que levamos a cabo com relativo sucesso, entretanto se pudéssemos triplicar esse tempo acredito que teríamos um... um resultado bem mais substancial, bem mais palpável. Teríamos tempo de trabalhar essa autoestima do paciente, esse mergulho interno que ele faz, essa convicção de que ele pode, de que ele deve buscar uma... uma vida lá fora. (G2)

Alguns recursos a mais, assim né? Recursos para, por exemplo, conseguir visitar o paciente na sua casa, fazer esse acompanhamento mais próximo, conseguir, como eu busquei fazer com um dos meus pacientes, leva-los a conhecer alguns ambientes, eu tive um paciente que gostava de fazer tatuagem então levá-lo ao estúdio de tatuagem pra que ele conhecesse aquilo... que ele se vinculasse a esse tipo de... de profissão. (G2)

Alguns participantes descrevem que os tratamentos prévios foram realizados de forma coletiva, concebidos como tratamentos genéricos e impessoais, causando no usuário uma percepção de exclusão e pouca disponibilidade de tempo por parte do profissional e levando-o a perder o interesse e a motivação pelo tratamento. Segundo Henskens, Garretsen, Bongers, Van Dijk e Sturmans (2008), os usuários de *crack* que não têm fácil acesso ao sistema de saúde ou que não contam com apoio externo (família, comunidade) costumam apresentar índices baixos de recuperação. Nesses casos, as equipes de saúde devem realizar busca ativa dos usuários, utilizando técnicas focadas na adesão ao tratamento e fornecimento de incentivos.

Gerenciamento de caso na perspectiva do usuário de crack e do profissional de saúde

O que pretendíamos fazer era o encaminhamento desse desse paciente pra um profissional de... de referência, mas como eles não tinham vínculo com os profissionais do Caps, isso se tornou inviável. (G2)

O Caps é um... é um acompanhamento né? De caso muito genérico, é uma coisa muito no geral, as pessoas chegam com casos muito graves aqui e eles colocam todo mundo junto. Eu vejo que precisa muito maior capacitação e envolvimento do órgão em si pra ter efeitos, pra que não ajam tantas recaídas, pra que não haja tanta evasão. (U3)

De modo geral, o tratamento deve ser multidisciplinar e de longo prazo, já que o uso da droga, principalmente do *crack*, interfere em todas as áreas da vida do indivíduo (Kessler & Pechansky, 2008). Além disso, precisa-se de monitoramento constante das atividades e intervenções durante o processo, a fim de avaliar avanços e dificuldades que o usuário possa apresentar.

Uma síntese sobre os olhares do usuário de *crack* e do profissional (gerente de casos) em relação às apreciações sobre o tratamento pode ser encontrada na Tabela 1.

Tabela 1
Síntese das falas dos participantes com apreciação do tratamento

| Olhar do Usuário | Apreciações Positivas do Tratamento | Apreciações Negativas do Tratamento |
|---|--|--|
| Olhar do Usuário | “Olho no Olho” (Atendimento individual) | “Receita” (Atendimento coletivo) |
| | Tratamento personalizado, priorização dos interesses e necessidades do usuário, confiança, acompanhamento e apoio, avaliação das necessidades do sujeito. | Tratamento genérico, impessoal, pouca disponibilidade, ninguém se importa com você, exclusão. |
| | <i>Eu acredito ser a forma assim entendeu? A forma de... a forma de abordar, a forma das perguntas, a forma de expor as coisas assim, tem algumas diferenças entendeu? Às vezes pode ter o mesmo sentido, mas a forma da abordagem é diferente. (U1)</i> | <i>O Caps é um... é um acompanhamento né? De caso muito genérico. Eu vejo que precisa muito maior capacitação e envolvimento do órgão em si pra ter efeitos, pra que não haja tantas recaídas, pra que não haja tanta evasão. (U3)</i> |
| | <i>Ela tem feito, me ajudado a criar algumas estratégias pra que não haja uma recaída e até mesmo de... de explicar e aprofundar o que é esse processo, o que abalou na minha vida social, o que eu preciso reestruturar, isso foi uma coisa que eu achei importante. (U3)</i> | <i>... lá eu trago algum aprendizado alguma receita e aqui eu me fortifico. (U4)</i> |
| | <i>Mais encontros individuais, mais atendimentos olho no olho, tato a tato, frente a frente. (U4)</i> | |
| “Fixador – Selante – Verniz” (Acolhimento) | | |
| | Interesse no usuário, espaços de escuta e reflexão do paciente para identificar dificuldades e capacidades, para organização mental e reestruturação cognitiva. | |
| | <i>Ela me ajudou muito a trazer a luz aqui em mi, eu tava muito no escuro, me ajudou a traçar metas, me ajudou a fazer planos, me ajudou a me enxergar de novo. (U4)</i> | |
| | <i>O GC tem me feito junto com a terapia junto com as outras consultas como se fosse um fixador um selante um verniz, é o que vem por cima pra acabar digamos com a facilitação que eu tava dando e é o que vem pra me fortificar. (U4)</i> | |

Tabela 1 (cont.)

| Olhar do Usuário | Apreciações Positivas do Tratamento | Apreciações Negativas do Tratamento |
|------------------|--|-------------------------------------|
| Olhar do Usuário | “Vitamina de força” (Vínculo) | |
| | Relacionamento próximo, apoio, reconhecimento, reciprocidade, acreditar nas capacidades do outro, não julgar. Esses aspectos geram um vínculo afetivo e de confiança, motivação para continuar o tratamento, fortalecimento de vínculos e criação de novas redes. | |
| | <i>É uma pessoa que está se importando comigo... nem as pessoas da minha família estavam se importando mais comigo e eu achar nestas alturas do campeonato uma pessoa que se doe, capaz, humana, digna de me ajudar, isso pra mim me deixa muito satisfeito. (U4)</i> | |
| | <i>Ela é uma profissional tá aqui pra ajudar, ela tem que ser às vezes neutra, mas ela é uma pessoa que se doa, traz exemplos dela pra com o problema que eu vivo, traz vitamina de força pra mim, ela me injeta às vezes animo, coisa que eu não tinha condições de estar pedindo. (U4)</i> | |

Tabela 1 (fim)

| Olhar do Profissional | Apreciações Positivas do Tratamento | Apreciações Negativas do Tratamento |
|-----------------------|---|--|
| | <p>“Caminhada de encontro” (Atendimento personalizado)</p> | <p>“Carência de um olhar” (Atendimento coletivo)</p> |
| | <p>O profissional deve ter conhecimento, experiência, flexibilidade, capacidades para criar vínculo de confiança com o paciente. Trabalho individualizado, espaços de escuta, troca, respeito, reconhecer o paciente como sujeito com dificuldades, capacidades e responsabilidades, criar vínculo de confiança.</p> | <p>O tratamento genérico, com pouco recurso, pouca disponibilidade e tempo, não permite a identificação e trabalho das necessidades de cada sujeito e pode criar um vínculo fraco entre profissional e paciente.</p> |
| | <p><i>O GC é uma forma diferente apenas de lidar com isso, mas assim, os métodos são quase muito parecidos... quando o paciente ta participando das terapias ele é trabalhado dentro a motivação dele, as potencialidades né? Logico que não com tanta, eu acredito que a diferencia ta mais no individualizado, nessa escuta, nesse acolhimento, e que ele se sente mais acolhido, ele se acha mais cuidado né? (G1)</i></p> | <p><i>Dentro do Caps, eles não têm esse atendimento mais individualizado e eles sentem falta disso. (G1)</i></p> |
| | <p><i>Eu busquei a abordagem da entrevista motivacional. Dentro desta abordagem nós buscamos investigar os recursos, preferências, dificuldades de cada paciente e trabalhar cada uma delas de forma bem personalizada. (G2)</i></p> | <p><i>Eu acho que existe essa carência de um olhar e de uma escuta individualizada que o Caps não tem condições de dar, por isso a dificuldade deles de se manterem adeptos ao tratamento, dessa vinculação ser tão frágil. (G2)</i></p> |
| | <p><i>Resultado positivo que eu percebi foi... a vinculação do paciente ao trabalho de GC. Fazer com que o paciente realmente fizesse uma caminhada de encontro com aquilo que de fato ele queria, ele esperava da vida e de encontro com as suas possibilidades reais. (G2)</i></p> | <p><i>GC de 8 semanas, 2 meses né? E que levamos a cabo com relativo sucesso, entretanto se pudéssemos triplicar esse tempo acredito que teríamos um... resultado bem mais substancial, bem mais palpável. Teríamos tempo de trabalhar essa autoestima do paciente, esse mergulho interno que ele faz, essa convicção de que ele pode, de que ele deve buscar uma vida lá fora. (G2)</i></p> |

Considerações Finais

O GC mostrou-se uma potente ferramenta de intervenção e acompanhamento de usuários de *crack*. A proposta do GC caracteriza-se por sua flexibilidade, por ser culturalmente moldável e sensível às mudanças do indivíduo na construção e implementação do plano de tratamento baseado em suas necessidades, habilidades e interesses. No entanto, o GC não funciona isoladamente: é necessário o estabelecimento de ligações entre o GC e a rede de serviços (Siegal, 1998), já que o trabalho em rede cria uma ótica integral do sujeito e suas necessidades. Pode-se pensar que o problema não é o tipo de tratamento a ser implementado com essa população, mas a falta de articulação e fortalecimento da rede de saúde existente. O trabalho em rede produz respostas mais efetivas de tratamento para o usuário e suas famílias no sistema de saúde pública.

Referências

Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Brasil. Ministério da Justiça (2010). *Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas*. Decreto N° 7.179/2010. (2010). Retrieved from <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD0D73EAFPTBRNN.htm>

Brasil. Ministério da Saúde (2011). Portaria N°. 3.088/2011. (2011). Retrieved from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

- Cruz, M. S. (2011). Redução de Danos, prevenção e assistência. In *Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias* (pp. 155-177). Brasília: Ministério da Justiça/Senad.
- Duailibi, L. B., Severino, R., Barbosa, V. M. M., & Ribeiro, M. (2012). Reabilitação psicossocial e gerenciamento de caso. In M. Ribeiro & R. Laranjeira (Eds.), *O tratamento do usuário de crack* (2^a. Ed., pp. 434-446). Porto Alegre: Artmed.
- Falck, R. S, Siegal, H. A., & Carlson, R. G. (1992). Case management to enhance AIDS risk reduction for injection drug users and crack cocaine users: Practical and philosophical considerations. *Progress and Issues in Case Management*, 127, 167-180.
- Falcone, E. M. O. (2013). Terapias cognitivo-comportamentais: História, evolução e princípios teóricos. In N. A. Zanelatto & R. Laranjeira (Eds.), *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais* (pp. 95-105). São Paulo: Artmed.
- Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (2004). Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 26(Supl. I), 63-65.
- Fonseca, V. A. S., Alves, H. N. P., & Lemos, T. (2011). Gerenciamento de caso. In A. Diehl, D. Cordeiro, & R. Laranjeira (Eds.), *Dependência Química* (pp. 274-278). Porto Alegre: Artemed.
- Gomes, M. C. P. A., & Pinheiro, R. (2005). Acolhimento e vínculo: Práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 289-298.

- Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I., Van Dijk, A., & Sturmans, F. (2008). Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction. *Substance Use & Misuse*, 43(10), 1464-1475. doi: 10.1080/10826080500391613.
- Kessler, F., & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista Psiquiátrica RS*, 30(2), 96-98.
- Leukefeld, C., Godlaski, T., Clark, J., Brown, C., & Hays, L. (2000). *Case Management. In Behavioral Therapy for Rural Substance Abusers* (pp. 47-55). University Press of Kentucky. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/j.ctt130jmmk.11>
- Marques, C. F. F., & Arruda, S. L. S. (2007). Autismo infantil e vínculo terapêutico. *Estudos de Psicologia - Campinas*, 24(1), 115-118.
- Mendeiros, R. (2008). *Redes Sociais - Reflexões sobre as redes informais dos usuários de álcool e de crack*. Belo Horizonte: Sigma.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional*. Porto Alegre: Artmed.
- National Institute on Drug Abuse. (2012). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed.). Retrieved from <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment>
- Padin, M. F. R. (2012). Terapia cognitivo-comportamental. In M. Ribeiro & R. Laranjeira (Eds.), *O tratamento do usuário de crack* (2ª. ed., pp. 325-336). São Paulo: Artmed.
- Ridgely, M. S., & Willenbring, M. L. (1992). Application of case management to drug abuse treatment: Overview of models and research issues. *NIDA Research Monograph*, 127, 12-33.

- Sanicola, L. (2008). *As dinâmicas de rede e o trabalho social*. São Paulo: Veras Editora.
- Siegal, H. A. (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) series 27*. Retrieved from <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA15-4215/SMA15-4215.pdf>
- Springer, D. W. (2008). Revisão das abordagens terapêuticas para jovens infratores usuários de drogas nos Estados Unidos. *Educação e Realidade*, 33(2), 114-115.
- Sudbrack, M. F. O. (2003). Da obrigação à demanda, do risco à proteção e da dependência à liberdade. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, E. M. F. Seidl, & M. T. Silva (Eds.), *Adolescentes e drogas no contexto da justiça* (pp. 47-79). Brasília: Plano Editora.

27 “Saúde mental” “indígena”: do que estamos falando e a partir de onde?

Valeska Zanello

Universidade de Brasília

Marianna Queiróz Batista

Universidade de Brasília

Nos últimos anos, o tema *saúde mental indígena* começou a ganhar visibilidade no Brasil com a implantação de uma política de saúde específica para essas populações. A I Conferência Nacional de Saúde Mental Indígena ocorreu em 2007, promovida pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), momento em que as bases da Portaria nº 2.759 do Ministério da Saúde foram elaboradas, estabelecendo as Diretrizes Gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. A partir daí, alguns pontos se tornaram demandas centrais no que tange à saúde mental indígena, sobretudo à realidade social vivida nos últimos anos: suicídio, violência, consumo de psicotrópicos, uso de álcool e drogas, entre outras.

Mesmo diante dessas demandas, a produção científica sobre tais temas tem sido escassa, principalmente por parte dos profissionais de psicologia. Batista e Zanello (no prelo) realizaram uma pesquisa com o objetivo de mapear a produção

e publicação de estudos brasileiros sobre o tema saúde mental indígena na última década. Para tanto, foi realizada uma revisão nas principais plataformas virtuais científicas brasileiras. Na pesquisa foram utilizados 62 descritores¹, referentes a temas que direta ou indiretamente estavam relacionados à saúde mental indígena.

A revisão se deu em dois momentos. De agosto/2012 a outubro/2012 foi realizado o levantamento nas plataformas Scielo Brasil e Scielo Regional (Scientific Electronic Library Online). Posteriormente, de abril/2013 a maio/2013, foi realizado o mesmo levantamento na plataforma *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS-PSI), a qual divulga trabalhos de inúmeras bases bibliográficas. Destas, foram selecionadas as seguintes: *Index Psi técnico científicas*, *Index Psi divulgação científica*, *PePsic* (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), *Lilacs*, *Index Psi Teses* e *Index Psi Livros*.

O resultado do levantamento apontou a escassez de produção na área, visto que, de 6.734 artigos encontrados no geral, apenas 23² enquadravam-se no tema pesquisado. Levando em consideração a demanda em relação a esta temática, pode-se afirmar ser

-
1. índio mental, indígena mental, saúde mental índio, saúde mental indígena, saúde índio, saúde indígena, doença mental índio, doença mental indígena, psicologia etnologia, etnologia psíquica, etnologia psíquico, etnologia psicológica, psicologia índio, psicologia indígena, psíquico índio, psíquico indígena, adoecimento psíquico índio, adoecimento psíquico indígena, suicídio indígena, suicídio índio, sofrimento psíquico índio, sofrimento psíquico indígena, caps índio, álcool índio, caps indígena, álcool indígena, alcoolismo índio, alcoolismo indígena, manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais índio, manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais indígena, DSM índio, DSM indígena, CID índio, CID indígena, classificação internacional de doenças índio, classificação internacional de doenças indígena, depressão índio, depressão indígena, substâncias psicoativas índio, substâncias psicoativas indígena, drogas índio, drogas indígena, transtorno mental indígena, transtorno mental índio, transtorno de ansiedade índio, transtorno de ansiedade indígena, Esquizofrenia índio, Esquizofrenia indígena, psicose índio, psicose indígena, psicopatologia índio, psicopatologia indígena, psiquiatria índio, psiquiatria indígena, cirrose índio, cirrose indígena, etnopsicologia, indígena, violência índio, violência indígena, índio, etnopsiquiatria.
 2. É importante sublinhar que muitos artigos conhecidos e já publicados acerca dessa temática não apareceram neste levantamento, seja porque os descritores de busca não tenham sido adequados, seja porque os respectivos periódicos não estejam indexados às bases de dados ou em virtude de outras falhas que possam estar presentes em uma pesquisa deste tipo.

“Saúde mental” “indígena”: do que estamos falando e a partir de onde?

este um número baixíssimo. Além disto, entre esses 23 artigos estão contemplados como objeto de estudo tanto índios viventes no Brasil, quanto outros, viventes nos demais países da América Latina. No total, nove artigos versavam sobre índios que vivem em outros países e 14 sobre índios que vivem no Brasil.

A Figura 1 mostra a distribuição de publicações sobre indígenas que vivem no Brasil, em função do ano (de 1999 a 2012), com o objetivo de verificarmos sua frequência ao longo do tempo³.



Figura 1. Quantidade de artigos publicados sobre o tema saúde mental em contextos indígenas brasileiros entre os anos de 1999 e 2012

A partir da leitura e análise minuciosa de cada artigo, foi observada a quase inexistência de questionamentos conceituais, bem como de reflexões teóricas pertinentes ao tema 'saúde mental indígena'. Apenas um dos 14 artigos foi exceção a essa regra. Muitas das produções ou utilizavam categorias do Manual Diagnóstico e

³ A discussão dos dados acerca do número de artigos publicados entre os anos de 1999 e 2012 poderá ser vista em Batista e Zanello (no prelo).

Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e do Código Internacional de Doenças (CID), ou usavam termos como *saúde mental* e *indígena* acriticamente, como termos supostamente descritivos e “óbvios”.

Como já citado por Stock (2010), a concepção de saúde mental construída e utilizada pelos pesquisadores não-índios não corresponde ao conjunto conceitual cosmológico ameríndio. Além disso, os temas que facilmente são ligados à área de saúde mental pela nossa sociedade não possuem uma exata correspondência entre os povos indígenas. Em primeiro lugar, faz-se mister, então, nos perguntarmos: do que estamos falando ao usarmos os termos *saúde mental* e *indígena*?

O presente artigo tem como objetivo problematizar esses termos, tanto no sentido de explicitar aspectos epistemológicos latentes como no de apontar a necessidade de contextualizá-los culturalmente. Sublinha-se também, a partir da escassez de reflexão teórica sobre a saúde mental indígena na parca produção científica brasileira produzida de 1999 a 2012, a necessidade de aproximação e conversação com duas abordagens já bem delineadas nos estudos sobre saúde mental e culturas: a Psiquiatria Transcultural e a Etnopsiquiatria.

Diversidades diacrônicas: como chegamos à ideia de saúde mental

A loucura, comumente entendida como “comportamento desviante, produto de desequilíbrios psíquicos e mentais” (Cherubini, 2006), tem sua definição permeada por aspectos sociais e culturais que se transforma(ra)m ao longo das épocas. Nesse sentido, cada sociedade prescreve conceitos de “normalidade” e, conseqüentemente, designa como “anormal” aquilo que está fora da norma, que foge ao padrão. A concepção social da loucura sempre precede, portanto, à prática de classificação (Izaguirre, 2011). Segundo Izaguirre (2011), “há culturas

sem medicinas da mente, mas toda cultura contém representações da loucura” (p. 14).

Historicamente, no Ocidente, os “loucos” foram não apenas interpretados, mas definidos de diferentes maneiras (Foucault, 1982). Ou seja, a própria definição do que venha a ser loucura se modificou. Além disso, a experiência da loucura no mundo ocidental, antes do século XIX, mostrou-se bastante polimorfa a cada momento histórico (Foucault, 1975), antes de ser confiscada no conceito de “doença mental”.

Pessotti (1994) aponta alguns enfoques pelos quais a loucura foi compreendida no desenrolar do processo histórico. Na Antiguidade Clássica, por exemplo, dentre outros enfoques, a loucura foi vista sob o viés de um modelo mítico-religioso, segundo o qual o desvario seria um castigo divino desferido ao sujeito em função de ter cometido uma afronta à divindade (ultrapassagem do *métron*). O indivíduo “louco” seria, aqui, responsável por sua condição.

Na Idade Média a loucura foi interpretada como uma forma de possessão demoníaca. Assim, o tratamento para os “endemoniados” foi atribuído aos padres, por meio do exorcismo. O catolicismo perseguiu os hereges (sujeitos de condutas desviantes) e queimou na fogueira os acometidos pela bruxaria (Pessotti, 1994).

A partir do século XVII a racionalidade adquiriu paulatinamente maior credibilidade, havendo uma desvalorização das explicações míticas e religiosas. Na tradição ocidental, que valoriza a razão, a loucura foi desqualificada em sua capacidade de dizer a verdade (Machado, 2009). O louco, banido da sociedade, foi confinado em hospitais gerais, juntamente com outros sujeitos também marginalizados, tais como inválidos pobres, portadores de doenças venéreas, libertinos etc. (Foucault, 1975). O critério de asilamento, segundo Foucault (1975) seria uma “alteração” em relação à moral. Segundo ele, essas casas não tinham

“vocação médica alguma; não se   admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve fazer parte da sociedade” (Foucault, 1975).

Somente no século XIX, período de cria o da clínica psiquiátrica,   que o louco atingiu sua especificidade enquanto sujeito/objeto a ser estudado e tratado. Foi separado de outros grupos marginais e excluído em asilos específicos.   o início da apropria o da loucura pela medicina, tal como conhecemos ainda hoje em dia. Nesse sentido, Pinel foi um dos pioneiros na compreensão da loucura enquanto “doença” ou “aliena o mental”, e seu respectivo tratamento. O método de Pinel previa o isolamento do paciente da sociedade e do convívio familiar com objetivo de garantir uma observa o sistemática e prolongada do comportamento do “alienado”, visando também a uma reeduca o moral (Foucault, 1975).

D -se início aos grandes debates acerca da classifica o nosológica dos tipos de aliena o. O louco, transformado em paciente, separado agora em sua especificidade (“aliena o mental”), passa a ser tratado como objeto de estudo, havendo uma importa o da lógica semiológica indicial para o campo da saúde mental (Martins, 2003; Zanello, in prep.). Nesse momento histórico, a loucura passa a ser transformada em “doença mental”. Uma das grandes contribui es de Foucault (1982), em *História da loucura*,   justamente apontar como a “doença mental”   uma entidade produzida e não uma verdade descoberta. O papel do médico imbuiu-se mais de um controle ético do que de uma interven o terapêutica: “o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado no seu erro” (Foucault, 1975, p. 84). Trata-se de um contexto repressivo e moral. Passa-se a falar sobre o louco, mas do louco   retirado o poder e a vez de falar sobre si mesmo.

Segundo Izaguirre (2011), seguindo os apontamentos de Lantéri-Larua, a história da psiquiatria foi marcada por três grandes paradigmas: (a) A afecção única (alienação mental), a qual dominou de fins do século XVIII até metade do século XIX, sendo Pinel seu grande representante; (b) O paradigma das doenças mentais, o qual rompeu com a ideia de doença ou afecção única e deixou de tentar constituir uma extraterritorialidade com a medicina, passando agora a se inscrever dentro dela. Trata-se do momento das grandes descrições das doenças mentais e dos quadros classificatórios; (c) Por último, o momento das grandes estruturas psicopatológicas, o qual surgiu com a influência das teorias da Gestalt, da Neurobiologia, da Fenomenologia, do Formalismo Russo, da Antropologia do século XX, da Semiologia e da Psicanálise. Neste momento, recupera-se uma unidade perdida em função da dispersão das doenças mentais, em torno de um número restrito de estruturas. Seu fim seria a morte de Henri Ey, em 1977. Segundo Izaguirre (2011), desde então, a psicopatologia entrou em crise, pois não houve um paradigma que o substituísse.

No final do terceiro paradigma, independentemente da compreensão psicodinâmica da loucura provinda das contribuições da psicanálise (a qual competiu por um tempo com as explicações organicistas), firma-se uma concepção da loucura como “doença mental”, metáfora morta da “doença” física (Zanello, in prep.). Essa concepção se vê cada vez mais hegemônica a partir de 1950, com o desenvolvimento do primeiro neuroléptico (Rodrigues, 2003). Não se pode esquecer a correlação existente entre paradigma e tratamento:

Para a doença única corresponde um *tratamento moral da loucura* e formas jurídicas específicas de se ocupar do alienado. Para as doenças mentais, ao implicar a entrada de pleno direito da psiquiatria na medicina, toma desta a ideia de doença que se define como uma unidade independente pela primazia lógica e cronológica da semiologia e da clínica (Izaguirre, 2011, p. 15)

Duas questões são necessárias para problematizarmos o conceito de saúde mental: o que é *saúde*? e o que é *mental*?

Os termos: “Saúde” e “Mental”

Após constatar que a nossa sociedade moderna⁴ utiliza-se massivamente da etiologia científica da medicina, Laplantine (1991) provoca uma fértil discussão que problematiza a ideia de adoecimento, trazendo os conceitos de *disease*, *illness* e *sickness*. Segundo o autor, a língua francesa traz um único termo para tratar o processo de adoecimento (*maladie*), enquanto a língua inglesa traz essa tripla terminologia. *Disease* está fundamentada em um conhecimento objetivo, trazendo a ideia de doença tal como ela é apreendida pelo conhecimento médico, e está vinculada a uma manifestação física e concreta dos sinais do corpo, dos sintomas, das síndromes. *Illness* vem no sentido oposto à ideia de *disease*, apresentando-se como um *conjunto dos sistemas exteriores ao campo biomédico* e tratando a doença tal como *é experimentada pelo doente*, vinculada à sua experiência subjetiva, explicitada por meio da queixa. *Sickness* é representado por um estado menos grave e mais incerto que *illness*, um mal-estar de maneira geral. Apresenta-se como um conceito mais amplo, vinculado à elaboração das representações do doente e do médico, como o *processo de socialização de disease e illness*. Laplantine traz à tona a discussão da forma como *disease* é sobreposto à *illness*: “No encontro entre a doença tal como é subjetivamente experimentada (*illness*) e tal como é cientificamente observada e objetivada (*disease*), a prática biomédica consiste em reintegrar totalmente a primeira à segunda” (p.17).

4. Por sociedade moderna, referimo-nos à sociedade ocidental, capitalista característica das grandes metrópoles urbanas que segue cada vez mais uma dinâmica guiada pela lógica de consumo, autonomia e individuação.

O termo saúde, que compõe saúde mental, provém, portanto, de uma certa interpretação, em certo momento histórico, da loucura como doença (e da saúde como ausência de sinais e sintomas). Trata-se de um apoderar-se da loucura por parte da medicina e uma importação de todo um aparato lógico e semiológico para compreender esse campo, apesar das especificidades que são varridas para debaixo do tapete. Esperanza (2011) enfatiza, nesse sentido, que a incorporação da psiquiatria pela medicina a subsume ao discurso médico, pois “toma-o como referência, abre o mapa das classificações nosológicas com a busca de um correlato de organicidade que permita afirmar que a doença mental é no conjunto equiparável à física” (p. 54).

Martins (2003) aponta o quanto a adoção dos pressupostos da ciência médica para o campo especificamente humano, mediado, das *psychopathologies*, é problemática. Sobretudo no que tange à importação de uma prática semiológica. Nesse sentido, o autor explica que, para tratar os signos e compreendê-los, é necessário operar através de procedimentos lógicos que lhes decodifiquem, dando-lhes sentido. Baseando-se na teoria de Peirce, Martins (2003) aponta que há ao menos três lógicas semiológicas na operação dos signos: a icônica, a indicial e a simbólica. A lógica icônica trabalha através da similaridade dos signos, como quando vemos a imagem de uma figura humana com saia, em um *toilet*. Pensamos, na nossa cultura, ser um banheiro de mulher. A lógica indicial funciona por meio da operação que concatena efeito e causa, ou seja, parte-se de um efeito para se implicar uma causa. É o que ocorre quando chegamos a um ambiente cuja janela está aberta e o chão, perto da mesma, molhado. Pensamos “choveu!”. Por último, a lógica simbólica, é aquela mediada pela linguagem e que lida com a arbitrariedade dos signos. Aqui encontramos a formação simbólica dos sintomas, tão presente no campo especificamente humano da psicopatologia, como apontado pela psicanálise freudiana. A medicina ocidental, tal como se firmou

historicamente, opera com a lógica indicial (de efeito à causa), tendo sido a mesma importada para o campo da psicopatologia, fundamento da psiquiatria. *Illness* foi subsumida à *disease*: houve uma desqualificação da fala do sujeito, sendo a linguagem tratada como mera função que, quando alterada, seria também, objetivamente, um sintoma.

Como já demonstramos em outro trabalho (Zanello & Martins, 2010), a lógica indicial funciona bem para signos imotivados, os quais podem ser mais facilmente universalizados, tais como aqueles das ciências exatas e biológicas, como, por exemplo, para compreender o funcionamento do corpo humano. Uma pessoa com sarampo, ainda que não fale, ainda que esteja em coma, poderá ser diagnosticada e cuidada através da nossa medicina ocidental. Trata-se de interpretar, através dos signos (de preferência, patognomônicos) de qual doença padece o paciente. Mas quanto engano e atrapalho trouxe a importação desse pensar para a leitura do sofrimento psíquico, constituindo o coração da psiquiatria! No campo da psicopatologia, coloca-se em evidência não um corpo máquina, mas um sujeito produtor de sentido, implicado em seu sofrimento.

Como aponta Martins (2003),

A semiologia da medicina inteira é atravessada por estas determinações culturais marcadas por metáforas que refletem o modo de viver de cada grupo. No entanto, ela quer se fundar não nas diferenças culturais e mesmo individuais. Ela quer se fundar em dados semiológicos estáveis e universais. (p. 68)

Há, portanto, a inconveniência de se estabelecerem semiologias fixas para se indagar sobre as patologias do sistema psíquico que parecem seguir etiologias complexas e qualitativamente variáveis (Jerusalinky & Laznik, 2011). Deve-se

sublinhar a dificuldade de se criar uma especialidade relacionada com a linguagem e a cultura, como é o caso do campo das psicopatologias. Para a compreensão destas faz-se fundamental qualificar a linguagem, não apenas do paciente (Jerusalinsky & Laznik, 2011; Martins, 2003), mas também seu contexto cultural (Nathan, 1993), como abordaremos mais adiante.

Mental também é um termo problemático, pois pressupõe de início a possibilidade de separação da mente e do corpo⁵. Segundo o Manual Crítico de Psiquiatria (Jervis, 1979), mente é uma metáfora animista que indica algumas funções operativas do indivíduo. De acordo com esse Manual, ao invés de falarmos em transtorno mental, seria mais útil e preciso dizer que uma pessoa se acha em uma determinada situação social, na qual e/ou pela qual tem alguns problemas, os quais não consegue resolver. Isto se daria, em geral, por não ser capaz de formulá-los com clareza. Em decorrência, essa pessoa age de uma maneira que é reconhecida socialmente como imprópria.

