

PSICOLOGIA CLÍNICA

Psicanálise, clínica e literatura

32.3

PSICOLOGIA CLÍNICA

Psicanálise, clínica e literatura

32.3

PSICOLOGIA CLÍNICA, VOL. 32 N. 3, SET-DEZ/2020

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

EDITORES RESPONSÁVEIS

Breno Sanvicente-Vieira
Esther Maria de M. Arantes
Isabel Fortes

EDITORES ASSOCIADOS

Andrea Seixas Magalhães
Lidia Levy de Alvarenga
Luciana Fontes Pessoa
Perla Klautau
Thomas Eichenberg Krahe

COMISSÃO EXECUTIVA

Breno Sanvicente-Vieira
J. Landeira-Fernandez

SECRETÁRIO EXECUTIVO: *Francisco Wellington Barreto*

SECRETÁRIA ADMINISTRATIVA: *Vera Lúcia L. da Silva*

REVISÃO: *Claudio R. C. Faria*

EDITORIAÇÃO ELETRÔNICA: *Ingrop Tecnologia e Serviços Ltda.*

CONSELHO EDITORIAL

Adriana Wagner, UFRGS, Porto Alegre, Brasil
Alberto Konicheckis, Université Paris Descartes – Paris V, Paris, França
Ana Maria Rudge, UVA, Rio de Janeiro, Brasil
Cleonice Alves Bosa, UFRGS, Porto Alegre, Brasil
Eduardo João Ribeiro dos Santos, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal
Fernando Urribarri, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Ilana Strozenberg, ECO/UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil
Jefferson Machado Pinto, UFMG, Belo Horizonte, Brasil
Jurandir Freire Costa, UERJ, Rio de Janeiro, Brasil
Luiz Augusto M. Celes, UnB, Brasília, Brasil
Luiz Eduardo Prado de Oliveira, Université de Bretagne Occidentale, Brest, França
Maria Consuelo Passos, UNICAP, Recife, Brasil
Maria da Graça Bompastor Borges Dias, UFPE, Recife, Brasil
Marta Gerez Amberlin, Universidad Nacional de Tucumán, San Miguel de Tucumán, Argentina
Nelson da Silva Junior, USP, São Paulo, Brasil
Pierre Benghazi, Université Paris 8 – Vincennes St Denis, Paris, França
Renato Mezan, PUC-SP, São Paulo, Brasil
Roland Gori, Université de Provence Aix-Marseille I, Marseille, França
Silvia Helena Koller, UFRGS, Porto Alegre, Brasil
Silvia Maria Abu-Jamra Zornig, PUC-Rio, Rio de Janeiro, Brasil
Teresa Cristina Carreteiro, UFF, Niterói, Brasil

Apoio:



Departamento de Psicologia
PUC-Rio

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da PUC-Rio

PSICOLOGIA CLÍNICA. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
Centro de Teologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. v. 32 nº 3, set-dez/2020
CDD.157.9

ISSN: 0103-5665 (impresso)

ISSN: 1980-5438 (online)

MISSÃO DO PERIÓDICO

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

LINHA EDITORIAL

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

HOMEPAGE:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=0103-5665

PERIÓDICO INDEXADO NAS BASES DE DADOS:

NACIONAIS:

INDEX PSI www.bvs-psi.org.br

LILACS/BIREME lilacs.bvsalud.org

QUALIS (A2) www.periodicos.capes.gov.br

INTERNACIONAIS:

CLASE dgb.unam.mx/index.php/catalogos/seriunam

Latindex www.latindex.unam.mx/latindex/ficha?folio=17689

PsycINFO www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/coverage.aspx#P

Redalyc www.redalyc.org/revista.oa?id=2910

EBSCO www.ebscohost.com/titleLists/foh-coverage.htm

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Rua Marquês de São Vicente, 225 – Gávea
22453-900 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (55 21) 3527-2109
Fax: (55 21) 3527-1187
E-mail: psirevista@puc-rio.br

SUMÁRIO

SUMMARY

EDITORIAL 427

SEÇÃO TEMÁTICA – PSICANÁLISE, CLÍNICA E LITERATURA

THEMATIC SECTION – PSYCHOANALYSIS, CLINIC AND LITERATURE

SECCIÓN TEMÁTICA – PSICOANÁLISIS, CLÍNICA Y LITERATURA

ENTRE LOS AFECTOS Y LA AUTORIDAD: DISCURSOS DE PADRES Y MADRES
SOBRE LA ADOLESCENCIA DE SUS HIJOS E HIJAS

*Entre os afetos e a autoridade: Discursos de pais e mães sobre a adolescência
de seus filhos e filhas*

*Between affections and authority: Parents' discourses about the adolescence
of their sons and daughters*

Daniela Fernández 433

A EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA PRECOCE NO BERÇO DAS CRIANÇAS “SÁBIAS”

The early traumatic experience in the cradle of wise children

La experiencia traumática precoz en la cuna de los niños “sabios”

Marina Firpo Siqueira Pereira

Diego Frichs Antonello

Carolina Schumacher

Cristina Saling Kruehl..... 453

SOBRE INTERVENÇÕES DO ANALISTA: UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA
ARTICULADA AOS QUATRO DISCURSOS DE LACAN

*About the analyst's interventions: A clinical experience articulated
to the four speeches of Lacan*

*Sobre intervenciones del analista: Una experiencia clínica articulada
a los cuatro discursos de Lacan*

Maria Lúcia da Silva Bueno

Carlos Henrique Kessler..... 475

SCHREBER ESCRITOR	
<i>Schreber, the writer</i>	
<i>Schreber escritor</i>	
Renata Gruner	
Amadeu de Oliveira Weinmann	
Priscilla Machado de Souza	495

CORTAR PARA LER: O QUE “TREE OF CODES” PODE ENSINAR SOBRE A ARTE DA ESCUTA	
<i>Cutting for reading: What “Tree of codes” can teach us about the art of listening</i>	
<i>Cortar para leer: Qué nos puede enseñar “Tree of codes” sobre el arte de escucha</i>	
Camila Backes dos Santos	
Simone Zanon Moschen	515

SEÇÃO LIVRE

FREE SECTION

SECCIÓN LIBRE

SUICIDE AND SOCIAL MEDIA: DIALOGUE WITH CLINICAL PSYCHOLOGISTS	
<i>Suicídio e mídias sociais: Diálogos com psicólogos clínicos</i>	
<i>Suicidio y medios sociales: Diálogos con psicólogos clínicos</i>	
Tales Vilela Santeiro	
Rafael Franco Dutra Leite	
Glauca Mitsuko Ataka da Rocha	535

EL ROL DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS EN LAS ESTRATEGIAS COGNITIVAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL NO ADAPTATIVAS EN NIÑOS	
<i>O papel das funções executivas nas estratégias cognitivas de regulação emocional não adaptativas em crianças</i>	
<i>The role of executive functions in maladaptive cognitive emotion regulation strategies in children</i>	
María Laura Andrés	
Lorena Canet Juric	
Florencia Stelzer	
Isabel Introzzi	
María Cristina Richaud de Minzi	557

DEVELOPMENT OF THE PSI: A PHONE INTERVIEW FOR SCREENING FOR AUTISTIC SPECTRUM DISORDER (ASD) SYMPTOMS	
<i>Desenvolvimento da PSI: Uma entrevista telefônica para detecção de sintomas de Transtorno do Espectro Autista (TEA)</i>	
<i>Desarrollo de la PSI: Una entrevista telefónica para la detección de los síntomas del Trastorno del Espectro Autista (TEA)</i>	
Helenice Charchat Fichman	
Conceição Santos Fernandes	
Laryssa Siqueira Couto da Cunha Heckert Alves da Costa	
Rachel de Figueiredo Barbabela e Oliveira Valois	
Mariana de Miranda Seize	
Fabiana Estrela Silveira Bethlem.....	577
A FAMÍLIA NA PSICOTERAPIA INFANTIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DAS ABORDAGENS HUMANISTAS E FENOMENOLÓGICAS	
<i>The family in child psychotherapy: An integrative review of humanistic and phenomenological approaches</i>	
<i>La familia en psicoterapia infantil: Una revisión integradora de los enfoques humanísticos y fenomenológicos</i>	
Manuela de Albuquerque Rocha Siqueira	
Lucas Bloc	
Virginia Moreira	599

EDITORIAL

A revista *Psicologia Clínica* apresenta seu número 32.3, intitulado “Psicanálise, Clínica e Literatura”. Esta publicação se compõe de nove artigos, divididos em duas seções: uma temática, com o mesmo título do número, e outra livre.

A seção temática abre esta edição do periódico, e o primeiro artigo, de autoria de Daniela Fernández (Universidad Viña del Mar, Chile), tem o título *Entre los afectos y la autoridad: Discursos de padres y madres sobre la adolescencia de sus hijos e hijas*. O trabalho, publicado em espanhol, apresenta uma discussão dos impactos no desenvolvimento psicológico de diversos estilos e condutas dos pais na criação de seus filhos. A discussão, embasada em um referencial psicanalítico, utiliza duas vinhetas para exemplificação dos fenômenos e suas apresentações na clínica. Dessa forma, a seção temática se inicia trazendo à tona o referencial psicanalítico e aspectos da clínica.

O segundo trabalho da seção, de autoria de Marina Firpo Siqueira Pereira (Universidade Franciscana – UFN, Santa Maria, RS), Diego Frichs Antonello (Faculdade Integrada de Santa Maria, RS), Carolina Schumacher e Cristina Saling Kruehl (ambas da UFN), tem o título *A experiência traumática precoce no berço das crianças “sábias”*. Também envolvendo a temática do desenvolvimento sob a luz da psicanálise, neste caso através das formulações de Winnicott e Ferenczi relacionadas ao uso indevido da mente e à autoclivagem narcísica, os autores ressaltam como, mesmo que em janelas desenvolvimentais distintas, os efeitos traumáticos precoces podem repercutir em manifestações posteriores, na vida adulta.

O terceiro artigo, *Sobre intervenções do analista: Uma experiência clínica articulada aos quatro discursos de Lacan*, é de autoria de Maria Lúcia da Silva Bueno e Carlos Henrique Kessler (ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS). Este estudo utiliza fragmentos de um processo terapêutico já finalizado para analisar como o material clínico produzido influencia o analista de diferentes formas. A construção do trabalho ilustra de forma substancial a ética psicanalítica e terapêutica sob a pressão de efeitos pessoais, técnicos e teóricos que o conteúdo do material clínico produz.

O quarto artigo da seção temática é intitulado *Schreber escritor*, cujos autores são Renata Gruner, Amadeu de Oliveira Weinmann e Priscilla Machado de Souza (todos filiados à UFRGS, sendo Priscilla Machado de Souza também membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre). Dentro da seção temática, o artigo mantém o fio condutor da psicanálise, mas insere elementos da literatura no contexto. Os autores apresentam uma construção baseada nos comentários

de Freud e nas teorizações de Lacan sobre a autobiografia de Daniel Paul Scher-ber, que subsidiaram elementos da clínica psicanalítica relacionada às psicoses. O trabalho ressalta como a produção escrita pode ter um papel no funcionamento psíquico e traz para nossa seção temática o aspecto da literatura.

O último artigo da seção temática também é relacionado à literatura. Intitulado *Cortar para ler: O que “Tree of codes” pode ensinar sobre a arte da escuta*, tem como autoras Camila Backes dos Santos (UFRGS e Feevale, Novo Hamburgo, RS) e Simone Zanon Moschen (UFRGS). Neste trabalho, as autoras também usam das teorias de Freud e Lacan considerando pontos da obra literária *Tree of Codes*, de Jonathan Safran Foer. Relacionando aspectos desta obra e das teorias, indicam como o papel da escuta no processo terapêutico pode ser ligado ao da leitura.

Já na seção livre, quatro artigos são apresentados. A seção se abre com *Suicide and social media: Dialogue with clinical psychologists*, de Tales Vilela Santeiro, Rafael Franco Dutra Leite (ambos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, MG) e Glaucia Mitsuko Ataka da Rocha (Universidade Federal do Tocantins). Em inglês, o trabalho investigou, de forma prioritariamente qualitativa, como psicólogos clínicos relacionam o uso de ferramentas associadas à internet e o comportamento suicida.

O segundo artigo da seção livre, *El rol de las funciones ejecutivas en las estrategias cognitivas de regulación emocional no adaptativas en niños*, em espanhol, é de um grupo de autoras argentinas: María Laura Andrés, Lorena Canet Juric, Florencia Stelzer, Isabel Introzzi (todas filiadas à Universidade Nacional de Mar del Plata – UNMDP e ao Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas – CONICET, Argentina) e María Cristina Richaud (CONICET). A produção internacional investiga o papel de diferentes funções executivas em desfechos relacionados à regulação emocional de crianças. Utilizando métodos quantitativos, resultados que consideram diferenças de sexo foram apresentados, levantando interessantes perspectivas.