Pode-se, então, dizer que o conceito de saúde mental é culturalmente relativo? Há controvérsias. De um lado, autores que pensam de um ponto de vista lógico afirmam que o conceito é uno, havendo diversidades apenas no que tange à sua aplicação (Wakefield, 1994). Por outro lado, autores da psiquiatria transcultural afirmam que muitas culturas⁶ reconhecem os comportamentos bizarros como um tipo especial de problema, mas ao mesmo tempo, não os compreendem como doença (Kirmayer, 1994). Nesse sentido, as culturas parecem diferir no que tange ao reconhecimento, classificação e explicação ainda que de aflições semelhantes ao redor do mundo.

5. Essa separação está presente em nossa cultura desde os gregos, mas firmou-se de forma ainda mais contundente na Idade Moderna, com a separação cartesiana entre *res cogitans* e *res extensa*.

6. A própria definição de *cultura* é problemática, havendo, segundo Alarcon (1995) mais de 200 definições possíveis. Segundo o autor, ela emerge de um arranjo heterogêneo de muitos elementos: linguagem, etnicidade, religião, tradição, crenças, valores, relações interpessoais, modos de produção, modos de organização social, entre outros.

“Transtorno Mental”: DSM

Como vimos, historicamente houve uma apropriação da loucura pela medicina, ocorrendo uma importação da lógica e da semiologia desse campo como viés hegemônico de sua compreensão (Wiggins & Schwartz, 1994). No entanto, devido às dificuldades dessa subsunção, o termo doença mental mostrou-se inadequado devido à grande dificuldade de se descobrir uma origem anátomo-biológica para o sofrimento e as aflições do sujeito (Neto, 2012). O termo “transtorno” é um termo técnico para padrões problemáticos de comportamento, tornado popular pelo DSM. Sua utilidade é diretamente relacionada à sua ambiguidade. Está entre dois conceitos: entre a ideia de doença e de síndrome (Kirmayer, 1994). Subentende-se em seu uso que, finalmente, os transtornos psiquiátricos serão mapeados em doenças. Mas hoje o mapeamento reflete nossos modelos teóricos de psicologia e fisiologia. Crenças culturais e valores podem fazer uma ou outra função mais proeminente e nos levar a reorganizar nossa nosologia. Há *idiomas da aflição*, constituídos e sancionados pela cultura.

Trata-se, portanto, de uma tentativa de estabelecer entidades nosológicas, resumindo-se, como se isto resolvesse a questão, à descrição empírica e exaustiva de todos os fenômenos observáveis.

O ensejo de construção do DSM surgiu através da psiquiatria americana para dar conta dos estragos psíquicos da Segunda Guerra Mundial, cujas afecções não respondiam aos quadros clássicos (Fendrik, 2011). O primeiro DSM foi publicado em 1952 e vigorou até 1968.

O DSM I sofreu grande influência da psicanálise, já o DSM II teve influência do comportamentalismo e do empirismo. No entanto, em ambos ainda se levava em consideração o que o paciente dizia, apesar de a fala ser um obstáculo à

pretensão de objetividade científica (Fendrik, 2011). Há, em relação à qualificação da palavra do paciente, uma grande mudança no DSM-III:

conhecedores empíricos do poder sugestionador das palavras, a nova geração de psiquiatras influenciados pelo crescente avanço do cognitivismo e do behaviorismo, busca eliminar a palavra do paciente dada pela psicanálise (desde o ponto de vista da psiquiatria, um lugar excessivo). A palavra como obstáculo maior para a objetivação do “transtorno” psiquiátrico – neurose e psicose incluídas – fica eliminada na série dos manuais com o advento do terceiro DSM (Fendrik, 2011, p. 30).

Buscam-se, assim, sinais visíveis que falem por si mesmos, sem a mediação do paciente. A finalidade seria a objetivação do diagnóstico. Firma-se um *pathos* classificatório, calcado na observação (como se fosse uma observação sem um observador específico), a quantificação e a medicalização. “As mudanças nos DSMs vão sendo produzidas para encontrar sinais de ‘transtornos’ mais objetivos, mais mensuráveis e em maior quantidade” (Fendrik, 2011, p. 31).

Segundo Calazans (2012), o DSM, a partir de sua terceira edição, teria três pretensões: ser um manual científico; por ser científico, ser universal; e, por ser universal, colocar fim às discussões teóricas que estão presentes na história da psicopatologia. A universalidade se sustentaria na cientificidade, cujas marcas seriam o ateoricismo e o descritivismo, bem como no uso da estatística. Segundo o autor, isso caracteriza uma ingenuidade epistemológica, pois há uma crença (ideológica) de que o descritivismo é neutro, caracterizando um realismo ingênuo.

Três pontos se destacam na epistemologia e na prática de uso do DSM: a reificação e a descontextualização dos diagnósticos; o desprezo pela história da vida dos sujeitos (suas singularidades); e, enfim, a desconsideração de outros

saberes (Lima, 2012). Para Lima (2012), as categorias do DSM são antes fruto de consenso entre profissionais, do que categorias científicas, o que aponta o caráter político, e profundamente conservador, do manual. Nesse sentido, tanto na classificação quanto na descrição dos transtornos, há incorporação de valores sociais dominantes (Fulford, 1994).

Fulford (1994) demonstra, através de uma análise pragmática dos usos de termos psiquiátricos, o quanto há termos valorativos nos termos *descritivos* no DSM. Um exemplo seria o uso do termo *bizarro* ou *não-bizarro* para qualificar os delírios. Ou seja, há julgamento moral, avaliativo, por parte do clínico. Segundo ele, valores genuínos de julgamento não são prontamente reconhecidos, são escondidos, camuflados. E mesmo quando corretamente identificados, são fortemente minimizados em sua importância. No entanto, de um ponto de vista filosófico e epistemológico, os termos valorativos se mostram altamente significativos. Trata-se de trazer à tona as avaliações presentes nas supostas descrições explícitas.

Fulford (1994) retoma a diferença entre os termos *illness* e *disease*. Segundo ele, em uma prática psiquiátrica, médica, parte-se da *disease* (supostamente fatorial) para se escutar a *illness* (avaliativa) do paciente. Ao qualificar os termos de valor presentes, mesmo em termos aparentemente descritivos (valorativos partilhados), tomados como fatos, sublinha-se a necessidade de inversão dessa ordem: deve-se partir da *illness* (avaliativa) do paciente, da qualificação de sua fala e experiência, para se chegar à *disease* (avaliativa) do médico. O que está em xeque é que a psiquiatria não trabalha com fatos da mesma maneira que a medicina, mas antes se vê interpelada por fenômenos de outra ordem, nos quais a subjetividade se vê implicada e, portanto, os termos são, ainda que não assumidamente, avaliativos. Para Fulford, *illness* deve ser pensada mais em termos de falência da ação intencional, em contraponto à falência de funções (*disease*). Nesse sentido, o próprio termo *paciente* seria adequado, pois aponta

para uma perda de agência. Novamente, trata-se de repensar a própria epistemologia do campo da psiquiatria e da psicopatologia.

Como aponta Izaguirre (2011), a psiquiatria não é uma ciência e, se pretende sê-la, está longe de conseguir. No entanto, sua prática tem importantes consequências não apenas na forma de compreender os transtornos mentais, mas na forma de “curá-los” e na afirmação crescente da indústria farmacêutica (Bekerman, 2011; Izaguirre, 2011). Fendrik (2011) sublinha, nesse sentido, que, se o psicotrópico nasce em 1950, seguramente não é casual que seja contemporâneo ao nascimento do DSM. Para Goldenberg (2011), seriam justamente a cultura em que vivemos e suas demandas sendo atendidas: trata-se de mais um mercado de bens e serviços. Trata-se de uma alteração da Ordem (“*disorder*”/transtorno), cuja função do tratamento (medicamentoso, sobretudo) visa restabelecer.

Se há um pressuposto estatístico no DSM, firma-se, por outro lado, no tratamento, uma ideologia normativa. Há, cada vez mais, uma patologização da vida e da existência (Esperanza, 2011; Maluf, 2009), multiplicando-se o número de sintomas e de possíveis transtornos. Basta lembrar que, em muitos casos, não são necessários mais do que cinco sinais para a classificação “correta” de um transtorno.

Assim, apesar da finalidade pragmática da opção descritiva e estatística do DSM, há pouca utilidade de seu uso na clínica (Bekerman, 2011). Não supor nada é justamente a suposição do DSM. Tanto o conceito de transtorno, quanto o de mental ressoam teorias preexistentes, repletas de *pré-conceitos* culturais que se fazem presentes no ato clínico do diagnóstico.

Um problema sério que enfrentamos atualmente é o transbordamento do uso do DSM para o campo extra-muros: cada vez mais escolas, hospitais, consultórios e serviços sociais passaram a utilizá-lo. E não apenas o transbordamento se deu a partir do gueto psiquiátrico para outros setores de nossa cultura, mas também

houve o transbordamento transcultural, caracterizando o que Alarcon (1995) denomina de uma nova forma de colonização cultural americana. Isto é, se o uso do DSM se tornou universal, faz-se mister apontar que suas categorias não são universais (Izaguirre, 2011). Trata-se antes de um processo de uniformização, em uma cultura global, de massa (Jullien, 2009). Como aponta Dunker (2012): “Um grande equívoco da racionalidade clínica é confundir a universalidade das experiências envolvidas com a totalidade das formas de convenção que se pode admitir para separá-las” (p. 42).

Assim, se todo conhecimento é produto, construção de uma cultura, as teorias científicas e a nosologia da psicopatologia também devem ser entendidas como um produto de uma história cultural (Lewis-Fernández & Kleinman, 1995; Kirmayer, 1994). Nesse sentido, os termos transtorno e mental são metáforas que carregam uma grande quantidade de sentidos culturais. Transtorno mental é apenas um meio de uma cultura específica classificar e explicar problemas humanos (Kirmayer, 1994). Outras culturas não separam o mental do físico, como muitas populações indígenas brasileiras, e não situam os processos de pensar e sentir completamente “dentro”⁷ da pessoa⁸.

Segundo Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro (1987), “a originalidade das sociedades tribais brasileiras reside numa elaboração particularmente rica da

⁷ Diversas críticas ao binarismo metafísico, típicos de nossa cultura, foram realizadas por filósofos, tais como Heidegger e Derrida.

⁸ A própria noção de *Pessoa* não pode ser tomada como sendo equivalente a um organismo biológico isolável, pois os limites nem sempre coincidem com os da pele. Se em nossa cultura a noção de pessoa é marcada por uma noção individualista e utilitária, há grupos culturais nos quais não apenas a noção de pessoa não tem como base a metáfora identitária da substância (isto é, constância), como também pode haver troca e fusão de pessoas entre outros membros e com animais. Além disto, nosso conhecimento das pessoas não é apenas representacional, mas procedural ou encorpado (*embodied*). Neste sentido, Kleinman (1988) aponta algumas diferenças entre terapias ocidentais e não ocidentais, sobretudo porque as primeiras são egocentradas, enquanto as demais seria sociocêntricas. Um importante fator para esta divergência se dá pela própria noção de pessoa presente nestas culturas, bem como pelo modo como são compreendidos e pensados os limites de “pessoa” (Kirmayer, L.J.; Young, A.; Robbins, J., 1994; Kirmayer, 2007). As contribuições do perspectivismo ameríndio difundido no Brasil por Viveiros de Castro (2002) e seguidores trabalham com concepções diferenciadas de pessoa entre as populações indígenas sul americanas.

noção de pessoa, com referência especial à corporalidade enquanto idioma simbólico focal” (p. 2). Ou seja, a noção de pessoa e o lugar dado ao corpo são caminhos básicos para a compreensão adequada da organização social e cosmologia dessas sociedades.⁹

A mente, pressuposta no conceito de mental (em transtorno mental), é uma criação social: “A tendência a localizar a mente dentro do indivíduo é nela mesma um traço da nossa *folk psychology* que ignora a distribuição social dos processos mentais” (Kirmayer, 1994, p. 6). Se o conceito de mental pode ser suficientemente elaborado de maneira abstrata para ser aplicado transculturalmente, termos cognatos em outras culturas quase não têm a mesma conotação.

Além disto, há, em projetos como o DSM, uma “promessa” e uma esperança de uma universalização da psicopatologia descritivista, baseada na universalidade do corpo biológico, tal como nós ocidentais o compreendemos. Essa ideia de algo essencial (universal) e sua relação com os particulares está presente na nossa cultura desde os gregos. Como aponta Neto (2012), vem deles a ideia de que há só uma natureza e uma infinidade de culturas. No entanto, como sublinha Viveiros de Castro (2005), esta não seria a única forma de apreender o mundo. Outro exemplo seria o perspectivismo ameríndio (Viveiros de Castro, 2005), o qual coloca em xeque muitas das nossas “verdades”, tais como a própria noção de pessoa e identidade como substância (fixa). Mas, quando falamos de índio, indígena, do que estamos falando? Aqui teremos novos problemas.

9. Para aprofundamento acerca da discussão sobre a noção de pessoa entre as sociedades indígenas brasileiras ver: Lima (1996); Viveiros de Castro (1996); Souza (2001) e outros.

Os termos índio/ indígena

A expressão *povos indígenas* reflete uma ideia genérica, pois nos induz a uma imagem de coletividade homogênea, reduzindo a multiplicidade de grupos étnicos que habitam o país desde muito antes da colonização europeia. Segundo Cunha (1986, p. 433), o termo indígena vem do latim relacionado com o grego *endogenés*, que significa *nascido em casa*, referindo-se àquele que já se encontrava em determinado território antes da chegada de outrem. Para José (2010), termos como nativos, autóctones e aborígenes também são utilizados com esse sentido, além de ser muito comum chamar as sociedades às quais eles pertencem de sociedades tribais ou tradicionais.

Tratar a diversidade das populações indígenas no Brasil reduzindo-as ao termo índios significa desprezar inúmeras concepções de realidade e vivências. Inclusive, como reitera José (2010), designá-los genericamente como índios consiste em um equívoco clássico, que se refere à chegada dos colonizadores que, ao desembarcarem nas Américas, pensaram estar na Índia. Indígenas, portanto, não equivale a índios, embora este termo continue a ser usado nas Américas com o sentido do primeiro (José, 2010). Ambos os termos, independentemente, encobrem, em um suposto conceito unívoco e globalizante, uma diversidade heterogênea, com muitas especificidades.

O problema do diagnóstico, diversidades e diferenças: contribuições da psiquiatria transcultural e da etnopsiquiatria

Se o DSM é a realização sintomática dos valores de nossa cultura, os quais privilegiam e universalizam um certo viés, o diagnóstico é o ápice da afirmação destes valores. Segundo Dunker (2012), na *razão diagnóstica*, há três operações que dão sua condição de possibilidade: uma semiologia, uma prática de tratamento ou

intervenção e, finalmente, uma etiologia. Dunker aponta os perigos existentes quando a razão diagnóstica se autonomiza ou corrompe sua própria historicidade (como vimos, a própria razão diagnóstica possui uma história). Para ele, “diagnóstico sem clínica é vazio” (p. 34).

Se o diagnóstico psiquiátrico é eminentemente clínico, isto é, é baseado no contato interpessoal entre clínico e paciente, sem mediação de testes ou instrumentos tecnológicos, faz-se mister qualificar a linguagem e a cultura, tanto do paciente quanto do psiquiatra ou curandeiro (Lewis-Fernández & Kleinman, 1995) que operará o diagnóstico e prescreverá o tratamento. Aqui, diferentemente do diagnóstico das doenças – *diseases*– médicas, temos que a maior parte dos diagnósticos psiquiátricos é baseado na avaliação subjetiva do clínico (bem como no paradigma de saber ocidental em que se baseia), no que tange à aparência do paciente, sua fala e seu comportamento (Helman, 1994). Vários mecanismos interpretativos estão presentes, bem como outros recursos informacionais. Eles incluem fatores culturais na formação do sintoma, suas expressões explícitas ou implícitas, o grau com que serão considerados verdadeiros sintomas ou como variações de hábitos aceitos, costumes e crenças (Alarcon, 1995). Há, assim, considerações políticas e morais na escolha do diagnóstico, diferentemente dos sintomas físicos (Alarcon, 1995).

A escolha da língua em que se dá a entrevista com o paciente é também um aspecto importante, pois o alcance limitado da conotação dos termos de uma língua pode impedir a possibilidade comunicativa necessária para a compreensão do sofrimento mental, da aflição (*illness*). Seja esta uma limitação por parte do clínico, seja por parte do paciente. Eis aqui alguns limites decorrentes da questão colocada pela linguagem, apontados por Westermeyer e Janca (1997): (a) orientação no tempo e no espaço diferentes; (b) a dificuldade de apreender se é apropriado o comportamento da pessoa, o seu modo de vestir, as respostas

emocionais, o modo de falar etc.; (c) a dificuldade de distinguir um delírio de crenças culturais; (d) a dificuldade de distinguir alucinações de experiências sobrenaturais culturalmente sancionadas; (e) a dificuldade de distinguir neologismos de dialetos familiares; entre outros.

Como vimos, cada sistema diagnóstico espelha e espelhou, em nossa cultura, o período da história em que ele se estabeleceu. Segundo Alarcon (1995), o DSM sanciona um conceito de pessoa ocidental e uma forma de moral da classe média norte americana. Por essa razão, o DSM III foi duramente criticado pelos psiquiatras transculturais. Uma grande quantidade dos transtornos descritos era diferente ou simplesmente não existia nas sociedades e culturas não ocidentais. Por exemplo, Lewis-Fernández e Kleinman (1995) apontam que um dos maiores limites transculturais do DSM é a primazia dada à apresentação psicologizada dos transtornos psiquiátricos, mesmo com décadas de pesquisas transculturais a demonstrar que a maior parte da humanidade desenvolve uma sintomatologia somática. Nessa época, 80% da população mundial não pertencia à esfera da cultura ocidental.

Apesar das críticas e das sugestões recebidas, o DSM-IV incorporou muito pouco as reflexões sobre os próprios limites culturais de sua representatividade sindrômica. Essa decisão, segundo Lewis-Fernández e Kleinman (1995), denotou uma posição política importante, pois explicitou a falta de interesse dos editores do manual por sua validação cultural.

Já no DSM V (APA, 2013) houve certo avanço, visto que, nas suas páginas finais, encontramos o tópico *Formulação Cultural*, que traz orientações para tentativa de diagnóstico em contextos culturais diferenciados. A intenção dessa seção é de suprir a carência teórica do manual acerca de estudos culturais. É apresentada uma entrevista diferenciada para o paciente, que contemple algumas vivências

culturais e sentidos atribuídos a elas. Em *Conceitos Culturais de Sofrimento*, sugere-se que:

A formulação atual reconhece que todas as formas de sofrimento são moldadas localmente, incluindo os transtornos do DSM. De acordo com essa perspectiva, muitos diagnósticos do DSM podem ser entendidos como protótipos operacionalizados que começaram como síndromes culturais e se tornaram amplamente aceitos como consequência de sua utilidade para a clínica e para a pesquisa (APA, 2013, p. 758).

Alguns dos autores que contribuíram para essa parte do manual estão entre aqueles que utilizamos neste artigo (Alarcon, R. D.; Lewis-Fernandez, R.). Por um lado, o apontamento dos transtornos do DSM como síndromes culturais operacionalizadas parece ser um grande passo; por outro, a justificativa de sua ampla aceitação baseada na utilidade clínica e na pesquisa é extremamente problemática, por não levar em consideração uma análise de seu uso político e mercadológico, com profundos interesses coloniais e econômicos, como já sublinhamos anteriormente.

Dessa maneira, ainda que a quinta versão do DSM se proponha a incorporar questões transculturais, há uma filosofia universalizante no sentido de garantir uma liderança da própria psiquiatria norte-americana. Nesse sentido, podemos afirmar que o DSM se apresenta como uma proposta limitada para mediar uma conversação entre as diversas formas de compreensão e explicação (etiologia) da loucura, aflição ou sofrimento mental, entre as várias culturas e povos, inclusive entre os povos indígenas no Brasil, mostrando-se mais como uma nova forma de colonização cultural.

Diante disso, a reflexão de Laplantine (1998) é conclusiva ao afirmar que:

O que a experiência etnológica nos ensina é que o econômico, o político, o parental, o religioso, o médico, o psiquiátrico são recortes orientados por categorias próprias exclusivamente das nossas sociedades e aos quais correspondem campos disciplinares cujas fronteiras se deslocam e se esfacelam quando passamos de uma cultura para outra ou em relação a uma mesma cultura no tempo. Assim, transpor para outro local que não o nosso essas categorias que, entre nós – e apenas entre nós – são funções distintas às quais correspondem instituições distintas é, evidentemente, transpor nossos próprios pressupostos etnocêntricos sobre a natureza do político, do religioso, do médico, do psiquiátrico (p. 43).

Duas abordagens apresentam-se como propostas interessantes para um possível diálogo com nossa realidade brasileira de diversidade étnica e a necessidade de se pensar (muito entre aspas, como é de se concluir pelo que foi apresentado anteriormente) a saúde mental dos vários povos indígenas: a Etnopsiquiatria, de Tobie Nathan e a Psiquiatria Transcultural.

A Psiquiatria Transcultural é uma das maiores ramificações da Antropologia Médica (Helman, 1994) e trata-se do “estudo e comparação do sofrimento mental, aflição (*illness*), em diferentes culturas” (Helman, 1994, p. 246). A ênfase é dada principalmente à aflição (*illness*), mais do que à doença (*disease*). Ou seja, a ênfase é menos sobre a dimensão orgânica dos transtornos psicológicos e mais sobre as dimensões psicológicas, comportamentais e socioculturais a eles associadas.

As perguntas que constituem o *background* da Psiquiatria Transcultural são: podemos falar de aspectos do comportamento como normal ou anormal em um sentido pan-humano? São as psicoses, da experiência psiquiátrica ocidental, e a nosologia, universais ou transculturais, ou são elas também fortemente formadas

pelos condicionantes culturais? Deve-se comparar as avaliações ocidentais de “sofrimento” (*illness*) mental em diversas culturas ou comparar as diversas percepções de várias culturas do que eles mesmos percebem como “sofrimento” mental/aflição? Aqui caberia, como vimos, a limitação desta separação, binária entre corpo e mente, já presente nesse conceito ocidental. Ainda: a forma de sofrimento mental é semelhante e o que muda são os conteúdos, ou as formas são diferentes?

Três abordagens se fazem presentes e tendem a responder as questões epistemológicas acima colocadas de forma diferente (Helman, 1994): uma abordagem biológica, uma abordagem social e uma combinação de ambas. Na abordagem biológica, crê-se que as doenças (*diseases*) são entidades universais (Kiev, 1972), sendo que essa universalidade é garantida pelo corpo biológico humano. Várias críticas foram realizadas a essa compreensão, mas talvez a mais importante seja a ideia de que nela há uma reificação de categorias nosológicas ocidentais. Nesse sentido, para a compreensão do sofrimento/ aflição (*illness*) mental em outra cultura (e mesmo na nossa) seria fundamental levar em consideração o contexto social, cultural, político e econômico. Na abordagem social, desenvolvida, sobretudo, por sociólogos, a doença mental é vista como um mito, um fato social, não tendo uma existência universal. A própria definição de sofrimento mental seria específica a uma cultura. A crítica realizada a essa abordagem se dá por sua negligência dos aspectos biológicos do “adoecimento mental”, sobretudo em condições em que parece haver um traço biológico definidor, como nos casos de *delirium tremens*. Por último, a abordagem combinada. Nesse ponto de vista, haveria certa universalidade no comportamento “anormal”, sobretudo nos distúrbios extremos do comportamento e do pensamento.

Há, na Psiquiatria Transcultural, dois tipos de pesquisadores: de um lado, os psiquiatras treinados na tradição ocidental, que se deparam com o não familiar do

mundo não-ocidental; e, de outro, antropólogos sociais cujo interesse é repensar as definições de “normalidade” e “anormalidade” em diferentes culturas, o papel da cultura enquanto “formadora” da estrutura de personalidade e as influências culturais na causa, apresentação e tratamento do sofrimento/aflição (*illness*) mental (Helmam, 1994). Diferentemente da Etnopsiquiatria, cujo foco é a clínica, nessa abordagem, o foco principal é a pesquisa da relação entre contexto cultural, social e político e sintomas ou idiomas da aflição (*illness*), bem como modelos explanatórios.

Muitas das características da Etnopsiquiatria francesa devem-se, por seu turno, ao contexto social de seu surgimento: um país repleto de imigrantes e cujo sofrimento mental, aflição (*illness*), não estava sendo acolhido/tratado pelos métodos tradicionais de nossa cultura ocidental. Tratou-se, portanto, de adaptar as intervenções psicoterapêuticas às culturas dos pacientes imigrantes. Seu objeto principal é a relação entre o “transtorno”, teorias etiológicas e os atos terapêuticos, ou seja, o foco é a clínica, o tratamento e o papel do terapeuta (essa escola é constituída por clínicos que se deparam com pacientes vindos de outras culturas) (Corin, 1997; Streit, 1997). Além disso, a Etnopsiquiatria tem como fundamento epistemológico a teoria psicanalítica, ainda que esse fundamento seja vivenciado de forma ambivalente¹⁰ (Corin, 1997).

A própria Etnopsiquiatria tem duas correntes importantes: a escola do Senegal, a qual segue os trabalhos de Henry Collomb, através de Ortigues (1989) e Zempleni, em uma vertente de base lacaniana; e a francesa, criada por Devereux e atualmente liderada por Tobie Nathan, na Universidade Paris VIII. Nesta, há uma tentativa de aproximação e integração entre as técnicas terapêuticas usadas

10. Nathan reconhece explicitamente seu comprometimento com a abordagem psicanalítica e, mesmo, pensa ser possível apenas uma Etnopsiquiatria psicanalítica. No entanto, reconhece que toda teoria produz pontos cegos e que a institucionalização da psicanálise pode se distanciar da realidade. Ver Corin (1997).

em culturas não ocidentais e a terapia psicodinâmica, através de três importantes parâmetros: o uso da linguagem materna do paciente; a recuperação das teorias etiológicas (modelos explanatórios) da cultura de origem do paciente; a criação de um *setting* grupal com um grupo multicultural de terapeutas e com a presença de familiares ou pessoas do círculo social do paciente (Streit, 1997). Como pode-se perceber, entre a Psiquiatria Transcultural e a Etnopsiquiatria, há importantes diferenças filosóficas e escolásticas (Freeman, 1997).

Em nossa realidade brasileira – um país com vários povos, culturas e línguas – temos ao menos duas frentes que necessitam de pesquisa e intervenções, as quais podem conversar com as duas escolas. De um lado, o (i)migrante¹¹ indígena que sai de sua aldeia para as cidades brancas e cujo “adoecimento” e aflição não estamos preparados para atender em nossos hospitais e consultórios, menos ainda com nossas abordagens psicoterapêuticas tradicionais. Conhecer e conversar com a escola de Tobie Nathan, suas técnicas, epistemologia e prática clínica, poderia ser de grande proveito e nos fornecer várias ideias valiosas. De outro lado, temos a demanda de intervenção nas próprias aldeias, sobretudo em função do aumento do número de suicídios e do uso de álcool e drogas não indígenas.

Talvez a metodologia de pesquisa da Psiquiatria Transcultural, bem como suas reflexões epistemológicas, sejam-nos extremamente necessárias. É fundamental conhecer os sentidos e mapear a própria taxonomia classificatória e existencial de cada povo e cultura, no que tange às suas formas e linguagens de aflição/sofrimento mental.

11. O indígena que sai de seu povoado para a cidade grande é migrante ou imigrante? Seu povo e cultura estão “dentro” do Brasil (geograficamente), mas ele é brasileiro, de um ponto de vista cultural? Aqui vemos claramente a necessidade de inventarmos novos conceitos.

Last, but not least, faz-se mister destacar que, se não sabemos ainda lidar satisfatoriamente com o campo da saúde mental indígena, já é um grande passo desconstruir certos conceitos e reconhecer os limites de nosso próprio saber.

Referências

- Alarcon, R. D. (1995). Culture and Psychiatric Diagnosis. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18(2), 449-465.
- American Psychiatric Association. (2009). *Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM IV-TR)*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)*. Porto Alegre: Artmed.
- Batista, M. Q., & Zanello, V. *Saúde mental em contextos indígenas: escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças*. Artigo submetido.
- Bekerman, J. (2011). Não há classificação que não seja arbitrária e conjuntural. In A. Jerusalinky & S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 23-27). São Paulo: Via Lettera.
- Caixeta, L., Andrade, L. H. S., & Bordin, I. A. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in indigenous children from the Brazilian Amazon. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 68(4), 541-544.
- Calazans, R. (2012) DSM: Nova versão, velhas questões, antigas pretensões. In F.K. Neto & R. Calazans (Orgs.), *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs* (pp. 09-15). Barbacena: EdUEMG.
- Cherubini, K. G. (2006). Modelos históricos de compreensão da loucura. Da antiguidade clássica a Philippe Pinel. *Jus Navigandi*, 11(1135). Recuperado de

<http://jus.com.br/revista/texto/8777/modelos-historicos-de-compreensao-da-loucura/1>

- Corin, E. (1997). Playing with limits: Tobie Nathan's evolving paradigm in ethnopsychiatry. *Transcultural Psychiatry*, 34(3), 345-358.
- Cunha, A. G. (1986). *Dicionário etimológico nova fronteira da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Dunker, C. I. L. (2012). Crítica da razão diagnóstica: psicanálise, psicopatologia, DSM. In F.K. Neto & R. Calazans (Orgs.), *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs* (pp. 33-73). Barbacena: EdUEMG.
- Esperanza, G. (2011). Medicalizar a vida. In A. Jerusalinky & S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 53-59). São Paulo: Via Lettera.
- Fendrik, S. (2011). O DSM-IV: Uma metafísica comportamentalista In A. Jerusalinky & S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 29-37). São Paulo: Via Lettera.
- Foucault, M. (1975). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Foucault, M. (1982). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Freeman, P. (1997). Ethnopsychiatry in France. *Transcultural Psychiatry*, 34(3), 313-319.
- Fulford, K. W. M. (1994). Closet logics: Hidden conceptual elements in the DSM and CID classifications of mental disorders. In J. Z. Sadler, P. W. Osborne, & M. A. Schwartz (Orgs.), *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification* (pp. 211-232). London: The Johns Hopkins University Press.

- Goldenberg, R. (2011). (Quem tem medo do) DSM-IV? In A. Jerusalinky & S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp.39-44). São Paulo: Via Lettera
- Helman, C. G. (1994). *Culture, health and illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Izaguirre, G. (2011). Elogio ao DSM-IV. In A. Jerusalinky & S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 13-22). São Paulo: Via Lettera.
- Jerusalinky, A. & Laznik, M.C. (2011) Uma discussão com a neurociência. In Jerusalinky & S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. (pp.73-91). São Paulo: Via Lettera.
- Jervis, G. (1979). *Manual crítico de psiquiatria*. Barcelona: Editorial Anegreme.
- José, E. N. S. (2010). *Encontro com o povo Sateré-Mawé para um diálogo intercultural sobre a loucura* (Tese de doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Jullien, F. (2009). *O diálogo entre as culturas: do universal ao multiculturalismo*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Kiev, A. (1972). *Transcultural Psychiatry*. New York: Free Press.
- Kirmayer, L.J. (1994). Is the concept of mental disorder culturally relative? In S. A. Kirk & S. Einbinder. (Eds), *Controversial issues in mental health* (pp. 1-20). Boston: Allynand Bacon.
- Kirmayer, L. J. (2007). Psychoterapy and the cultural concept of the person. *Transcultural Psychiatry*, 44(2), 232-257.
- Kirmayer, L. J., Young, A., & Robbins, J. (1994). Symptom attribution in cultural perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 9, 584-595.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry*. New York: Free Press.

- Laplantine, F. (1991). *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lewis-Fernández, R., & Kleinman, A. (1995). Cultural psychiatry. Theoretical, clinical and research issues. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 433-447.
- Lima, R. C. (2012). Três tópicos sobre a relação entre DSM e política. In F. K. Neto & R. Calazans (Orgs.), *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs* (pp. 95-111). Barbacena: EdUEMG.
- Lima, T. S. (1996). O dois e seu múltiplo: reflexões sobre o perspectivismo em uma cosmologia tupi. *Mana*, 2(2), 21-47.
- Machado, S. B. (2009). Foucault: A loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 12(2). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982009000200004&script=sci_arttext.
- Maluf, S. W. (2009). *Gênero, subjetividade e ‘saúde mental’: Políticas públicas, ativismo e experiências sociais em torno de gênero e ‘saúde mental’*. (Projeto Individual de Pesquisa – Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina). Recuperado de http://www.prossiganosestados.sc.gov.br/relatorios/032006/fctp1807_000_sonia_weidner_maluf.pdf.
- Martins, F. (2003). *Psicopathologia II – Semiologia Clínica*. Brasília: Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise. Brasília: ABRAFIPP
- Ministério da Saúde (2007). *Portaria GM/MS nº 2759 de 25/10/2007. Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor*. Brasília: MS, 2007.

- Nathan, T. (1993). *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était. Principes de ethnopsychanalyse*. Grenoble: La Pensée Sauvage.
- Neto, O. F. (2012). O saber e a verdade no DSM. In F.K. Neto & R. Calazans, (Orgs.), *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs* (pp. 155-172). Barbacena: EdUEMG.
- Ortigue, M.C. (1989). *Édipo Africano*. São Paulo: Escuta.
- Pessotti, I. (1994) *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Rodrigues, J. T. (2003). A medicação como única resposta: Uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 8(1),13-22.
- Seeger, A., Da Matta, R. & Viveiros de Castro, E. B. (1987). A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In J. P. de Oliveira Filho (Org.), *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil* (pp.11-29). Rio de Janeiro: Ufrj/Editora Marco Zero.
- Souza, M. C. (2001). Nós, os vivos: “Construção da pessoa” e “construção do parentesco” entre alguns grupos Jê. *RBCS – Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 16(46), 69-96.
- Stock, B. (2010). Os paradoxos do fator identitário na produção de políticas de promoção da saúde indígena. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo da 6ª região (Org.), *Psicologia e Povos Indígenas* (pp 244-249). São Paulo: CRPSP.
- Streit, U. (1997). Nathan's Ethnopschoanalytic Therapy: Characteristics, discoveries and challenges to western psychoterapy. *Transcultural Psychiatry*, 34(3), 321-343.

- Viveiros de Castro, E. (1996). Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. *Mana*, 2 (2), 115-144.
- Viveiros de Castro, E. (2002). *A inconstância da alma selvagem*. São Paulo: Cosac Naify.
- Viveiros de Castro, E. (2005). A filosofia canibal. *Folha de São Paulo – Caderno Mais*. Recuperado em www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs2108200509.
- Wakefield, J. (1994). No (Is the concept of mental disorder culturally relative?). In S. A. Kirk, & S. Einbinder (Eds.), *Controversial issues in mental health* (pp. 1-20). Boston: Allyn and Bacon.
- Westermeyer, J., & Janca, A. (1997). Language, culture and psychopathology: Conceptual and methodological issues. *Transcultural Psychiatry*, 34(3), 291-311.
- Wiggins, O. P., & Schwartz, M. D. (1994). The limits of psychiatric knowledge and the problem of classification. In: J. Z. Sadler, O. P. Wiggins, & M. A. Schwartz. (Eds.), *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification* (pp.90-103). London: The John Hopkins University Press.
- Zanello, V. (in prep.). “Doença mental”: Uma metáfora morta que continua viva.
- Zanello, V., & Martins, F. (2010). O reencontro da clínica com a metáfora. *Psicologia em Estudo*, 15 (1), 189-196.

28

Discutindo a formação na residência multiprofissional: contextualização, apontamentos e desafios para a psicologia

Sofia Costa e Silva Duarte

Escola Superior de Ciências da Saúde

Larissa Polejack

Universidade de Brasília

Contexto de criação e efetivação da residência

De acordo com Silveira (como citado por Ferreira & Olschowsky, 2010), o termo *residência*, criado nos Estados Unidos no fim do século XIX, refere-se à modalidade de pós-graduação em que os estudantes residem (moram) na instituição hospitalar vinculada ao ensino, para estar à sua disposição em caso de necessidade. Nesse sentido, embora a moradia não seja necessariamente um requisito, permanece a noção de dedicação integral à atividade.

A residência foi um programa inicialmente ligado à área da medicina, sendo considerada uma importante etapa de formação, iniciada no Brasil na década de 40. Outras áreas, como a Psicologia, a Odontologia, Fisioterapia e a Terapia Ocupacional, foram incluídas nos programas de residência apenas com a aprovação da Lei Federal 11.129 (2005), que versa sobre a *residência multiprofissional*

(RMulti) e foi promulgada 24 anos depois da aprovação da lei regulamentadora da *residência médica*. Apesar disso, as mesmas autoras pontuam que, nos dicionários formais da língua portuguesa, o termo residência faz alusão apenas à fase de especialização do médico, ignorando outras áreas da saúde mesmo que tenham mais de uma década de existência (como é o caso da Enfermagem).

Ainda hoje, a residência médica é apontada como de extrema importância na formação do profissional médico, sendo reconhecida como “padrão ouro” pelo Ministério da Educação. Entre as vantagens apontadas por Porto (como citado por Ferreira & Olschowsky, 2010) à residência médica, que se podem expandir à RMulti, estão a redução de gastos com mão de obra; a renovação do corpo técnico, composto por estudantes estimulados à aprendizagem e com uma formação recente e ampla, de elevado senso crítico; e a elevada carga horária de trabalho prático.

De acordo com Ceccim e Armani (2001), a primeira RMulti registrada no Brasil data de 1976, tendo sido implementada na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, englobando as especialidades de Enfermagem, Assistência Social e Medicina Veterinária. Esse programa teve como um de seus objetivos utilizar-se da visão ampliada de saúde, não focando apenas no cuidado médico e valorizando o trabalho em equipe. Mais tarde, em 2005, foi instituída nacionalmente a Residência em Área Profissional de Saúde, com a Lei n^o 11.129, de 30 de junho de 2005, que apontou como objetivo: “favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde”. Nesse âmbito, Lobato, Belchior e Baduy (2012) citam Campos (1997) e Merhy (2002) para defender que formas de trabalho mais democráticas podem formar indivíduos mais comprometidos ético-politicamente, vistos como agentes micropolíticos de afirmação do Sistema Único de Saúde (SUS), como proposto anos antes, em 1988, com a nova

Constituição Brasileira e regulamentado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Os mesmos autores salientam os diferenciais educacionais da RMulti, tais quais: o trabalho mediante as necessidades da população, o trabalho multidisciplinar e a institucionalização da Reforma Sanitária Brasileira. A prática *in loco* (formação em serviço) representa um *modus operandi* que deve ir além das concepções tradicionais de educação, exigindo mais articulação e envolvimento entre os residentes e os profissionais da equipe.

A criação da RMulti envolveu, portanto uma tentativa do governo de formar profissionais qualificados especialmente para as necessidades de formação e atuação do SUS (com vistas à atenção integral), no sentido de modificar a cultura biomédica e a valorização das tecnologias liberais de produção de saúde, utilizando-se da formação em serviço imersa (Rosa & Lopes, 2010), como já era previsto pelo Ministério da Saúde, em 2004, na cartilha *Aprender - O SUS e os cursos de graduação na área de saúde*, que ressaltou o atendimento mediante necessidade da população, a gestão setorial, o controle social e a autonomia dos usuários. Compreende que a aprendizagem da técnica e do procedimento não deve ser o foco da formação, mas que deve envolver aspectos subjetivos e de um conhecimento do SUS para o SUS (Brasil, 2004).

Com relação à produção acadêmica nacional sobre o tema, a pesquisa de Dallegrave e Ceccim (2013) analisou os resumos de 94 artigos e objetivou averiguar as principais temáticas abordadas pelos estudos sobre RMulti. Encontrou-se maior produção relacionada às regiões Sudeste, Sul e Nordeste, respectivamente (onde há mais processos seletivos de RMulti); desenvolvidas em programas de mestrado acadêmico (66%), doutorado (22%) e mestrado profissional (12%) e nos anos de 2007, 2010 e 2011, correspondentes ao tempo decorrido entre a aprovação da lei e o término de trabalhos de mestrado e

doutorado. A predominância das temáticas foi em Saúde da Família e formação de Residência em Enfermagem.

Diretrizes curriculares para Psicologia e preparação para residência multiprofissional

Os estudantes de Psicologia que se identificam com a atuação em Psicologia da Saúde têm buscado as RMulti como recurso para continuar a formação, aprofundar os conhecimentos sobre a atuação do psicólogo na área da saúde e ampliar as possibilidades de empregabilidade nessa área. Porém, os recém-formados estão chegando preparados para cursar a RMulti? Do que carecem as graduações? Será que os cursos de Psicologia têm preparado profissionais para atuarem no SUS?

Tomando o curso de Psicologia como foco, Ceccim e Ferla (2008) relatam que as associações de ensino das profissões de saúde e o próprio SUS promoveram o debate sobre a formação e a reformulação de diretrizes curriculares. Isso pode ser reafirmado pela Resolução N° 5, do Ministério da Educação (MEC), de 15 de março de 2011, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia do Brasil. Pode-se observar um posicionamento que aponta para uma visão biopsicossocial como princípio norteador e compromisso (Art. 3º, inciso II); a importância do diálogo com outros campos do conhecimento, que se aproxima do conceito de integralidade do sujeito e trabalho interdisciplinar (Art. 3º, inciso III; Art. 8º, inciso IX); uma posição crítica perante os fenômenos sociais e outros que a eles estão associados (Art. 3º, inciso IV); a compreensão da aprendizagem como um *continuum* sem fim e a utilização do recurso de educação permanente (Art. 3º, inciso VII). Igualmente, as listadas competências e habilidades gerais requisitadas ao psicólogo podem ser facilmente transpostas para

todas as áreas do serviço de saúde: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente.

Em seu Art 5º (eixo estruturante VI), essas diretrizes (MEC, 2011) dispõem a respeito das práticas profissionais, que devem ter como foco o asseguramento da Psicologia como núcleo de atuação em um campo interdisciplinar de conhecimento, bem como sobre a introdução do estudante em variados ambientes sociais e institucionais. Para tanto, é sugerido que o currículo tenha uma base ampla e continuidade flexível, para que o estudante tenha a oportunidade de conhecer várias áreas de atuação e, ao mesmo tempo, a liberdade de construir seu próprio curso.

O mesmo documento (MEC, 2011) também pressupõe que o profissional deva “agir de forma coerente com referenciais teóricos e características da população-alvo” (Art. 8º, inciso III; Art 11. § 1º), pressuposto referido como norte de toda a construção de conhecimentos e práticas a respeito do SUS. Porém, em que momentos da graduação em Psicologia pode-se elaborar esse tipo de reflexão? Qual é o modelo de ensino que as universidades estão adotando? Quais são os focos de pesquisa? Em que contextos estão inseridos? Que articulações estão fazendo com o SUS? Como estão articulados os interesses dos estudantes e que tipo de formação se está objetivando?

As diretrizes (MEC, 2011) incentivam ainda que os domínios mais consolidados de atuação profissional sejam incentivados em seu desenvolvimento e também ponto de partida para a definição de ênfases curriculares (sem que isso prejudique o desenvolvimento de outras áreas). Embora a tendência de formação ainda seja a da clínica tradicional, “de portas fechadas” e desarticulada com outros núcleos, é preciso que se considere a área da saúde como segunda principal empregadora de psicólogos no país (Seidl, Duarte, Magalhães, Costa, & Silva,

2015). É interessante notar que as disciplinas relacionadas à Psicologia da Saúde tenham uma inserção lenta e gradual, muitas vezes focada nos níveis terciários de atenção em saúde. Na Universidade de Brasília, por exemplo, a disciplina “Psicologia da Saúde” somente se tornou obrigatória com a modificação curricular em 2014, considerando uma realidade de grande demanda em todos os níveis de atenção. Como respaldo para essa necessidade, em seu artigo 25, as diretrizes salientam a importância de articulação da universidade com os interesses da comunidade. Ainda assim, apesar de um efetivo fortalecido de professores atuantes na área, pouco investimento ainda se dá à formação do estudante para atuação em Atenção Básica. Segundo Polejack, Gomes, Miranda e Machado (2015), na Política Nacional da Atenção Básica, a atuação dos psicólogos deve se inserir na implementação dos Núcleos de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASF), requerendo uma revisão das práticas isoladas, fragmentadas e de encaminhamento mais comumente utilizadas na atuação em saúde. Tais práticas precisam ser substituídas por

ações conjuntas, como, por exemplo, consultas compartilhadas, discussões de casos, interconsultas, construção conjunta de projetos terapêuticos, ações intersetoriais, ações de educação permanente dos profissionais e da população, estímulo da participação social, fomento da educação popular, promoção da saúde e humanização. (p. 103)

Dessa forma, o psicólogo é convocado a rever sua própria formação, normalmente voltada para uma prática clínica individualizada, para repensar sua atuação de forma compartilhada, coletiva e territorializada, compreendendo o sujeito em seu território e com todas as relações que interferem e integram suas

produções como sujeito. Para Polejack et al. (2015), o profissional da Psicologia é convidado a atuar em duas grandes dimensões:

a dimensão assistencial que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica que vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos da sua prática profissional.

Em 2014, também na Universidade de Brasília, visando ampliar a formação do Psicólogo para atuar no SUS, a disciplina Psicologia e Saúde Pública (Políticas Públicas em Saúde) deixou de ser oferecida como um Tópico Especial e passou a integrar a grade curricular do curso de Psicologia como disciplina optativa. Essa iniciativa pode ser vista como de considerável importância para a compreensão das principais políticas públicas em saúde implantadas no país e também como espaço de reflexão e de construção do papel do psicólogo no SUS e para o SUS. A proposta de criação da disciplina e a reflexão contínua das possíveis contribuições do psicólogo em cada um dos setores que se articulam, desde a construção, a implementação, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas.

De acordo com Benevides (2005), o envolvimento da Psicologia com as políticas públicas na saúde e a ampliação da compreensão sobre o SUS são urgentes e tratam de uma tomada de posição, de atitude, quanto ao que se define como objeto e campo de intervenção da Psicologia. Refere-se a uma discussão ético-política, em que é necessário trazer ao debate questões sobre o contemporâneo, tanto em sua dimensão transnacional, mundial, quanto local, brasileira. Cabe a nós, psicólogos, decidir com que movimento nos aliamos, quais movimentos inventamos, quais intercessões fazemos entre a Psicologia e o SUS, entre a Psicologia e as políticas públicas.

Discutindo formação e atuação: as práticas necessárias

Mesmo que haja compreensão de que é preciso preparar os futuros profissionais para atuarem no SUS de acordo com a lógica da integralidade, o diálogo com outros núcleos da área de saúde ainda é restrito devido a diversos fatores, como a rigidez de alguns currículos e sua extensa carga horária (principalmente o curso de Medicina). Dessa forma, muitas vezes não se propicia que o estudante tenha momentos de discussão e articulação com outros saberes, o que representa um paradoxo, posto que grande parte desses estudantes trabalhará para o SUS e adentrará o serviço sem a preparação necessária e sem ter a oportunidade de vivenciar o trabalho em equipe e a atuação multiprofissional.

Nesse sentido, Rossoni e Lampert (2004) salientam a importância de vivências interdisciplinares ainda na graduação, com o objetivo de inserir o estudante na prática do trabalho em equipe. Um exemplo de iniciativa voltada a esse propósito é o desenvolvimento das Ligas Multidisciplinares de Saúde e de projetos nacionais como *Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS)* e o *PET-Saúde*, possibilidades muito ricas para o eixo ensino-pesquisa-extensão, fortalecedor de qualquer formação acadêmica.

Entretanto, Rossoni e Lampert (2004) apontam ainda que a mera aprovação das leis regulamentadoras do trabalho em saúde não é suficiente para garantir que seus eixos norteadores sejam incorporados ao ensino. Esse processo deve ser dinâmico, de construção e reconstrução, e adaptado às reais necessidades de saúde da população. Os autores salientam a importância da interação ativa e participativa dos cursos da área de saúde, dos serviços e da comunidade em diálogo constante com a Universidade, como reforçam Ceccim e Ferla (2008).

Para tanto, é necessária maior articulação no processo educacional de professores, a composição de um cenário de aprendizagem propício a esse

desenvolvimento e a articulação dessas instituições formadoras com as de condução setorial e atuação profissional. Ademais, é preciso que a própria universidade valorize em igual medida as iniciativas de extensão comunitária como eixo central para a formação de profissionais mais comprometidos e conhecedores das necessidades da comunidade. Profissionais esses capazes de dialogar com diferentes atores e setores para a construção de respostas coletivas e de iniciativas que, de fato, possam contribuir para a mudança da realidade. Enquanto apenas a pesquisa e a produção científica forem valorizadas em detrimento de ações de extensão e de propostas pedagógicas mais criativas, dificilmente melhoraremos a qualidade da formação dos profissionais para atuarem de forma crítica e comprometida com o SUS ou com outras políticas públicas. Para além disto, é necessária uma postura aberta, integrativa e reflexiva de todos os atores do processo, que enriqueça a ação de subjetivação do trabalho. Os sujeitos precisam ter a oportunidade de dialogar com seus pares, refletir sobre seu processo de trabalho e assumir para si o protagonismo como indivíduos agentes ativos do SUS, ou seja, implicar-se no processo. Isso reforça o que Ceccim e Ferla (2008) chamaram de “agir em saúde e cidadania” – em detrimento de uma postura tradicional biologizante e tecnicista – o que diz de uma

a formação de um quadro de militantes do setor da saúde na execução de um projeto de sociedade e de um projeto tecnoassistencial de saúde correspondente a esse projeto de sociedade, fundamentalmente uma sociedade de cidadãos, onde a saúde se relacionasse amplamente com a qualidade de vida e trabalho. (pp. 3 e 4)

É difícil pensar em que espaços os estudantes terão a oportunidade de fazê-lo, considerando a alta carga horária teórica, o pouco incentivo para envolvimento

em atividades de extensão e restrito campo de estágio em diferentes níveis de atenção em função da fraca articulação entre ensino e serviço nos cursos de graduação em geral.

A RMulti é pensada, também, como alternativa para corrigir uma falha na formação de base, de forma a privilegiar a articulação teoria e prática em uma vivência diária da articulação ensino-serviço e de fortalecimento da atuação em equipe.

De acordo com Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006), é preciso realizar dois movimentos contínuos para a educação de profissionais de saúde. O primeiro movimento está relacionado com o compromisso ético-político de pensar a formação como educação permanente em saúde, colocando o cotidiano do trabalho e os seus impactos no processo saúde-doença nas coletividades, como critério de contemporaneidade dos cursos às necessidades científicas e sociais em saúde. Tais critérios necessitam ser porosos aos sentidos e às vozes decorrentes de atos produzidos no cotidiano, funcionando como marcadores da avaliação da qualidade de ensino. Já o segundo movimento está diretamente relacionado com a centralidade da integralidade em saúde como constituinte e constitutiva de saberes e práticas, com o potencial para romper com o modelo tradicional e fragmentado de ensino e de serviços focados em procedimentos e com a visão dos sujeitos como “pacientes-passivos”, como um conjunto disfuncional de órgãos. É preciso criar cenários de aprendizagem para a residência diferentes de serviços onde o residente é visto como mão de obra barata e amplamente disponível (60 h semanais!) e onde vigora o insistente modelo quantitativo de avaliação de trabalho, em uma lógica de que, quanto mais consultas e mais procedimentos forem realizados, melhor o trabalho está sendo feito.

Ceccim e Ferla (2008) também criticam o modelo tradicional de ensino em saúde como uma forma de resistência às conquistas populares de formulação do SUS, que pressupõe uma visão de saúde como direito e assistência integral, não condizendo com a visão fragmentada do processo de saúde ensinado nas universidades (recortes desestruturados). Essa situação exige ainda mais empenho social na reafirmação de suas lutas pelo mesmo propósito. Além disso, mudar o sistema de formação para uma proposta mais condizente com as necessidades do SUS é assumir que existe um intenso e dinâmico jogo de forças entre os diversos agentes do sistema de saúde e que é necessário o comprometimento com a ideia de que a educação deve ser uma ocupação privilegiada.

Um exemplo dessas possibilidades de atuação é evidenciado pelo estudo de Oliveira, Carvalho, Garcia e Oliveira (2013), que mostra um trabalho desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) que, em 2003, buscou construir um modelo pedagógico que abarcasse o mundo do trabalho como referencial da construção do conhecimento e da definição das demandas educacionais, repensando estratégias de ensino. Para tanto, utilizou-se da metodologia da construção curricular baseada em competências, na concepção do profissional reflexivo e na articulação entre trabalho e formação. Esse currículo, em vigor, apresenta três áreas: Organização do Processo de Trabalho; Cuidado à Saúde – individual, coletivo e familiar; e Educação e Formação em Saúde. Articula os princípios orientadores da residência multiprofissional: integralidade e interdisciplinaridade; conceito ampliado de saúde; multiprofissionalidade; noção de rede de cuidados/cadeia do cuidado e educação permanente em saúde (Carvalho, Garcia, Seidl, 2006).

O interesse proposto foi o de atuar em uma assistência individualizada, pautada em uma clínica resolutiva que tenha como norte a promoção da saúde e os objetivos gerais da Estratégia de Saúde da Família, transferíveis para outras

tantas áreas da saúde em que a RMulti possa atuar: a humanização das práticas e fortalecimento de vínculos com os usuários e comunidades, a democratização do conhecimento que circunda o entendimento da saúde como processo de produção social, o desenvolvimento da cidadania na efetivação dos direitos dos usuários e a organização da comunidade para desenvolvimento do controle social.

Para tanto, a pesquisa pautou-se do estudo qualitativo de *diários reflexivos* (que têm como base o diário de campo da antropologia e o portfólio reflexivo da educação), método utilizado para que os residentes tenham a oportunidade de trazer suas próprias reflexões sobre o processo de trabalho e formação, implicando-se como sujeitos construtores de subjetividades e agentes ativos do processo de trabalho. Consideram que essa é uma oportunidade de levar em conta que a

formação do residente busca criar condições para que ele seja capaz de diagnosticar, planejar, intervir e avaliar as questões de saúde que acometem sujeitos, famílias e comunidades. Sendo assim, esta formação deve apontar para a compreensão da realidade de saúde da comunidade, o que exige que se interaja com as complexas tramas sociais, econômicas e culturais inerentes aos grupos (Santos, como citado por Oliveira et al., 2013).

Os autores justificam a utilização desse instrumento porque consideram que o trabalho de residência em Saúde da Família é um trabalho de campo, em que os diversos profissionais estão inseridos em uma comunidade com uma cultura vinculada a um território adscrito, seja no serviço em módulo ou domiciliar. Desse modo, esse estudo etnográfico faz com que os profissionais olhem a realidade da comunidade com uma estranheza familiar de que, apesar de estarem inseridos na mesma cultura de modo geral, as particularidades da comunidade são alheias ao

profissional, sendo necessário demonstrar como eixo uma curiosidade diante do que lhe é desconhecido. Entretanto, pode-se exercitar esse mesmo olhar para os diversos ambientes de inserção do profissional de saúde: basta assumir uma ignorância e intenção de conhecer o mundo do outro e como os sujeitos interagem.

Esse modelo adotado é apenas uma maneira de fazer com que os residentes instiguem observações, sentimentos, impressões, dificuldades, possibilidades e potencialidades do que é desenvolvido em seu trabalho, em uma forma de diálogo constante entre suas produções subjetivas, o processo de trabalho e sua aprendizagem, pautados na concepção construtivista de Paulo Freire (p. 77, como citado por Oliveira et al., 2013) como: “capacidade de aprender, não apenas para nos adaptarmos a realidade, mas, sobretudo, para transformar, para nela intervir, recriando-a”, condizente com a proposta da RMulti.

Para Oliveira e Guareschi (2011), o objetivo geral da residência é a formação de trabalhadores das diferentes profissões para atuação em equipe multidisciplinar com capacidade de intervenção interdisciplinar nos planos técnico, administrativo e político.

Filgueiras, Gonze e Villela (2013) destacam a importância da Psicologia envolver-se no processo das residências multiprofissionais, como forma de ampliar a aposta na interdisciplinaridade e poder contribuir, de fato, para o desenvolvimento de ações balizadas nos princípios da integralidade, considerando o usuário em suas dimensões biológicas, sociais e psicológicas.

Bernardes e Guareschi (2010) afirmam que as práticas psicológicas constituem um *status* e um lugar na saúde pública mediante a elaboração de um projeto de investimentos biopolíticos, tornando o profissional psicólogo um elemento constitutivo do que se elabora como público. Isso significa uma

metamorfose no campo psicológico, pois, em uma primeira conformação, organizava-se em duas fronteiras: o dentro (mental, psíquico) e o fora (ambiente/sociedade). É no diálogo entre esses campos, para a construção de um campo comum e diverso, que está uma das grandes contribuições que a Psicologia pode trazer, na medida em que pode auxiliar o processo de compreensão do mundo do outro por meio de uma escuta atenta ao sujeito em relação e criação de possibilidades de construções coletivas e permeadas de sentidos.

Na saúde pública, as práticas psicológicas permitem operacionalizar outra fronteira entre o público e o privado, e o profissional da Psicologia precisa estar disponível para estabelecer pontes e tecer relações. Nesse convite para uma atuação diferente, cabe ao psicólogo da saúde a inserção cada vez maior no campo das políticas públicas.

Desse modo, é necessária, na formação, uma implicação ativa do sujeito, ao buscar sua potência, levantar questões, investigando realidades e interrogando cenários, com uma aprendizagem de si, dos entornos e dos papéis profissionais (Ceccim & Ferla, 2008), ao mesmo tempo que estabelecer um diálogo constante entre a formação, gestão, atenção e participação dos profissionais da saúde (Rosa & Lopes, 2010; Brasil, 2004).

Considerações Finais

Tendo em vista todas as dificuldades impostas ao processo de formação em saúde, Ceccim e Ferla (2008) pontuam que, para que se alcance o objetivo de modificar a formação em saúde para reafirmar posturas e práticas propostas e defendidas pelo SUS, é necessário apoiar-se no quadrilátero *ensino, atenção, gestão e controle social*, que entende que formação é um processo contínuo, não restrito à

formação universitária, que conta com o recurso da educação permanente, vista como política de saúde.

Estamos, portanto, diante da necessidade urgente de rever a formação na graduação de Psicologia, de forma a preparar os estudantes para uma atuação contextualizada e comprometida com os princípios e diretrizes do SUS. É preciso ampliar campos de prática e de articulação com outros cursos que também atuem na saúde, desenvolvendo cenários de aprendizagem que facilitem a aproximação com o território e o exercício de diálogo com outras categorias profissionais. Assim, ampliaremos a possibilidade de atuação do psicólogo em equipes multiprofissionais e alcançaremos uma maior inserção nos Programas de RMulti, de forma qualificada e com mais capacidade de intervenções articuladas coletivamente.

Percebe-se que a construção de uma RMulti voltada à comunidade depende da articulação de diversos agentes, como ressaltam Lobato et al. (2012), tais quais coordenadores, preceptores, estudantes e demais profissionais: “Há, portanto, escolhas feitas por quem elabora os projetos dos cursos, mas, sobretudo, por quem os coordena e conduz, além das pessoas que vivenciam os processos educativos, materializando suas escolhas, no cotidiano dos espaços micropolíticos das instituições”.

O trabalho em residência deve render também um sistema efetivo de avaliação em todas as etapas do processo, com a participação de todos os atores envolvidos. Além de ser um sistema de avaliação e monitoramento de gestão, obriga os integrantes, mesmo que por um momento, a refletir sobre o que está sendo feito e o que poderá ser feito, salientando suas contribuições e pontos de aprimoramento. Concluiu-se pelo estudo de Lobato et al. (2012) que o processo de

avaliação deve ser dialógico, transparente, democrático e contínuo, devendo visar não só ao âmbito individual e ao produto, como ao coletivo e ao processo.

Os mesmos autores salientam também a importância de que a atividade de tutoria e preceptoria parta das experiências ocorridas no próprio processo de trabalho: “Isso contribui para a construção do conhecimento e também pode estimular os educandos na busca (individual e coletiva) da compreensão do contexto dos principais problemas de saúde e do processo de trabalho das equipes”. Apesar disso, os autores ressaltam o risco de reprodução de um modelo de saber hierárquico e unilateral, que deslegitima o espaço de saber do outro. Ao invés de representar uma disputa, então, o conflito deve ser constitutivo do processo de conhecimento, pois evidencia diversas perspectivas acerca de um mesmo fenômeno e a possível construção de outras. Em seu trabalho, os autores relatam a questão da formação do então analisado *coletivo de residentes*, um espaço em que os estudantes possam refletir sobre suas práticas e processos sem a presença de coordenadores, tutores e preceptores. Até o momento do estudo, a instituição avaliada era a única em que esse tempo estava previsto na carga horária dos residentes.

Espera-se que, em um futuro próximo, a Psicologia possa ampliar sua inserção na RMulti de forma a contribuir para seu desenvolvimento na direção dos aspectos discutidos, sob o eixo da educação e cidadania em exercício com a comunidade, sob a visão da saúde integral como direito e que seja então impulsionadora de movimentos de mudança na graduação e nas redes de serviços de saúde.

Referências

- Benevides, R. (2005). A psicologia e o sistema único de saúde: Quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25.
- Bernardes, A. G., & Guareschi, N. M. F. (2010). Práticas psicológicas: Enfrentamentos entre saúde pública e saúde coletiva. *Estudos de Psicologia*, 15(3), 269-276.
- Brasil. (2011). Resolução nº 5, de 15 de março de 2011: *Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia*. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 5/2011. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de março de 2011 – Seção 1 – p. 19.
- Carvalho, M.A.P., Garcia, M. R. G., & Seidl, H. (2006). Curso de especialização em Saúde da família nos moldes da residência: Desenvolvendo competência para a Atenção Básica. In Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Org.), *Ria multiprofissional em saúde: Experiências, avanços e desafio* (pp. 153-170). Brasília: Ministério da Saúde.
- Ceccim, R. B., & Armani, T. B. (2001). Educação na saúde coletiva: Papel estratégico na gestão do SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, 23, 30-56.
- Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. (2008). Educação e saúde: Ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(3), 443-456.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Caderno de Saúde Pública*, 20(5), 1400-1410.

- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 41- 65.
- Clemente, A., Matos, D. R., Grejanin, D. K. M., Santos, H. L., Quevedo, M. P., & Massa, P. A. (2008). Residência multiprofissional em saúde da família e a formação de psicólogos para a atuação na atenção básica. *Saúde Sociedade*, 17(1), 176-184.
- Filgueiras, M, Gonze, G., & Villela, R. (2013). *Residência em Psicologia: Novos contextos e desafios para a formação em saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lobato, C. P., Melchior, R., & Baduy, R. S. (2012). A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22(4), 1273-1291.
- Oliveira, F. G. V. C., Carvalho, M. A. P., Garcia, M. R. G., & Oliveira, S. S. (2013). A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família. *Comunicação Saúde Educação*, 17(44), 201-209.
- Dallegrave, D., & Kruse, M. H. L. (2009). No olho do furacão, na ilha da fantasia: A invenção da residência multiprofissional em saúde. *Comunicação Saúde Educação*, 13(28), 213-37.
- Dallegrave, D., & Ceccim, R. B. (2013). Residências em saúde: O que há nas produções de teses e dissertações? *Comunicação Saúde Educação*, 17(47), 759-76.
- Loch-Neckel, G., Seeman, G., Eidt, H. B., Rabuske, M. M. e Crepaldi, M. A. (2009). Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas a composição das equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 1463-1472.

- Neto, M. V. M., Leonello, V. M. & Oliveira, M. A. C. (2015). Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), 586-593.
- Pinheiro, R., Ceccim, R. B., & Mattos, R. (2006). *Ensinar saúde: A integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Polejack, L., Gomes, P., Miranda, M., & Machado, M. A. Psicologia na Atenção Básica: Descobertas, conquistas, considerações e desafios no NASF. In L. Polejack, A. M. A. Vaz, P. G. Goulart, & V. C, Wichrowski (Org), *Psicologia e políticas públicas na saúde: Experiências, reflexões, interfaces e desafios* (pp. 97-126). Porto Alegre: Rede Unida.
- Rosa, S. D., & Lopes, R. E. (2010). Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: Apontamentos históricos. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7(3), 479-498.
- Rossoni, E., & Lampert, J. (2004). Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e Diretrizes Curriculares. *Boletim da Saúde*, 18(1).
- Seidl, E. M. F., Duarte, S. C. E. S., Magalhães, D., Costa, M. V., & Silva, P. A. L. (2015) Perfil e práticas profissionais de psicólogos em serviços de saúde do Distrito Federal: Resultados preliminares. *Anais da 45ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia*. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Psicologia.

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS E SAÚDE MENTAL

29

Contribuições epistemológicas da hipnose de Milton Erickson para a psicologia moderna

Mauricio Neubern
Universidade de Brasília

Uma das características mais marcantes da obra de Milton Erickson, que perpassa tanto seus escritos didáticos (Erickson & Rossi, 1979), como suas comunicações científicas (Erickson & Rossi, 1980), é a ênfase descritiva que adota em seus procedimentos clínicos, associada a uma ausência quase absoluta de explicações, no sentido moderno do termo (Stengers, 1997) sobre aquilo que estuda. Comumente descreve em detalhes (Erickson, 1958) como se utiliza de suas palavras para acompanhar e conduzir os passos de um sujeito ansioso, que caminha sem parar em seu consultório, até que este se sente na cadeira e mergulhe num transe altamente terapêutico, sem propor qualquer tipo de afirmação teórica sobre o que seria a ansiedade de tal pessoa, o que seria o transe por ele induzido ou ainda como o processo terapêutico bem sucedido teria ocorrido. Seus gestos, palavras e atitudes parecem compor uma poderosa forma de transmissão a partir da construção de um legítimo papel dramático (Neubern, 2012), que incitam muito mais seus interlocutores à vivência relacional do que à explicação.

É possível que se considere esta atitude de Erickson devido à compreensão que, desde o início, ele adquire sobre a impossibilidade da implantação da racionalidade da ciência moderna na hipnose enquanto campo de estudo (Stengers, 2002). Diferentemente de seu preceptor, Clark Hull, com quem inicia seus estudos sobre hipnose, Erickson (1967) concebe ainda jovem que o termo “explicar” está associado na ciência moderna a todo um conjunto de condições e exigências que operam em nome de um jogo de forças que separa a opinião de senso comum da afirmação científica fidedigna (Bachelard, 1938/2004), a fabricação do artefato, próximo ao simulacro, da constatação do fato científico (Chertok & Stengers, 1989; Stengers, 1997). Assim, ao mesmo tempo em que se recusa ao papel do herói tipicamente moderno, aquele que se atribui a missão de revelar, pela ciência, uma nova descoberta, Erickson também evita as estrondosas contradições de seus predecessores como Charcot, Janet e Freud que, apesar do projeto moderno para a hipnose e sua herdeira, a psicanálise, jamais conseguem desenvolver um dispositivo que garantisse cientificamente tais separações (Stengers, 2002), fizesse calar as diferenças de sistemas e separasse a opinião do fato.

É assim que se pode conceber que a postura de Erickson (1967) nesse sentido é a de um profundo e prudente silêncio a respeito do que seria possível afirmar sobre a subjetividade¹ humana (Gonzalez Rey, 2011; Neubern, 2012) e, particularmente, a própria hipnose. Isto porque ele mesmo chega a reconhecer que as próprias condições experimentais do laboratório, como do consultório de psicoterapia, nunca escapam ao jogo sugestivo de influências mútuas que envolvem as pessoas implicadas e fabricam realidades vividas, trazendo à tona a

1. Subjetividade, segundo tais autores, refere-se a uma organização complexa da psique que obedece a uma lógica configuracional e se caracteriza pela produção de sentidos subjetivos na dialética do sujeito com seus diferentes momentos de inserção social. Ela envolve também uma relação dialógica e não hierárquica entre noções classicamente opostas na Psicologia, como individual x social, histórico x atual, essência x existência, determinismo x escolha, dentre outros.

impossibilidade de se chegar às invariantes universais tão almeçadas pela ciência (Erickson, 1967). Se tudo aquilo que o pesquisador afirma, de certa forma, produz aquilo que é afirmado na interação com o outro (Stengers, 2002), torna-se difícil o estabelecimento de condições que separem o que seria fabricação (noção mais associada ao artefato, à construção, à opinião e até ao embuste) do que seria revelação (noção mais associada ao fato e à explicação fidedigna). Daí porque não é confortável para um terapeuta ou pesquisador tentar tecer afirmações no sentido moderno sobre a hipnose, uma vez que esta, por sua própria natureza, constitui-se como um jogo de influências mútuas que fabricam e não necessariamente revelam suas próprias realidades. A única opção coerente que talvez lhe reste é a descrição da técnica, enquanto forma de estabelecimento de relações com tal universo, enquanto dispositivo de transformação do mesmo, enquanto um conjunto de condições que estabelecessem um tipo de saber intimamente relacional e contextual que, mesmo não sendo explicativo, possa ao menos oferecer algumas referências de relação com um mundo tão interessante e complexo como o da hipnose.

Aparentemente, a opção pela técnica corresponderia a uma solução de evitação de conflito, uma renúncia ao projeto moderno de ciência para a Psicologia, situando a proposta de Erickson (1958; 1967) restrita a técnicas clínicas sem qualquer pretensão de conhecimento científico. Com isso, ele evitaria os pontos fundamentais desse projeto que animaram em maior ou menor escala as escolas modernas de psicologia (Gonzalez Rey, 2011; Neubern, 2004; Santos, 2000; Stengers, 2002): o cuidado em manter as fronteiras nítidas entre sujeito e objeto; a busca de método capaz de afastar as aparências para acessar as essências revelando a realidade subjacente e imutável; as separações entre fato e artefato; as perspectivas de explicação, predição e controle e a imposição narrativa caracterizada pela superioridade do saber do psicólogo sobre os saberes nativos de

seus sujeitos². Como a hipnose em si constitui-se como um problema para tais princípios (Chertok & Stengers, 1989), Erickson nessa aparente solução técnica pôde desenvolver sua obra de modo a fugir das terríveis retaliações impostas àqueles que buscaram se adequar à proposta de uma hipnose moderna e científica e acabaram por torná-la um campo de estudos marginalizado que jamais deveria se constituir como interesse sério dos homens de ciência (Meheust, 1999).

Essa opção pela técnica não deve ser, contudo, qualificada como uma atitude de renúncia à proposta moderna de ciência. O silêncio de Erickson em torno do que seria ou não o campo da hipnose abre espaço para uma discussão fundamental na Psicologia que remete a uma forma de realidade distinta da realidade física – a subjetividade – com estatuto ontológico próprio, implicada com outras exigências em sua abordagem para se fazer conhecida. Tal problema possui uma considerável relevância para a Psicologia na medida em que aponta para uma de suas grandes lacunas históricas e epistemológicas que é a ausência quase que constante de uma definição ontológica para a subjetividade (Gonzalez Rey, 2005). Como deveria ser situada face à relação sujeito-objeto, como lidar com o dilema fato/artefato, quais exigências epistemológicas deveriam ser atendidas numa pesquisa e qual o papel da construção teórica são algumas das questões que emergem desse problema. Outra consequência quase que imediata diz respeito ao papel das comunidades científicas na construção do conhecimento sobre a subjetividade, sobre como são pautadas as relações entre seus pesquisadores, e como decidem a respeito de suas condições de legitimidade e suas diversas práticas sociais. O aspecto orgânico e microssocial dessas relações muitas vezes é eclipsado

2. Embora as diferentes psicologias tenham lidado de modo bem distinto com o projeto moderno de ciência, as perspectivas de um conhecimento científico, superior em termos de acesso à realidade animaram grande parte de suas perspectivas, como pode ser constatado nas imposições narrativas, muito criticadas por alguns autores contemporâneos em psicoterapia (Anderson & Gehart, 2007; Neubern, 2004). Eles destacam como as narrativas do terapeuta, mesmo em propostas pretensamente não diretivas, acabam por se impor aos significados próprios dos sujeitos.

por perspectivas que apelam para uma leitura superficial das tramas sociais nessas comunidades e por mecanismos de poder, que envolvem posturas dogmáticas a respeito do caráter científico da Psicologia (Koch, 1981).

Desse modo, a proposta deste trabalho é a de destacar algumas das possíveis contribuições epistemológicas da hipnose de Erickson (Erickson & Rossi, 1980) para a Psicologia inspirada pelo projeto moderno de ciência. Essa análise será desenvolvida a partir das noções técnicas básicas de Erickson, a linguagem metafórica (Erickson, 1966) e o drama (Neubern, 2012), e abrangerá dois eixos distintos, mas altamente relacionados. O primeiro deles é o das relações que constroem significados para os pesquisadores no seio das práticas sociais que produzem o conhecimento científico nesta ciência, ou seja, como as influências mútuas existentes na técnica hipnótica podem levar à concepção de regras de *obrigações* (Stengers, 1997) entre os pesquisadores e seus pares, regras que os obrigam a um olhar recursivo sobre as próprias relações e negociações de condições específicas na atribuição de significados para suas práticas sociais e aquilo por elas estudado. Concebe-se, aqui, que a hipnose possui uma característica muito específica nesse sentido, que é a influência mútua, com todos seus riscos de transgressões epistemológicas que ocorrem no espaço do que é estudado e, ao mesmo tempo, no espaço relacional entre os pesquisadores. Tal influência, por implicar o aspecto orgânico das relações, remete à necessidade de os pesquisadores refletirem sobre suas próprias relações e práticas sociais que precedem a abordagem do empírico.

Já o segundo eixo refere-se a como a hipnose (Erickson, 1958; 1967), enquanto processo de influência técnica e intersubjetiva, pode contribuir para a Psicologia em termos de conceber as condições ontológicas de abordagem da subjetividade (Gonzalez Rey, 2011; Neubern, 2012). Considera-se que a mudez teórica do autor, em termos de uma proposta moderna de ciência, aliada a uma

série de princípios técnicos associados a seu uso da hipnose, favorecem a reflexão sobre importantes questões referentes às condições que permitem que a subjetividade seja concebida enquanto complexo objeto de estudo. Este eixo será desenvolvido a partir de princípios da pesquisa qualitativa e complexos relacionados a esta noção de subjetividade (Gonzalez Rey, 2005; 2011; Morin, 2001; Neubern, 2004; 2012).

Influência, silêncio & obrigações

Conta-se que, em certa ocasião, uma jovem procurou ajuda junto a Milton Erickson devido a uma asma, que para ela deveria ter causas orgânicas, já que sempre aconteciam durante o inverno (Erickson, 1977). Em pleno verão de Phoenix, Arizona, Erickson lhe induziu ao transe hipnótico por meio de uma série de ações com profundas mensagens simbólicas sobre temas relatados pela jovem, sem que, contudo, revelasse a ela tais conteúdos. Ele a desafiou (como fazia o pai da moça), bateu em seu ombro com um lápis (simbolizando as cartas agressivas que o pai endereçava à filha), e a jovem logo entrava em crise de asma (como acontecia ao ler as cartas do pai). Erickson aproveitou-se desta crise para lhe induzir ao transe, trabalhar tais temáticas e desencadear seu processo terapêutico. Ao invés de ordens explícitas ou tentativas de *insights*, ele lhe proporcionou uma forma de relação com ações plenas de significados que, mais que serem decifrados, a levaram a desencadear processos de mudança altamente significativos para suas demandas (Neubern, 2012).

A ênfase no “mostrar” de Erickson na transmissão do saber, uma das mais importantes práticas sociais da ciência, é acompanhado de questões específicas que parecem se diferenciar consideravelmente do ensino explicativo das ciências em termos de obrigações. Isto porque ao se comportar de determinada forma, por

meio de um papel dramático (Neubern, 2012), um conto de histórias, um paradoxo ou até uma indução de transe para provocar uma experiência particular junto a um discípulo ou interlocutor, ele encarna naquela relação a influência hipnótica que gostaria de transmitir ao mesmo. Tal perspectiva de transmissão possui uma grande relevância pedagógica uma vez que insere a singularidade da pessoa, o aspecto vivencial do aprendizado (não se esgotando na explicação), o incentivo à condição de sujeito, de maneira a valorizar a autonomia no aprendizado do aluno (Geary & Zeig, 2000).

Com efeito, tal pedagogia de transmissão utilizando a própria hipnose como objeto de estudo e método, traz à tona alguns pontos muito específicos e de grande pertinência no tocante às obrigações (Stengers, 1997) que se constroem entre os pares de uma comunidade científica. Primeiramente, ela remete a uma condição de alto apelo reflexivo, que só pode ser expressa através do pronome “nós”: “A hipnose é praticada entre nós mesmos. Portanto, nosso laboratório está entre nós e perpassa nossos corpos, carne, sangue, como nossas próprias subjetividades.” Disso decorre, um problema epistemológico de grande relevância, posto que o laboratório, o lugar do exercício e do aprendizado do *métier* não é algo ali, externo e seguramente controlado, como caracterizado pela separação radical entre sujeito-objeto e todos os aparatos que a sustentam, mas algo aqui presente que implica diretamente os pares, como aprendizes e mestres que podem se tornar, ao mesmo tempo, sujeitos e objetos nesse processo. A extrema coincidência entre o laboratório dali, pretensamente controlado e asséptico, e o daqui, vivido na carne e na subjetividade, que talvez se constitua como um “*beco-sem-saída*” para alguns (Stengers, 2002), traz à tona o imperativo da responsabilidade implicada nas afirmações e atitudes dos pesquisadores, tanto com aquilo ou aqueles que estudam, como entre si mesmos. Tudo aquilo que se afirma ou se faz ao outro, no contexto de influência mútua que caracteriza a hipnose, ganha vida nessa relação,

o que leva os pesquisadores a se questionarem sobre temas ontológicos centrais da hipnose, como a balança entre autenticidade e simulacro no transe e às influências presentes na transmissão científica para os aprendizes.

É a partir desta ótica que tal proposição também implica diretamente uma segunda, que também só pode ser expressa a partir de um “nós”: “Se assumimos essa influência hipnótica entre nós, precisamos nos indagar seriamente sobre os contextos que almejamos, como podem ser emancipatórios, criativos e democráticos na construção de nossos saberes.” Trata-se aqui do tema da responsabilidade mútua, de uma dimensão que envolve a ética não apenas em termos da consideração moral com o outro, mas também no que se refere ao estabelecimento das próprias condições para a construção do conhecimento. Nesse sentido, a dimensão reflexiva dessa responsabilidade obriga os membros da comunidade a se questionarem sobre o que desejam para suas próprias condições de interação, no convívio entre eles, como sobre as maneiras de promoverem as diferentes práticas sociais que caracterizam o fazer ciência. Tais práticas não deveriam cair na mera burocracia e realizadas pela inércia para se atenderem critérios externos, como os do produtivismo acadêmico tão em voga na atualidade, mas serem necessariamente animadas por aquilo que se almeja em termos de produção de pensamento e, sobretudo, da inventividade que habita o cerne do espírito científico (Bacheard, 1938/2004).

O que a obra de Erickson (Erickson & Rossi, 1980) parece sugerir quanto a isso não é a adoção explícita da hipnose como recurso de comunicação nas comunidades científicas, mas a valorização de dispositivos e princípios clínicos nela inspirados que colocam o sujeito humano como a medida central da produção do saber. Quando se reflete sobre a responsabilidade mútua de obrigações (Stengers, 1997) em termos de hipnose, abre-se espaço para a criação de dispositivos relacionais que valorizam a subjetividade singular das pessoas,

como a individualização do processo de crescimento do sujeito (Erickson & Rossi, 1979); da utilização de suas próprias características a favor de seu crescimento, como o princípio naturalista de utilização (Erickson, 1958); da qualificação do saber que já possuem, mas do qual ainda não se apropriaram, como seus recursos inconscientes (Erickson, 1967); das formas de comunicação simbólicas e indiretas, como modos de engajar o sujeito em suas próprias buscas e encontrar por si mesmo suas respostas (Erickson, 1966); e, principalmente, seu protagonismo no processo de criação no ato de produzir saber. O contexto afetivo, humanista e voltado para a potencialidade subjetiva presente em tais princípios conferem à reflexão sobre a responsabilidade nas obrigações novas possibilidades de se pensar e produzir saberes em Psicologia, principalmente em função da ênfase que propõe entre a coerência de seus temas de estudo e os modos de relação entre os sujeitos implicados com tal ciência.

Novamente, o laboratório que coincide com o relacional de seus protagonistas “obriga-nos” a pensar como tais relações podem se reverter em nome de uma coerência sobre o humano no estudo do próprio humano, contrapondo-se à exclusão da subjetividade que tem caracterizado historicamente diferentes produções desta ciência (Gonzalez Rey, 2011; Neubern, 2004). A obrigação deve incidir sua reflexividade sobre grandes lacunas³ envolvendo temas centrais de importantes práticas sociais da Psicologia como o uso dos instrumentos, não enquanto veículos substancializados de resposta, mas como formas de relação que geram índices que ali se constituem em significados específicos; das avaliações como construções socialmente situadas num contexto e não como retratos

3. O considerável atraso da Psicologia em aderir às reflexões epistemológicas do século XX (Koch, 1981; Gonzalez Rey, 2011), como sua convocação por importantes instâncias sociais com fins regulatórios (Neubern, 2009; Santos, 2000) favorecem tendências hegemônicas, como o instrumentalismo, o diagnóstico substancializado e o dogmatismo teórico, ao mesmo tempo em que reduzem suas possibilidades de reflexividade a respeito de suas próprias condições na fabricação de seus saberes.

fidedignos e absolutos da realidade; das teorias como constelações de conceitos que reúnem seus interessados e propõem inteligibilidades possíveis de situações contextualizadas, ao invés de modelos divinizados que oferecem a palavra final sobre os problemas de estudo; da informação que jamais se constitui como uma evidência a partir de si mesma, mas que possui valor heurístico dentro de toda uma construção teórica de pensamento; da pesquisa enquanto geração inventiva de ideias e não como mera aplicação burocrática de protocolos; da produção escrita como ato criativo de pensamento, ao invés de simples refém de índices quantitativos absolutos; e, sobretudo, da ética, da preocupação social e do crescimento pessoal como condições organicamente integradas ao desenvolvimento do pensamento científico do psicólogo, ao invés de serem tópicos à parte em sua formação.

Dado que muitas dessas reflexões não se constituem como novidades nas ciências humanas (Hacking, 1999; Stengers, 1997), a especificidade da contribuição de hipnose de Erickson (citado em Neubern, 2009) em termos de obrigações, vem à tona a partir de um misto de perigos e potencialidades relacionadas a essa aproximação radical entre o que se estuda e os modos de relação entre os pesquisadores. De fato, esse perigo, que se configurou como pesadelo para muitos ao longo da história, está no fato de que uma experiência como o contexto de influência que induz o transe é um tanto quanto assustadora pelo seu risco de dissolver as fronteiras modernas tão cuidadosamente erigidas na produção de saber. Assustadora porque sai de um lugar controlado e passeia entre os pesquisadores, ameaçando pervertê-los com sua nebulosa subjetividade; assustadora porque rompe a barreira entre aquele que estuda e aquele que é estudado, colocando tais papéis em risco; assustadora por diluir fronteiras entre etapas de produção de conhecimento num *continuum* relacional que fabrica as próprias realidades

que anuncia; assustadora, em suma, por ameaçar a racionalidade confiável e segura com experiências marginais, instáveis e, até certo ponto, imprevisíveis do inconsciente.

O que, na perspectiva aqui adotada, coloca-se como contribuição é que esse risco de morte ou diluição, muito análogo ao transe hipnótico, na qual o sujeito perde provisoriamente suas referências com o mundo para se re-organizar (Neubern, 2013), deve se constituir como um apelo de criação e quiçá de reinvenção dentro das propostas de ciência da Psicologia, ao invés de ocupar o lugar de resíduo a ser evitado e esquecido. Nesse sentido, destaca-se que as decisões tomadas pelas comunidades científicas precisam ser pautadas muito mais por seu diálogo com as exigências do empírico, no caso profundamente perpassadas pela influência, do que pelas necessidades de força e poder que comumente têm movido a institucionalização de muitos movimentos em Psicologia (Stengers, 2002). Não é o pretense aumento do controle experimental, uma teoria que se esgota em uma lógica hermética, o apego a um ideal metafísico de ciência ou ainda a notoriedade de uma escola no meio social que devem servir de parâmetro para as decisões científicas sobre os temas importantes de Psicologia: estas devem ser tomadas por toda uma problematização que leve a sério e frontalmente o problema da influência quanto à questões epistemológicas centrais que constituem esta ciência. Se a hipnose não foge ao dilema fato/artefato, permanecem questões centrais a serem aprofundadas em termos de legitimidade como a separação entre a informação legítima e o simulacro, e o papel do pensamento do pesquisador neste processo.

É por tais razões que colocar tais fragilidades em pauta consiste numa atitude epistemológica mais coerente, mesmo que, a partir de Erickson (1967), torne-se possível refletir sobre como as comunidades científicas de Psicologia veem-se obrigadas a manter uma postura inicial de silêncio sobre aquilo que ainda não

podem explicar. A ciência também é uma questão de esperança quanto ao que ainda não se sabe apenas quando os pesquisadores aceitam o desafio de olhar frente-a-frente aquilo que os ameaça, que coloca em perigo seus conceitos e teorias, que os tira da comodidade das respostas prontas, mas à beira de caducarem, para situá-los na incerteza daquilo que procuram saber para perguntarem melhor.

Possibilidades Ontológicas

O silêncio teórico de Erickson face à complexidade da experiência hipnótica pode ser compreendido enquanto uma atitude epistemológica que pode remeter a uma compreensão distinta do problema ontológico da subjetividade enquanto objeto de estudo. Entretanto, seria difícil conceber tal questão por meio da hipnose, uma vez que esta apresenta uma série de problemas de difícil solução no tocante às diferentes exigências da ciência moderna (Neubern, 2009). Um caminho possível talvez seja uma discussão mais acurada, mesmo que incipiente, em torno da primazia da técnica hipnótica e de sua relação com a produção subjetiva singular das pessoas, compreendendo como a técnica consiste numa forma alternativa de estabelecer relações de saber com essa realidade subjetiva, de modo a remeter a uma forma específica de concebê-la ontologicamente.

Em certa ocasião, Erickson (1935 citado em Neubern, 2012) recebeu um jovem e intelectualizado PhD que lhe demandou ajuda por conta de uma ejaculação precoce. Induzindo-o ao transe contou-lhe uma história onde ele teria recebido o convite de visitar um pesquisador famoso em sua casa, onde lhe apresentou sua bela filha. Em seguida, sem explicitar ao jovem, narrou várias circunstâncias de teor simbólico: ele ficaria sozinho com a moça e ambos ficariam constrangidos; ela lhe mostraria um cinzeiro muito delicado (vagina) e especial

que deveria ser mostrado em particular (como na intimidade de um casal que se prepara para ter relações); ele teria muita vontade de inserir seu cigarro neste cinzeiro (como uma penetração), algo que seria ao mesmo tempo excitante e constrangedor. Erickson, ao invés de recorrer a uma fórmula padrão, como voltar ao passado infantil, utilizou-se, portanto, de elementos do próprio cenário subjetivo do jovem (meio acadêmico bem sucedido, privacidade, constrangimento, excitação face a uma mulher) e daí lhe ofereceu uma re-organização dos processos configuracionais de sua subjetividade por meio da sequência da história e do próprio transe (Neubern, 2012).

Nesse sentido, um dos aspectos técnicos mais importantes de Erickson (Erickson & Rossi, 1979) é que, ao mesmo tempo em que o pesquisador determina certos focos a serem tratados na intervenção, sem jamais explicar suas intenções ao sujeito, ele o faz de modo metafórico e indireto, favorecendo a este uma participação ativa. Assim, sua maneira de contar uma história, por exemplo, pode envolver jogos de palavras, processos subliminares e paradoxos (Erickson, 1966) que abordam temas relevantes para o cenário subjetivo do sujeito, ao mesmo tempo em que o convidam, de modo não explícito, a um legítimo processo de re-configuração subjetiva em que ele se vê como protagonista. Tal processo conduz a experiência do sujeito a uma série de rupturas de referências da relação eu-mundo (tempo, corpo, espaço, matéria, outro) que caracterizam o transe hipnótico (Neubern, 2014) e favorecem a emergência de processos de grande relevância terapêutica geralmente inacessíveis à experiência cotidiana.

Considera-se que as informações originárias de tais experiências devam ser pensadas e qualificadas na construção de pensamento teórico do pesquisador a partir de duas grandes dimensões. A primeira delas é o processo reflexivo de mapeamento que o pesquisador desenvolve sobre suas próprias formas de influência e a mutualidade do processo intersubjetivo que ocorre entre ele e o

sujeito. Ele não pode se referir ao outro sem se considerar na relação com ele. Isso porque a influência hipnótica, em certa medida, produz no outro aquilo que ela mesma anuncia (Nathan, 2001). O que o pesquisador pensa, sente, fala, o papel que assume, a influência técnica que deliberadamente propõe, como as produções subjetivas além de sua intenção, consistem em elementos importantes na construção de uma pesquisa, pois referem-se às condições que favorecem a emergência da experiência do sujeito com quem se relaciona.

Desse modo, a informação é concebida e qualificada numa considerável rede de significados, práticas e elementos com os quais possui uma relação orgânica, ou seja, integra-se ao contexto que favorece a emergência de um saber local e singular daquela pesquisa. A legitimidade de tal informação não se dá, portanto, enquanto uma resposta isolada que pretensamente possua valor em si mesma por se relacionar a um elemento autoexplicativo (como um instrumento validado ou um escore estatístico) ou a uma categoria transcendente, mas em função de um conhecimento que mapeie os diferentes dispositivos técnicos e subjetivos que a precedem e permitem sua existência (Nathan, 2001). Esses dispositivos são colocados em pauta na construção de pensamento do pesquisador, e é a partir de suas múltiplas relações com a experiência hipnótica que a informação pode adquirir seu valor heurístico.

Por outro lado, a informação também precisa ser qualificada levando em conta os processos de autonomia que emergem na experiência hipnótica do sujeito. A reflexividade acima citada tem chamado a atenção de importantes autores contemporâneos que as discutem nos vínculos (Gonzalez Rey, 2005), na influência nas relações terapêuticas (Nathan, 2001), como na própria metáfora (Anderson & Gehart, 2007; Lakoff & Johnson, 2003). Entretanto, o que parece caracterizá-la na hipnose é que, ao mesmo tempo em que o pesquisador mapeia a influência entre ele e o sujeito em transe, há também a emergência de fenômenos

involuntários na experiência do sujeito (os fenômenos hipnóticos) que parecem possuir formas específicas de agenciamento (Gallagher & Zahavi, 2008) além das deliberações comuns do “eu”, como a anestesia, analgesia e deslocamento cinestésico, as produções imaginárias e simbólicas e até a emergência de “eus” alternativos das personalidades múltiplas.

Tais processos, com grande influência inconsciente sobre as ações cotidianas do sujeito, demandam duas condições básicas de abordagem em termos ontológicos. Por um lado, exigem uma atitude dialógica (Morin, 2001) e não impositiva da parte do pesquisador, de maneira a privilegiar ao sujeito singular um lugar central. Se cada pessoa possui uma forma particular de entrar em transe (Erickson, 1958), a singularidade se constitui como um princípio epistemológico fundamental da pesquisa (Neubern, 2004), em que suas produções subjetivas são concebidas em função de sua experiência de mundo, do que significam para ele em algum nível, de como compõem, em suma, a constelação de sentidos subjetivos que produz sobre temas importantes de sua vida. Assim, enquanto o pesquisador assume uma postura indireta e metafórica em que o sujeito se sente aceito, reconhecido e participativo (Erickson, 1966), a construção teórica acompanha passo a passo as informações que emergem de seu cenário, integrando-as gradativamente em seu pensamento em interpretações que oferecem uma compreensão parcial do que se passa naquele momento da relação (Gonzalez Rey, 2005). Se avança numa compreensão geral daquele sujeito, o pesquisador necessita estar aberto a seu momento singular, por reconhecer que ele se recria cotidianamente, produzindo novos arranjos subjetivos ao longo de sua trajetória, não lhe sendo possível uma construção generalista que pretenda esgotá-lo em sua complexidade.

Por outro lado, a complexidade presente em tais produções necessita de uma forma de pensar que contemple as múltiplas teias de articulação que perpassam os

sistemas subjetivos, como as noções de configurações subjetivas⁴ (Gonzalez Rey, 2011; Neubern, 2013) que rompem com a antiga dicotomia das escolas psicológicas entre padrões e significados (Neubern, 2004). A improvisação e a criatividade sempre presentes no pensamento de Erickson (1958; 1977) levam a conceber uma noção de subjetividade altamente complexa que, fugindo a noções tradicionais de regularidade (como estrutura, esquema e padrão) remetem a processos com uma considerável capacidade de organização (Morin, 2001), envolvendo criação, rupturas e novos arranjos entre seus processos. Seu trabalho leva a conceber que esta complexa organização, envolvida na considerável batalha entre ordem e desordem, constitui-se como algo profundamente caracterizado pela produção simbólica e emocional dos sujeitos. Aquilo que de algum modo e em algum nível significa algo para o sujeito deve ser tomado como referência central no pensamento do pesquisador, sob a pena de haver uma ruptura do processo relacional e o comprometimento da legitimidade da construção de pensamento sobre o outro.

Em suma, as configurações subjetivas possuem uma grande relevância ontológica na medida em que situam a experiência enquanto sistema humano que se caracteriza essencialmente por sua produção simbólica. Enquanto unidades de análise são de grande pertinência, posto que permitem uma relação estreita entre uma investigação científica, que se refere a objetos sistêmicos e complexos, daí os vínculos significativos junto a outras ciências (Morin, 2001), mas também abrange a experiência humana, permitindo o diálogo com as maneiras pelas quais as pessoas sentem, pensam, agem e produzem sentido sobre suas vidas. Não é, portanto, o que se repete em função de uma pretensa lei que importa ao pesquisador,

4. Configurações subjetivas são sistemas que articulam processos emocionais e simbólicos do sujeito e se desdobram ao longo de sua ação social nos diferentes cenários em que se insere. A qualidade emergente de tais sistemas ou organizações é denominada sentido subjetivo.

mas como cada momento da experiência do sujeito se conecta na complexa teia de organização da subjetividade, onde ele significa algo para o sujeito nos diferentes momentos de seu cotidiano.