O penúltimo trabalho deste número tem o título *Development of the PSI: A phone interview for screening for Autistic Spectrum Disorder (ASD) symptoms*. O trabalho, apresentado em inglês, é mais uma produção exclusivamente de autoras do sexo feminino: Helenice Charchat Fichman, Conceição Santos Fernandes, Laryssa Siqueira Couto da Cunha Heckert Alves da Costa (as três da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio), Rachel de Figueiredo Barbabela e Oliveira Valois (Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Portugal), Mariana de Miranda Seize (PUC-Rio) e Fabiana Estrela Silveira Bethlem (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ). No trabalho são apresen-

tados os passos realizados para a construção de uma entrevista de detecção telefônica de sintomas do transtorno do espectro autista em crianças. A construção, apresentada respeitando etapas específicas, resulta em um instrumento útil para áreas de pesquisa e clínica.

Fechando este número da revista, apresentamos o artigo *A família na psicoterapia infantil: Uma revisão integrativa das abordagens humanistas e fenomenológicas*, de autoria de Manuela de Albuquerque Rocha Siqueira, Lucas Bloc e Virginia Moreira (todos da Universidade de Fortaleza, CE). O estudo consistiu em uma revisão bibliográfica focada em publicações que tivessem como referencial teórico as linhas humanistas e/ou fenomenológica e, ao mesmo tempo, abordassem a participação da família no processo terapêutico de crianças. Os resultados sustentam a necessidade de um maior investimento em formação na área, bem como na sistematização da publicação científica sobre o tema.

Breno Sanvicente-Vieira

SEÇÃO TEMÁTICA

Psicanálise, clínica e literatura

Entre los afectos y la autoridad: Discursos de padres y madres
sobre la adolescencia de sus hijos e hijas

A experiência traumática precoce no berço das crianças “sábias”

Sobre intervenções do analista: Uma experiência clínica
articulada aos quatro discursos de Lacan

Schreber escritor

Cortar para ler: O que “Tree of codes” pode ensinar sobre a arte da escuta

ENTRE LOS AFECTOS Y LA AUTORIDAD: DISCURSOS DE PADRES Y MADRES SOBRE LA ADOLESCENCIA DE SUS HIJOS E HIJAS

*ENTRE OS AFETOS E A AUTORIDADE: DISCURSOS DE PAIS
E MÃES SOBRE A ADOLESCÊNCIA DE SEUS FILHOS E FILHAS*

*BETWEEN AFFECTIONS AND AUTHORITY: PARENTS' DISCOURSES
ABOUT THE ADOLESCENCE OF THEIR SONS AND DAUGHTERS*

Daniela Fernández ⁽¹⁾

RESUMO

Considerando as transformações socioculturais ocorridas nos últimos anos e sua incidência nas formas de construção dos problemas psicológicos dos adolescentes atualmente, propõe-se analisar como o papel dos pais se constrói na clínica com adolescentes no contexto atual, revendo excertos de entrevistas com pais e mães. Discute-se um diálogo dicotômico entre duas posições sobre o papel dos pais: de um lado, a partir da ideia de afeto e da psicologização dos modos de desconforto do adolescente, e, de outro, da necessidade de posicionar-se como uma autoridade que coloca limites a essas manifestações.

Palavras-chave: adolescência; psicologia clínica; parentalidade.

ABSTRACT

Addressing social and cultural changes that have occurred in the past years and their incidence in how the psychological problems have been constructed, this paper proposes to analyze how the role of parents in adolescence mental health is constructed, through a review of interview extracts with parents. Extracts show a dichotomic dialogue between two positions: on the one hand, from the idea of affections and psychologizing adolescent discomfort, and on the other hand, from the need of standing as an authority who sets limits to such expressions.

Keywords: adolescence; clinical psychology; parenthood.

⁽¹⁾ Escuela de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Viña del Mar (UVM), Chile. email: daniela.paz.f@gmail.com

RESUMEN

Considerando las transformaciones socioculturales que han acaecido en los últimos años y su incidencia en los modos de construir las problemáticas psicológicas de los adolescentes en la actualidad, se propone analizar cómo se construye el rol de los padres en la clínica con adolescentes en el contexto actual, mediante la revisión de fragmentos de entrevistas con padres. Se expone un diálogo dicotómico entre dos posicionamientos respecto al rol de los padres: por un lado, desde la idea de los afectos y la psicologización de los modos de malestar adolescentes, y por otro, desde la necesidad de posicionarse como una autoridad que ponga límites frente a estas manifestaciones.

Palabras clave: adolescencia; psicología clínica; parentalidad.

Introducción

El estudio por las problemáticas psicológicas adolescentes se ha transformado en un terreno de investigación y discusión prolífico. La masificación de la importancia de los derechos de los adolescentes ha llevado a múltiples políticas de acción públicas y privadas, así como a un mayor interés en conocer respecto a sus ámbitos de desarrollo normativo.

Según cifras de la Unicef (2011), el 20% de los adolescentes a nivel mundial presentan problemáticas psicopatológicas, siendo el suicido una de las tres causas principales de mortalidad entre sujetos de 15 a 35 años. Adicionalmente, la mitad de los trastornos psicopatológicos comienzan antes de los 14 años de edad. La adolescencia, debido a ser considerada como un momento crítico en el desarrollo de una persona, se ha definido como una etapa de mayor vulnerabilidad, en la cual existen riesgos de adquirir hábitos no saludables que acompañarían durante la vida, con las consecuencias negativas asociadas (MINSAL, 2017).

Las investigaciones en clínica con adolescentes han mostrado la complejidad de esta temática en el contexto actual, existiendo investigaciones vinculadas a algunas problemáticas diagnósticas relacionadas como la ansiedad (Silver et al., 2013), las conductas suicidas (Morhain & Morhain, 2010), psicosis (Nicolò, 2015), consumo de drogas (Laimou, 2017), agresividad (Schiltz et al., 2018) y la depresión (Bronstein, 2010).

También destaca la emergencia de nuevas problemáticas clínicas adolescentes asociadas a las tecnologías o al uso de las redes sociales (Ruiz-Corbella & De-Juanas, 2013), dando cuenta cómo el estudio de la clínica con adolescentes

está atravesado por particularidades propias de la época actual, vinculada a la flexibilización, inestabilidad y la fragilidad (Untoiglich, 2009).

De este modo, el trabajo clínico con adolescentes ha ido paulatinamente inscribiendo un campo propio de teoría y práctica, desprendiéndose de la práctica con los niños para formar su particular trabajo, con el fin de pensar nuevos marcos de referencia que problematicen los modos de riesgo y sufrimiento (Sprinz, 2012). Desde la literatura revisada, los padres no dejan de tener un lugar en la clínica con adolescentes.

El lugar de los padres en la clínica con adolescentes

En este contexto, las nociones en torno a los padres o las figuras primarias de cuidado han ido cambiando: surgen distintos cuestionamientos en torno a la posibilidad de mantener la tríada madre, padre e hijo como representación de la familia (Roudinesco, 2004) y al respecto se abren nuevas perspectivas de abordaje respecto al rol de la familia (Bleichmar, 2007). Así, surge la conceptualización de la parentalidad como modo de pensar el lugar e impacto de los padres o figuras tempranas en el desarrollo de sus hijos e hijas.

La parentalidad suele ser definida de forma amplia, y puede explicarse como “todos los procesos mentales conscientes e inconscientes que conciernen a la experiencia del ser parientes” (Gutton, 2006, p. 9). Marty (2003), refiere que la parentalidad es una de las figuras de las relaciones de objeto, mediante una función biológica y psíquica, asegurando el desarrollo y bienestar del niño.

El origen de este neologismo surge en el año 1961 a partir de los trabajos del psicoanalista Paul-Claude Racamier y sus colaboradores, quienes comienzan por definir el término “maternalidad”, bajo el cual definen el conjunto de procesos afectivos que se desarrollan e integran en la mujer durante la maternidad. Racamier propone traducir el término de motherhood por maternalidad (maternalité) con la intención de darle una significación más dinámica, a partir de su estudio de psicosis post parto. Posteriormente, el autor plantea que parece lógico realizar el mismo ejercicio con el término paternalidad, y luego con el término parentalidad, aunque no define de forma explícita que pueden significar ambos neologismos (Houzel, 1999). Así, el término parentalidad no se utiliza hasta 20 años después, cuando en 1985 René Clement lo hace reaparecer en su artículo “Parentalidad y disparentalidad”, en el cual trabaja el término a partir de los trastornos de crianza en madres (Houzel, 1999).

De este modo, se analizará el rol actual de los padres en las problemáticas clínicas durante la adolescencia, ilustrando dos posiciones en las que el rol de los padres se ha configurado: por una parte, desde la función afectiva o de sostén y contención, y por otra, desde la función de autoridad, las cuales emergen como opuestas. Para esto, se recurrió a fragmentos de entrevistas con dos padres (identificados como P1 y P2) y dos madres (identificadas como M1 y M2), que se encontraban en procesos de atención psicodiagnóstica y psicoterapéutica para sus hijos(as) adolescentes en centros de atención de salud mental.

Análisis

La adolescencia como emergencia de un conflicto

Dentro de los discursos contruidos por los padres, se observa, de manera general, la relación establecida entre la emergencia de la pubertad de sus hijos e hijas, con la noción de conflicto: “Cuando empezó a desarrollarse, se puso pesada, malhumorada” (M2). Anterior a la solicitud de atención psicológica, los padres dan cuenta de un contexto problemático, refiriendo nociones como conflicto, alejamiento, mal humor como parte de la relación y de una nueva identidad de su hijo e hija adolescente. Sin embargo, se establecen diferencias de género respecto a las manifestaciones de estos conceptos. Por un lado, las madres tienden a ser más explícitas respecto a la vivencia de conflictos con sus hijos e hijas, siendo los padres quienes toman un rol más tangencial y proclive a la búsqueda de la resolución práctica de estos conflictos. Particularmente, se describen como parte de estos conflictos las acciones realizadas por los adolescentes, más que el contenido de los discursos de los adolescentes: “se encierra en la pieza” (P2), “me responde de mala manera” (M1) o “se porta mal en el colegio” (P1).

La relación entre pubertad y conflicto se vincula con las conceptualizaciones psicoanalíticas en torno a la adolescencia que han definido este momento psíquico con la elaboración de una impronta que surge de modo orgánico. Las referencias a la pubertad emergen de modo constante dentro de la literatura, ya sea: pensando la pubertad y la adolescencia como una gran etapa, o bien considerando la adolescencia como consecuencia de la pubertad y los cambios físicos que acontecen, o finalmente, pensando como es referido por Marty (2005), a la adolescencia como un tiempo psíquico con el cual se instauran procesos psíquicos previos.

De este modo, la pubertad se expone como una ruptura o un desequilibrio, y se relaciona con las conflictivas expuestas por los padres y madres dentro de las entrevistas. La sexualidad marca y empuja, como impronta que debe ser reapropiada y que hace tambalear los recursos identificatorios con el que anteriormente el adolescente se sostenía (Marty, 2009a). En la adolescencia se viene a pensar de manera fundamental en la estructuración de la vida psíquica y las modalidades defensivas que se configuran para hacer frente a las transformaciones de la pubertad y las fantasías que genera. Fantasías relacionadas sobre todo con la idea de la irrupción de lo puberal, desde lo real biológico, que busca un anclaje elaborativo.

Esta experiencia es vivenciada como traumática por los adolescentes, bajo la cual se origina uno de los principales trabajos de la adolescencia que tiene que ver con elaborar la violencia puberal. Algunos de los entrevistados refieren que parte de ese conflicto se relaciona con temores vinculados a la vivencia de la sexualidad por parte de sus hijos e hijas: “He visto en las noticias cómo son las fiestas y no quiero que quede embarazada y por eso no me gusta que salga tanto a fiestas” (M2). Bajo esto, se podría pensar que la irrupción puberal no es vivenciada sólo como un hecho individual, sino también con efectos intersubjetivos, así como sociales y, por lo tanto, conlleva a repensar en torno a los conflictos descritos por los padres desde distintos niveles de análisis.

Para Marty (2005, 2009a), la pubertad da cuenta de una mutación corporal evidente, estatuto que Dolto (1988) vincula a la reedición de la fragilidad del bebé. Esta experiencia psíquica y corporal no sólo se vivencia desde la fragilidad, sino primeramente como violencia, la cual – de manera manifiesta y en distintos niveles – es vivenciada por los padres y madres, a través de acciones puestas en la relación con ellos, así como en potenciales acciones que visualizan en sus hijos e hijas a partir de los discursos desde medios de comunicación sobre la adolescencia.

Los conflictos adolescentes, así como las conductas de riesgo asociadas con este momento del desarrollo, pueden relacionarse con la noción de violencia. La violencia revelaría la fragilidad narcisista del sujeto en la medida que la respuesta violenta se produce frente a un presunto ataque y supera el registro que se podía sostener frente a la situación: “La violencia marca el exceso de la ruptura radical con el *statu quo*” (Marty, 2001, p. 27).