Conclusão: sobre obrigações e subjetividade

A hipnose de Erickson (Erickson & Rossi, 1980), portanto, ressalta importantes contribuições para o estudo da subjetividade à medida que destaca tanto a necessidade da consideração do reflexivo em seu estudo, como o caráter polissêmico, paradoxal e complexo de sua organização. Se, por um lado, exige que o pesquisador se implique no processo relacional, mapeando sua influência e dispositivos técnicos na produção do transe, por outro, coloca-o face a uma organização que apaga momentaneamente importantes referências de sua produção subjetiva, como o sujeito, o eu e a consciência, para se re-organizar novamente em outras qualidades de produção subjetiva. Desse modo, como tais processos teóricos ainda estão por serem desenvolvidos, traçam-se a seguir alguns possíveis fragmentos de ideias que servem como direcionamentos para estudos no tema.

O problema das obrigações que se pode destacar a partir da hipnose de Milton Erickson (Erickson & Rossi, 1980) traz contribuições significativas para a Psicologia na medida em que proporciona uma reflexão sobre todo o jogo intersubjetivo existente nas comunidades científicas desta ciência para o estudo da própria subjetividade. Isto porque, ao destacar como o problema da influência perpassa importantes práticas sociais dessa ciência, a reflexividade das obrigações pode apontar e problematizar questões de fundamental importância para o estudo da subjetividade que nem sempre são devidamente aprofundadas quando esta é

convertida em objetos de estudo diversos, onde se preconiza uma separação radical entre sujeito e objeto.

As obrigações destacam como a maneira de se endereçar ao outro já consiste numa forma de proporcionar a fabricação de realidades nesse contexto, o que faz com que noções típicas da subjetividade como o sujeito, qualidade, contexto e acontecimento (Morin, 2001; Santos, 2000) sejam colocados em pauta como prioridades enquanto elementos constituintes de uma forma de se fazer pesquisa que relativize a separação abrupta entre sujeito e objeto. Daí porque, embora tal questão ainda permaneça em aberto, é a relação com este outro enquanto sujeito (e não um discurso sobre ele que, na prática, o tome como objeto inerte) quem deve ocupar o cenário principal da construção do pensamento em Psicologia, destacando o que esta relação exige como rigor metodológico na qualificação das informações e proporcionando a emergência dos processos subjetivos na construção da pesquisa.

Tal reflexão traz ainda à tona um problema ético e político, posto que a problemática que se pode desencadear a partir da influência mútua entre as pessoas pode trazer maior visibilidade a importantes momentos que fazem parte das práticas sociais em Psicologia, o que também se constitui como a denúncia de muitos mitos que se tornam aí presentes e escondem a trama social e conceitual dessas mesmas práticas sociais. Como o protocolo que se sobrepõe às necessidades da pesquisa, o instrumento validado que esconde e impede a problematização do tema estudado, a categoria teórica reificada que tampa a diversidade de informações empíricas relevantes e a autoridade de um nome consagrado que é situada acima da qualidade de seus argumentos. Como essa dimensão orgânica da construção do saber psicológico não costuma ganhar destaque, tais práticas sociais acabam por alimentar discursos em larga medida falaciosos, de alto teor político, ideológico e econômico, como os referentes a eficácia terapêutica, à separação

entre psicologias científicas e não científicas, e a primazia de determinadas escolas de Psicologia no cenário social e acadêmico (Neubern, 2004).

Nesse sentido, o teor humanista da hipnose de Erickson (Neubern, 2009), que também emerge dessa mesma discussão, faculta a adoção de uma utopia de importância central para a Psicologia: a de que o sujeito humano, na sua singularidade e diversidade, seja tomado como medida do conhecimento. E isso não apenas em termos da valorização da potencialidade de aprendizes e usuários, como uma leitura inicial pudesse sugerir, mas principalmente em termos de maior consciência no que se refere à quem uma proposta de Psicologia deve servir em termos de sociedade (Nathan, 2001). O problema da influência entre pessoas, se extrapolado para termos macrossociais, leva a se pensarem as diversas relações que um saber estabelece com uma sociedade e quais responsabilidades cabem aos pesquisadores, o que exige posicionamento em torno de perguntas como estas: com quem devem se estabelecer os compromissos e parcerias? A que metas e valores devem ser direcionados os esforços teóricos e institucionais? Como devem ser considerados temas como economia, produção bibliográfica e conquista de espaços nas instituições? como deve ser a atitude face ao Estado e seus serviços?

Já no tocante aos problemas ontológicos da subjetividade, a hipnose de Erickson (1967) leva a se conceberem contribuições significativas para tal estudo principalmente quando se considera a necessidade do caráter reflexivo do conhecimento psicológico. Em outras palavras, a hipnose parece exigir que o pesquisador conceba que não é possível pensar sobre a subjetividade do outro sem que se estabeleça uma relação com ela. Para qualificar uma informação que lhe pareça pertinente, torna-se-lhe necessário um detalhado mapeamento sobre os dispositivos técnicos e subjetivos que permitem sua emergência na experiência do outro (Nathan, 2001), o que permite o estabelecimento de uma relação orgânica entre tais dispositivos, o contexto relacional e a própria subjetividade da pessoa.

Há aqui a criação de uma rede de relações, significados e práticas intimamente ligados à produção da informação, que favorece ao pesquisador uma construção teórica consistente e aberta no diálogo com a subjetividade, menos vulnerável a mecanismos de reificação e substancialização, tão presentes na produção do pensamento psicológico (Koch, 1981).

No entanto, a hipnose de Erickson (1966) parece convidar o pesquisador a uma situação paradoxal, já que sua influência necessita de um caráter indireto e metafórico que promove o desencadeamento de processos de autonomia junto à experiência inconsciente do sujeito. É possível conceber que esta forma de influência metafórica acione diferentes níveis de agenciamento da experiência subjetiva e também ofereça um amplo leque de possibilidades de produção subjetiva para o sujeito, o que lhe permite escolha, aceitação e um envolvimento emocional diferenciado na pesquisa, posto que existe uma consideração efetiva de seu cenário subjetivo e de suas motivações nessa participação. Trata-se, sobretudo, de um envolvimento criativo do sujeito, num contexto que permita a expressão de diferentes processos inconscientes autônomos que muitas vezes não são previstos nem por ele, nem pelo pesquisador.

Essa contribuição da hipnose para a pesquisa coincide com a proposta de alguns autores contemporâneos (Creswell, 2013; Denzin, 2014; Gonzalez Rey, 2005) em termos do caráter indireto da informação produzida pelo sujeito, que nunca deve ser tomada em si ou como fruto de uma relação linear com outro processo. Contudo, o teor indireto das induções hipnóticas acrescenta outras contribuições relevantes à pesquisa por favorecer, de modo mais explícito, a emergência de processos inconscientes que dificilmente surgem a partir das técnicas conversacionais e escritas de entrevista, o que proporciona a abertura para um importante campo no estudo da subjetividade – o inconsciente – cuja diversidade de processos parece possuir especial importância nas diferentes ações

cotidianas dos sujeitos (Gallagher & Zahavi, 2008; Gonzalez Rey, 2011). Temas contemporâneos como depressão, dores e doenças crônicas, construção das relações afetivas e familiares, experiências espirituais, impactos da violência na construção da identidade, resiliência e potencialidade subjetiva, modos de vida e produção de sentidos (Gonzalez Rey, 2011; Neubern, 2013) podem receber importantes aprofundamentos teóricos e metodológicos a partir das possibilidades de re-organização da subjetividade proporcionada pela hipnose, uma vez que tais processos remetem a produções configuracionais profundas e inconscientes, dimensões que se colocam além das deliberações racionais do “eu”.

Face à abordagem de uma realidade tão complexa, o pensamento do pesquisador se vê diante de uma necessidade fundamental: a construção de seu pensamento. Não se trata, todavia, de uma construção que se imponha ao mundo empírico, mas de um processo em que o pesquisador estabelece uma relação dialógica com este mundo, no caso a subjetividade, qualificando passo a passo suas informações em processos parciais de interpretação (Gonzalez Rey, 2005). Para tanto, duas condições importantes precisam ser obedecidas. Primeiramente, tomando-se mais uma vez o exemplo de Erickson (1958), tal forma de construção necessita eleger a singularidade como noção epistemológica dominante na pesquisa (Neubern, 2004), de modo que o momento da pesquisa, em seu contexto e reflexividade, como as produções subjetivas dos sujeitos, sejam qualificados no que possuem de particular, único daquela pessoa. A complexidade que perpassa tais processos precisa ser concebida como acontecimento, pois mesmo que possua relações com princípios gerais, não se liga linearmente a eles, dado que sua considerável capacidade de organização subjetiva lhes concede um caráter de algo que jamais se repete em outros cenários subjetivos. Daí porque tal forma de construção implica a retomada de noções marginalizadas na ciência moderna, como o sujeito, a criação, o caos e o acontecimento (Morin, 2001; Santos, 2000).

Em segundo lugar, tal construção demanda a utilização de categorias que remetem a uma lógica configuracional (Gonzalez Rey, 2011; Neubern, 2013), ou seja, uma forma de pensar que articule sistemicamente as informações, em consonância com o caráter organizacional da subjetividade. Nesse sentido, a noção de configuração abre uma perspectiva de grande relevância na medida em que rompe com a tradicional dicotomia presente nas escolas de Psicologia (Anderson & Gehart, 2007) entre padrão, que remete à concepção de processos regulares e quiçá mensuráveis, e significados, que implica processos de simbolização. Tal polarização proporciona a exclusão de importantes momentos de compreensão da subjetividade como organização complexa, pois enquanto a regularidade dos processos é padronizada e desvinculada de toda produção simbólica e emocional dos sujeitos, que aqui são reduzidos à condição de indivíduos, as reflexões a respeito da construção de significados acabam por menosprezar a importância de processos regulares que constituem diversos momentos da produção subjetiva dos sujeitos.

Os fenômenos hipnóticos são particularmente importantes, nesse sentido, posto que enquanto envolvem certa regularidade não podem ser desvinculados de toda uma produção vivida e simbólica inerente ao cenário subjetivo de onde emergem. Como seu ordenamento remete muito mais ao de uma organização complexa (Morin, 2001), o que rompe com a linearidade habitual das noções de padrão e estrutura, e sua produção simbólica adquire necessariamente o caráter autoral do cenário do sujeito, eles não apenas rompem com tal dicotomia, como também se coadunam amplamente com a ótica configuracional. Regressões de idade, anestésias, dissociações, distorções temporais e personalidades alternativas possuem certa regularidade passível de padronização, mas envolvem toda um leque de variações na sua organização que permite considerar que nunca ocorrem da mesma forma em um sujeito, sem contar toda a simbolização presente em

diferentes momentos de sua ocorrência (Erickson, 1977). O que é importante aqui é que a regularidade entre seus elementos ocorre dentro de processos organizacionais mais amplos, as configurações que, mesmo sendo pensada como sistema complexo biológico (Merleau-Ponty, 2005) também consiste em importantes sistemas subjetivos humanos, que se caracterizam pela produção simbólica (Gonzalez Rey, 2011).

Semelhante perspectiva leva a considerar que tais produções da experiência não ocorrem a esmo num plano neutro e impessoal a ser dissecado pelo bisturi teórico do pesquisador, mas no cenário vivido e subjetivo de um sujeito, onde se integram a processos de criação, emocionalidade e modos de existência. Nesse sentido, a hipnose de Erickson (1958) oferece uma contribuição de grande relevância, à medida que aponta para um cenário diversificado, com diferentes formas de agenciamento e produção de processos que se implicam entre si em relações paradoxais de autonomia e dependência. A pesquisa se coloca, portanto, face a um grande desafio na medida em que leva em conta que pode se endereçar a um sujeito que, ao mesmo tempo em que se reconhece por suas referências de “eu”, também apresenta outras facetas que se constituem muito além de sua intencionalidade e podem até nem contar com o aval de seu reconhecimento consciente (Morin, 2001). Como qualificar, entretanto, as experiências do sujeito em um cenário que, sem dúvida, é singular e lhe pertence, mas possui tamanha heterogeneidade em processos e modos de organização, consiste num desafio que ainda não foi superado, permanecendo como problema para pesquisas posteriores.

Referências

- Anderson, H., & Gehart, D. (2007). *Collaborative therapy*. New York: Routledge.
- Bachelard, G. (2004). *La formation de l'esprit scientifique*. Paris: Vrin. (original de 1938).
- Chertok, L., & Stengers, I. (1989). *Le Coeur et la raison. L'Hypnose en question*. Paris: Payot.
- Creswell, (2013). *Qualitative inquiry and research design*. London: Sage.
- Denzin, N. (2014). *Interpretive autoethnography*. London: Sage.
- Erickson, M. (1958). Naturalistic techniques of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 3 – 8.
- Erickson, M. (1966). The interpersonal hypnotic technique for symptom correction and pain control. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 198 – 209.
- Erickson, M. (1967). Laboratory and clinical hypnosis: the same or different phenomena? *American Journal of Clinica Hypnosis*, 9, 166 – 170.
- Erickson, M. (1977). Hypnotic approaches to therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 20 – 35.
- Erickson, M., & Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy*. New York: Irvington.
- Erickson, M., & Rossi, E. (1980). *The collected papers of Milton Erickson*. New York: Irvington.
- Gallagher, S., & Zahavi, D. (2008). *The phenomenological mind*. New York, NY: Routledge.
- Geary, B., & Zeig, J. (2000). *The letters of Milton Erickson*. Phoenix: Tucker & Theisen.

- Gonzalez Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade*. São Paulo: Thomson.
- Gonzalez Rey, F. (2011). *Subjetividade e saúde*. São Paulo: Cortez.
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Massachusetts: Harvard University Press.
- Koch, S. (1981). Nature and limits of psychological knowledge. *American Psychologist*, 3, 257 – 269.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (2003). *Metaphors we live by*. Chicago: Chicago University Press.
- Méheust, B. (1999). *Somnambulisme et médiumnité*. Paris: Seuil/Syntélabo.
- Merleau-Ponty, M. (2005). *La structure du comportement*. Paris: PUF. (original de 1942).
- Morin, E. (2001). *La méthode V. L'humanité de l'humanité*. Paris: Seuil.
- Nathan, T. (2001). *Nous ne sommes pas seuls au monde*. Paris: Seuil/Synthélabo.
- Neubern, M. (2004). *Complexidade e psicologia clínica*. Brasília: Plano.
- Neubern, M. (2009). *Psicologia, hipnose e subjetividade*. Belo Horizonte: Diamante.
- Neubern, M. (2012). Drama como proposta de compreensão da clínica de Milton Erickson. *Interação em Psicologia*, 16 (2), 307 – 315.
- Neubern, M. (2013). Hipnose, dores crônicas e técnicas de ancoragem. A terapia de dentro para fora. *Psicologia: Teoria & Pesquisa*, 29 (3), 297 – 304.
- Neubern, M. (2014). Subjetividade e complexidade na clínica psicológica: superando dicotomias. *Fractal, Revista de Psicologia*, 2 (3), 835 – 852.
- Santos, B. (2000). *A crítica da razão indolente*. São Paulo: Cortez.

Contribuições epistemológicas da hipnose de Milton Erickson para a psicologia moderna

Stengers, I. (1997). *La malédiction de la tolérance*. Paris: Seuil/Syntélabo.

Stengers, I. (2002). *Hypnose, entre magie et science*. Paris: Seuil/Syntélabo.

30

A Terapia Individual Sistêmica e o uso de técnicas narrativas

Alexandre de Souza Amorim

Universidade Federal de Santa Catarina

Isabela Machado da Silva

Universidade de Brasília

A Terapia Individual Sistêmica

Compreender os fenômenos psicológicos sistemicamente significa considerá-los a partir de seu contexto, estabelecendo a natureza das suas relações. Capra (1996) afirma que os sistemas são totalidades interligadas, sendo que a natureza do todo é sempre diferente da simples soma de suas partes. Nesse sentido, a *Abordagem Sistêmica* compreende o mundo em termos de relações e de integração.

O uso da Abordagem Sistêmica em Psicologia Clínica está relacionado ao desenvolvimento da terapia de família, na década de 50, a partir de um movimento de profissionais de diferentes áreas e baseados em referenciais teóricos diversos, que desenvolveram abordagens específicas para se trabalhar com casais e famílias em contexto terapêutico (Féres-Carneiro & Ponciano, 2005; Nichols &

Schwartz, 1998). Esses pesquisadores e clínicos pioneiros gradativamente tomaram contato com os trabalhos uns dos outros, o que possibilitou que se conhecessem e aprendessem juntos (Bruscagin, 2010). Formou-se, assim, a chamada *Terapia Familiar Sistêmica* (Minuchin, 1985), em que se destacava a visão de que não se pode compreender adequadamente o conjunto a partir da análise isolada das partes que o compõem, assim como não se pode conhecer as partes sem levar em consideração o contexto em que se inserem. Dessa forma, ao trabalharem com famílias e casais, os terapeutas deveriam necessariamente considerar as relações recíprocas, circulares e contínuas entre seus membros. Destacava-se, assim, uma abordagem que tinha como foco principal as relações no presente, e não o indivíduo e sua história (Carr, 2006; Féres-Carneiro & Ponciano, 2005; Minuchin, 1985; Nichols & Schwartz, 1998).

Com o passar do tempo, os conceitos originais da Terapia de Família foram revistos (Lebow, 2005). A ênfase no presente, por exemplo, foi questionada a partir do amplo reconhecimento da necessidade de compreender a história da família e seu desenvolvimento (Bowen, 1976; Carter & McGoldrick, 1995; Haley, 1980; Minuchin & Fishman, 1990). Nesse processo, outros fatores passaram a ser cada vez mais considerados no trabalho com famílias, tais como o contexto social e os significados que os indivíduos atribuem à sua experiência (Féres-Carneiro & Ponciano, 2005; Lebow, 2005).

O desenvolvimento da Terapia Individual Sistêmica

A Terapia Individual Sistêmica constitui, ainda hoje, uma questão polêmica entre os terapeutas sistêmicos, sendo escassa a produção acadêmica nacional sobre o tema (Tronco, 2008). A premissa de que seria necessária a presença de todos os membros da família no atendimento para que o terapeuta pudesse observar a

retroalimentação existente entre seus comportamentos, e assim intervir junto aos mesmos, sustenta alguns dos argumentos de autores que se opõem à possibilidade da Terapia Individual Sistêmica. De acordo com essa visão, a opção por atender o indivíduo quando se pode atender a toda a família é contrária aos princípios básicos da Abordagem Sistêmica (Tronco, 2008; Esteves de Vasconcellos, 2005). De acordo com Esteves de Vasconcellos (2005), a atuação do profissional estará relacionada à sua epistemologia, de forma que:

no caso de um profissional que assumiu a epistemologia sistêmica novo-paradigmática, sua nova estrutura pessoal o faz querer ver as relações e não se satisfazer mais em ver separadamente os elementos. (...) O profissional trabalhará então com o sistema constituído pelos que estão conversando sobre o problema, porque acredita, genuinamente, que o problema se localiza nas relações, como também acredita, genuinamente, que os recursos para a solução advêm dessas mesmas relações, ou seja, da existência de vínculos afetivo-sociais entre os membros do sistema. (p. 93)

No entanto, já nas décadas de 70 e 80 discutia-se a possibilidade de atender individualmente no contexto da Abordagem Sistêmica (Carter & Orfanidis, 1976; Weakland, 1983/2010). Carter e Orfanidis (1976) basearam-se nas contribuições teóricas de Bowen (1976), que destacam a importância da história da família de origem e o processo de diferenciação. O nível de diferenciação é influenciado pelas relações estabelecidas no seio da família de origem e, quanto mais diferenciado o indivíduo, maior sua capacidade de se distinguir dos demais membros de sua família, bem como de separar razão e emoção, agindo de forma menos reativa ao ambiente. A terapia teria como objetivo contribuir para a diferenciação do cliente, ajudando-o a deixar “de reclamar sobre os outros

membros da família ou tentar mudá-los e passar a definir a si mesmo em seu sistema emocional ao observar, controlar e alterar o papel que desempenha nesse processo familiar” (p. 194). Trata-se de um processo de treinamento – *coaching* – em que o cliente passa a compreender suas relações em termos sistêmicos, para, a partir disso, modificá-las. Nesse contexto, o atendimento individual seria proposto quando apenas um membro da família encontra-se disponível para terapia ou quando dois cônjuges utilizam o espaço do atendimento para se atacarem mutuamente e, assim, inviabilizam a terapia de casal.

A proposta apresentada por Weakland (1983/2010), por outro lado, enfatiza os pressupostos comportamentais em que se baseou a terapia familiar em seus primórdios. De acordo com esse autor, o principal aspecto que diferencia a terapia familiar de outras formas de terapia é a visão de que a interação do paciente com pessoas significativas desempenha papel central no desenvolvimento e na manutenção das dificuldades que o motivaram a buscar a terapia, bem como para sua resolução. Nesse sentido, ao alterar-se o comportamento de um dos membros, o sistema, como um todo, poderia ser modificado. Assim, segundo Weakland, o trabalho com todos os membros da família nem sempre se mostra necessário, de maneira que o terapeuta pode trabalhar especificamente com aquelas pessoas que se mostram mais motivadas em relação à terapia e que apresentam mais chances de instigar mudança, tendo como foco a alteração dos comportamentos que contribuem para a manutenção do problema ou, mais especificamente, através do desenvolvimento de novas estratégias para sua resolução. A mesma tendência pode ser utilizada no trabalho com questões vistas como eminentemente individuais: o terapeuta busca contribuir para uma revisão da forma como o paciente tem tentado resolver suas dificuldades, ou seja, questiona como os comportamentos do paciente contribuem inadvertidamente para a manutenção do problema. Nesse contexto, mantém-se o viés interacional, considerando o que

o paciente comunica àqueles que estão ao seu redor, bem como o que comunica a si mesmo.

Essas duas abordagens iniciais apresentam suas particularidades mas também semelhanças. Enquanto Carter e Orfanidis (1976) buscavam contribuir para o processo de diferenciação do cliente ajudando-o a compreender a história de sua família e as relações que se estabeleceram, Weakland (1983/2010) privilegiava os comportamentos presentes ao investigar como as tentativas de solucionar os problemas contribuem inadvertidamente para sua manutenção. No entanto, percebe-se que, em ambas as abordagens, a Terapia Individual Sistêmica mantém uma posição secundária em relação à terapia familiar, o que é evidenciado pelo fato de os autores se referirem a essa forma de trabalho como terapia familiar com indivíduos. A terapia individual era, assim, considerada como um tipo de terapia familiar, sendo especialmente recomendada para casos em que a terapia familiar não seria possível.

As influências do *Construtivismo* e do *Construcionismo Social*, porém, permitiram ampliar a visão e a utilização da Terapia Individual Sistêmica. Influenciados por essas contribuições, autores como Weber e Simon (1989) e Boscolo e Bertrando (1996) sugeriram que a Terapia Individual Sistêmica fosse considerada como uma modalidade regular de atendimento e não apenas como uma segunda opção, uma alternativa para os casos em que não é possível atender a família de forma conjunta.

Com o Construtivismo, compreende-se que os fatos observáveis não são passíveis de relatos neutros e imparciais quer pelo cliente, quer pelo profissional. A construção das múltiplas versões sobre os fatos é determinada pelos processos cognitivos, assim como pelo aparato conceitual de todos os sujeitos envolvidos (Soar Filho, 1998).

Já o Construcionismo Social refere-se a um movimento posterior, a partir do qual se reconsidera o papel da linguagem no mundo social e nas relações familiares. Enfatiza-se que a forma como o indivíduo vê sua experiência está relacionada tanto à sua percepção particular como às suas experiências sociais, que são intersubjetivas, narradas e interpretadas nesse contexto (Costa, 2010).

De acordo com essa perspectiva, o contexto e os relacionamentos familiares continuam sendo vistos como primordiais. O desenvolvimento da personalidade e da visão de mundo de cada indivíduo estaria relacionado à forma como as pessoas que lhe são significativas traduziram os valores culturais e sociais em suas relações e trocas comunicacionais (Hedges, 2005). Destaca-se, portanto, uma íntima relação entre o social e o subjetivo, em que

contam tanto os aspectos sociais, culturais e históricos como os idiossincráticos, biológicos e ecológicos, e que reconhecer tais fatores não desconsidera as subjetividades individuais e localizadas. Dessa forma, penso que a ênfase no intercâmbio social conformado pelos jogos de linguagem nos espaços interpessoais, conforme propõe o construcionismo social, não pode prescindir de um indivíduo que, na sua idiossincrasia, ao construir-se conforme as convenções de sua comunidade linguística, também as transforma. (Grandesso, 2008, p. 113)

Todo esse processo contribuiu para o desenvolvimento de uma nova fase no contexto da Terapia Familiar Sistêmica: uma fase em que se relança a singularidade, a diferença e a história. Essa fase é caracterizada pela chamada Cibernética de 2^a Ordem, a partir da qual o observador passa a ser visto como parte do sistema, isto é, ele não é um elemento neutro, mas alguém que exerce

influência sobre aquele sistema e que é influenciado pelo mesmo (Féres-Carneiro & Ponciano, 2005).

Muitos terapeutas familiares sistêmicos, que anteriormente haviam focado o sistema relacional dos membros de uma família ou casal, passaram a também atentar para os membros em si, isto é, para os indivíduos (e conseqüentemente para as emoções). Essa evolução no campo da Terapia Sistêmica foi deflagrada pela revolução epistemológica trazida pela cibernética de 2ª ordem e pelo construtivismo, que colocaram o observador – isto é, o indivíduo – em destaque. Posteriormente, no final dos anos 80, com sua ênfase na linguagem, tornou inevitável a necessidade de ultrapassar a dicotomia indivíduo *versus* família. (Boscolo & Bertrando, 1996, “Back to individual”, para. 1)

A partir desse movimento, tanto se atribuiu maior importância ao indivíduo na terapia familiar, como a própria Terapia Individual Sistêmica adquiriu maior relevância e fundamentação (Boscolo & Bertrando, 1996). Segundo essa abordagem, a atuação do terapeuta privilegia a elaboração de perguntas que permitam ao cliente expressar sua forma única de ver o mundo, uma vez que não se acredita em significados universais, mas em significados particulares construídos a partir das experiências daquele cliente específico (Hedges, 2005). O paciente ocupa um papel central no processo terapêutico, uma vez que é visto como o especialista em sua própria história (Anderson & Goolishian, 1993).

A Terapia Narrativa

Entre as diferentes propostas desenvolvidas no âmbito da Cibernética de 2ª Ordem e influenciadas pelo Construtivismo e pelo Construcionismo Social, tem-se a chamada Terapia Narrativa, representada por Michael White. Essa abordagem se baseia predominantemente nas histórias que os indivíduos e as famílias constroem em meio a suas relações e que influenciam a forma como veem a si mesmos, às suas relações e às suas dificuldades (Grandesso, 2008; Walsh & Keenan, 1997). De acordo com White e Epston (1993), as narrativas organizam e dão sentido à experiência, sendo, assim, importantes para a forma como o sujeito se posiciona diante do mundo e em suas relações. As narrativas pessoais influenciam o significado que as pessoas atribuem às suas experiências, deflagrando um processo em que algumas experiências são reconhecidas como relevantes enquanto outras são negligenciadas (Palma, 2008). Dessa forma, entende-se que nossas ações e comportamentos são consequência dos significados que atribuímos às nossas experiências e que estão expressos nas histórias que contamos sobre os outros e sobre nós mesmos (Costa, 2010): “As histórias que as pessoas contam sobre suas vidas limitam os significados que atribuem à experiência e limitam os aspectos da experiência que decidem expressar” (White, 1991, p. 33).

Dessa forma, os problemas surgiriam quando a pessoa apresenta uma narrativa dominante que a limita, ou seja, que a impede de ver novas possibilidades e dimensões acerca dela mesma e de sua vida. Tem-se, assim, um discurso dominante, saturado pelo problema, que faz com que sejam consideradas importantes apenas aquelas experiências que o reforçam, sendo excluídas e ignoradas todas aquelas que o contradizem (Palma, 2008). Portanto, para a Terapia Narrativa, os problemas surgem quando as pessoas contam, para si e para

os outros, histórias que representam sua experiência de forma limitada (Carr, 1998).

Segundo Carr (1998), desenvolver soluções terapêuticas a partir de uma perspectiva narrativa implica abrir espaço para o desenvolvimento e a expressão de histórias alternativas, as quais provavelmente foram desprezadas pelo(s) discurso(s) dominante(s) saturado(s) pelo problema. De acordo com esse ponto de vista, o processo terapêutico auxiliaria o cliente a reescrever suas narrativas pessoais. Dessa forma, seria possível minimizar ou extinguir os problemas, já que as narrativas pessoais constituiriam sua origem. Esse processo de reautoria deve ser essencialmente colaborativo, de forma que o cliente assume uma posição ativa.

Em seus últimos anos de vida, Michael White (2012) escreveu a obra intitulada *Mapas da Prática Narrativa*. Nesse trabalho, o autor apresentou algumas das técnicas que seriam úteis ao terapeuta na tarefa de auxiliar o cliente a reescrever suas narrativas pessoais: (a) Conversas de reautoria; (b) conversas de externalização; (c) conversas de lembrança; e (d) Cerimônias de definição.

Nas conversações de reautoria, o cliente é convidado a continuar a desenvolver e contar histórias sobre sua vida, incluindo alguns eventos e experiências negligenciados, porém potencialmente significativos, que estão em “desvantagem” em relação às histórias dominantes. Esses acontecimentos singulares ou exceções propiciam um ponto de partida, uma porta de entrada para enredos alternativos que, no início dessas conversações, mal são visíveis (White, 2012).

Nas conversações de externalização, busca-se diferenciar a identidade do cliente do problema, isto é, o cliente não é o problema (ou o diagnóstico), apenas vive sob os seus efeitos. Analisar os problemas separados das pessoas permite que o sujeito e a sua família observem a influência que os problemas têm na sua vida,

assim como a forma como eles próprios podem influenciar a “vida” do problema. A partir dessa técnica, busca-se caracterizar o problema, verificar como o mesmo se relaciona com outras dimensões da vida do sujeito, compreender a experiência do sujeito sobre o desenvolvimento do problema e favorecer a consciência acerca de como o problema é visto (White, 2012).

As conversações de lembrança partem do princípio de que a identidade se baseia em uma “associação de vida”. Essa associação de vida é representada por um grupo de figuras e identidades significativas na vida de uma pessoa, considerando-se seu passado, seu presente e seu futuro projetado. Essas figuras e identidades apresentam vozes que são/foram influentes na construção de sua identidade. Por meio do uso dessa prática, pretende-se que o cliente reflita sobre como diferentes pessoas em sua história contribuíram para a construção de sua identidade e sobre como ele influencia/influenciou a vida das pessoas que lhe são significativas. As conversações de lembrança fornecem, assim, uma oportunidade para que o cliente revise a condição de membro de seus “associados” na vida – atualizando alguns e retirando outros, concedendo autoridade a alguns e desqualificando outros – tendo em vista a construção de uma nova narrativa pessoal que se mostra menos limitante e mais diversificada.

A união entre os conceitos oriundos da Terapia Narrativa e a perspectiva sistêmica não é consensual (Minuchin, 1998). No entanto, um número crescente de autores tem reconhecido sua contribuição para a Abordagem Sistêmica na atualidade (Lebow, 2005; Tomm, 1998), assim como cada vez mais terapeutas sistêmicos têm recorrido a seus conceitos no atendimento a famílias (Pratti, 2009) e indivíduos (Tronco, 2008). Dessa forma, mostram-se necessários estudos que abordem o seu uso no contexto da Terapia Individual Sistêmica. Este trabalho descreverá e discutirá o uso das conversações de reautoria, externalização e

rememoração em terapia individual sistêmica, a partir da realização de um estudo de caso.

Método

Neste trabalho, apresenta-se um estudo de caso único, baseado nos atendimentos psicoterápicos realizados com a paciente X., em uma clínica-escola universitária. Os atendimentos foram conduzidos pelo primeiro autor, sendo supervisionados pela segunda autora. Quando da elaboração deste trabalho, haviam sido realizadas 20 sessões, que ocorriam semanalmente. Durante os atendimentos, o terapeuta anotava palavras ou expressões que lhe chamavam a atenção, elaborando um relato detalhado de cada sessão após o seu término. Os atendimentos eram supervisionados semanalmente.

Ao iniciar seu acompanhamento na clínica-escola, a cliente assinou um termo de consentimento livre e esclarecido que previa que os dados referentes a seu atendimento poderiam ser utilizados em trabalhos acadêmicos, desde que sua identidade fosse protegida. Posteriormente, a cliente foi informada sobre o interesse do terapeuta e de sua supervisora em elaborarem este trabalho, concordando com sua realização. Foi-lhe facultada a possibilidade de ter acesso a uma versão prévia – e mais detalhada – deste trabalho em uma de suas sessões, de forma que qualquer dúvida ou incômodo pudesse ser discutido com o próprio terapeuta e devidamente acolhido.

Os dados aqui apresentados baseiam-se no formulário de triagem, preenchido no primeiro contato da cliente com a clínica-escola, e nos relatos de sessão redigidos pelo terapeuta. A ficha de triagem foi utilizada com o propósito de obter informações gerais, apresentadas pela cliente antes do início formal do processo terapêutico. Os dados oriundos dos relatos de sessão foram submetidos a

uma análise de conteúdo qualitativa, com categorias definidas *a priori* (Laville & Dione, 1999). A análise teve como objetivo identificar passagens exemplares sobre três das técnicas narrativas propostas por White (2012): conversações de reautoria, conversas de externalização e conversas de lembrança. A análise foi realizada pelo próprio terapeuta e posteriormente discutida com a supervisora. Considerando que as técnicas narrativas se caracterizam pela postura colaborativa entre terapeuta e cliente, bem como pela ênfase na linguagem, buscou-se reconstruir os diálogos ocorridos nas sessões e apresentá-los nesse mesmo formato como forma de ilustrar as técnicas, destacando-se o processo de construção ocorrido entre terapeuta e cliente.

Resultados e Discussão

A cliente X. estava na faixa dos 20 anos quando buscou atendimento psicológico na clínica-escola. De acordo com o formulário de triagem, X. procurou atendimento por ser muito impaciente, impulsiva e agressiva. Esses comportamentos se apresentavam principalmente em relação ao namorado. X. também relatou ter muita dificuldade em seu relacionamento com a mãe, o que teve início após o recasamento desta e do nascimento de seu irmão. A cliente não teve contato com o pai na infância e descreveu um relacionamento conflituoso com o antigo marido de sua mãe. X. nunca havia realizado atendimento psicológico.

Conversações de Reautoria

Ao consultar um terapeuta, a pessoa conta uma versão da história de seus problemas ou dificuldades que tem lhe causado sofrimento. Esse relato, além de

apresentar o motivo que a levou a buscar a terapia, sinaliza fatos e eventos considerados significativos, bem como a forma como os mesmos são interpretados e relacionados pela cliente. Essa narrativa também apresenta os personagens significativos de sua história e suas visões sobre essas pessoas, seus motivos e características (White, 2012).

Esses “discursos dominantes” são solidificados ao longo do tempo e negligenciam fatos e eventos significativos da vida do sujeito. Ao identificar “acontecimentos singulares” que questionem o discurso dominante, o terapeuta convida o sujeito a compor novas histórias. O terapeuta busca dar maior visibilidade a esses “acontecimentos singulares” por meio de perguntas que o levem a refletir de forma detalhada sobre essa experiência e suas implicações (White, 2012).

A cliente X. trazia um discurso dominante em que se apresentava como insegura e indecisa, em que todos diziam que ela era descontrolada e, por isso, sentia medo de lutar por alguns sonhos. Embora esse discurso predominasse, ela já havia relatado, sem perceber, algumas conquistas que demonstravam atitude e tomada de decisão. Sendo assim, durante o **5º atendimento**, realizou-se uma conversação de reautoria:

Terapeuta (T): *X., você poderia me contar como costuma agir quando tem que tomar uma decisão difícil?*

Cliente (C): *Eu sempre fico desesperada! Acho que não vou conseguir... Que vai dar tudo errado... E até penso que nem vale a pena tentar. Às vezes, é isso que acontece, eu desisto sem tentar (...) O vestibular. Eu fiz a inscrição, mas não fiz a prova.*

T: *E o que você pensou antes de desistir?*

A Terapia Individual sistêmica e o uso de técnicas narrativas

C: *Eu pensava que não iria conseguir. Mas não era só eu que pensava isso, todo mundo me dizia isso.*

T: *Quem seria “todo mundo”?*

C: *Meu namorado, minhas amigas, minha mãe...*

T: *E você concordava com eles?*

C: *Acho que sim. Eu realmente acho que não iria ser aprovada.*

Através dessas perguntas, o terapeuta buscou investigar o discurso dominante da cliente, dando-lhe a oportunidade de expressar os significados atribuídos a si mesma e às suas experiências. Conforme destacou White (2012), o terapeuta deve acolher os discursos dominantes antes de questioná-los, para que possa realmente compreendê-los e para que o cliente não se sinta desrespeitado em sua visão de mundo. Além disso, esse tempo é necessário para que o terapeuta possa identificar possíveis eventos singulares que façam sentido para o cliente. Nessa sessão, terapeuta prosseguiu buscando entender por que a cliente acreditava que não seria aprovada. Em seguida, no entanto, retomou uma experiência bem-sucedida de seleção que havia sido mencionada em sessões anteriores:

T: *Você poderia me contar como conseguiu este emprego?*

C: *Claro. Foram duas etapas: Uma prova e uma entrevista. E eu passei nas duas. Era apenas uma vaga. Fiquei tão feliz (Risos).*

T: *E quantas pessoas estavam concorrendo?*

C: *Não tenho certeza, mas era mais de quarenta, porque no dia da prova havia duas salas com mais ou menos quarenta pessoas em cada.*

T: Certo. Então, resumidamente, você concorreu a uma vaga de emprego com mais de cinquenta pessoas e foi aprovada. Estou certo?

C: É verdade. Fico tão feliz quando lembro isso. (Silêncio). Esta foi a conquista mais difícil que eu consegui.

T: Concorde comigo que o índice era tão alto como o de muitos cursos da universidade?

C: Sim.

T: Mas você não desistiu. Por quê?

C: Eu não sei. Eu queria muito passar nessa seleção. Eu precisava, porque eu já estava fazendo faculdade (particular) e ficava pensando se conseguiria terminar. Eu trabalhava, mas meu salário era só para pagar a mensalidade da faculdade.

T: Entendo. O que você acha que aconteceu de diferente que te fez desistir da prova do vestibular?

C: Não sei. Deixa eu pensar. A seleção para o trabalho eu fiz escondida. (...) Porque eu já sabia o que as pessoas iriam dizer. (...) Que é muito difícil, que eu não iria passar, que eu ia precisar estudar muito...

T: E você estudou?

C: Claro. Escondida. Trancada no meu quarto. Todas as noites depois da faculdade.

T: Por que você acha que passou na prova?

C: Por isso. Por que eu estudei.

T: E na entrevista?

C: Por que eles gostaram de mim? (Risos). Acho que eles viram que eu já tinha experiência e que eu poderia fazer o que eles precisavam.

A Terapia Individual sistêmica e o uso de técnicas narrativas

T: Certo. E o que você acha que ter conseguido essa conquista tão difícil, como você mesma definiu, diz a seu respeito?

C: Não sei. (...) É muito difícil. Eu não sei o que você quer que eu fale.

T: Não há uma resposta certa ou uma que eu esteja querendo ouvir precisamente. Apenas fiquei curioso para ouvir a sua opinião sobre o que aconteceu. O que você diria se uma pessoa lhe contasse a história que você acabou de me contar? O que você pensaria a respeito desta pessoa?

C: Eu diria que é uma pessoa esforçada. Porque ela estudou até tarde da noite, mesmo estando muito cansada. Daria parabéns para ela.

T: Você diria que essa pessoa é alguém indecisa e insegura?

C: (Silêncio). Não, eu não diria isso dela.

T: Você diria que essa pessoa não é inteligente?

C: É verdade. Sou eu que não me acho burra e não sabia. Acho que de tanto os outros falarem eu acredito nessas coisas.

No diálogo descrito acima, pode-se perceber que o terapeuta apresenta questões que aprofundem gradualmente sua compreensão e a do cliente sobre o evento singular. Além de investigar detalhes do evento em si, o terapeuta busca compreender as motivações, intenções e interpretações subjacentes a esse evento. Dessa forma, o terapeuta destaca esse acontecimento, o que lhe permite “competir” com a narrativa dominante (White, 2012).

O atendimento continuou e X. relatou outras decisões difíceis que marcaram sua trajetória e em que obteve resultados positivos. Suas narrativas passaram a destacar o que ela fez “certo” para conseguir o que queria. Frente à contemplação

de um acontecimento singular, X. conseguiu perceber que já havia lidado com escolhas e desafios difíceis em sua vida. Ela narrou uma história sobre si que não a apontava como insegura e indecisa. Segundo White (1991), as pessoas vivem sua vida em conformidade com as histórias que contam. Nesse sentido, as conversações de reautoria abrem novas possibilidades, uma vez que o cliente reconhece potencialidades que vinham sendo negadas, de forma que seu repertório se torna mais diversificado para enfrentar novos desafios.

Conversas de Externalização

A externalização é uma abordagem terapêutica que estimula as pessoas a coisificar e, às vezes, a personificar os problemas que as oprimem. Segundo White (2012), “muitas vezes as pessoas acabam por acreditar que seus problemas são internos [...] que elas ou os outros são, na verdade, o problema” (p. 19). Nesse processo, o problema se converte em uma entidade separada, externa à pessoa ou à relação. Assim, os problemas ou as qualidades considerados inerentes e fixos tornam-se menos constantes e restritivos (White & Epston, 1993).

No caso de X., por exemplo, ela, com frequência, descrevia-se como descontrolada. Dizia que achava já ter nascido impaciente e impulsiva, porque não se lembrava de agir de outra maneira. Contava histórias de brigas com colegas da escola durante a adolescência para exemplificar que *sempre foi assim*. Relatou, ainda, ter brigas constantes com o namorado, chegando a agredi-lo fisicamente, com beliscões, puxadas de cabelo ou apertões no nariz.

Durante a **14º sessão**, propôs-se uma conversa de externalização:

T: X., que nome você daria a esse comportamento que você diz te fazer agir agressivamente com seu namorado?

A Terapia Individual sistêmica e o uso de técnicas narrativas

C: *Um nome? Aí que difícil. Não sei. (...) Nossa é muito difícil. (Silêncio). Às vezes, acho que é impaciência... Mas dizer que é só impaciência é pouco.*

T: *Certo. Vamos tentar de outro jeito. (...) Hoje eu gostaria de saber como você escolhe o nome dos seus cachorros? (A paciente X. relatou que já havia adotado cães abandonados).*

C: *Eu só olho para carinha deles e um nome me vem à cabeça.*

T: *Ok. Gostaria então que você fechasse os seus olhos e imaginasse que está olhando para carinha desse sentimento de que estávamos falando e me dissesse que nome vem a sua cabeça.*

C: *(Risos). É sério mesmo? (...) Tudo bem. (Silêncio). Descontrole. Eu chamaria de Descontrole.*

T: *Como você imaginou o rosto do Descontrole.*

C: *Há! Isso eu não vou saber falar. Mas era feio.*

Nesse momento, o terapeuta se levantou e pegou uma cadeira que estava desocupada. Colocou a cadeira posicionada na frente da paciente e diz:

T: *Certo. Eu gostaria agora que você imaginasse que... É Sr ou Sra. Descontrole?*

C: *(Risos). É mulher. Mas é senhora mesmo, já está velha.*

T: *Eu gostaria agora que você imaginasse que a Sra. Descontrole está sentada nesta cadeira... (...) O que você gostaria de dizer para a Sra. Descontrole?*

C: *Tchau! Até nunca mais! (...) Se eu pudesse, nunca mais falaria com ela, mas não é ela. Sou eu. Eu sou descontrolada. Então não posso dar tchau para mim! Mas imaginando se eu pudesse diria tchau, vai embora daqui!*

X. mostra claramente pensar na Sra. Descontrole como se fosse ela mesma. Percebe-se, assim, como é difícil separar-se de uma característica considerada tão

marcante que parece ocupar toda a sua identidade. Quando um problema ou característica se mostra tão dominante, torna-se um desafio, para o cliente, identificar outras características que possua ou até mesmo pensar sobre mudanças, já que a característica é tida como inerente e, portanto, eterna (White, 2012). A continuidade do diálogo, porém, pode contribuir para esse processo de diferenciação.

T: *X., você poderia me dizer o que a Sra. Descontrole te faz fazer que você não gostaria de fazer?*

C: *A principal coisa é brigar com meu namorado. Acho que se não tivéssemos tantas brigas eu não estaria tão cansada da nossa relação.*

T: *O que você acha que poderia fazer para que ela não te obrigasse mais a fazer isso?*

C: *Não sei. (Silêncio). Você acha que eu poderia fazer alguma coisa?*

T: *Você acha que poderia fazer alguma coisa?*

C: *(Silêncio). Acho que não. Eu sou assim, sempre fui.... Se eu pudesse fazer alguma coisa sem ajuda eu não estaria aqui.*

T: *Você é assim?*

C: *(Silêncio). Agora acho que estou entendendo porque estamos conversando assim. (...) Quando tu disse que tinha pensado em outra pessoa que a Sra. Descontrole faz sofrer mais... Você tinha pensado em mim né? (Em um momento anterior, foi perguntado a X. quem sofria mais com as atitudes da Sra. Descontrole e ela havia respondido que era o namorado. Frente ao silêncio do terapeuta, X. lhe perguntou se ele havia pensado que poderia ser outra pessoa e ele respondeu afirmativamente, mas sem especificar).*

T: *Sim, eu pensei em você. Você acha que eu estava errado?*

A Terapia Individual sistêmica e o uso de técnicas narrativas

C: *(Silêncio). Não. Acho que eu sou a pessoa que mais sofre mesmo. Sou eu quem perde o sono quando brigo com alguém. Eu fico preocupada, nervosa.*

T: *Agora, você acha que pode fazer alguma coisa para mudar isso?*

C: *Não sei. Mas eu gostei de pensar assim.*

Esse atendimento mostrou-se bastante exaustivo tanto para a cliente como para o terapeuta. Discutiu-se, em seguida, sobre algumas situações em que X. conseguiu fazer com que sua vontade prevalecesse em relação à vontade da Sra. Descontrole. Conversando sobre esses acontecimentos singulares, X. sinalizou compreender que o descontrole é apenas uma possibilidade de reagir a determinadas situações e que ela poderia buscar outras maneiras de lidar com as mesmas. A externalização do problema permite à pessoa separar-se do relato dominante que tem dado forma à sua vida e suas relações (White & Epston, 1993). Esse exercício permite que o sujeito passe a enxergar-se separado do problema: o problema se torna o problema, não mais a pessoa. Assim, o problema deixa de representar uma verdade sobre a sua identidade, de forma que outras características e, conseqüentemente, opções tornam-se mais visíveis e acessíveis (White, 2012).

Conversações de Memória

Michael White (1997) introduziu o termo *re-memoração* na terapia narrativa ao desenvolver a ideia de que a identidade é moldada pelo que pode ser referido como uma associação da vida. Essa metáfora apresenta a ideia de que, para todos nós, há pessoas que contribuíram de forma significativa para a maneira como estruturamos nosso pensar e agir. Esses membros da nossa associação da vida

tendem a ocupar diferentes posições ou *status* dentro do "clube". Por exemplo, costumamos prestar mais atenção ou dar mais credibilidade ao que certas pessoas pensam sobre nós do que outras. A(s) pessoa(s) cujos pontos de vista são mais importantes para nós, que influenciam nossas identidades mais significativamente, pode(m) ser vista(s) como sendo altamente considerada(s) e com o *status* de membro respeitado dentro da nossa associação da vida. Aqueles a quem não damos tanta credibilidade podem ser vistos como tendo baixo *status*. Sendo assim, as conversações de lembrança representam uma oportunidade para as pessoas revisarem os papéis ocupados pelas pessoas que fazem/fizeram parte de sua história. De acordo com White, a lembrança envolve mais do que apenas lembranças, envolve também uma deliberada reorganização do lugar que essas pessoas ocupam em nossas vidas.

No caso de X., essa técnica foi utilizada para pensar os papéis que seu irmão e sua mãe ocuparam e ocupam na sua vida. X. já havia relatado que sua relação com a mãe era muito boa até o recasamento desta e o nascimento do irmão. Desse modo, durante o **20º atendimento**, teve lugar o seguinte diálogo:

T: *X., você poderia me contar com mais detalhes como era sua relação com a sua mãe antes de ela casar novamente?*

C: *Sim. Era muito bom. Nós éramos amigas mesmo. Eu sei que eu era bem criança e as pessoas dizem que toda criança é apegada a mãe. Mas nós éramos muito grudadas mesmo, até dormíamos juntas.*

T: *O que ela fazia que você mais gostava?*

C: *Ela me dava tudo que eu queria. Eu tinha muitas bonecas, brinquedos, roupas. Mas o que ela fazia era me dar atenção, mas isso mudou depois que ela casou. Depois que ela casou de novo só o meu irmão e o pai dele ganhavam atenção.*

T: *Quando foi o momento em que você percebeu que a relação de vocês tinha mudado?*

C: *Não sei dizer. Foi algo que aconteceu aos poucos. Eu era criança, então não me lembro de tudo. Mas aquela história que te contei quando eu fiquei doente, eu nunca vou esquecer. Aquele dia foi quando mais me senti abandonada. (Em um atendimento anterior, X. narrou um momento de sua infância e havia ficado muito doente e sua mãe recusou-se a passar a noite com ela, pois o padrasto não deixara).*

T: *Porque você acha que ela mudou?*

C: *Porque o pai do meu irmão mandou. (...) Ele mandava nela. Dizia para não fazer minhas vontades, que eu era mimada, que não era para me dar confiança.*

(...)

T: *Você acha que ela mudou só por que ele pedia?*

C: *Não sei. (...) Mas como eu já te disse uma vez, minha avó me disse que quando minha mãe separou do meu pai ela ainda gostava dele. (...) Ela dizia que eu era muito parecida com ele.*

As perguntas apresentadas pelo terapeuta permitem à paciente considerar a situação em questão a partir de novas perspectivas. Dessa forma, é possível considerar que pessoas significativas possam ter agido por motivos antes não considerados, o que abre a possibilidade de questionar os significados atribuídos a essa relação e, conseqüentemente, o lugar que essa pessoa ocupa na associação da vida.

Acredita-se que conversas como as acima descritas tenham contribuído para que X. refletisse sobre as atitudes da mãe que ela considerou mais significativas em sua vida. Da mesma forma, pôde pensar sobre o seu lugar na vida mãe e sobre as dificuldades que esta vivenciou. Assim, cria-se espaço para que as atitudes da mãe não sejam vistas apenas como abandono ou descaso, mas que possam ser

consideradas de forma contextualizada, de maneira a poderem ser mais bem compreendidas.

Discussão Geral

O comportamento de X. sofreu modificações progressivas com o passar dos atendimentos. Inicialmente manifestava um comportamento inquieto e quase não falava. Gradualmente, começou a fixar o olhar no terapeuta, a falar mais livremente e a se mostrar mais disponível para alguns exercícios terapêuticos. Também demonstrou perceber-se como mais do que apenas uma “namorada descontrolada”, como se intitulava no início, passou a reconhecer algumas qualidades em si e alguns defeitos em seu parceiro, refletindo sobre a responsabilidade de ambos nas brigas e sobre seu sentimento de desvalorização frente às atitudes do parceiro.

Com o fortalecimento do vínculo entre a cliente e o terapeuta, abriu-se espaço para que se refletisse também sobre a relação com a mãe e o irmão. Essas relações passaram a ser avaliadas a partir de diferentes perspectivas, o que pôde contribuir para uma melhor compreensão acerca do lugar que essas pessoas ocupam em sua história.

Considerações Finais

O caso narrado demonstra que a conversação terapêutica baseada no Enfoque Narrativo pode contribuir para que o cliente questione alguns dos discursos dominantes a seu respeito, e que essa ampliação na visão de si mesmo favorece a contemplação de outras formas de reagir às situações que lhe geram sofrimento. Deve-se destacar, no entanto, que os diálogos apresentados constituem uma simplificação do processo terapêutico,

exclusivamente para fins didáticos. Os mesmos “não representam o desordenado processo terapêutico – os altos e baixos dessa aventura que chamamos de terapia” (White, 1991, p. 19). Antes de fazer uso das técnicas narrativas aqui descritas o terapeuta deve avaliar as especificidades do processo terapêutico em que está envolvido, no que se destacam as características do paciente e o vínculo entre este e o terapeuta, bem como se essas técnicas se encaixam em sua própria visão de mundo, ou seja, em sua epistemologia¹. Destaca-se, ainda, a necessidade de estudos sobre a prática narrativa e da Terapia Individual Sistêmica em contexto nacional, de forma a contemplar as especificidades da nossa cultura e da forma de trabalho de nossos terapeutas.

Acredita-se que a Terapia Individual Sistêmica constitui um recurso para terapeutas que se identificam com a Abordagem Sistêmica, mas que nem sempre dispõem da possibilidade de atender a família de forma conjunta ou que não percebem que essa seja necessariamente a melhor alternativa para todos os casos. Concordamos com Esteves de Vasconcellos (2005) quando diz que a epistemologia permeia e define a prática profissional. No entanto, acreditamos que a complexidade presente nas questões que trazem uma pessoa à terapia, muitas vezes impede que se traga à sessão todos aqueles que se encontram envolvidos na situação em questão, assim como cremos que existem diferentes formas de acessar os sistemas mais amplos e que não dependam necessariamente de sua presença à sessão (Hedges, 2005). A Terapia Individual Sistêmica de que tratamos neste capítulo refere-se à ideia de que os membros de uma família não influenciam uns aos outros simplesmente por seus comportamentos manifestos, mas que essa influência é mediada pela forma como esses

1. Sobre a Epistemologia Sistêmica, sugere-se a leitura de Esteves de Vasconcellos (2002) e Grandesso (2008).

comportamentos são interpretados pelos diferentes membros. Assim, parte-se de uma premissa de que as mudanças nos padrões de interação são secundárias às mudanças nos padrões significativos, ou seja, na forma como os membros de uma família veem uns aos outros (Tomm, 1998). O terapeuta que atua segundo esse modelo enfoca principalmente a visão de mundo do cliente e não a resolução das dificuldades interacionais em si (Boscolo & Bertrando, 1996). A família segue, no entanto, ocupando um lugar de destaque, visto que a visão de mundo de cada um é socialmente construída, sendo a família um dos mais importantes meios de interação social (Tomm, 1998).

Referências

- Anderson, H., & Goolishian, H. (1993). O cliente é o especialista. Uma abordagem para terapia a partir de uma posição de não saber. *Revista Nova Perspectiva Sistêmica*, 3, 8-23.
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1996). *Systemic therapy with individuals* [Kindle DX version]. Recuperado de Amazon.com
- Bowen, M. (1976). Theory in the practice of psychotherapy. In P. J. Guerin, Jr. (Ed.), *Family therapy: Theory and practice* (pp. 42-90). New York: Gardner Press.
- Bruscagin, C. B. (2010). *Mente & Cérebro: Psicoterapias* (Vol. 4 – Terapia familiar sistêmica). São Paulo: Ed. Duetto.
- Capra, F. (1996). *A teia da vida*. São Paulo: Cultrix.
- Carr, A. (1998). Michael White's narrative therapy. *Contemporary Family Therapy*, 20, 485-503.
- Carr, A. (2006). *Family therapy: Concepts, Process and practice*. Cichester: John Wiley & Sons.

A Terapia Individual sistêmica e o uso de técnicas narrativas

- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. In B. Carter, & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 07-29). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carter, E. A., & Orfanidis, M. M. (1976). Family therapy with one person and the Family therapist's own family. In P. J. Guerin (Ed.), *Family therapy: Theory and practice* (pp. 193-219). New York: Gardner Press.
- Costa, L. F. (2010). A perspectiva sistêmica para a clínica da família. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(número especial), 17-26.
- Esteves de Vasconcellos, M. J. (2002). *Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus.
- Esteves de Vasconcellos, M. J. (2005). Pensamento sistêmico novo-paradigmático e a questão da “Terapia Sistêmica Individual”. In J. G. Aun, M. J. Esteves de Vasconcellos, & S. V. Coelho (Eds.), *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais* (Vol. 1 – Fundamentos teóricos e epistemológicos, pp. 91-97). Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa.
- Féres-Carneiro, T., & Ponciano, E. L. T. (2005). Articulando diferentes enfoques teóricos na terapia familiar. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(3), 439-448.
- Grandesso, M. A. (2008). *Sobre a reconstrução do significado: Uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hedges, F. (2005). *An introduction to systemic therapy with individuals: A social constructionist approach*. New York: Pallgrave MacMillan.

- Laville, C. & Dione, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Lebow, J. L. (2005). *Handbook of clinical family therapy*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Minuchin, P. (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, 289-302.
- Minuchin, S. (1998). Where is the family in narrative family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(4), 397-403.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas. Original published in 1981.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (1998). *Terapia familiar: Conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artmed.
- Palma, F. G. (2008). Terapia Narrativa. Idéias Sistêmicas – *Caderno do CEFAL*, 5(5).
Recuperado de
<https://www.scribd.com/document/209148256/Terapia-narrativa>
- Pratti, L. E. (2009). *Práticas dos terapeutas familiares brasileiros*. Unpublished doctoral dissertation, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Soar Filho, E. J. (1998). Novos paradigmas da psicologia e das terapias psicológicas pós modernas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14, 85-93.
- Tomm, K. (1998). A question of perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(4), 409-413.
- Tronco, C. B. (2008). Contribuições para uma terapia sistêmica individual. *Pensando Famílias*, 12, 133-142.

A Terapia Individual sistêmica e o uso de técnicas narrativas

- Walsh, W. M., & Keenan, R. (1997). Narrative family therapy. *The Family Journal*, 5, 332-336.
- Weakland, J. H. (2010). "Family therapy" with individuals. *Journal of Systemic Therapies*, 29(4), 40-48. (Original publicado in 1983)
- Weber, G., & Simon, F. B. (1989). Terapia Individual Sistêmica. *Sistemas Familiares*, 5(3), 73-87.
- White, M. (1991). *Desconstrucción y terapia*. In *Guias para una terapia familiar sistémica* (pp. 19-36). Barcelona: Gedisa.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- White, M. (1997). *Narratives of therapist's lives*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2012). *Mapas da prática narrativa*. Porto Alegre: Pacartes.

31

O procedimento de Desenhos-Estórias¹ e suas formas derivadas: enfoque diagnóstico e interventivo

Valeria Barbieri

Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto

Sonia Regina Pasian

Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto

Fabiana Rego Freitas

Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto

O Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) é um recurso de investigação da personalidade constituído pela integração de técnicas gráficas (desenho livre) e temáticas, que permite conhecer a dinâmica psíquica do indivíduo. Ele foi idealizado por Walter Trinca, em 1972, com o objetivo de oferecer informações auxiliares e complementares para o diagnóstico psicológico, em conjunto com outros instrumentos e procedimentos de compreensão psíquica, como entrevistas e testes psicológicos. Todavia, desde a época de seu surgimento esse procedimento revelou tamanha fecundidade que o levou a ultrapassar em muito esse intuito original, engendrando formas derivadas e ampliando os seus contextos de aplicação. Assim, de instrumento auxiliar para avaliação da personalidade,

1. Atualmente, por recomendação da reforma ortográfica, não se diz mais "estórias", somente "histórias". Neste trabalho, optou-se por manter "estórias" como o nome do procedimento aqui apresentado, dada a preferência do autor (Trinca, 2013)

também passou a ser proposto como forma breve de diagnóstico, como forma de entrevista, como entrevista devolutiva, como entrevista de *follow-up*, como facilitador da comunicação entre o paciente e o psicólogo e, mais recentemente, como instrumento de intermediação terapêutica, em propostas de intervenção aparentadas com a psicoterapia breve (Trinca, A.M., 2003) e com as Consultas Terapêuticas de Winnicott (Tachibana & Vaisberg, 2007). A faixa etária a que ele se destinava originalmente, cinco a 15 anos de idade, se estendeu, de modo que hoje é empregado a partir dos três anos de idade até a velhice tardia. Seu uso para o diagnóstico individual foi desdobrado para o conhecimento de características de grupos de indivíduos; além disso, surgiram propostas de sua utilização para atendimentos grupais, para psicodiagnóstico e psicoterapia familiar ou da díade mãe-filho. Ele também passou a ser empregado em outras áreas além da clínica, como a escolar e a social. As ampliações de seus usos, campos de aplicação e objetivos favoreceram o desenvolvimento de formas derivadas, particularmente o Procedimento de Desenhos de Família com Estórias e o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. Estes avanços, por sua vez, também contribuíram para a expansão de sua aplicabilidade em situações diversificadas.

A profusão do emprego clínico do D-E foi acompanhada por uma série de estudos científicos visando investigar seus alcances e limites, além de propor expansões e aprimoramentos. Em revisão da literatura científica realizada nas bases de dados da Universidade de São Paulo e no SciELO em junho de 2017, em que “Procedimento de Desenhos-Estórias” foi incluído como expressão a ser buscada, encontramos 174 referências a seu respeito (incluindo estudos sobre suas formas derivadas), constituindo 53 teses de doutorado, 36 artigos científicos, 33 trabalhos apresentados em eventos científicos, 36 capítulos de livro e 16 livros. Essa produção científica tem se mantido em curva ascendente ao longo dos anos.

A rápida propagação do Procedimento de Desenhos-Estórias na atividade clínica do psicólogo e o interesse científico que ele suscita leva a interrogar sobre as razões de sua popularidade. A primeira delas refere-se à simplicidade de administração desse recurso: solicita-se ao indivíduo a realização de cinco unidades de produção (UP), compostas por desenhos livres, seguidos de associações sobre cada produção (na forma de histórias) e, posteriormente, de perguntas para esclarecer eventuais dúvidas e encorajar novas associações para, finalmente, solicitar a atribuição de um título. Desse modo, ele não exige formação especializada do psicólogo no que tange a sua aplicação, embora a experiência clínica seja altamente desejada e necessária no momento de interpretar os resultados. Essa simplicidade, acrescida do baixo custo do material necessário a sua aplicação (folhas de papel A4, lápis grafite e caixa de lápis de 12 cores), torna-o procedimento acessível a vários profissionais, podendo ser utilizado em âmbitos institucionais, por vezes carentes de recursos para aquisição de instrumentos sofisticados de avaliação psicológica. Contudo, esses critérios de economia e simplicidade não bastam para justificar sua utilização como recurso de avaliação da personalidade (e também de intervenção terapêutica).