La violencia entonces podría entenderse como una búsqueda del sujeto para protegerse, como una forma de protección que el sujeto desarrolla hacia peligros externos, así como internos que amenazan al yo (Marty, 2001). Esta amenaza de la cual el adolescente se protege mediante la violencia es descrita por Marty en

dos vías: primero, vivenciada como fuera, como un objeto externo extraño que no está aun unificado con el cuerpo. El cuerpo puberal entonces es vivenciado como no representado, no elaborado, no integrado al sentimiento de la continuidad de la existencia. Lo que se amenaza es la unidad narcisista del sujeto, en donde la pubertad se vivencia como un desborde, y desde ahí, puede relacionarse con las conflictivas con el medio expuestas dentro de la adolescencia, en tanto momento de elaboración de lo puberal (Gutton, 1993).

Segundo, vivenciada desde el interior por su libido, donde el equilibrio psíquico está potencialmente en riesgo de una realización de los fantasmas edípicos pubertarios. Es por estas vías que se representa la violencia puberal, por lo que la pubertad emerge para el adolescente como violencia que debe portar. Es el conflicto con los objetos externos que son progresivamente interiorizados, el que toma el camino de la elaboración de los conflictos de la infancia, proporcionando nuevas posibilidades que ofrecer al conflicto edípico pubertario: “Haría hincapié por esto en la necesidad para el adolescente de confrontar al adulto para su constitución” (Marty, 2001, p. 29).

En base a esto, se deja ver la relación entre el psiquismo adolescente y función parental, y la relevancia que adquiere conocer las complejidades que esta relación tiene también para los propios padres y madres. Podría plantearse que la noción de violencia, conflicto o agresividad que emerge en ocasiones como modo de describir las conductas de los adolescentes, se puede relacionar a nivel inconsciente con la impronta puberal.

La violencia puberal sería traumática, y al mismo tiempo, descubriría la fragilidad adolescente, que se devela. Si se retoman las consideraciones respecto al trauma en psicoanálisis, se puede describir que el trauma causaría síntomas. Por esto, el conceptualizar la pubertad como un trauma psíquico, daría cuenta de una concepción patologizante de la adolescencia, en la cual este momento sería un “síntoma” de la pubertad, definiendo la adolescencia como un evento psicopatológico, que, como trauma, necesita ser curado. Más bien, la adolescencia es un tiempo psíquico de elaboraciones que muestran un cruce entre lo psíquico, corporal e intersubjetivo.

Si el Edipo infantil enfrenta al niño a su deseo y lo prohibido, con la entrada de la pubertad – como se mencionó anteriormente – el adolescente se enfrenta a las imágenes parentales sexualizadas de nuevo. Ahora el adolescente debe enfrentar la transición de la niñez a la edad adulta, volviendo a conectarse con la violencia y las fantasías incestuosas y de parricidio: “seducción violenta, deseos de muerte, violencia necesaria para vivir y violencia necesaria de superar” (Marty, 2003, p. 5).

Por esto, Marty (2009a) y Nasio (2012) refieren que la adolescencia no es una enfermedad, ni una crisis de la vida; sino que más bien da cuenta de la vulnerabilidad a nivel narcisista de encontrar recursos para desarrollar psíquicamente el evento pubertario. La entrada a la pubertad tiene consecuencias en cómo el adulto se posiciona con los adolescentes, y con su propia adolescencia. Bajo esto, se puede comprender el que los padres y madres relacionen la emergencia de la pubertad con la aparición de conflictos explícitos con sus hijos e hijas.

En este caso la violencia no es significada meramente como agresión, sino más bien como una fuerza que genera oposición, y que es necesaria para la emergencia del sujeto, ya que da cuenta también de una fuerza que impulsa y crea la realidad psíquica, siendo capaz a su vez de modificar la realidad externa. Lo que autores como Marty denominan violencia, puede comprenderse más bien como lo que hace exceso, lo que empuja, es decir, la pulsión, pero desde una visión en la cual la actividad pulsional al no ser acotada se transforma en destructividad. Por esto, la necesidad de generar acciones que acoten estos excesos pulsionales y logren promover las condiciones de constitución subjetiva del adolescente. En esta elaboración, el sostén parental surge para Marty (2009b) como una de las principales fuentes en la relación ambiente y psiquismo adolescente.

El lugar de los padres en la adolescencia, como figuras centrales en la representación de la violencia puberal, es más complejo que la repetición o pérdida de imagen. Más bien, da cuenta de repercusiones a nivel psíquico e inaugural que no sólo causan un efecto en el adolescente, sino que implican reelaboraciones propias para las figuras parentales. El lugar de los padres en el proceso de elaboración adolescente no implica sólo las acciones específicas o concretas que los padres puedan realizar frente al accionar de su hijo adolescente, sino que el ambiente parental pensado a su vez como sostén psíquico. Las manifestaciones de sufrimiento psíquico adolescentes son interpretadas por los padres como una forma de conflicto y confrontación directa o indirecta hacia ellos.

De este modo, el ambiente parental es relevante para poder pensar la violencia puberal, y frente a esto pueden identificarse dos posicionamientos al respecto, desde el discurso de los padres. Estas posiciones se relacionan fuertemente con elementos históricos, culturales e intersubjetivos. Desde ahí surge, por un lado, la idea de posicionarse como un sostén afectivo frente al desarrollo adolescente, discurso instalado sobre todo a partir de profesionales *psi* y su mayor participación en los discursos sociales y populares. Por otro lado, surge la idea de posicionarse como una autoridad, discurso que se encuentra relacionado con las propias experiencias de los padres como hijos adolescentes en el pasado y que

los interpela desde su propia historia transgeneracional. Esta dicotomía sigue la propuesta realizada por Rojas (2005) y Wettengel (2009) respecto a las funciones fundantes de la subjetividad.

El sostén narcisista parental

La referencia a los conflictos expuestos en la relación padres-madres e hijos adolescentes es uno de los temas más relevantes que surgen dentro de las entrevistas con los padres y madres. Estos conflictos se sitúan, desde la perspectiva de los padres y madres, relacionados con la pubertad y pueden vincularse a la emergencia de lo que teóricamente ha sido vinculado a lo puberal, en tanto empuje. Al respecto, los padres y madres dan cuenta de dos posiciones distintas para enfrentar este empuje, las cuales en ocasiones, no sin dificultad, buscan complementar. Una de estas posiciones es la idea de que la tarea parental se vincula con la idea de sostener a sus hijos e hijas frente a los conflictos propios de la adolescencia.

La noción de fragilidad se relaciona con la inscripción que el adolescente debe realizar sobre su mutación corporal, que lo transformaría en objeto de cuestionamiento de los adultos, lo cual cargaría al adolescente con angustia o inseguridades respecto a su propia identidad corporal (Nasio, 2012). Son los adultos quienes ayudarían al adolescente a sostenerse en esta fragilidad.

La noción de sostén parental surge a partir de las conceptualizaciones de Winnicott (1990), la cual implica inicialmente la protección de la agresión fisiológica que incluye la del cuidado psíquico. El sostén sería otorgar al infante un ambiente facilitador, en el cual se comprendan las necesidades del niño y al mismo tiempo comience a darse la experiencia de la ilusión, así como de integrar paulatinamente la realidad. Esta experiencia permite la continuidad existencial del ser del bebé. De este modo, esta conceptualización es utilizada no sólo para pensar la integración del bebé, sino también para comprender el lugar parental en el proceso adolescente.

Marty (2001) refiere que la elaboración psíquica de la violencia que irrumpe en la pubertad implica la capacidad del ambiente para soportar los ataques destructivos del adolescente y proporcionarle puntos de referencias para que estos no excedan a su propia agresividad (Marty, 2007). Esta función se da cuenta como un posicionamiento que los padres y madres consideran relevante en su ejercicio parental, ya sea desde lo discursivo, así como la búsqueda de establecer acciones concretas que den cuenta de esta noción de sostén.

El sentimiento de continuidad que Winnicott describe como necesario para el bebé, vuelve a reelaborarse teóricamente al conceptualizar la necesidad de continuidad que el adolescente requiere, debido a la discontinuidad que surge por la efracción puberal. En este punto los padres juegan un papel fundamental e insustituible en este desarrollo, ya que – como refiere Winnicott – deben sobrevivir a los ataques destructivos de los adolescentes. En este punto se genera una analogía desde la perspectiva de los padres, y sobre todo las madres, respecto a la tensión en torno al abandono de la imagen de hijo como bebé, para así ser visto como adulto: “Yo igual la trato como niña a veces, porque en el fondo es mi bebé, una mamá siempre ve a su hija como su bebé” (M2).

Desde un punto de vista simbólico, crecer implica hacerse de un lugar propio en el mundo, y para ello es necesario ocupar el lugar de otros, es decir, el lugar de los adultos, de los padres. En este sentido, Winnicott (1979) plantea que el adolescente para hacerse adulto debe “asesinar” simbólicamente a sus adultos referentes para ocupar su lugar, y esto es difícil de aceptar para los propios padres.

Winnicott (1979) realiza una continuidad entre el desarrollo psíquico temprano y la pubertad y adolescencia, refiriendo que hay ciertos aspectos que se mantienen, y destaca la muerte dentro de esta continuidad, primero como fantasía de muerte en la niñez temprana y luego como fantasía de asesinato en la pubertad y adolescencia, la cual facilita en un nivel simbólico que el sujeto adolescente pueda existir como un adulto, en tanto sujeto con derecho propio.

El autor también destaca que lo prioritario dentro del estudio de la clínica con adolescentes es el proceso de maduración y crecimiento hacia el desarrollo adulto, pero se ha dejado de lado el potencial que existe en la inmadurez (Winnicott, 1979). Así, el rol de los adultos consiste en estar ahí el tiempo que sea exigido para el desarrollo adolescente. El proceso de desarrollo adolescente comprende un acto de confrontación, frente al cual los adultos deben mantenerse vivaces frente a los adolescentes, lo cual no tiene que ver con represión o venganza, sino más bien con una contención que tenga su propia fuerza (Winnicott, 1979).

La adolescencia es un proceso activo – y por esto también agresivo –, y estos esfuerzos deben ser encarados y convertidos en realidad a través de un acto de confrontación: “Hace falta adultos si se quiere que los adolescentes tengan vida y vivacidad. La confrontación se refiere a una contención que no posea características de represalia, de venganza, pero que tenga su propia fuerza” (Winnicott, 1979, p. 193).

Al analizar las entrevistas, se da cuenta de que los padres y madres exponen dificultades en su posicionamiento frente a sus hijos adolescentes, sobre todo respecto a las dimensiones de conflicto con ellos. En muchas ocasiones, este desgaste

conlleva a la reacción agresiva de los propios padres, transmitiendo la tensión de conflicto respecto al desborde en su función, idea que es apoyada por las revisiones clínicas de autores como Marty (2001). Por ejemplo, una de las madres refiere: “A veces me altera, me sobrepasa, cuando responde de manera pesada o agresiva, siento que no puedo tolerarlo y que le tengo que mostrar quién es la que manda” (M2).

De este modo, en las entrevistas realizadas, se da cuenta de una tensión entre la internalización de discursos – sobre todo transmitidos por psicólogos y médicos en los medios y contexto escolar – vinculados a la idea de sostén frente a las problemáticas de los hijos e hijas, pero al mismo tiempo, la referencia a una dificultad en mantener esta posición debido al desgaste ocasionado por la vida laboral de los adultos, mostrando una posición más vinculada a la idea de autoridad (que asocian con ser menos comprensivos), cuando se encuentran cansados debido a la carga laboral. Desde acá, es importante plantear que todos los padres y madres entrevistados se desempeñaban en algún trabajo formal o informal, independiente de su formación educacional. Bajo esto, se hace presente en las madres una mayor explicitación de sentimientos de culpa respecto a tener que trabajar, y muchas veces, una relación establecida entre las problemáticas presentadas por sus hijos e hijas y el poco tiempo que pasaban en el hogar: “Quizás se pone así porque paso poco tiempo en la casa. Pero yo quiero que él entienda que si trabajo es para darle lo mejor, no para dejarlo botado” (M1, al referir durante entrevista su ocupación).

Para Marty (2001), el sostén narcisista parental es la mejor manera de permitir a los adolescentes de luchar efectivamente contra su propia tendencia a la destrucción: “El sostén narcisista parental incluye la capacidad de los padres para proporcionar un apoyo a sus hijos para su agresividad” (p. 29). Si se refiere que el adolescente no existe, es para Marty (2009b) debido a que no existe si no es en la confrontación con sus padres: “Es una promesa de éxito de la travesía de la adolescencia que la agresividad, fruto de la violencia simbolizada, se exprese al encontrarse con sus imágenes parentales” (p. 26).

Si bien se reconoce la dificultad que implica para los padres la confrontación, ésta es un signo de conflictualización que se internaliza (Marty, 2009b). Esto, ya que la adolescencia es un proceso que tiene la función de integrar la violencia puberal permitiendo que el adolescente pueda renunciar a los objetos sexuales de los padres que son investidos, para así conducirse al camino de la subjetivación (Cahn, 1997).

Así, la doble naturaleza de la violencia (fuerza y destructividad) también indica la necesidad de transformar la violencia poniéndola al servicio de la co-

munidad en el enlace de la creatividad social. Es por esto que surge en la elaboración de la violencia el papel de los padres y los adultos, como reguladores de la violencia vital que ocurre en la adolescencia, para asegurar la pacificación de esta energía para la vida.