A riqueza desse instrumento alicerça-se muito mais em seu valor clínico e científico, pautado pelo modelo avaliativo desenvolvido por seu mesmo autor, o Psicodiagnóstico Compreensivo (Trinca, 1984). Essa inserção confere ao procedimento uma coerência epistemológica promotora da confiança em suas fundações. O modelo do Psicodiagnóstico Compreensivo, no qual o D-E se insere, foi definido por Trinca (1984) como processo que abrange dinâmicas intrapsíquicas, intrafamiliares e socioculturais como forças ou conjunto de forças em interação, formando uma teia singular que pode resultar em sofrimento e desajuste. Essa trama confere significado idiossincrático para a experiência do indivíduo e para seu sintoma.

O procedimento de Desenhos-Estórias e suas formas derivadas: enfoque diagnóstico e interventivo

O emprego do D-E como instrumento de intermediação terapêutica sustenta-se em modelo derivado do Psicodiagnóstico Compreensivo que, embora guarde os mesmos princípios, inclui acréscimos e promove avanços, constituindo-se em seu descendente direto, o Psicodiagnóstico Interventivo. Atualmente esses dois modelos coexistem, implicando a possibilidade do uso do D-E e de suas formas derivadas em dois enfoques, o avaliativo (ou diagnóstico) e o interventivo.

O Procedimento de Desenhos-Estórias e suas formas derivadas: enfoque diagnóstico

Embora o Procedimento de Desenhos-Estórias possa ser empregado em diferentes abordagens teóricas como a fenomenológico-existencial (Ancona-Lopez, 2013) e a comportamental (Manfre & Melo, 2013), ele foi essencialmente concebido como vinculado à Psicanálise, fundamentado na premissa do inconsciente, no valor da associação livre para comunicação de pontos sensíveis da personalidade e na necessidade de estímulos não estruturados para facilitar processos projetivos. Além disso, ele compactua com as observações acerca do valor das entrevistas iniciais para a emergência, de maneira condensada e sumária, de emoções relevantes, de focos significativos da personalidade e de outros aspectos psicodinâmicos importantes para a compreensão da problemática do indivíduo (Trinca, 2013b). Trata-se de material que convida o indivíduo à projeção de aspectos da personalidade e à expressão de focos nodais do mundo interno por meio de atividade lúdica e, de forma indireta, promovendo comunicação simbólica semelhante àquela realizada por meio dos sonhos. Assim, as Unidades de Produção (UP) aproximam-se do conteúdo onírico manifesto, podendo-se depreender, a partir do conjunto de unidades, seu conteúdo onírico

latente (sentidos inconscientes). A união do grafismo com a produção temática (definida pelo indivíduo) promove especial comunicação entre respondente e terapeuta/avaliador.

Por ser um procedimento fundado na associação livre, o D-E exige do psicólogo uma abordagem do material obtido a partir da atenção flutuante. Desse modo, embora alguns *scripts* de avaliação tenham sido propostos principalmente com a finalidade de uso em pesquisas (Barbieri, Mishima-Gomes & Pasian, 2012; Tardivo, 2009), a rigor não existem roteiros prévios e sistemas avaliativos validados como critérios de interpretação. A produção do respondente é interpretada pelo método da livre inspeção do material, que consiste em sua verificação e análise com base na experiência clínica do profissional, em acordo com conteúdos e processos próprios a cada indivíduo e a cada situação clínica (Trinca, 2013b). Por conta disso, a riqueza e a precisão interpretativa dependem das condições de formação e da amplitude e qualidade da experiência clínica do profissional.

Na análise do material o psicólogo emprega o pensamento clínico, definido por Trinca (2013a) como o uso de atividades epistêmicas ou psíquicas (percepções, sentimentos, intuições) que leva à compreensão e reflexão sobre o que ocorre na situação de contato com o indivíduo, de modo a fazer diminuir a distância entre os problemas existentes e suas respostas). Trinca desenvolveu uma listagem de alguns tipos de pensamento clínico que são geralmente empregados por profissionais que utilizam o D-E.

As formas derivadas do D-E, a saber, o Procedimento de Desenhos de Família com Estórias e o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, baseiam-se nesse mesmo modelo, mas existem diferenças importantes quanto aos seus objetivos. O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema foi desenvolvido por Aiello-Vaisberg (1997) e objetiva a apreensão do inconsciente relativo de

determinado indivíduo ou grupo social sobre a representação que lhe serve de tema. Além disso, essa versão temática é geralmente composta de uma única unidade de produção. Por conta dessas características, não seria possível elaborar um diagnóstico individual por meio do D-E temático.

Quanto ao Procedimento de Desenhos de Família com Estórias (DF-E), embora possa ser considerado como uma variedade do D-E temático, optamos por considerá-lo à parte desse procedimento geral, por duas razões. A primeira delas refere-se à maior sistematização de sua aplicação, consistindo sempre em quatro desenhos: o de uma família qualquer, o de uma família que a pessoa gostaria de ter, o de uma família em que alguém não está bem e o da própria família. Ele difere menos do D-E original em seus propósitos de indicação dos focos nodais que subjazem ao sofrimento psicológico, principalmente quando utilizado com crianças, visto que a conformação da psique infantil depende dos relacionamentos que a criança entretém com sua família, conforme já sugeria Freud (1896/1976; 1917/1976) em seu conceito de séries complementares.

Em sua forma original ou em suas derivações, as pesquisas realizadas por meio dos D-E atestam seu valor para o diagnóstico psicológico, na clínica e fora dela, como nos trabalhos a seguir brevemente comentados. Em sua tese de Doutorado, Oliveira (2001) utilizou o Procedimento de Desenhos-Estórias na avaliação de crianças e adolescentes com fobia ao tratamento odontológico, enquanto Bomfim e Barbieri (2009) examinaram o valor do D-E em caso de portador de gagueira. Por sua vez, Martão (2009) estudou pais e mães de crianças com traços autistas, concluindo que o D-E foi capaz de revelar dificuldades emocionais dos pais anteriores ao casamento e ao nascimento dos filhos, que incluíam sentimentos de aprisionamento, de paralisção e de desvitalização, insatisfações com suas vidas, intolerância à frustração, baixa autoestima, evasão das emoções, agitação e depressão. Às dificuldades individuais se acrescentavam as

conjugais e às desencadeadas pela condição do filho. Por outro lado, os pais também demonstraram, por meio do D-E, desejos de mudança e movimentos de esperança.

Arruda (2013) utilizou o D-E em crianças que apresentaram recidiva do câncer e entrevistou os pais. Nessas circunstâncias, o procedimento foi capaz de mostrar que o diagnóstico de recidiva remete pais e filhos ao período inicial de investigação e diagnóstico do câncer, porém com maior mobilização e intensidade afetiva. O D-E também sinalizou sentimentos de frustração em relação às expectativas de cura, vivências de ameaça e perda de controle diante do adoecer e do prognóstico, favorecendo o confronto com a possibilidade da morte.

Sobre o Procedimento de Desenhos de Família com Estórias (DF-E), foi possível constatar seu bom potencial para revelar psicodinamismos de crianças antissociais (Bueno, Mishima & Barbieri, 2010) e de seus pais (Barbieri, Mishima-Gomes & Selan, 2013) e mães (Barbieri, 2013). O DF-E oferece pistas dos pontos sobre os quais uma intervenção efetiva poderia ser desenvolvida, de modo a beneficiar o grupo familiar como um todo.

Já o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema apresenta uma profusão de produções, principalmente nas pesquisas sobre representações sociais e imaginários coletivos. Martins e Aiello-Vaisberg (2009) recorreram a esse procedimento para compreender o imaginário coletivo de estudantes universitários sobre dificuldades sexuais masculinas, revelando pressões sofridas pelos homens para apresentar bom desempenho sexual, capaz de satisfazer a mulher, de terem que resolver, sozinhos, dificuldades nesse aspecto e de nunca enfrentarem dúvidas em termos de sua heterossexualidade. Fialho, Montezi, Ambrósio e Aiello-Vaisberg (2014) estudaram o imaginário coletivo de estudantes de Educação Física sobre “pessoa com vida saudável”. No imaginário coletivo dos

estudantes, ter uma vida saudável foi vinculado à responsabilidade individual das pessoas, desvinculando essa condição dos aspectos sociais, históricos, econômicos e políticos da vida humana.

A percepção de crianças hospitalizadas em relação a aspectos lúdicos presentes no ambiente hospitalar foi estudada por Ferreira, Esmeraldo, Blake, Antão, Raimundo e Abreu (2014). Os autores descreveram que, no ambiente hospitalar, o aspecto lúdico para as crianças relacionava-se com o espaço físico da brinquedoteca, uma vez que boa parte das crianças investigadas relatou brincar apenas nesse local do hospital. A brinquedoteca representava para elas o espaço em que podiam socializar-se, recuperar-se, aproximar-se da realidade do dia-a-dia e/ou elaborar as angústias relativas à hospitalização. Além disso, o desenho mostrou-ser um agente transformador e simbólico para estruturar e confortar emocionalmente as crianças hospitalizadas investigadas, atuando como fator de proteção.

O Desenho-Estória com Tema foi também utilizado por Alves, Carvalho, Santos, Oliveira e Araújo (2014) para identificar representações sociais de mulheres com feridas crônicas a respeito de si e de seu corpo, bem como sua repercussão nas relações sociais. Emergiram representações permeadas por estigmas, dores, tristezas e temas como solidão, irritação e dependência, podendo constituir desencadeadores de desequilíbrios emocionais. Evidenciou-se, dessa forma, a necessidade de cuidado psicológico para elas.

Ainda na perspectiva de estudo do imaginário coletivo, Corbett, Ambrosio, Gallo-Belluzzo e Aiello-Vaisberg (2014) investigaram representações de estudantes de Psicologia sobre “dificuldades sexuais” utilizando D-E temático. À luz da interpretação psicanalítica, os resultados revelaram um imaginário caracterizado por rígida definição sobre papéis de gênero, com caráter conservador e até

preconceituoso. A riqueza dos dados conduziu a conclusões sobre os limites do alcance formativo dos cursos de Psicologia, uma vez que os estudantes sinalizaram não ultrapassar o senso comum sobre o tema investigado, sugerindo insuficiências do conhecimento científico para romper barreiras emocionais internas.

Esse recorte das investigações sobre o D-E e suas formas derivadas revela sua profundidade diagnóstica, seja no nível do indivíduo ou do grupo. Menichetti e Tardivo (2009) afirmam que ele facilita a expressão espontânea de conteúdos vivenciados como sofrimento e também da criatividade para solucioná-los. Elas comparam o D-E com o Ludodiagnóstico, afirmando similaridades entre os mesmos na medida em que, a partir do modo como a criança joga (ou desenha), pode-se realizar a leitura psicanalítica de seu passado e de angústias de sua história, enfim, de sua biografia. Portanto, no Ludodiagnóstico e no D-E, a criança contaria seus dramas e buscaria a elaboração de seus conflitos. Acrescenta-se nessa perspectiva a consideração de que o desenho e o brinquedo atuariam como mediadores dos vínculos pessoais, revelando a natureza dos objetos internos e externos da criança, mobilizando ou reeditando variados aspectos da vida emocional (Tardivo, 2009).

Uma vez que desenhos e histórias constituem representações similares ao brincar da criança e do adulto, o Procedimento de Desenhos-Estórias (temático ou não) faria parte das experiências transicionais da pessoa, instalando-se no espaço potencial negociado entre as realidades interna e externa. Desse modo, ele revelaria o modo de estabelecer a conexão entre esses dois universos, sendo produto de uma síntese pessoal (Tardivo, 2009). Essa característica transicional dos métodos projetivos em geral, e do D-E em particular, foi bastante explorada por Aiello-Vaisberg (1995) e constitui o principal fundamento do enfoque interventivo do Procedimento de Desenhos-Estórias, devendo, assim, ser debatida nesse contexto.

O Procedimento de Desenhos-Estórias e suas formas derivadas: enfoque interventivo

A característica lúdica da psicoterapia e da aplicação de procedimentos projetivos, ambos vinculados à associação livre, em que a pessoa tende a dirigir-se inconscientemente para setores em que a personalidade é mais sensível (Trinca, 2013b), estabelece uma similaridade de base entre esses dois processos. Essas semelhanças, aliadas ao valor das entrevistas iniciais como favorecedoras da expressão condensada de focos nodais de sofrimentos emocionais, tornam a situação diagnóstica e a aplicação do D-E propícia para benefícios terapêuticos, mediante intervenções do psicólogo. Se essas intervenções não são realizadas, pode-se perder preciosa oportunidade de mobilizar o paciente rumo ao desatamento dos nós e impasses que bloqueiam seu desenvolvimento emocional.

Já assegurado o valor diagnóstico do Procedimento de Desenhos-Estórias, a descoberta de suas potencialidades terapêuticas despertou interesse de pesquisadores que se dedicaram a investigar seus alcances e limitações como intervenção clínica. O primeiro trabalho publicado a esse respeito surgiu em 1997, de autoria de Maria Lúcia Amiralian (Amiralian, 1997). Ela acrescentou a finalidade terapêutica do D-E à diagnóstica, empregando esse instrumento como facilitador de processos terapêuticos breves em pacientes adultos. Para tanto, eliminou o limite de realização de cinco unidades de produção em duas sessões, deixando livre o número de produções e de sessões, de acordo com a necessidade do caso, alternando desenhos e histórias com intervenções terapêuticas. Essa experiência permitiu-lhe concluir que o D-E favorece o contato da pessoa com seus conflitos principais bem como o encaminhamento para a elaboração deles, promovendo reorganização da personalidade.

No ano seguinte, Borges (1998), em tese de doutorado, empregou o D-E com finalidade interventiva, compondo um método de Consulta Terapêutica com díades mãe-criança. Seu método era operacionalizado por um primeiro contato com todas as pessoas que haviam comparecido à consulta, sem investigar diretamente os motivos do pedido de ajuda. Ela convidava os participantes a se expressarem por meios verbais, gráficos ou lúdicos, após o que eram propostas sessões com a mãe e o filho. Ainda nessa ocasião ou no segundo encontro, a terapeuta pedia à mãe o desenho de uma pessoa com um problema, e requeria à criança uma produção atemática. Terminada essa atividade, mãe e filho eram colocados frente a frente e um apresentava ao outro o seu trabalho, contando uma história sobre ele. A partir daí havia a discussão das produções com a terapeuta, que buscava fazer um paralelo entre os conteúdos surgidos em ambas e a queixa inicial. Nas demais sessões os desenhos, livres ou temáticos, e as respectivas histórias eram novamente usados como facilitadores da comunicação entre terapeuta, mãe e criança. Borges considerava a relação mãe-filho como o sujeito do tratamento, mas eventualmente o foco era deslocado para a genitora, quando a dificuldade da criança era sustentada por ela. Borges defende que dessa maneira era possível à criança conhecer o lado sofredor de sua mãe e vice-versa, criando possibilidade de mútua ajuda; com isso os familiares também obteriam benefícios terapêuticos e seria possível transformar um ambiente adverso em suficientemente bom.

Em 2002, Ana Maria Trinca defendeu sua tese de doutorado, publicada em forma de livro no ano seguinte (Trinca, A.M., 2003). Ela empregou o Procedimento de Desenhos-Estórias como instrumento de intermediação terapêutica na psicoterapia breve de crianças que se encontravam em situação pré-cirúrgica de variados tipos. Após entrevista com a mãe, ela via a criança em duas ou três sessões em que era aplicado o D-E seguido de intervenções como

assinalamentos, esclarecimentos, informações, orientações, apoio, mas principalmente de interpretações. Essas intervenções eram realizadas ao longo ou ao final da aplicação do D-E, de acordo com a compreensão que a psicóloga pudesse ter da comunicação realizada pela criança. Essa pesquisadora verificou que, empregado nessas condições, o D-E auxiliou a vivificar o relacionamento entre profissional e paciente, abrindo novo canal de expressão do mundo interno e proporcionando o reencontro do paciente com aspectos da sua interioridade que estavam ocultos para ele. Em pouco tempo, o D-E foi capaz de detectar com clareza perturbações e conflitos pregressos que, ao se tornarem claros para a criança, puderam ser objeto de elaborações. Ela também constatou que esse processo promoveu mudanças nos focos nodais e que, ao final dele, as crianças, em sua grande maioria, se mostraram mais desinibidas, seguras e adquiriram maior liberdade e flexibilidade. Elas também exibiram maior proximidade no contato, fluência da comunicação, organização do pensamento, surgimento do humor, estabilização emocional e fortalecimento do *Self*.

Tachibana e Aiello-Vaisberg (2007) também investigaram o emprego do Procedimento de Desenhos-Estórias com finalidade interventiva em adolescentes grávidas. Nesse estudo, elas fizeram uma adaptação do uso do D-E: ao invés de se restringirem a fazer intervenções sobre as produções do paciente, propuseram uma administração dinâmica em que a psicóloga também desenhava e contava histórias, numa situação semelhante à do Jogo dos Rabiscos. Elas chamaram a atenção para a necessidade de que as intervenções respeitem o ritmo do paciente, pois seria bastante tênue a linha que separa o *holding* de uma invasão emocional produzida por uma intervenção no momento errado, em que ele não está pronto para recebê-la. Seus resultados mostraram a riqueza do instrumento para promover experiências mutativas nas adolescentes, a começar pela aceitação de

sua ambivalência diante da gravidez, o que lhes permitiu vivenciar de maneira mais plena e integrada a experiência por que passavam.

Tardivo (2013) também inovou com a proposta de utilização do D-E em grupos terapêuticos. Ela descreveu sua experiência em que o Procedimento de Desenhos de Famílias com Estórias foi aplicado aos membros de uma família que deveriam efetuar conjuntamente cada desenho em uma única folha de cartolina e elaborarem as histórias também em conjunto. Ela empregou método similar ao Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, aplicado na primeira sessão de um grupo de crianças abrigadas, com a instrução: realizarem uma produção gráfico-temática intitulada “Minha vida no abrigo”. Nesse caso, as produções no D-E com tema abriram campo de experiências bastante profícuo, que foi melhor desenvolvido ao longo dos encontros seguintes do grupo. Tardivo concluiu que, nessas duas condições, as formas derivadas do Procedimento de Desenhos-Estórias proporcionaram aos pacientes a possibilidade de expressarem os seus pensamentos e sentimentos mais livremente e auxiliaram na compreensão da personalidade, além de favorecerem a ocorrência de experiências mutativas.

Cambuí e Ribeiro (2014), no contexto do atendimento clínico psicanalítico em grupo, avaliaram oito estudantes que frequentavam o oitavo semestre de um curso de graduação em Psicologia, com objetivo de investigar as associações dos psicólogos em início de formação durante o exercício da prática clínica. Utilizaram o Procedimento de Desenhos-Estórias como recurso mediador para identificar o "imaginário coletivo" dos participantes a respeito da realização de atendimento clínico em pacientes considerados "difíceis" – diagnosticados como psicóticos, esquizoides e *borderlines*. As autoras discutem que os resultados revelaram um imaginário coletivo permeado por sensações de insegurança, angústia, ansiedade, incapacidade e impotência, demonstrando como a contratransferência está sujeita à mobilização de sentimentos profundos. A partir

O procedimento de Desenhos-Estórias e suas formas derivadas: enfoque diagnóstico e interventivo

disso, suscitaram questões a respeito da formação acadêmica e suas possíveis influências na prática clínica dos futuros profissionais de psicologia.

O Procedimento de Desenhos-Estórias e suas formas derivadas: enfoque diagnóstico e interventivo

Face à descrição apresentada sobre as possibilidades diagnósticas e interventivas do D-E e de suas formas derivadas, resta interrogar sobre as diferenças entre esses dois enfoques. Como o valor avaliativo desse instrumento já está estabelecido, o debate deve focalizar os fundamentos dos benefícios terapêuticos que ele promove, visto ser essa sua abordagem mais recente.

Trinca, A.M. (2003), ao comparar os enfoques diagnóstico e terapêutico do D-E, afirma que no primeiro caso ele auxilia muito na compreensão da dinâmica emocional do paciente, mas permanece estático porque a interpretação do material ocorre depois da aplicação e distante do paciente. Desse modo, ele enriquece o entendimento do caso, mas para o paciente permanecerá como um material que foi oferecido e com o qual não teve mais contato. Já em um enfoque terapêutico o D-E torna-se um material vivo e se movimenta por espaços dinâmicos e criativos. Como a comunicação do paciente se torna mais intensa, o foco das dificuldades fica mais claro, favorecendo uma participação imediata e eficaz do psicólogo. A intervenção, por sua vez, esclarece para o paciente os pontos nodais de seus conflitos e suas angústias, elucidando a problemática que ele apresenta.

Já do ponto de vista do psicólogo, particularmente no que diz respeito ao raciocínio clínico que ele deverá empregar para interpretar o material, Trinca, A.M. (2003) afirma que, no enfoque diagnóstico, a compreensão se restringe ao esclarecimento dos dados que satisfazem a necessidade do profissional de

“decifrar” os psicodinamismos do paciente expressos no material; por isso ele não vai além de uma proposta de chegar a um desfecho ou a uma conclusão. Por outro lado, no enfoque terapêutico os pensamentos e raciocínios clínicos permanecem flexíveis e adaptáveis às informações que o psicólogo recebe ao longo do processo. Com isso, a possibilidade de reformulação da compreensão e de reorganização dos dados é sempre presente. Em razão dessa característica, não há lugar para a justaposição cega de interpretações oriundas de estudos de padronização, no estilo “colcha de retalhos”.

Com relação aos processos subjacentes à aplicação do D-E promotores de benefícios terapêuticos, por se constituir em um procedimento transicional, requisitando do paciente uma atividade lúdica, de faz-de-conta, ele encoraja o indivíduo, simplesmente pela sua instrução, a realizar uma apropriação pessoal do mundo, a uma atividade de conciliação entre as realidades interna e externa. Essa apropriação pessoal seria sustentada pelo caráter pouco estruturado do material e das instruções, que o torna passível de ser modelado pelo indivíduo segundo a singularidade de sua personalidade, conforme projetada em suas produções.

Ao falar do processo de desenhar, Milner (1952/1991) afirma que nesses momentos o indivíduo se perde em atividade intensa, ficando confundidas a consciência do *Self* e a do objeto; com o término do trabalho, ele emergiria novamente para a separação, descobrindo que há nova entidade no papel. Desse modo, são os processos regressivos e projetivos suscitados pelo material e pelas instruções que sustentam o faz de conta e promovem a apreensão da realidade exterior de uma maneira idiossincrática, com a atribuição de um sentido particular aos objetos e fenômenos que a compõem. Com isso, o D-E aproximaria o indivíduo da realidade exterior, promovendo e consolidando as bases para o desenvolvimento da sua capacidade simbólica e para uma adaptação criativa e não submissa à realidade. Ao fomentar essa comunicação entre a pessoa e o

mundo, obrigando o indivíduo a superar o retraimento, o D-E, como o brincar, seria em si mesmo terapêutico (Winnicott, 1975).

O ato de desenhar também proporciona a continência dos medos, sentimentos e angústias da pessoa, uma vez que lhes confere forma quando as palavras não são suficientes para isso. Dessa maneira, ele não apenas comunica, mas situa esses conteúdos no espaço e os torna manipuláveis, abrindo possibilidades de elaboração como também acontece no brincar. A partir dessa continência fornecida pelos aspectos formais dos desenhos, no D-E o dinamismo da tarefa de realizá-los e associar sobre eles por meio de histórias provoca uma mobilização psíquica que aciona as forças criativas do *Self* em direção ao desatamento dos focos nodais que mantêm o sintoma, conduzindo, assim, à retomada do desenvolvimento emocional do indivíduo.

Trinca, A. M. (2003) afirma que esses movimentos espontâneos promovidos pelo envolvimento da pessoa na atividade do D-E fornecem uma estrutura mantenedora do processo associativo, com o seu direcionamento, como um fio condutor, para as áreas conflitivas. A emergência desses movimentos associativos espontâneos, por si só, seria um dos principais fatores propulsores de benefícios terapêuticos, sendo que, em alguns casos, as intervenções diretas do profissional podem ser reduzidas ao mínimo. Nessas situações em que o paciente praticamente caminha por si, o profissional deve acompanhá-lo como um continente e como um ego auxiliar. De acordo com Trinca, A. M. existe sempre uma parcela do inconsciente que se torna consciente por meio do D-E, ainda que não seja explicitamente verbalizada pelo psicólogo.

A utilização interventiva do D-E torna o procedimento dinâmico e a comunicação intensa (Trinca, A. M., 2003), sustentando mais firmemente a área de sobreposição do brincar entre o psicólogo e o paciente. Tratando-se o brincar

criativo de um processo básico de atribuição de significado humano à experiência (Aiello-Vaisberg, 1995), quando esse significado é descoberto ou construído a dois, a área da ilusão é restaurada. Além disso, o paciente experimenta uma situação em que alguém de fato se interessa explicitamente por ele e busca compreendê-lo, sem o risco de sair do encontro desesperançoso diante das omissões do profissional (Winnicott, 1965/1993). Ainda, nos casos em que, por razões de rigor defensivo, o paciente não consegue compreender o caráter pessoal impresso em sua produção nas unidades de produção que realizou, cabe ao psicólogo traduzi-lo e devolvê-lo, de modo a atualizar o potencial terapêutico que a situação projetiva contempla, sempre em doses compatíveis com as capacidades de assimilação do paciente. Finalmente, a flexibilidade da situação, que permite ao psicólogo corrigir todo o tempo as hipóteses que levantou sobre o funcionamento do paciente mediante as reações dele às suas intervenções, proporciona um diagnóstico mais seguro e de melhor qualidade.

Se nos processos diagnósticos tradicionais ou interventivos a qualidade dos instrumentos é essencial para a compreensão do paciente com vistas a intervir imediatamente ou encaminhá-lo para uma psicoterapia posterior, o Procedimento de Desenhos-Estórias, em sua forma original ou nas derivadas, tem demonstrado incessantemente a sua pertinência em ambos os enfoques. Simples, rápido, econômico, extensivo a praticamente todas as pessoas, de valor científico comprovado, ele também é flexível o suficiente para ser apropriado pelo paciente de modo a deixar-se imprimir por sua singularidade, fornecendo-lhe um retrato de si mesmo que o psicólogo deve espelhar, em acordo com a finalidade diagnóstica ou terapêutica de seu trabalho.

O seu caráter menos estruturado em relação a outros instrumentos projetivos (como o Rorschach e o TAT) e a inexistência *a priori* de conteúdos latentes específicos instigados por seus estímulos, permite ao paciente caminhar em seu

próprio ritmo, sem ser assaltado por demandas latentes, as quais nem sempre está em condições de responder. Assim, o D-E oferece uma oportunidade para que o paciente construa o seu próprio caminho, sob o olhar atento de um profissional respeitoso de seu ritmo, até chegar à comunicação do conflito nodal responsável pelo surgimento e manutenção do seu sofrimento emocional. Por essas características, o D-E seria menos invasivo para o paciente do que outros instrumentos projetivos, e mais compatível com o paradigma do Ludodiagnóstico e do Jogo dos Rabiscos. É verdade que Trinca, A. M. (2003) descreveu algumas diferenças entre o D-E como instrumento de intermediação terapêutica e o Jogo dos Rabiscos. No primeiro caso, há maior ênfase nos movimentos associativos espontâneos do paciente e participação menos ativa do psicólogo. Todavia, as divergências entre esses dois procedimentos parecem residir muito mais na forma como eles são utilizados pelo profissional; prova disso foi o uso do D-E em Consultas Terapêuticas realizado por Tachibana e Aiello-Vaisberg (2007), em que tanto a psicóloga quanto a paciente desenhavam e contavam histórias. Portanto, o Procedimento de Desenhos-Estórias constitui proveitosa opção para o Jogo de Rabiscos em trabalhos de Consulta Terapêutica ou de Psicodiagnóstico Interventivo, promovendo compreensão precisa e abrangente do paciente e favorecendo a comunicação e o encontro de um lugar no mundo para si.

Desta maneira, o D-E e seus derivados caracterizam recursos valiosos nos processos de avaliação psicológica e terapêutico. Abrangem o atendimento às demandas individuais, sociais e contemporâneas, quando preservados os aspectos éticos e técnicos necessários à atuação do psicólogo.

Referências

- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1995). O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais; projeção e transicionalidade. *Psicologia USP*, 6(2), 103-127.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1997). Investigação de representações sociais. In W. Trinca, (Org.). *Formas de investigação clínica em Psicologia: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias* (pp. 255-288). São Paulo: Vetor.
- Alves, R. M. A.; Carvalho, E. S. S.; Santos, L. M.; Oliveira, J. F., & Araújo, E. M. (2014). Ser mulher e ter o corpo ferido: Um estudo de representações sociais. *Journal of Research Fundamental Care Online*, 6(4), 1513-1524.
- Amiralian, M. L. T. M. (1997) O Procedimento de Desenhos-Estórias como terapia analítica breve. *Boletim de Psicologia*, 47 (106), 41-56.
- Ancona-Lopez, S. (2013). O uso do Procedimento de Desenhos-Estórias na abordagem fenomenológico-existencial. In: W. Trinca (Org.) *Procedimento de Desenhos-Estórias; formas derivadas, desenvolvimentos e expansões*. (pp. 161-176). São Paulo: Vetor.
- Arruda, M. N. F. (2013). *A recidiva do câncer pediátrico: vivências da criança e do cuidador-familiar*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP).
- Barbieri, V. (2013) Contribuições do Procedimento de Desenhos de Família com Estórias para a compreensão da tendência antissocial infantil. In W. Trinca, (Org.). *Formas Compreensivas de Investigação Psicológica: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias* (pp. 305-335). São Paulo: Vetor.

- Barbieri, V.; Mishima-Gomes, F. K. T., & Pasian, S. R. (2012). Desenhos de Famílias com Estórias: uma proposta de sistematização na pesquisa da tendência antissocial. In S. Wechsler, & T. C. Nakano, (Orgs.), *O desenho infantil: forma de expressão cognitiva, criativa e emocional*. (pp. 195-232). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Barbieri, V.; Mishima-Gomes, F. K. T., & Selan, B. (2013). A criança antissocial e seu pai: um estudo psicodinâmico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(3), 356-381.
- Bomfim, I. H. F. B. & Barbieri, V. (2009). Subvertendo a Avaliação Psicológica: o emprego do Procedimento de Desenhos-Estórias em um paciente com gagueira. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(2), 17-37.
- Borges, T. W. (1998). *O Procedimento de Desenhos-Estórias como modalidade de intervenção nas Consultas Terapêuticas infantis*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Bueno, L. M. A. C.; Mishima, F. K. T., & Barbieri, V. (2010). Percepção da dinâmica familiar por crianças antissociais: um estudo comparativo com o Procedimento de Desenhos de Famílias com Estórias. *Psico*, 41(1), 93-102.
- Cambuí, H. A. & Ribeiro, D. P. S. A (2014). A clínica dos casos difíceis no imaginário de estudantes de psicologia. *Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina*, 35 (1), 113-128.
- Corbett, E.; Ambrosio, F. F.; Gallo-Belluzzo, S. R., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). Produções imaginativas sobre dificuldades sexuais: um estudo psicanalítico. *Psicologia & Sociedade*, 26(3), 756-765.
- Ferreira, N. A. S.; Esmeraldo, J. D.; Blake, M. T.; Antão, J. Y. F. L.; Raimundo, R. D., & Abreu, L. C. (2014). Representação social do lúdico no Hospital: O olhar da criança. *Journal of Human Growth and Development*, 24(2), 188-194.