Así, los padres a su vez manifiestan la interpelación en este rol, sobre todo a partir de discursos del complejo *psi* (Rose, 1996) y pedagógicos que enfatizan el rol de los padres en el desarrollo y que dan cuenta de la necesidad de los padres de mostrarse como un ambiente afectivo y efectivo, desde lógicas vinculadas a la psicoeducación: “Uno siempre escucha en la tele a los psicólogos que dicen cómo debe uno ser con los hijos, también el psicólogo del colegio de mi hijo... es difícil, porque dicen que hay que apoyar pero no es tan fácil” (P2) o “Hay libros que uno ve, de que hay que criar de forma amorosa pero firme, pero a veces uno llega cansada y no te da la cabeza para eso, para hacer ese equilibrio” (M1). De este modo, este rol se ve tensionado debido a las condiciones bajo las cuales la función de sostén emerge, en un contexto donde los adultos tampoco se sienten sostenidos. Los padres y madres en su totalidad describen dentro de las dificultades respecto a esta función sentimientos de agotamiento, así como dificultades vinculadas a su propia adolescencia y cómo fue vivenciada en la relación con sus padres, volcando el análisis a la relevancia de lo transgeneracional en el ejercicio parental en el contexto actual.

Estos discursos *psi* emergen a lo largo de las entrevistas con los padres, donde se describen psicólogos, psiquiatras y médicos bajo el título de expertos en adolescencia como voces que describen y al mismo tiempo prescriben lo esperado para la adolescencia, dando énfasis a los padres como responsables del proceso: “Un psicólogo dijo en el colegio que la adolescencia era difícil, que había mucha experimentación, droga, porque los padres trabajamos mucho y estamos alejados, entonces como padre uno se asusta, complica y quiere tener herramientas para sobrellevar eso” (P2). Los discursos *psi* se posicionan como discursos que podrían entregar herramientas y conocimientos respecto a qué esperar de la adolescencia y cómo resolver los conflictos y son transmitidos no sólo a nivel macro sino también desde prácticas micro, como por ejemplo instancias escolares.

Frente a esta responsabilización de las problemáticas adolescentes en la figura de los padres, los padres y madres describen en sus discursos una mayor relación a un posicionamiento vinculado a los límites y las normas dentro de la crianza, viendo esta función como más cercana a las prácticas que ellos mismo vivenciaron como hijos: “Cuando uno era chico o joven, había que respetar y obedecer, no estaba esto de los psicólogos y uno no quedaba traumatado” (P1).

Al respecto, surge otro posicionamiento que busca mostrarse como compatible con la función de sostén, que se relaciona con la función de autoridad e interdicción parental.

Edipo adolescente, autoridad e interdicción

Para los padres y madres, emerge como un tema relevante su propia adolescencia como “guía” respecto a cómo criar a sus hijos e hijas. Se da cuenta de un discurso que muestra la idea de la parentalidad vinculada a la autoridad como modo de ejercicio, así como una crítica a los discursos educativos y *psi* que buscan mostrar otras propuestas sobre el ejercicio parental. Desde su propia vivencia como hijos, se tensionan dos modos de pensarse como padres y madres, y desde ahí, la idea de autoridad surge como cercana a la visión respecto a cómo para los padres y madres fueron sus propios cuidadores: “Yo me siento muy perdida, porque por un lado sé que debo ser buena para que mi hijo confíe en mí y no me oculte cosas, pero tampoco quiero que se aproveche de eso... [los psicólogos] te dicen que hay que hacer esas dos cosas pero no explican los cuándo y cómo” (M1). Esta percepción de ambivalencia dentro de los discursos de profesionales *psi* – ya sea a través de los medios, así como en intervenciones escolares en las que los padres han participado – es compartida por los padres y madres en las entrevistas.

Surge entonces la idea de la interdicción como una parte necesaria respecto al ejercicio parental con adolescentes en conjunto con la dimensión de sostén afectivo propuesta anteriormente: “Es importante poner límites, porque una es la mamá y hay que hacerle caso” (M1). Este discurso se repite en el resto de los padres entrevistados, surgiendo la necesidad de mostrarse como autoridad, con el fin de establecer límites con los propios adolescentes. Esta identidad de autoridad se muestra como una herencia respecto a sus propias experiencias, como oferta identificatoria respecto a lo qué es ser padre y madre, desde su historia.

La idea de límite se muestra en algunos antecedentes teóricos desde el psicoanálisis. De este modo, para comprender esta función de corte, es necesario revisar la dinámica en la cual este proceso surge de forma más patente, que es la del Edipo. La adolescencia sería el momento psíquico en el cual la irrupción corporal, vivenciada como violencia, puede elaborarse. Ahora bien, la vida psíquica no es sólo atacada por la violencia del cuerpo puberal, sino más bien por la reviviscencia de la comprobación edípica que cuestiona los puntos de referencia del adolescente (Marty, 2007). Lo biológico se impone desde las transformaciones corporales

perceptibles que inscribe la creencia identitaria de un nuevo sistema generacional, con un valor estructurante (Gutton, 1993; Marty, 2009a).

En el Edipo adolescente surge una nueva impronta que hace resurgir lo arcaico, lo cual debe ser elaborado por parte del adolescente. Los conflictos edípicos aparecidos en la infancia se reactivarán con la impronta fisiológica puberal, que ya trae consigo su propio trabajo edípico, siendo su resolución una temática estructurante que implica la aceptación de la ley de interdicción (Dolto, 1981).

El Edipo en la adolescencia vuelve a surgir como un organizador de la vida psíquica del adolescente, a partir de la puesta en límite de la irrupción puberal, así como momento de continuidad con el Edipo en la infancia. Tal relevancia de la ley es continua y de suma importancia: “es preciso que la vigilancia educativa no se relaje, pues si no las fantasías puestas en práctica sin control harían de todo público testigo un espejo cómplice. Así, padres y educadores siempre deben verbalizar las prohibiciones que pronuncian en contra de los actos antisociales del niño” (Dolto, 1981, p. 192).

Para algunos autores (Dolto, 1981; Freud, 1923[1925]; Lacan, 1956-1957), son los padres quienes deben transmitir esta ley. La crisis edípica se resolverá solo cuando existe un duelo definitivo de todas las fantasías y ensueños en torno a las posibles trampas de la prohibición del incesto (Dolto, 1981). En el Edipo adolescente esto implica además la aceptación del duelo de la vida imaginaria de la infancia.

Siguiendo a Rassial (1999), podría referirse que la adolescencia como tal es un momento simbólico, en el cual ocurre una operación que va más allá del anclaje imaginario con el cual se ha asociado la adolescencia, como continuidad de la infancia: “El anclaje simbólico no es clave en la estructura subjetiva para marcar al sujeto y al Otro más que por ser el efecto de un cierto número de momentos (...) y una necesidad de orden simbólico en la que cada palabra cuenta, cuyo transmisor sería el padre” (p. 98).

La idea de interdicción se expone de suma importancia en la estructuración psíquica, no sólo como una necesidad individual, sino también para la producción cultural, ya que mediante esta interdicción – que es colectiva y psíquica – se transmiten valores y normas, otorgándole sentido al lazo social y el orden simbólico, en tanto el sujeto se visualiza como portador de una filiación, pertenencia e identidad. Por esto, la familia actúa en la instalación de la renuncia pulsional (Wettengel, 2009).

Por esto, una de las operaciones que la parentalidad debe llevar a cabo frente a la violencia puberal es la transmisión de esta ley. Ahora bien, dentro del desarrollo teórico son los padres quienes deben transmitir esta ley y facilitar la

introyección por parte del niño o joven de esta interdicción. Esto posiciona la mirada no sólo en cómo afecta al hijo esta dinámica, sino también en el peso otorgado a las figuras parentales como responsables de esto. La habilitación del oficio de madre y padre abre una temática que sesga la subjetividad parental, que tiene relación con el problema de la supuesta relación naturalizada con la ley simbólica, como si fuera algo ya dado y sin transformaciones, desde donde se podrían ejercer acciones que pautan, prescriben y proscriben los límites para el niño o adolescente (Wettengel, 2009).

Como refiere Marty (2007), afrontar el lugar de autoridad parental, de quien ponga un límite, es difícil. Es la oposición de las generaciones la tarea más importante y al mismo más difícil que debe afrontar el sujeto (Freud, 1909[1908]), pero esto no sólo para el sujeto en constitución, sino también para la generación anterior, la cual debe transmitir esta puesta en límite e interdicción. Dolto (1988) reconoce esta dificultad cuando observa que, si bien son los adultos quienes deben promover la adultez, al mismo tiempo no son valores de referencia adecuados para los adolescentes, quienes buscan otros referentes. Esta dificultad contribuye a las problemáticas que los padres pueden vivenciar para sostenerse en este lugar.

Sin embargo, desde el discurso de los padres y madres entrevistados, la idea de interdicción se relaciona con la de una autoridad imaginaria, vinculada a sus propias experiencias y definiciones respecto a lo que es ser una autoridad: “Uno sabe como ser papá según lo que vio, es difícil cambiar esas cosas porque ya llevan años con uno” (P2). Esto en ocasiones llevaba a naturalizar – sobre todo en los padres – conductas agresivas o violentas vivenciadas durante su niñez y adolescencia, así como a minimizar la relevancia de los elementos afectivos y de sostenimiento en esta etapa: “Me acuerdo que cuando chica a mi me daban una cachetada y se acabó el conflicto, pero ahora las cosas son distintas, han cambiado, entonces uno tiene que inventar otros recursos para solucionar las cosas” (M2). A partir de esto, bajo estos discursos se puede evidenciar con mayor relevancia el empuje de la propia historia de los padres en su ejercicio parental durante la adolescencia de sus hijos, que se construye a partir de los recuerdos de sus propias experiencias como hijos, en tanto saber transgeneracional.

Adicionalmente, el rol de los educadores descrito por Dolto (1981) sigue vigente en las prácticas e intervenciones con adolescentes, lo cual puede evidenciarse desde el discurso parental. Así, no es solo la figura del psicólogo quien emerge como un portavoz respecto al deber ser parental, sino también los profesores quienes han tomado este rol, dando cuenta de discursos psicologizantes respecto a las problemáticas escolares de los adolescentes: “La profesora me mandó a

llamar, porque dice que quizás mi hijo tiene déficit atencional y por eso se porta mal, o por eso le está yendo mal en el colegio” (M1).

Frente a estas demandas escolares, los padres viven con mayor intensidad los conflictos en la relación con sus hijos adolescentes, dando cuenta de una ambivalencia respecto a cómo mediar estos conflictos, lo cual ha quedado representado en los distintos extractos de las entrevistas, desde donde intentan integrar los discursos de expertos en psicología y salud mental como modo de mediar estos conflictos.

Conclusiones

El ejercicio parental es una temática que se torna relevante en el estudio psicoanalítico de la adolescencia. Esto, ya que, por un lado, propone la integración del contexto y las variables sociohistóricas en el ejercicio clínico con adolescentes, lo cual implica una reflexión respecto a cómo es posible pensar hoy la clínica con adolescentes. En base a esto, la clínica con adolescentes implica complejidades particulares que integran, por ejemplo, el rol de los padres en la clínica con adolescentes.

A partir de las entrevistas, se puede dar cuenta de dos posicionamientos para comprender cómo es ser padre y madre de adolescentes en la clínica actual: por un lado, la idea de la importancia de ser un sostén afectivo para su hijo frente a las dificultades presentadas, la cual a su vez se sostiene y transmite desde los discursos del complejo *psi*, los cuales son transmitidos por psicólogos y psiquiatras en medios de comunicación y contexto escolar, los que los padres ven como herramientas para sobrellevar los conflictos y peligros propios de la adolescencia, desde su punto de vista. Así, estos discursos son expuestos en medios de comunicación y redes sociales e interpretados por los padres y madres como un ideal a alcanzar respecto al ejercicio parental, el cual se ve dificultado debido a – desde la perspectiva de los padres y madres – el desgaste y cansancio ocasionado por el contexto laboral en donde los padres y madres se desempeñan.

Desde acá es relevante pensar cómo la relación establecida entre lo materno y lo privado del hogar se problematiza, considerando a su vez cómo la inclusión laboral de la mujer también es un factor a tomar en cuenta con el fin de cuestionar los preceptos que desde los mismos discursos del complejo *psi* se han construido en torno al rol de la mujer en la crianza y cuidado de hijos. Las madres entrevistadas referían explícitamente sentimientos de culpa por tener que trabajar – ya sea de manera formal o informal – y bajo esto, dejar históricamente el cui-

dado de sus hijos en otros agentes, como guarderías, jardines infantiles, niñeras u otros familiares de sexo femenino como tías y abuelas. Este cuestionamiento no se explicitaba por parte de los padres. Esto nos lleva a pensar la relevancia de integrar en el ejercicio y análisis clínico los elementos contextuales, sociales y políticos en los cuales la subjetividad parental se produce.

Frente a esta dificultad percibida en el advenimiento de la función de sostén, surgen otros discursos vinculados a la idea de que el ejercicio parental se posiciona desde la autoridad, los límites y la interdicción, configurándose desde esta dualidad (Wettengel, 2009). Estos discursos dan cuenta de la relevancia de que los padres se posicionen como una autoridad y se encuentra relacionada con la historia personal de los padres y madres entrevistados. Desde este punto, dan cuenta de cómo los padres y madres, en sus recuerdos de su propia adolescencia, refieren la importancia que tenía ver a los padres como una autoridad que había que respetar, y desde ahí, en momentos se desvalida el discurso vinculado al sostén, ya que los discursos *psi* son vinculados a un saber más teórico y alejado de la cotidianidad, en contraste con el peso de las experiencias cotidianas y la historia. Esto en ocasiones conlleva a la naturalización de conductas agresivas y violentas en su propia historia, lo cual tiene consecuencias en su ejercicio parental con sus hijos e hijas adolescentes, siguiendo la dualidad propuesta por Rojas (2005) y Wettengel (2009).

Los padres reconocen lo compleja que es la vivencia de la parentalidad durante la adolescencia, ya que la dinámica no es unidireccional, sino que también los convoca a sus propias vivencias respecto al ejercicio parental en la adolescencia. Al mismo tiempo, autores como Dolto (1988) realizaron advertencias contra el abuso de la psicoterapia, ya que la misma sociedad se encargaría de quitarles a los padres la poca autoridad que pueden conservar, para otorgársela a los auxiliares de la educación (De Saurezac, 1993). Frente a esto, surge la pregunta respecto al rol del psicoanálisis en esta tensión: ¿es el psicoanálisis también un discurso *psi*? ¿Cómo puede el psicoanálisis construirse como un espacio de reflexión frente a estos discursos?

Así, las operaciones de la parentalidad no representan solo una transmisión concreta por parte de los padres, sino que también invocan a su propio trabajo psíquico como padres y como sujetos. La emergencia de su propio Complejo de Edipo en este proceso, así como la vivencia psíquica particular que construyen en este proceso relacional con su hijo adolescente, da cuenta de una configuración particular de la parentalidad en este momento vital, el cual puede ser descrito inicialmente a partir de su propio Complejo de Edipo. De este modo, los padres transitan entre una doble ambivalencia relacionada con cómo posicionarse, sobre

todo en los momentos de conflicto con sus hijos adolescentes: por una parte, considerando la ambivalencia entre el peso de los discursos *psi* en sus prácticas parentales, en contraste con el peso de su historia y experiencias. Por otra parte, la ambivalencia en las conflictivas con sus hijos adolescentes entre un posicionamiento vinculado al sostén afectivo y, por otro lado, la autoridad e interdicción como funciones.

Finalmente, es posible pensar que estas operaciones se hacen más patentes en la relación que se establece con la pubertad de sus hijos e hijas, en tanto empuje corporal y pulsional que busca ser comprendido por parte de los padres y madres, y que al mismo tiempo muestra cómo las diferencias generacionales se van construyendo y marcando. Bajo esto, el posicionamiento de los padres respecto a su ejercicio se hace relevante en la clínica con adolescentes, en tanto, más que ser sujetos tangenciales en los procesos psicoterapéuticos con adolescentes, sus discursos otorgan un contexto histórico para la comprensión de su rol como padres en el ejercicio parental. Adicionalmente, este ejercicio se encuentra atravesado por variables contextuales, históricas e incluso políticas, que deben también ser incluidas en los estudios clínicos con el fin de entender sus transformaciones frente a las problemáticas actuales.

Referencias

- Bleichmar, S. (2007). Las nuevas cuestiones ponen en crisis viejas teorías: Entrevista de Eva Rotenberg a Silvia Bleichmar. In: Rotenberg, E.; Agrest, B. *Homoparentalidades: Nuevas familias*, p. 91-98. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bronstein, C. (2010). Two modalities of manic defences: Their function in adolescent breakdown. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(3), 583-600. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2010.00261.x>
- Cahn, R. (1997). *L'adolescent dans la psychanalyse: L'aventure de la subjectivation*. Paris: Presses Universitaires de France.
- De Sauverzac, J. (1993). *Françoise Dolto. Itinerario de una psicoanalista*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- Dolto, F. (1981). Prefacio. In: Mannoni, M. *La primera entrevista con el psicoanalista*, p. 9-40. Buenos Aires: Gedisa.
- Dolto, F. (1988). *La causa de los adolescentes*. Barcelona: Seix Barral.
- Freud, S. (1909[1908]). La novela familiar del neurótico. In: *Obras Completas*, tomo IX, p. 217-220. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1923[1925]). El yo y el ello. In: *Obras Completas*, tomo XIX, p. 13-66. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gutton, P. (1993). *Lo puberal*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gutton, P. (2006). Parentalité. *Adolescence*, 55(1), 9-32. <https://doi.org/10.3917/ado.055.0009>
- Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Paris: Eres.
- Lacan, J. (1956-1957). *El Seminario, Libro IV. La relación de objeto*. Barcelona: Paidós.
- Laimou, D. (2017). L'investissement perceptif du TAT au service de la dépendance du sujet, dans le contexte de la dynamique psychique de l'adolescent suicidant. *Bulletin de psychologie*, 547(1), 45-57. <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2017-1-page-45.htm>
- Marty, F. (2001). Les parents face au risque de la violence des enfants et des adolescents. *Le Carnet PSY*, 64, 25-33. <https://doi.org/10.3917/lcp.064.0025>
- Marty, F. (2003). La parentalité: Un nouveau concept pour quelles réalités?, la place du père. *Le Carnet PSY*, 81, 27-33. <https://doi.org/10.3917/lcp.081.0027>
- Marty, F. (2005). Hacia una tercera anamorfosis en la teoría de la sexualidad. In: Birraux, A.; Frioni, M.; Ginés, A.; Huerre, P.; Kancyper, L.; Lauru, D.; Maggi, I.; Marty, F.; Ouvry, O.; Pelento, M. L.; Pommier, F.; Prego, C. E.; Ulriksen, M.; Viñar, M. *Adolescentes hoy en la frontera entre lo psíquico y lo social*, p. 14-21. Montevideo: Trilce.
- Marty, F. (2007). Soutiens narcissiques à l'adolescence. *Le Journal des Psychologues*, 245(2), 22-27. <https://doi.org/10.3917/jdp.245.0022>
- Marty, F. (2009a). La adolescencia como experiencia límite. In: Bilbao, A.; Morlans, I. (Ed.) *Subjetivación, Adolescencia, Institución: Psicopatología Clínica y Social*, p. 61-86. Santiago: LOM Impresiones.
- Marty, F. (2009b). La psychothérapie psychanalytique d'adolescent existe-t-elle? *Le Carnet PSY*, 135, 22-29. <https://doi.org/10.3917/lcp.135.0022>
- MINSAL – Ministerio de Salud (2017). *Plan Nacional de Salud Mental*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Morhain, É.; Morhain, Y. (2010). «Violon». La tentative de suicide d'une adolescente: Travail de deuil et sublimation. *Adolescence*, 2(72), 331-345. <https://doi.org/10.3917/ado.072.0331>
- Nasio, J. (2012). *¿Cómo actuar con un adolescente difícil? Consejos para padres y profesionales*. Buenos Aires: Paidós.
- Nicolò, A. (2015). Psychotic functioning in adolescence: The perverse solution to survive. *The International Journal of Psychoanalysis*, 96(5), 1335-1353. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12316>
- Rassial, J. (1999). *El pasaje adolescente. De la familia al vínculo social*. Barcelona: Ediciones del Serbal.
- Rojas, M. (2005). El trabajo psicoanalítico con padres. *Cuestiones de infancia*, 9, 41-50. <http://dspace.uces.edu.ar>

- Rose, N. (1996). *Inventing our selves: Psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Roudinesco, E. (2004). *La familia en desorden*. Barcelona: Anagrama.
- Ruiz-Corbella, M.; De-Juanas Oliva, Á. (2013). Redes sociales, identidad y adolescencia: Nuevos retos educativos para la familia. *Estudios sobre Educación*, 25, 95-113. <https://www.unav.edu/publicaciones/revistas/index.php/estudios-sobre-educacion/article/viewFile/1883/1753>
- Schiltz, L.; Diwo, R.; De Tychev, C. (2018). Adolescence, agressivité, style expressif: Réflexions théoriques illustrées au moyen du Rorschach. *Annales médico-psychologiques*, 177(3), 208-215. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.11.011>
- Silver, G.; Shapiro, T.; Milrod, B. (2013). Treatment of anxiety in children and adolescents: Using child and adolescent anxiety psychodynamic psychotherapy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 22(1), 83-96. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.08.005>
- Sprinz, V. (2012). Reflections on psychoanalytic technique with adolescent today: Pseudo-pseudomaturity. *The International Journal of Psychoanalysis*, 93(3), 649-666. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2012.00575.x>
- UNICEF (2011). *Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia: Una época de oportunidades*. https://www.unicef.org/spanish/publications/index_57468.html
- Untoiglich, G. (2009). Patologías actuales en la infancia. In: Wettengel, L.; Untoiglich, G.; Szyber, G. *Patologías actuales en la infancia. Bordes y desbordes en clínica y educación*, p. 13-34. Buenos Aires: Noveduc.
- Wettengel, L. (2009). Trazando surcos: El trabajo de la parentalidad. In: Wettengel, L.; Untoiglich, G.; Szyber, G. *Patologías actuales en la infancia. Bordes y desbordes en clínica y educación*, p. 35-52. Buenos Aires: Noveduc.
- Winnicott, D. (1979). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. (1990). *El gesto espontáneo: Cartas escogidas*. Barcelona: Paidós.

Recebido em 15 de setembro de 2019

Aceito para publicação em 22 de novembro de 2019

À EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA PRECOZE NO BERÇO DAS CRIANÇAS “SÁBIAS”

*THE EARLY TRAUMATIC EXPERIENCE IN
THE CRADLE OF WISE CHILDREN*

*LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA PRECOZ EN
LA CUNA DE LOS NIÑOS “SABIOS”*

Marina Firpo Siqueira Pereira⁽¹⁾

Diego Frichs Antonello⁽²⁾

Carolina Schumacher⁽³⁾

Cristina Saling Kruehl⁽⁴⁾

RESUMO

Este ensaio busca elucidar os efeitos da experiência traumática precoce para a constituição psíquica da criança, com ênfase nas formulações de Winnicott e Ferenczi sobre o uso indevido da mente e a autoclivagem narcísica, respectivamente. Por meio de uma revisão teórica, propõe-se uma discussão acerca das relações primárias, considerando-se os efeitos das experiências traumáticas precoces para a constituição psíquica da criança. Conclui-se que ambas as reações psíquicas propostas por Winnicott e Ferenczi expressam, embora em tempos diferentes do processo de constituição psíquica, a emergência do amadurecimento precoce e cindido em decorrência do desencontro entre o universo infantil e o mundo adulto.

Palavras-chave: psicanálise; trauma psíquico; infância; Winnicott; Ferenczi.

⁽¹⁾ Psicóloga pela Universidade Franciscana (UFN), aluna do Curso de Formação em Psicanálise e membro associado à Constructo Instituição Psicanalítica de Porto Alegre, Santa Maria, RS, Brasil. email: marina.fsp1@gmail.com

⁽²⁾ Doutor em memória social pelo programa de pós-graduação em memória social pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Mestre em teoria psicanalítica pelo programa de pós-graduação em teoria psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), integrante do grupo brasileiro de pesquisa de Sandor Ferenczi, Professor do curso de graduação em psicologia da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), RS, Brasil. email: dfantonello@yahoo.com.br

⁽³⁾ Psicóloga, Mestre em psicologia da saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Docente na graduação em psicologia da Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria, RS, Brasil. email: carolina.schu@yahoo.com.br

⁽⁴⁾ Psicóloga, Doutora em distúrbios da comunicação humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Docente na graduação em psicologia e no mestrado profissional em saúde materno-infantil da Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria, RS, Brasil. email: cristinaskruehl@gmail.com

ABSTRACT

This essay intends to elucidate the effects of early traumatic experience on the psychic constitution of the child, with emphasis on Winnicott's and Ferenczi's formulations on the misuse of the mind and the cleavage of the ego, respectively. By means of a theoretical revision, a discussion is proposed about primary relations, considering the effects of early traumatic experiences for the psychic constitution of the child. It is found that psychic reactions proposed by both Winnicott and Ferenczi express, though at different stages of the process of psychic constitution, the emergence of precocious maturity, split due to the mismatch between the infant universe and the adult world.

Keywords: psychoanalysis; psychic trauma; childhood; Winnicott; Ferenczi.

RESUMEN

Este ensayo busca aclarar los efectos de la experiencia traumática precoz para la constitución psíquica, con énfasis en las formulaciones de Winnicott y Ferenczi sobre el uso indebido de la mente y la auto-escisión narcisista, respectivamente. Por medio de una revisión teórica, se propone una discusión sobre las relaciones primarias, llevando en consideración los efectos de las experiencias traumáticas precoces para la constitución psíquica del niño. Se concluye que ambas relaciones psíquicas propuestas por Winnicott y Ferenczi presentan, aunque en tiempos distintos del proceso de constitución psíquica, la emergencia de la maduración precoz y dividida como resultado de la discordancia entre el universo infantil y el mundo adulto.