- Fialho, A.; Montezi, A.V.; Ambrosio, F.F., & Aiello-Vaisberg T.M.J. (2014). O imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre vida saudável. *Revista Brasileira de Ciência do Esporte*, 36(3), 626-631.
- Freud, S. (1976). A hereditariedade e a etiologia das neuroses. In *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. 3. (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1896).
- Freud, S. (1976). Os caminhos da formação dos sintomas. In *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. 16. (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1917).
- Manfre, V. & Melo, M. (2013). O uso do Procedimento de Desenhos-Estórias por terapeutas comportamentais. In: W. Trinca (Org.), *Formas compreensivas de investigação psicológica: Procedimentos de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias*. (pp. 189-209). São Paulo: Vetor.
- Martão, M. L. S. (2009). *Encontro com os pais de filhos com traços autistas: compreendendo a experiência emocional*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Martins, P. C. R. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009). Dificuldades sexuais masculinas e imaginário coletivo de universitários: um estudo psicanalítico. *Barbarói*, 31. Disponível em: <http://serefazer.psc.br/wp-content/uploads/2016/05/O-uso-de-document%C3%A1rios-na-pesquisa-qualitativa-psicanal%C3%ADtica.pdf>
- Menichetti, D. & Tardivo, L. S. L. P. C. (2009). O Ludodiagnóstico e o Procedimento de Desenhos-Estórias: Aspectos teórico-práticos e comparação através de um caso clínico. *Anais do Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico*, 1, 120-123.

- Milner, M. (1991). O hiato enquadrado. In: *A loucura suprimida do homem são*. (pp. 85-88) Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1952).
- Oliveira, F. C. M. (2001). Um método para apreensão dos conteúdos emocionais da criança em odontopediatria. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 16(150), 32-35.
- Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2007). Desenhos-estórias em encontros terapêuticos na clínica da maternidade. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 15(1), 23-31.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2009). O Lúdico e o Gráfico como Meios de Expressão e Comunicação com Crianças: do Diagnóstico à Intervenção. *Anais Congresso Brasileiro Ludodiagnóstico*, 1, 108-114.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2013). Derivações do Procedimento de Desenhos-Estórias: atendimentos em grupo. In: W. Trinca, (Org.), *Formas compreensivas de investigação psicológica: Procedimentos de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias*. (pp. 339-363). São Paulo: Vetor.
- Trinca, A. M. (1997). Ampliação e expansão. In W. Trinca (Org.), *Formas de investigação clínica em Psicologia: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias*. (pp.35-66). São Paulo: Vetor.
- Trinca, A. M. (2003). *A intervenção terapêutica breve e a pré-cirurgia infantil: O Procedimento de Desenhos-Estórias como instrumento de intermediação terapêutica*. São Paulo: Vetor.
- Trinca, W. (2013a). *Procedimento de Desenhos-Estórias; formas derivadas, desenvolvimentos e expansões*. São Paulo: Vetor.
- Trinca, W. (2013b). *Formas compreensivas de investigação psicológica: Procedimentos de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias*. São Paulo: Vetor.

Trinca, W. (Org.) (1984). *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. São Paulo: E.P.U.

Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1965/1993) The value of the Therapeutic Consultation. In: D. Goldman (Org.). *In one's bones: The clinical genius of Winnicott* (pp.95-100). London: Jason Aronson (Originalmente publicado em 1965).

32

Da Clínica do Olhar à Clínica da Escuta: uma passagem pela Clínica da Reforma no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais

Valdelice Nascimento de França

Universidade de Brasília

Ileno Izídio da Costa

Universidade de Brasília

Temos acompanhado, na clínica realizada nos serviços públicos de saúde mental, várias formas de institucionalização do cuidado e de suas práticas ligadas às muitas maneiras de regulação que ocorreram através de portarias ministeriais e legislação própria, que confirmam e potencializam ações tanto políticas quanto clínico-institucionais. No entanto, parece que elas não são suficientes para sustentar uma clínica nesse campo.

É preciso que estejamos precavidos que essas normas institucionais podem trazer outros riscos ao trabalho com os sujeitos em tratamento. É preciso, também, que os trabalhadores dessas instituições estejam atentos aos riscos, às dificuldades e às possibilidades de trabalho, nessa clínica. Em alguns casos, a formação de grupos de trabalho fundados em identificações imaginárias, que acentuam disputas rivalitárias entre a equipe, pode trazer como consequência a paralisia da clínica.

A falta de conhecimento sobre qual clínica realizar nos serviços do campo infanto-juvenil, em que há uma demanda aflitiva dos responsáveis de crianças e adolescentes por tratamento, diagnóstico e medicação – além das demandas escolares e sociais – podem precipitar a equipe a conduzir uma clínica pautada apenas na padronização de condutas reabilitadoras. Essa questão ficou muito clara quando eu, primeira autora, participei da implantação de alguns Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CapSi) no Distrito Federal. Desse modo, discorrer sobre o tema da clínica é algo que sempre me foi caro. Pensá-lo orientada pela psicanálise é um processo de elaboração e mais um desafio.

Orientados teoricamente por autores que se dedicam ao tema da instituição em articulação com a psicanálise, consideramos relevante refletir sobre como os CapSi podem acolher a clínica da psicose, das neuroses graves, dos quadros de autismo e dos graves quadros marcados por passagens ao ato de crianças e adolescentes, além do exercício da função psicossocial que compõem o seu mandato clínico-territorial.

Sobre as instituições de saúde, podemos afirmar que elas visam à melhora dos seus pacientes, ou no caso dos CapSi, a tentativa de reinseri-los no laço social. Porém, o valor universal que é atribuído às propostas de reinserção psicossocial, no que se refere aos CapSi, pode não combinar com uma clínica que se propõe trabalhar com o singular. Pensar em como a equipe técnica dos CapSi exerce a clínica do laço social e do singular, ou seja, a clínica do coletivo e do sujeito, tem sido um dos questionamentos levantados enquanto eu, primeira autora, estive na função de gerente do CapSi Asa Norte e na constituição de sua equipe, o que me levou a querer pesquisar sobre a clínica exercida nesse dispositivo.

O CapSi é um serviço de atenção diária destinado a atender crianças e adolescentes com comprometimento psíquico grave. Nessa categoria estão

Da Clínica do Olhar à Clínica da Escuta: uma passagem pela Clínica da Reforma no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais

incluídos os autistas, psicóticos, neuróticos graves e todas aquelas crianças e adolescentes impossibilitados de manter ou estabelecer laço social. O manual do Caps (Brasil, 2004) afirma que a experiência permite indicar algumas situações que favorecem as possibilidades de melhora de crianças e adolescentes, principalmente quando o atendimento tem início o mais cedo possível, observando-se determinadas condições, tais como a permanência do paciente em seu meio familiar, a participação das famílias no tratamento ao invés de tratar a criança ou adolescente isoladamente, o tratamento com estratégias e objetivos múltiplos, envolvendo ações não apenas da clínica, mas também intersetoriais.

Na Reforma Psiquiátrica Brasileira, a psicanálise teve uma presença muito forte nos Caps, atrelando-se ao Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil. Vários autores, psicanalistas e pesquisadores brasileiros que atuam em instituição pública de Saúde Mental, já demonstraram a viabilidade de uma clínica institucional psicanalítica. Elia (2000) já nos dizia que “é possível, assim, fazer psicanálise em qualquer estrato social, em qualquer ambiente institucional, desde que haja analista, de um lado, e sujeito dividido, de outro” (p.28). Lembrando a advertência que Lacan (1985) fez de “Não recuar diante da psicose”, inspiramo-nos a pensar como se constrói uma clínica psicanalítica no campo da saúde mental.

Há uma práxis chamada “prática entre vários”, desenvolvida por várias pessoas em um contexto institucional próprio, que se iniciou em 1974, com crianças e adolescentes autistas e psicóticos na instituição Antenne 110, situada nas proximidades de Bruxelas (Bélgica), e um dos seus fundadores é Antônio Di Ciaccia (2005). Essa modalidade de trabalho faz referência à psicanálise de Freud, segundo o ensinamento de Lacan, mas não prevê a utilização do dispositivo analítico propriamente dito. Também não prevê que dela façam parte apenas psicanalistas. Essa prática visa ao trabalho entre muitos, no coletivo, com a

inclusão dos sujeitos que dela participam. Alguns CapSi do Estado do Rio de Janeiro adotam esse modo de trabalho há alguns anos. Após algumas visitas técnicas a esses serviços, a equipe técnica do CapSi Asa Norte, do qual eu, primeira autora, faço parte como psicóloga, decidiu utilizar essa práxis. Assim sendo, a fundamentação teórico-clínica da “prática entre vários” é de fundamental importância para nossa pesquisa, pois a partir da tentativa de aplicá-la ao CapSi Asa Norte, surgiram as interrogações deste trabalho: como a clínica vem sendo realizada nos CapSi? Como a clínica pode ser construída nos CapSi que estão sendo implantados no Distrito Federal?

Hoje ouvimos falar constantemente em clínica ampliada, escuta do sujeito, entre outros dizeres de cunho fundamentalmente clínico, porém isso não garante que haja uma dimensão clínica nos espaços dos Caps. Figueiredo (2001) dá alguns exemplos disso: acolher o paciente, valorizar o dito, supor a existência do inconsciente, trabalhar a transferência etc. Porém, algumas equipes continuam praticando um cuidado desclínicizado, baseado muitas vezes apenas na lógica da inclusão, acolhendo sem tratar. E o que cada técnico entende por tratar, já que muitos que trabalham nesse dispositivo vêm de áreas e linhas teóricas diversas? Costumamos dizer que o trabalho nos CapSi é realizado por uma equipe interdisciplinar, mas não fica muito claro o que essa equipe interdisciplinar deve fazer se cada um vem com um saber *a priori* instituído.

O que acontece nos CapSi é clínico? Como as propostas de reabilitação psicossocial, tão fortemente incentivadas pela reforma psiquiátrica, que trata de questões universais, pode se conciliar com uma prática clínica que é singular, do sujeito?

Da Clínica do Olhar à Clínica da Escuta: uma passagem pela Clínica da Reforma no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais

O que cada técnico de uma equipe entende por clínica é o primeiro passo para começarmos a pensar em como uma equipe de CapSi poderá construir a sua clínica.

O referencial teórico usado para refletir sobre essas questões foi a psicanálise de Freud e Lacan, o conceito de coletivo de Oury (2009), a prática entre vários de Di Ciaccia (2005), Foucault (2013) e a reforma psiquiátrica na perspectiva de Basaglia (1985).

A Clínica do Olhar

Na tentativa de entendermos o que vem a ser a clínica retomamos Foucault (2013), que descreve de uma forma histórica e crítica o “surgimento dos que praticam a arte de curar”. A clínica na aurora da humanidade, segundo Foucault, residia na relação imediata do sofrimento com aquilo que o aliviava. Essa relação era de instinto e de sensibilidade, mais do que de experiência: era estabelecida pelo indivíduo para consigo mesmo antes de ser tomada em uma rede social. Havia uma relação constatada pelo homem são que era estabelecida sem a mediação do saber, onde cada indivíduo era ao mesmo tempo sujeito e objeto. Onde todo mundo, indistintamente, praticava essa medicina, onde as experiências que cada um fazia eram comunicadas a outras pessoas e esses saberes eram transmitidos de pai para filho. Segundo Foucault (2013):

Antes de ser um saber, a clínica era uma relação universal da humanidade consigo mesma: idade de felicidade absoluta para a medicina. E a decadência começou, quando foram inaugurados a escrita e o segredo, isto é, a repartição desse saber com um grupo privilegiado, e a dissociação da relação imediata, sem obstáculos ou limites entre Olhar e Palavra: o que já se soube só era, a

partir de então, comunicado aos outros transferido para a prática depois de ter passado pelo esoterismo do saber. (p. 58)

Presenciamos nos primórdios da clínica sua construção na presença da palavra e obviamente o de uma escuta para que pudesse ser transmitida, isso se transforma após a relação com o saber ser modificada. A experiência médica soube encontrar entre o *Saber* e o *Ver* uma forma de exercer sua prática. Segundo Foucault (2013), “nos tempos passados, a arte da medicina era ensinada na presença do seu objeto e os jovens aprendiam a ciência médica no leito do doente” (p. 59). A clínica torna-se o local do saber e a medicina sua referência. Os médicos criam instituições e métodos clínicos dando-lhes estatutos ao mesmo tempo universal e histórico, valorizando-os como a verdade. E será nas instituições que esse saber/verdade será transmitido. Foucault faz um percurso na história clínica das instituições, desde o século XVI até o século XVIII nos hospitais militares, onde primeiramente se organizou o ensino clínico. O regulamento desses hospitais, em 1775, dizia que cada ano de estudo devia compreender um curso de prática e de clínica das principais doenças que reinam entre as tropas nos exércitos e nas guarnições. Como vemos em Foucault, o exame dos casos, sua exposição detalhada, sua relação com uma explicação possível é uma tradição muito antiga na experiência médica; a organização clínica não é, portanto, correlata à descoberta do fato individual na medicina; as inúmeras compilações de casos, redigidas a partir do renascimento, bastam para prová-lo.

Para Foucault (2013, p. 63) essa “protoclínica” se distinguia de uma prática espontânea e se organizaria mais tarde em um corpo complexo e coerente em que se reúnem uma forma de experiência, um método de análise e um tipo de ensino que seriam próprios da experiência médica do século XVIII. Ele descreve cinco

Da Clínica do Olhar à Clínica da Escuta: uma passagem pela Clínica da Reforma no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais

características da constituição dessa clínica que nos remete a pensar em suas influências na clínica como é realizada nos tempos dito pós-modernos, que resumimos:

Em primeiro lugar, essa protoclinica é mais do que um estudo sucessivo e coletivo de casos; ela deve reunir e tornar sensível o corpo organizado da nosologia. Nela são reunidos os casos que parecem mais próprios para instruir. Antes de ser o encontro do doente com o médico, de uma verdade a decifrar com uma ignorância, a clínica deve formar, constitucionalmente, um campo nosológico inteiramente estruturado.

Em segundo lugar, seu modo de inserção no hospital é particular. Não é sua expressão direta, pois no hospital se encontram indivíduos que são indiferentemente portadores de uma doença qualquer, o papel do médico de hospital é descobrir a doença no doente. Na clínica, inversamente, encontram-se doenças cujo portador é indiferente: o que está presente é a doença no corpo que lhe é próprio, que não é o doente, mas o de sua verdade. Para Foucault (2013), “diferentes doenças que servem de texto, (...) o doente é apenas aquilo por intermédio de que o texto é apresentado” (p. 63). Na clínica, onde se trata apenas de exemplo, o doente é o acidente de sua doença, o objeto transitório de que ela se apropriou.

Em terceiro lugar, a clínica não é um instrumento para descobrir uma verdade ainda desconhecida; é uma determinada maneira de dispor a verdade já adquirida e de apresentá-la para que ela se desvele sistematicamente. A clínica é uma espécie de teatro nosológico de que o aluno desconhece de início, o desfecho. Assim se constrói um olhar que percorre o corpo que sofre e só atinge sua verdade no poder de análise e síntese de um método clínico que se trata muito menos de

um exame, e mais de uma decifração. Assim, a medicina constrói uma clínica do olhar.

Em quarto lugar, ele compreende essa clínica numa única direção: a que vai, de cima para baixo, do saber constituído à ignorância, no século XVIII só há clínica pedagógica. Foucault (2013) afirma que “o professor indica a seus alunos a ordem em que os objetos devem ser observados para serem mais bem vistos e gravados na memória; ele lhes abrevia o trabalho; os faz aproveitar sua experiência” (p. 65). Dessa maneira, a clínica apenas se mostra, se apresenta pelo olhar.

Em quinto lugar, no século XVIII, a clínica não é uma estrutura da experiência médica, mas é experiência, ao menos no sentido de que é prova: prova de um saber que o tempo deve confirmar, prova de prescrições a que o resultado dará ou não razão, e isso diante do júri espontâneo que os estudantes constituem.

No século XVIII, a instituição clínica que partiu da clínica institucional é, portanto, uma figura muito mais complexa do que um puro e simples conhecimento de casos; ela se articula com o campo hospitalar e de ensino, pois visa à aprendizagem de uma prática que ela resume mais do que analisa. Dessa forma, essa clínica só pode contar com o olhar médico.

A clínica, sem dúvida, não é a primeira tentativa de ordenar uma ciência pelo exercício e decisões do olhar. Segundo Foucault (2013), a história natural, desde a segunda metade do século XVIII, propusera-se a analisar e classificar os seres naturais segundo suas características visíveis. Era, portanto, preciso, tanto quanto a clínica, tornar a ciência ocular. A clínica pede ao olhar tanto quanto a história natural e a ciência que se construía. E aprofunda (Foucault, 2013):

O olhar não é mais redutor, mas fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível. E assim, torna-se possível organizar em torno dele uma linguagem

Da Clínica do Olhar à Clínica da Escuta: uma passagem pela Clínica da Reforma no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais

racional. O objeto do discurso também pode ser um sujeito, sem que as figuras da objetividade sejam por isso alteradas. Foi essa reorganização formal e em profundidade, mais do que o abandono das teorias e dos velhos sistemas, que criou a possibilidade de uma experiência clínica: ela levantou a velha proibição aristotélica; poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica. (p. XIII)

Na vida do homem moderno, o discurso médico ocupa um lugar determinante, pois, fundado na ciência, promete a saúde como forma de salvação ainda que reconheça o inevitável da morte. A doença é abordada de forma objetiva e dissociada da existência do sujeito como um conjunto de sintomas e signos a ser decifrado pelo saber médico. Na psiquiatria, primeira “medicina especial”, segundo Rinaldi (1998), essa dissociação está presente na própria definição de doença mental, que transforma a loucura em objeto de uma terapêutica, separando-a do homem, seja para relegá-lo ao universo da desrazão, seja para reduzi-lo a um distúrbio orgânico.

O encontro com a clínica do olhar descrita por Foucault nos faz entender o quanto às relações de saber atreladas a verdade dita científica, sustenta o olhar clínico que cria um “quadro clínico” que classifica, ordena e trata a doença. Nesse sentido, o médico até ouve o paciente, mas não o escuta, pois aqui o que opera é a exclusão do sujeito.

A Clínica da Reforma

A clínica na psiquiatria que surge no século XIX, com o desenvolvimento de diversas especialidades clínicas, se constrói com a semiologia da loucura e dos

tipos de doença mental. Kraepelin, Charcot e Esquirol tomam pra si essa tarefa. Uma clínica que se definia mais pela linguagem do que pelo olhar. A fala ou a ausência dela compõem nessa clínica o que temos de mais valioso para o diagnóstico: os fatos clínicos atrelados à história de vida do paciente são mais importantes para essa clínica do que a observação pura do fenômeno. E, para isso, é preciso escutá-lo.

Portanto, a clínica psiquiátrica, principalmente quando se atrela ao movimento da Reforma Psiquiátrica, traz uma grande contribuição para a transformação da clínica do olhar numa clínica da escuta e novas propostas de tratamento são criadas, entre elas, no Brasil, temos os dispositivos chamado Caps (Centro de Atenção Psicossocial). Nele se desenvolve a clínica da atenção psicossocial.

Por isso, antes de adentrarmos na proposta de uma clínica da escuta, como propõe a psicanálise, uma clínica do sujeito do inconsciente; consideramos interessante percorremos o trajeto clínico proposto por Basaglia na clínica da reforma, que também propõe uma clínica do sujeito, porém com nuances diferentes do sujeito proposto pela psicanálise.

Um dos primeiros psiquiatras modernos a sugerir que as práticas em saúde deveriam se orientar por uma fenomenologia materialista foi Franco Basaglia. Ele sentiu-se obrigado a responder de maneira concreta à materialidade horripilante produzida pela psiquiatria aplicada em pacientes reclusos nos manicômios, e esse seu compromisso com a prática e com as pessoas pelas quais ele se responsabilizara o impediram de operar apenas com conceitos críticos. Por isso, ele necessitou inventar alguma coisa que operasse no lugar do saber negado. Amarante (1996) analisou esse movimento de negação e de reinvenção das políticas e das práticas em saúde mental. Basaglia (1985) romperá radicalmente

Da Clínica do Olhar à Clínica da Escuta: uma passagem pela Clínica da Reforma no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais

com a clínica do olhar, quando se propõe inventar, pois a clínica do olhar era uma clínica da repetição e da constatação do método.

Basaglia recuperou muito de Gramsci (1978) para pensar as instituições e as práticas sanitárias. No entanto, Gramsci nunca chegou a elaborar uma teoria sobre o sujeito. Sua prioridade era pensar a teoria política. Por isso, Basaglia viu-se obrigado a apoiar-se em Sartre. Um francês herdeiro de uma fenomenologia que praticamente liquidava qualquer relação dialética entre sujeito e objeto, ao atribuir ao sujeito quase que a responsabilidade total pela construção de sentido ou de significado para as coisas ou para os fenômenos. Tudo partiria do sujeito, quase uma onipotência significadora de um sujeito que nomeava o mundo, sem que fosse por ele influenciado. Sartre apontava também para a possibilidade da construção de grupos sujeitos, agrupamentos aptos a lidar com estas determinações de forma mais livre, agrupamentos voltados para a construção da liberdade, do novo e de modos de convivência mais justos. Sartre valorizava o sujeito dentro de uma perspectiva ao mesmo tempo humanista e materialista (Sartre, 1963).

Mas e a clínica com tudo isso? Basaglia aproveitou-se de toda esta conceituação para repensar políticas e práticas em saúde. Amarante (1996) sintetiza bem a contribuição de Basaglia com a seguinte frase:

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no 'processo de cura', mas no processo de 'invenção da saúde' e de 'reprodução social do paciente'. (p. 70)

A perspectiva é bem fenomenológica: sai o objeto ontológico da medicina - a doença - e entra em seu lugar o doente. Mas não um enfermo em geral, mas um sujeito concreto, social e subjetivamente constituído. Toda ênfase sobre uma existência concreta e sobre a possibilidade de se *inventar saúde* para esses enfermos. Isso, implica mais do que uma intervenção técnica e está ligada à noção de *reprodução social do paciente* (Basaglia, 1985).

A *reforma da clínica* moderna, influenciada pela *clínica da reforma*, promoveu um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito concreto, no caso, um sujeito portador de alguma enfermidade.

Assim, partindo de Basaglia, a clínica que a reforma psiquiátrica propõe busca uma nova dialética entre sujeito e doença. Uma clínica que transcende a mera transformação de serviços e tecnologias. Partindo do texto “A utopia da realidade” (Basaglia, 2005), percebemos que a transformação das instituições públicas só é possível na medida em que transformamos as relações entre a sociedade e os cidadãos, porque é aí que se insere a relação entre saúde e doença.

Clínica do sujeito? Sim uma clínica centrada nos sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, vivendo em sociedade, inclusive considerando-se a doença como parte destas existências. Porém diferente da clínica do sujeito proposta pela psicanálise que veremos em seguida.

A reforma psiquiátrica, baseando-se nesses conceitos de clínica reformulada e ampliada, abriu espaço para a construção de novas formas de abordar o sofrimento psíquico, propondo um trabalho interdisciplinar que reformule o antigo formato de assistência e que reoriente a prática clínica nos serviços públicos de saúde. Nesse cenário, a luta pela cidadania do louco constitui-se como a principal bandeira da reforma, dando a esse movimento um caráter político que

Da Clínica do Olhar à Clínica da Escuta: uma passagem pela Clínica da Reforma no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais

orienta as reformulações, seja no âmbito das instituições e das políticas públicas, seja no âmbito da clínica propriamente dita.

Clínica da Escuta

Freud introduz uma perspectiva inteiramente nova na clínica com a descoberta do inconsciente e a construção de um novo campo de saber – a psicanálise. Ele subverte a dissociação promovida pela ordem médica, dando a “clínica” um novo sentido, a partir da suposição da existência de uma razão inconsciente e de uma implicação do sujeito em seu sintoma. Freud promove uma ruptura quando pensa na passagem de uma clínica do olhar para uma clínica da escuta. A escuta torna-se, assim, a essência do método psicanalítico. Porém, não é de qualquer escuta que estamos falando, mas uma escuta atenta, ao deslize, à incongruência, ao ato falho, ao furo. Uma escuta ao mesmo tempo flutuante e atenta a insistências e silêncios que permitam o aparecimento do sujeito do inconsciente, a única verdade sob a qual a psicanálise trabalha. Tal escuta traz para a clínica o que o olhar médico deixou para trás: o sujeito.

Segundo Tenório (2001) a psicanálise como clínica do sujeito é:

Uma via privilegiada para sustentar esse modo particular de subjetivação em seus elementos positivos que, muitas vezes, as categorias extraclínicas podem não discernir. Em certa medida, a relevância específica da psicanálise no campo da atenção psicossocial está em contribuir para que, na recusa às más tradições da psiquiatria, não percamos de vista o fato clínico da psicose. (p. 153)

Ao retomar a relação entre a problemática da doença e a existência do sujeito, a reforma psiquiátrica empreendeu uma crítica à concepção médica de clínica em que se pode perceber a influência das formulações da psicanálise, ainda que estas não tenham sido decisivas para a conformação desse novo campo, marcado fortemente pela política, por meio da luta pela cidadania do louco e da preocupação com a reabilitação psicossocial.

Assim sendo, o campo da atenção psicossocial é atualmente marcado por diferentes orientações, desde aquelas que, oriundas da psiquiatria democrática italiana, privilegiam a dimensão política propondo uma supressão da clínica em prol do cuidado, até aquelas que retomam a clínica, incorporando os procedimentos de atenção psicossocial passando a designá-la como clínica ampliada.

Na clínica infanto-juvenil, algumas particularidades devem ser pensadas em função da demanda que se apresenta. Por isso, nessa clínica em particular, consideramos de extrema importância a construção da clínica da escuta, como proposto pela psicanálise. Com crianças e adolescentes em grave sofrimento psíquico, a queixa inicial que se apresenta não passa pela reabilitação psicossocial, mas pelo tratamento e a grande maioria dos pais que trazem seus filhos chegam solicitando o tratamento medicamentoso: o tratamento que os faça falar, por exemplo, no caso de algumas crianças autistas; o laudo médico para benefícios e inserção no ensino especializado (uma particularidade do DF), pois afinal “seus filhos são crianças especiais”. Uma clínica que já de início demanda uma escuta atenta e diferenciada para a demanda de atendimento trazida pelos pais e a construção da demanda de atendimento da criança e do adolescente.

As práticas de promoção de diferentes modos de interação social, elevação do poder de contratualidade, de geração de renda, são mais disponíveis e

Da Clínica do Olhar à Clínica da Escuta: uma passagem pela Clínica da Reforma no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais

operacionalizáveis entre adultos. Em contraste, crianças e adolescentes com sofrimento psíquico agudo e extremo, como autistas e muitos casos de psicose na infância, por exemplo, evidenciam que, antes de qualquer outra coisa, como prioridade absoluta, precisam ser pavimentadas as vias subjetivas pelas quais os laços sociais poderão ser então estabelecidos com a escola, com a vizinhança, com atividades de esporte, lazer etc. Para que haja essa possibilidade de criação de laços sociais, em primeiro lugar, é necessário que lhe seja dispensado um cuidado clínico.

O grande desafio que se impõe aos trabalhadores que se encontram nos serviços que atendem essas crianças e adolescentes (CapSi) é pensar em qual tipo de tratamento pode ser proposto para esses usuários. Esses questionamentos indicam a dimensão do desafio de se construir um outro modo de fazer operar a clínica nesses serviços em que se encontram diversos saberes, e o trabalho é essencialmente feito em equipe. É uma clínica que se faz no Coletivo. Segundo Oury (2009), é uma lógica um tanto paradoxal pois visa, ao mesmo tempo, colocar em práticas sistemas coletivos e preservar a dimensão do singular de cada um. “O Coletivo deveria obedecer a uma lógica que não é a lógica habitual da organização dos sistemas psiquiátricos tradicionais. (...) mas uma lógica que respeita uma quase infinidade de fatores para cada um” (p. 19).

Assim sendo, o grande desafio dessa clínica será a construção de um saber em comum, pela equipe, que atravesse os diversos saberes trazidos pelos seus técnicos. É a construção de um eixo clínico-teórico pela equipe que viabilize a escuta, o que possibilitará o tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves.

Considerações Finais

Neste trabalho, buscou-se fazer um recorte da clínica desde os seus primórdios e que influenciou diretamente a clínica psiquiátrica com a qual convivemos nos Caps, uma clínica marcada pelo fenômeno e que denominei como a clínica do olhar. Com o advento da Reforma Psiquiátrica, que em nosso país iniciou-se na década de 70, em que políticas públicas foram implantadas para realizar a chamada substituição ao manicômio. Uma nova clínica surge, denominada “clínica ampliada”, que difere da clínica psiquiátrica tradicional por estar aberta a novos saberes incluindo, no foco do tratamento, toda gama de aspectos da vida do usuário implicada em sua posição de sofrimento. Cria-se, por conta disso, uma nova nomenclatura a “rede de atenção psicossocial” (Delgado, 1997). A contribuição que a psicanálise traz para esse campo é a introdução de uma clínica da escuta que subordine suas intervenções à fala do sujeito. Porém, agora trata-se não apenas do sujeito concreto, social e histórico defendido pela clínica ampliada, mas do sujeito do inconsciente.

A psicanálise convocada a responder por seu modo de intervenção no âmbito do serviço público aponta sempre para o sujeito do inconsciente como ponto de partida de todas as ações efetuadas, invertendo a noção de que as propostas terapêuticas devem estar prontas previamente em um projeto instituído. Ela vem propor a construção contínua de uma clínica da escuta que não tenha em seu cerne um outro tipo de exclusão: a do sujeito e seu desejo. E se atentarmos para as recomendações de Freud (1914/1976), colocando a transferência como o pilar da clínica, o sujeito deve ser escutado no sentido de que possa ter lugar nas estratégias clínico e política de condução dos casos.

Referências

- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Basaglia, F. (1985). *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Editora Graal.
- Basaglia, F. (2005). A Utopia da Realidade. In *Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Delgado, P. G. (1997). A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. *FOCO - Informe Epidemiológico Saúde Coletiva*, 6(16), 41-43.
- Di Ciaccia, A. (2005). A prática entre vários. In M. L. Mello, & S. Altoé (Orgs.), *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Elia, L. (2000). Psicanálise: Clínica & pesquisa. In S. Alberti & L. Elia (Orgs.), *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Figueiredo, A. C., & Cavalcanti, M. T. (Org.). (2001). A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização: *Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA.
- Foucault, M. (2013). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freud, S. (1976). Observações sobre o amor transferencial. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (v. XII). Rio de Janeiro: Imago. Original publicado em 1914
- Gramsci, A. (1978). *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.

Lacan, J. (1985). *O Seminário, livro 3: As Psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Oury, J. (2009). *O coletivo*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.

Rinaldi, D. (1998). A ordem médica: A loucura como “doença mental”. *Pauta, Rio de Janeiro*, 13, jul.-dez. 1998.

Sartre, J. P. (1963). *Crítica de la razón dialética*. Buenos Aires: Ed. Lousada.

Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.