Palabras clave: psicoanálisis; trauma psíquico; niñez; Winnicott; Ferenczi.

Introdução

O termo psicanálise foi cunhado por Sigmund Freud em 1896 e se refere a um método peculiar de tratamento pela fala, baseado na investigação dos processos inconscientes, por meio da associação livre por parte do paciente e da interpretação, pertinente ao analista. A associação livre é manifesta pela fala não dirigida do paciente, sendo considerada a regra fundamental da análise, que permite, ao analista, maior acesso aos conteúdos inconscientes, ao passo que a interpretação realizada pelo analista almeja lançar luz sobre novas significações para os conteúdos inconscientes (Roudinesco & Plon, 1998).

A construção da teoria freudiana ocorreu a partir de atendimentos realizados por Freud, que, após cada sessão, redigia o relato do caso para que pu-

desse analisá-lo e construir a teoria psicanalítica, partindo de sua prática clínica (Guimarães & Bento, 2008). Assim, a elaboração da teoria freudiana está profundamente atrelada à experiência clínica de seu fundador.

Ainda que as contribuições freudianas ofereçam respaldo teórico-técnico para a atuação do psicólogo ou psicanalista, a clínica psicanalítica contemporânea vem encontrando sujeitos com sintomatologias que não resultam tão somente da lógica do conflito psíquico, do recalque e dos representantes pulsionais propostos por Freud. Assim, tem-se pensado em novas interpelações a respeito do mal-estar do sujeito, a fim de que se possa refletir sobre as modalidades de sofrimento que escapam ao conflito exclusivo da castração. É necessário destacar que essas modalidades de sofrimento já existiam, não sendo específicas da vida contemporânea; contudo, tornaram-se atualmente mais evidentes na prática clínica cotidiana (Kegler, 2006).

Um dos registros do mal-estar contemporâneo está situado no campo da intensidade e do excesso. Os acontecimentos, nos tempos atuais, apresentam-se, muitas vezes, como um elemento surpresa para o sujeito, visto que as experiências cotidianas tendem a se desvelar com uma dimensão intempestiva e marcada pela imprevisibilidade, provocando no sujeito, uma espécie de paralisia psíquica e desorientação (Birman, 2012). Percebe-se também que alguns adultos, responsáveis pelo cuidado de bebês e de crianças pequenas, apresentam certa incapacidade de cuidar, por estarem envolvidos em sua própria sobrevivência física e psíquica (Figueiredo, 2007).

Pode-se entrever que alguns sujeitos, imersos nesse contexto de urgências, também podem agir com certa imprevisibilidade e intensidade ao cuidar, investir e traduzir o mundo para suas crianças. As reações excessivas por parte de alguns adultos, que estão aparentemente envolvidos em sua própria sobrevivência psíquica, podem exigir dos pequenos o uso precoce de mecanismos psíquicos defensivos.

Tendo em vista tais constatações, este ensaio propõe reflexões sobre as relações humanas primárias, considerando possíveis consequências do cuidado falho a bebês e crianças pequenas, com especial atenção a dois mecanismos psíquicos, um proposto por Winnicott e outro por Ferenczi, que podem se originar em diferentes etapas do percurso maturacional da criança como resposta a falhas ambientais. Propõe-se que aquelas nomeadas, neste ensaio, como crianças sábias tenham sido forjadas por exigências demasiadamente precoces de seus cuidadores primordiais, ou seja, exigências anteriores ao tempo em que seriam capazes de atendê-las. Trata-se, portanto, de um ensaio que busca elucidar os efeitos da experiência traumática precoce para a constituição psíquica da criança, com

ênfase nas formulações de Winnicott e Ferenczi sobre o uso indevido da mente e a auto-clivagem narcísica, respectivamente.

Para tanto, como ponto de partida, foram retomadas algumas teorizações freudianas. No decorrer do ensaio, a fim de promover um espaço de abertura e diálogo entre diferentes pontos de vista no campo da psicanálise, foram abordadas e articuladas as contribuições dos psicanalistas Ferenczi e Winnicott. Psicanalistas contemporâneos também foram estudados, por fornecerem subsídios teóricos relacionados ao tema proposto.

Metodologia

Propõe-se, aqui, um ensaio teórico, tomado como um gênero textual que se aproxima de um estilo literário, adotando um estilo de escrita livre, visto que não contempla os passos de uma análise minuciosa. Esse tipo de escrita também permite a utilização de uma linguagem poética, uma vez que concede ao autor maior liberdade de interpretação e reflexão (Paviani, 2009).

Trata-se, portanto, de um ensaio teórico desenvolvido por meio do estudo aprofundado da psicanálise. O estudo é de cunho qualitativo e de natureza exploratória, oportunizando o acesso a informações sobre o tema a partir de um planejamento flexível, que envolveu um levantamento bibliográfico (Provdanov & Freitas, 2013). Atualmente, a pesquisa qualitativa tem um lugar importante no que se refere às possibilidades de investigação dos fenômenos que circundam os seres humanos e suas relações sociais, o que corresponde à proposta aqui exposta (Godoy, 1995).

A pesquisa bibliográfica realizada foi desenvolvida pela busca por materiais preexistentes, os quais compreendem livros, artigos científicos e dissertações. Deu-se por meio do contato direto das pesquisadoras com materiais publicados, e foi importante observar as convergências e contradições que as diferentes obras apresentaram (Gil, 2007; Provdanov & Freitas, 2013).

Implicações do cuidado para a constituição psíquica do sujeito

[...] uma unidade comparável ao Eu não existe desde o começo no indivíduo; o Eu tem que ser desenvolvido (Freud, 1914/2010, p. 19).

A partir de 1914, Freud passou a compreender a constituição do ego a partir de uma dimensão sexual, ou seja, passou a assumir a premissa que, para que o ego se constitua, é preciso que haja investimento da libido, concebida, pela psicanálise, como energia sexual (Freud, 1914/2010). No Projeto *Para Uma Psicologia Científica*, Freud (1895/1996) postulou que o sujeito se depara com quantidades de energias procedentes do mundo externo e do mundo interno, que põem o aparelho psíquico em funcionamento. A criança, portanto, tem que dar conta dessas energias que, por vezes, tornam-se excessivas devido ao estado de desamparo constitutivo.

Inicialmente, a criança encontra-se numa condição de desamparo constitutiva e necessita do auxílio do outro, isto é, de uma ajuda alheia para que realize uma ação específica a fim de dar um destino às excitações (Freud, 1895/1996). Nota-se que o sujeito, para a psicanálise, está, desde os primórdios, dependente da relação com o outro. Dada a importância do cuidado inicial, quando imperaram dificuldades nas relações primárias, isto é, perturbações no estado anterior à constituição do ego, na fase do narcisismo primário, estas podem resultar numa constituição egoica frágil (Kegler, 2006).

Com ênfase nos estágios primitivos da vida, o psicanalista inglês Donald Winnicott destacou que o bebê humano nasce com uma tendência ao amadurecimento; porém, é necessário um ambiente de cuidado satisfatório para que essa tendência se concretize. O processo de integração psicossomática inicia-se em um tempo em que o bebê se organiza a partir de um ego formado por núcleos físicos e psíquicos não integrados (Winnicott, 1967/1999). Assim, há uma tendência a crescer, a integrar-se em uma unidade e se relacionar com os objetos externos. Para que isso se efetive, é necessária a presença de um ambiente que ofereça cuidados suficientemente bons (Dias, 2003).

Inicialmente, o bebê se encontra em um estado de não integração e de dependência absoluta dos cuidados ambientais. Do ponto de vista do bebê, a mãe se configura como parte dele, uma vez que ele se encontra num estágio anterior à diferenciação eu/não-eu e ainda não possui recursos psíquicos para relacionar-se com o mundo externo (Mello Filho, 1989; Winnicott, 1960/1983). Nesse estágio, também é necessária a adaptação sensível da mãe¹ aos processos de maturação da criança. A essa adaptação materna, Winnicott chamou de Preocupação Materna Primária, compreendendo-a como um estado de sensibilidade aumentada da mãe, que a torna especialmente capaz de se identificar e se preocupar com seu bebê (Winnicott, 1963/1983).

Ao responder de modo satisfatório às necessidades do bebê, a mãe lhe possibilita a ilusão de onipotência (Mello Filho, 1989; Winnicott, 1960/1983).

Nas ocasiões em que a necessidade de nutrição surge no bebê e a mãe bem adaptada ao cuidado apresenta o seio ou seus substitutos, concedendo ao infante tempo o suficiente para que ele sinta o que lhe foi apresentado, o bebê forma a ilusão de que criou o objeto. Esse instante corresponde a um momento fundamental de apresentação do mundo externo. A alucinação será possível apenas quando, posteriormente, pela repetição da experiência, “houver material mnemônico suficientemente bem instalado para ser usado na alucinação, ou seja, na criação enriquecida agora com detalhes tirados das experiências.” (Dias, 2003, p. 171). Mais tarde, também se considera a gradual falha na adaptação uma tarefa importante a ser exercida pelo cuidador à medida que o bebê possa suportar a falha ambiental por meio de sua atividade mental (Winnicott, 1949/2000).

No decorrer do processo de amadurecimento, o bebê poderá atingir a capacidade de perceber e se relacionar com a realidade externa. Sabe-se que o processo de integração está estreitamente relacionado aos cuidados possibilitados pelo cuidador. Por meio da ação de sustentar, que Winnicott chamou de *holding*, o cuidador oferece a possibilidade de o bebê experimentar a continuidade de ser, a diferenciação do mundo externo e coesão de si (Mello Filho, 1989; Winnicott, 1962/2007). O *holding* é um termo oriundo do verbo *to hold*, sendo traduzido na língua portuguesa por sustentar, conter, dar suporte. Assim, o *holding* materno é exercido pelo ato de segurar o bebê no colo, entender suas necessidades específicas e atendê-las, o que inclui a comunicação silenciosa que ocorre entre a mãe e seu bebê (Mello Filho, 1989).

O cuidado oferecido pelo adulto tem o significado mais profundo de possibilitar ao sujeito dar sentido à sua vida, isto é, estabelecer ligações, dar forma e sequência aos acontecimentos da vida (Figueiredo, 2000). O cuidado primordial também inclui o *handling*, termo igualmente cunhado por Winnicott, que se refere à manipulação do bebê e aos cuidados físicos proporcionados por um adulto, por exemplo, quando a mãe dá banho, realiza a troca de roupa e embala o bebê. Dessa forma, o *handling* viabiliza o bem-estar físico do infante, bem como a experiência de viver dentro de um corpo, o que é fundamental para a integração psicossomática (Nasio, 1995).

Assim, o cuidado físico dedicado ao bebê facilita a conquista de uma relação harmônica entre psique e soma, permitindo-lhe deixar de lado, por um determinado período, as operações mentais, isto é, a coesão psicossomática antecede o fenômeno denominado intelecto ou mente (Winnicott, 1988/1990). A psique tende a integrar as experiências corpóreas pela elaboração imaginativa, bem como pelos cuidados suficientemente bons (Dias, 2003). Em vista disso,

a psique estabelece interligações e concede sentido às vivências somáticas ao longo das experiências do bebê. A mente, por sua vez, é percebida como uma aquisição posterior, sendo considerada um modo especializado do funcionamento psicossomático, que inclui operações como o pensar. Sabe-se que, quando as coisas vão bem durante o desenvolvimento, ocorre gradualmente a desadaptação da mãe às necessidades do bebê e, nesse processo, a função intelectual, realizada pela mente, auxilia o infante a tolerar as falhas ambientais por meio da compreensão e da antecipação (Winnicott, 1949/2000; Winnicott, 1988/1990).

Em prosseguimento ao que foi ressaltado sobre os cuidados ao corpo do bebê, acrescenta-se, numa perspectiva freudiana, que, nos primórdios da vida do bebê, as sensações corporais de prazer e desprazer ficam em evidência. Assim, de acordo com Fernandes (2003, p. 8), “Aquelas sensações que causam desprazer vão constituir uma demanda e, quando o bebê chora, está, à sua maneira, exprimindo uma queixa. A mãe responde a esse apelo apaziguando as sensações corporais desagradáveis.” Para que o ser materno consiga escutar e interpretar a queixa do bebê e os sinais de seu corpo, é necessário que ocorra o investimento libidinal da mãe no corpo do bebê. Assim, pressupõe-se que a mãe sente prazer ao cuidar do corpo do bebê, conceder nome às sensações desse corpo e suas partes. É a partir do investimento libidinal do cuidador que o corpo biológico do bebê transformar-se-á num corpo erógeno. Portanto, a função da mãe não consiste apenas em conservar a vida, mas também em conceder ao bebê o acesso à sexualidade.

Freud apresentou uma concepção de infância um tanto distante das ideias de pureza e felicidade, salientando que uma criança possui desejos, conflitos, afetos e sexualidade. O pai da psicanálise considera a sexualidade humana para além da concepção instintiva, visto que o ser humano busca satisfação de diversos modos. Assim, as formas de prazer e satisfação estão fundamentadas na história pessoal de cada sujeito e alicerçadas na sexualidade instaurada desde os primeiros cuidados (Zornig, 2008). A vida sexual do sujeito não começa somente na puberdade. No desenrolar da sexualidade infantil, estabelecem-se algumas organizações pré-genitais, correspondentes à fase oral, anal e fálica (Freud, 1905/2016; Freud, 1926b/2014).

O ato de sugar de forma rítmica o seio ou seus substitutos configura-se como uma manifestação sexual, e o estímulo causado pelo fluxo de leite causam no bebê uma sensação de prazer, ou seja, os lábios da criança correspondem a uma zona erógena (Freud, 1905/2016). Posteriormente, verifica-se que o bebê não procura somente a satisfação da necessidade orgânica de nutrição, buscando também a relação afetiva presente no ato de mamar (Zornig, 2008). Sobre a

sucção, Winnicott sugere que, além do prazer, o ato de o bebê chupar seu dedo também proporciona uma espécie de consolo, visto que a parte do corpo referida está presente independentemente da presença do seio, da mamadeira ou da mãe (Winnicott, 1945/2000). Nesse momento, estabelece-se o que Winnicott chamou de fenômeno transicional, que se configura como uma zona intermediária da experiência, situada entre o erotismo oral e a verdadeira relação com o objeto. No decorrer do desenvolvimento, a criança vai adquirindo outras posses não-eu, como ursinhos, bonecas e panos, aos quais o psicanalista inglês confere o nome de objeto transicional. Para o adulto, tal objeto pertence à realidade externa, mas, para o bebê, o objeto ainda não é percebido como algo externo nem interno, ou seja, ele se localiza em uma zona intermediária. Os objetos transitacionais representam o cuidado materno e apresentam-se como uma defesa contra a ansiedade nos instantes em que o bebê está sozinho (Winnicott, 1951/2000).

Já a fase anal relaciona-se ao controle do esfíncter, quando a excitabilidade da zona anal se manifesta ao reter ou liberar as fezes. As fezes, entendidas pela criança como parte de seu corpo, podem adquirir para ela uma significação de “presente” àqueles que dela cuidam. Além disso, pela liberação das fezes, a criança pode estabelecer uma relação de obediência para com o cuidador ou, caso contrário, pela retenção, pode expressar certa desobediência (Freud, 1905/2016).

Além disso, as fases do desenvolvimento libidinal aqui expostas devem ser compreendidas também como possibilidades de inscrições no psiquismo, partindo da relação que se institui entre o cuidador e a criança. Nesse aspecto, é fundamental que a mãe ofereça ao bebê um espaço subjetivo, a fim de que ele possa se reconhecer para além de um corpo orgânico (Zornig, 2008).

A primeira satisfação sexual da criança ocorre no autoerotismo, estágio anterior ao narcisismo, no qual o bebê adquire prazer por meio da estimulação de seu próprio corpo. Para o estabelecimento do que Freud chamou de autoerotismo, é necessária a presença de um ser materno que satisfaça as necessidades iniciais do bebê. Assim, o autoerotismo surge em razão da ausência do objeto de satisfação. Além disso, é importante destacar que as pulsões autoeróticas são primitivas e, para que o narcisismo se estruture, é necessário o que Freud chamou de uma nova ação psíquica (Freud, 1914/2010). Essa ação corresponde à constituição do ego, que possibilita ao bebê a formação da imagem de si, imprescindível para a delimitação das fronteiras internas e externas.

É possível ainda dizer que essa nova ação psíquica, necessária para o estabelecimento do narcisismo, provém do mundo externo, indicando que, para a transição do autoerotismo para o narcisismo, é imprescindível que o bebê tenha sido tomado como objeto do desejo de alguém. No entanto, quan-

do essa “nova ação psíquica” é efetuada de forma precária, o espaço entre o eu e o outro, bem como entre a dualidade interno e externo, tornam-se extremamente frágeis. Em outras palavras, as fronteiras entre o eu e o outro não se delineiam de maneira suficientemente definida (Cardoso, 2007; Fernandes, 2002; Gianlupi, 2003).

Em 1923, Freud afirmou que o eu corresponde a uma parcela do Id que se modifica a partir das influências do mundo externo, e que o sistema perceptivo forma a superfície do eu. Ele lembra que “O Eu é sobretudo corporal” (p. 24), indicando que o corpo do bebê também possui um importante papel para a constituição psíquica, uma vez que dele advêm as percepções, bem como as sensações internas e externas (Freud, 1923/2010).

Assim, as fronteiras internas e externas se delimitam sobretudo a partir dos cuidados que o outro dispensa ao bebê humano. Dessa forma, “Através do contato sensorial e/ou das marcações sensoriais que acontecem a partir da amamentação e dos demais cuidados com o bebê, tem início o processo de diferenciação entre o interno e externo.” (Antonello, 2015, p. 259). Em síntese, pela repetição da experiência de satisfação, o bebê, aos poucos, pode reconhecer que tais gratificações são provenientes do mundo externo.

Posto isso, o cuidador primordial do bebê se configura como mediador da relação que ele, em estado de desamparo, estabelecerá com o mundo externo. O amparo concedido pelo adulto possibilita a inserção do bebê numa condição desejante (Kegler, 2006). Assim, o cuidador age, por meio de seu gesto, desejo e discurso, como um tradutor das necessidades básicas do bebê, isto é, ele interpreta, concede sentido e supõe a existência de um sujeito no bebê humano, reconhecendo-o como alguém (Dunker, 2006; Teperman, 1999).

É importante salientar que, na fase autoerótica, que antecede ao narcisismo, ainda não se estabeleceu a convergência das pulsões parciais para um objeto comum. Desse modo, a pulsão encontra-se fragmentada, o que indica que o eu, nesse momento, não se constituiu como um objeto integrado (Freud, 1905/2016). O termo pulsão, empregado por Freud (1915/2010), tem um sentido de força constante, que não pode ser reduzida por meio da fuga, uma vez que se origina no mundo interno. Dessa forma, os estímulos pulsionais, que possuem origem somática, exigem do aparelho psíquico um complexo trabalho de dominação de tais estímulos, a fim de que possa reduzi-los.

Dito de outra forma, o impulso requer um trabalho psíquico à medida que provoca desprazer. Para que isso ocorra, o aparelho psíquico deve dominar a pulsão e ligá-la a um representante. O psiquismo incipiente, porém, exige a presença de outro psiquismo (materno), que interpretará a demanda do bebê para,

assim, dominar a excitação e ligá-la a um objeto, a fim de diminuir o desprazer e propiciar a experiência de satisfação, que é sempre parcial. É possível dizer que dominar a excitação significa mantê-la num nível mais baixo, o que provoca a sensação de prazer, enquanto o aumento da excitabilidade promove uma sensação contrária (Birman, 2017). Dessa forma, as produções psicanalíticas observam que o cuidador é quem realiza o primeiro enlace pulsional.

Portanto, nas fases iniciais do desenvolvimento psíquico, é fundamental que haja investimento libidinal materno para a formação do ego do bebê. Os cuidadores investem sua energia libidinal na criança, projetando nela seu próprio narcisismo abandonado. Nesse amor, os pais atribuem aos filhos toda a perfeição, negando suas imperfeições e, inclusive, a sexualidade infantil (Freud, 1914/2010). O investimento libidinal narcísico que os pais direcionam aos filhos possibilita a formação de uma reserva de libido na criança (Garcia-Roza, 1995/2008). No artigo *Introdução ao narcisismo*, de 1914, Freud introduziu o conceito de narcisismo primário e narcisismo secundário, referentes ao desenvolvimento psicosssexual. Nesse sentido, o narcisismo primário pode ser compreendido como o momento em que os cuidadores investem libidinalmente na criança. A partir desses investimentos, o eu se constituirá como um grande reservatório de libido. Depois, o eu poderá investir libidinalmente em objetos externos e o narcisismo secundário, por sua vez, será caracterizado pelo retorno ao eu dos investimentos realizados em objetos externos (Freud, 1914/2010).

O eu ideal, que está relacionado ao narcisismo primário, refere-se às idealizações que os adultos fazem sobre a criança, o que frequentemente diz respeito ao que eles são ou gostariam de ter sido, isto é, as coisas devem ser melhores para a criança do que um dia já foram para aqueles que assumem a função parental. É nesse sentido que Freud postula “*His majesty the baby*” (p. 37), revelando que a criança deve ser narcisizada, o que implica, por um determinado tempo, permitir que ela experimente a onipotência, fundamental para a constituição psíquica (Freud, 1914/2010; Herzog & Sales, 2014). Assim, o eu ideal é uma imagem idealizada do eu, constituída pelo discurso dos pais (Garcia-Roza, 1995/2008).

Além disso, para que o eu se desenvolva, é necessário um afastamento do narcisismo primário, o que pode produzir um esforço intenso para recuperá-lo. O afastamento do narcisismo primário consiste no “deslocamento da libido para um ideal do Eu imposto de fora” (Freud, 1914/2010, p. 48). Sugere-se que o ideal do eu faça com que o sujeito busque um ideal no mundo externo pelo reconhecimento de sua falta. Nesse sentido, em função da existência dessas duas instâncias, eu ideal e ideal do eu, tem-se dois modelos de subjetividade (Rocha, 1999). Por fim, vale mencionar que o narcisismo consiste na fase em

que as pulsões parciais unem-se e direcionam-se para o eu enquanto objeto de satisfação (Garcia-Roza, 1995/2008).

Considerando-se que a sexualidade tem uma dimensão estruturante para o psiquismo da criança, é importante salientar que a sexualidade infantil atinge o primeiro auge até o quinto ano de idade e sofre a primeira inibição no período de latência, que termina com o advento da puberdade. O Complexo de Édipo configura-se como uma situação de conflito triangular, durante o qual a criança experimentará sentimentos hostis e amorosos na relação com os cuidadores, bem como estabelecerá sua identidade sexual. Sabe-se que o cuidado e carinho que a mãe destina à criança constituem uma fonte de excitação e satisfação. Cabe salientar, portanto, que em algum momento a criança manifestará seu desejo sexual e direcionará intensos investimentos àqueles que dela cuidam (Freud, 1905/2016; Freud, 1926a/2014; Freud, 1933/2010).

A travessia satisfatória pela situação edípica compreende a renúncia aos desejos incestuosos e o estabelecimento de uma instância denominada superego. A função do superego está atrelada à moralidade, ao estabelecimento de inibições internas, as quais impõem restrições aos impulsos e desejos que buscam satisfação. Além disso, entende-se que a passagem pela conflitiva edípica requer o abandono dos investimentos libidinais destinados aos cuidadores. Essa renúncia implica a perda do objeto e, como alternativa, a criança identificar-se-á com este de modo que tal identificação influenciará suas futuras escolhas objetais (Freud, 1926b/2014; Freud 1933/2010).

Tessituras sobre o irrepresentável: o trauma em questão

A temática do trauma ganhou um espaço importante na teoria freudiana. Aos poucos, o psicanalista foi estabelecendo suas concepções acerca das vivências traumáticas, inserindo-as nas dimensões tópica, dinâmica e econômica da metapsicologia por ele desenvolvida. O corpo teórico freudiano foi desenvolvido a partir da fala de adultos em processo de análise, capazes de narrar frações de lembranças, fantasias e suas experiências infantis. Desenvolveu-se, então, a compreensão sobre o trauma como um processo intrínseco à constituição do psiquismo, mas também como algo que pode paralisar o fluxo pulsional (Medeiros & Zavaroni, 2015).

Em 1896, Freud estava pensando sobre as causas da histeria e propôs que ela estava relacionada a cenas de caráter traumático. Freud utilizou algumas concepções de Breuer para pensar a histeria, de modo que, pelo sintoma, é possível

traçar um caminho de volta às lembranças de vivências traumáticas. Por meio do trabalho analítico, Freud (1896/1996) apontou que os sintomas histéricos não surgiam apenas em decorrência de uma experiência real, mas também por lembranças de experiências anteriores. Desse modo, há uma trama de lembranças antigas que vão além da cena traumática. No decorrer do artigo *A etiologia da histeria*, o pai da psicanálise ressalta que “qualquer que seja o sintoma que tomemos como ponto de partida, *no fim chegamos infalivelmente ao campo da experiência Sexual*.” (Freud, 1896/1996, p. 196), atribuindo, assim, um valor sexual aos sintomas histéricos. Anteriormente, acreditava-se que a etiologia da histeria envolvia uma predisposição hereditária, mas Freud sugeriu que ela podia ser o efeito de experiências de sedução sexual ou abuso sexual na tenra infância.

Quando a criança sofre uma ação de cunho sexual por parte de um adulto ou de outra criança, tal acontecimento fica inócuo nesse primeiro tempo. É somente depois, com o advento da puberdade e da sexualidade, que o evento adquire um sentido sexual, originando assim o sintoma neurótico (Freud, 1896/1996). Trata-se, portanto, do que se denominou de teoria da sedução traumática (Castilho, 2013). Posto isso, o trauma foi inicialmente concebido como a sedução sexual da criança por parte do adulto, o que desencadeava sintomas histéricos. Posteriormente, em 1897, Freud questionou a teoria da sedução e passou a olhar para o mundo interno do sujeito, pondo em evidência os desejos relacionados ao Complexo de Édipo e fantasias (Rudge, 2003). Portanto, a concepção de trauma na primeira tópica freudiana ainda estava atrelada à teoria do recalque, bem como à ideia de representação (Moreno & Coelho Junior, 2012). Os caminhos que a teoria psicanalítica vai percorrendo com a consideração do trauma sexual e, posteriormente, com a concepção de que o relato dos pacientes envolve fantasias sexuais apontam para a um período em que a sexualidade é o tema vigente da clínica (Rudge, 2003).

Em 1920, Freud estava enfrentando impasses clínicos, visto que alguns pacientes repetiam situações muito dolorosas, as quais não pareciam estar a serviço do princípio que rege o inconsciente: o princípio do prazer. Em vista disso, ele voltou-se para a questão das neuroses traumáticas ou neuroses de guerra, as quais suscitavam novas reflexões. Assim, no artigo *Além do princípio do prazer*, Freud começa a investigar as reações psíquicas diante dos perigos do mundo externo (Freud, 1920/2010). O trauma passou a ser compreendido por ele como uma ruptura no escudo protetor do aparelho psíquico ou para-excitação, devido a estímulos excessivos provenientes do mundo externo (Antonello & Gondar, 2014). A para-excitação é entendida como uma barreira que visa a proteger o aparelho psíquico de intensidades externas (Laplanche & Pontalis, 2001). Nesse

sentido, em virtude do elemento surpresa do evento, o ego não consegue dominar tal estímulo e ligá-lo a representações, o que conferirá ao trauma um estatuto irrepresentável. A intensidade do estímulo, somada à ausência de prontidão, impedem o ego de sobreinvestir o escudo protetor. Dessa forma, o aparelho psíquico é invadido por uma quantidade de estímulo da qual não consegue se proteger e processar, ocasionando o trauma psíquico (Antonello & Gondar, 2014). Cabe ressaltar ainda que o termo “trauma” possui origem grega e remete ao significado de ferida, em decorrência de uma penetração. Assim, é um termo relacionado a um fenômeno intenso, inesperado e ameaçador (Castilho, 2013).

O psicanalista húngaro Sándor Ferenczi, por meio de sua experiência clínica com pacientes difíceis, percebeu que estes haviam sido vítimas de violência na infância, porém nem sempre de caráter sexual. Assim, Ferenczi construiu uma concepção de trauma um tanto diferente daquela pensada por Freud. Para ele, o trauma não corresponde às reminiscências ou às fantasias, mas sim a uma violência, um acontecimento real (Schueler & Gondar, 2017).

Em 1933, Ferenczi criou uma história mítica para explicar como aconteceria a sedução incestuosa. Ele conta que o jogo, para a criança, pode adquirir uma forma erótica; embora esteja presente o nível da ternura condizente ao infantil, alguns adultos perturbados “confundem as brincadeiras infantis com os desejos de uma pessoa que atingiu a maturidade sexual” (Ferenczi, 1933/2011, p. 116) e acabam realizando práticas sexuais sem mensurar suas consequências. Trata-se, portanto, da confusão de línguas entre adulto e criança, uma vez que ocorre o choque da linguagem da ternura com a linguagem da paixão², a qual é própria do adulto. A sedução incestuosa configura-se quando o adulto confunde a ternura da criança com o amor passional (Schueler & Gondar, 2017; Osmo & Kupermann, 2012), caracterizando, assim, o desencontro entre o universo infantil e o mundo adulto. A violência provocada pelo adulto dotado de sexualidade genital gera uma espécie de incompreensão do ponto de vista da criança sexualmente imatura, que almeja cuidado e segurança daqueles em quem confia (Antonello, 2015; Lejarraga, 2008). Assim, a criança que sofreu abuso sexual vai em busca de um adulto de extrema confiança para traduzir o que lhe ocorreu. O adulto, por sua vez, manifesta descrédito, lançando a criança em uma situação de desamparo, o que configurará um caráter desestruturante ao trauma (Ferenczi, 1933/2011).

Ferenczi (1933/2011) ainda salienta outros tipos de experiências traumáticas, a saber: os castigos passionais e o terrorismo do sofrimento. A respeito dos castigos passionais, o autor considera as reações de adultos enfurecidos perante os “delitos” das crianças, enquanto o terrorismo do sofrimento refere-se ao lugar em

que ela é colocada na família, sendo forçada a desempenhar um papel de resolver os conflitos presentes nesse meio. A título de exemplo, pode-se destacar a criança que se torna cúmplice do sofrimento materno, ou seja, é impelida a cuidar desse adulto que se queixa constantemente.

Mostra-se necessário observar que o trauma patogênico não se configura tão somente pelo acontecimento, mas pela inviabilidade, diante dos recursos psíquicos disponíveis, de atribuir sentido ou significado à experiência vivida. Portanto, na concepção de Ferenczi, o trauma patogênico ocorre em dois tempos. O primeiro tempo corresponde ao evento traumático que não permite uma preparação e atribuição de sentido. O psicanalista húngaro ainda aponta: “*O comportamento dos adultos em relação à criança que sofreu o traumatismo faz parte do modo de ação psíquica do trauma.*” (Ferenczi, 1934/2011, p. 127). É importante ressaltar essa afirmação, visto que, após o acontecimento, a criança vai em busca de alguém que dê um sentido ao fato, e pode então ocorrer o segundo tempo do trauma. Este corresponde às manifestações traumáticas dos adultos diante do evento, sem que haja um apaziguamento das intensidades experimentadas, permitindo que o acontecimento atue de forma aniquiladora sobre a criança. Constata-se que as manifestações do adulto encontram-se na ordem do desmentido ou descrédito, quando ele reage com certa incompreensão, indiferença e negação perante o acontecimento (Osmo & Kupermann, 2012; Ferenczi, 1934/2011).

Entende-se o termo indiferença como característica de uma marca de não reconhecimento, referindo-se a uma violência do adulto dirigida à criança no tempo de sua constituição psíquica. A violência, atrelada à incapacidade de reconhecimento do outro como diferente, denuncia uma fragilidade referente ao investimento materno, uma vez que o cuidador mostra-se incapaz de dirigir um olhar amoroso à criança de forma a dar um destino às intensidades vivenciadas, lançando a criança ao desamparo. A indiferença do adulto evidencia uma fragilidade dele em prover uma qualidade no investimento afetivo tão importante para que consiga traduzir a demanda de ordem psíquica da criança, e oferecer-lhe recursos para que possa realizar um trabalho de ligação, bem como atribuir sentidos àquilo que lhe acomete internamente (Moraes & Macedo, 2011).

Nessa acepção, devido à incapacidade da criança em assimilar o acontecimento, tal evento permanece sem representação no psiquismo (Schueler & Gondar, 2017). Quando os estímulos não são ligados a representantes, eles se mantêm no psiquismo como impressões e tem uma condição de marca e de expressão de pura intensidade. A impressão é concebida como algo que está fora da linguagem enquanto função compartilhada, uma vez que não está incluída na cadeia

associativa nem ao menos no inconsciente. Além disso, a impressão situa-se antes da inscrição psíquica e posterior à sensação. Para que a impressão obtenha uma representação, é fundamental o trabalho psíquico, que consiste no domínio e na ligação das excitações corporais, o que possibilitará que as impressões sejam inscritas na cadeia de representações (Knobloch, 1998).

Sabe-se que a criança se encontra em estado de dependência dos cuidados oferecidos pelos adultos. Essa dependência pode potencializar vivências traumáticas, visto que ela está à mercê do que o outro lhe oferece (Medeiros & Zavaroni, 2015). A respeito disso, sublinha-se que “o acontecimento ao qual o trauma faz alusão decorre de uma modalidade de encontro do sujeito, na condição de seu desamparo, com uma condição de demanda de alojamento no psiquismo do outro que fica aquém de suas necessidades.” (Moraes & Macedo, 2011, p. 35).

Portanto, é possível observar que o trauma pode decorrer de falhas ambientais, frequentemente associadas à dependência do bebê ou da criança somada à fragilidade psíquica do cuidador, que não consegue reconhecer e suprir suas necessidades primordiais (Dias, 2003). As falhas ambientais recorrentes, em que não há proteção ao ego do bebê, provocam reações por parte da criança pequena e permitem que se instaure a fragmentação da continuidade do ser (Winnicott, 1962/2007). Trata-se de um ambiente intrusivo que gera problemas à continuidade do seguir vivendo e fazem com que o bebê tenha que reagir precocemente em função de um cuidador que não está alinhado às suas necessidades. Nesse momento, o infante ainda não é capaz de suportar repetidas falhas ambientais, devido ao seu psiquismo primitivo. As consecutivas invasões ambientais e a incapacidade da mãe em se adaptar ativamente às necessidades do bebê, com efeito, exige deste um aumento precoce e demasiado de suas funções mentais, o que perturba a coesão psicossomática (Winnicott, 1949/2000).

Como consequência dessa resposta à intrusão, a mente do bebê passa a existir como uma entidade em si mesma, portando-se como um corpo estranho. A mente engloba as mais diversas funções do pensar e, quando amadurecida ao seu tempo, é integrada à experiência psicossomática do bebê; mas, quando exigida precocemente, passa a ser experienciada como algo externo. A mente entra em cena, incumbe-se de cuidar do psicossoma e pode vir a cumprir uma tarefa de substituir o cuidador. Em outras palavras, nessa situação, a mente possui “vida própria” e atua como uma espécie de “babá” (Winnicott, 1949/2000; Winnicott, 1988/1990; Dias, 2003) na etapa do processo de amadurecimento em que a integração psicossomática ainda não foi conquistada.

Por conseguinte, Ferenczi postula que, diante de um perigo iminente, o ego da criança que já conquistou a integração pode sofrer uma fragmentação,

em que parte dele passa a se organizar como uma instância autoperceptiva, “que tudo sabe e nada sente” (Ferenczi, 1931/2011, p. 88), que busca ajudar a outra parte, destruída pelo acontecimento traumático. É importante mencionar que a parte clivada do ego, que amadureceu depressa, cuida da outra parte, que foi destruída, agindo como um “anjo da guarda” ou “santo protetor”. Ainda observa que “as crianças que muito sofreram, moral e fisicamente, adquirem os traços fisionômicos da idade e da sabedoria. Também tendem a cercar matematicamente os outros; manifestamente, estendem assim a outros os conhecimentos adquiridos a duras penas” (Ferenczi, 1931/2011, p. 89). Referindo-se à parte infantil que foi obrigada a amadurecer, o psicanalista húngaro faz alusão ao “sonho do bebê sábio”, em que um bebê fala em seu berço e endereça sábios e inteligentes aconselhamentos aos adultos. De acordo com Gondar (2013, p. 38), “O que esse sonho traumático expressa – pelo negativo – é a situação de um bebê abandonado a seus próprios cuidados, um bebê que teria visto sem compreender e que teria sofrido sem saber, desprovido de palavras para pensar ou dizer esse sofrimento.” Por meio da autoclivagem, a criança “sacrifica, por um lado, uma parte de si, se autodestraindo para poder sobreviver” (Lejarraga, 2008, p. 123), diante das intensas invasões e atitudes desmedidas dos adultos ante seus apelos por ternura, por alguém que traduza e conceda sentido aos acontecimentos da vida.

Não há muitas notícias sobre prováveis encontros de Winnicott com a obra de Ferenczi, mas é possível tecer algumas convergências e divergências entre esses autores. Para o psicanalista inglês, o trauma psíquico está associado a imposições ambientais num momento em que o bebê não está preparado, exigindo o uso precoce de suas funções mentais. Ferenczi, por sua vez, entende o trauma psíquico como um acontecimento real e violento, em que não há um adulto para reconhecê-lo e traduzi-lo. Assim, ambos os psicanalistas atentam para os aspectos relativos ao cuidado ambiental, suas falhas e as reações psíquicas precoces como respostas por parte das crianças que vivem em um ambiente que falhou em atender às suas necessidades.

Um dos desdobramentos do trauma desestruturante no aparelho psíquico infantil, com base nos estudos de Ferenczi, consiste na clivagem do ego, que implica um brusco amadurecimento emocional e mental (Lejarraga, 2008), permitindo certa aproximação do que observa Winnicott sobre o uso precoce da mente. No entanto, é necessário ressaltar que, quando Winnicott sugere o uso precoce da mente como uma reação do bebê a uma falha ambiental, está se referindo a um estágio do processo de amadurecimento precedente à estruturação egoica. Já o psicanalista húngaro, ao propor a reação psíquica denominada de au-

toclivagem, pressupõe a existência de um ego já estruturado, tratando-se, portanto, de um estágio mais avançado da constituição psíquica infantil. Dessa forma, presume-se que, diante de uma experiência traumática vivenciada ao longo do primeiro ano de vida do bebê, haverá, como possível resposta, o uso precoce da mente e seus desdobramentos, ao passo que uma experiência traumática posterior possivelmente demandará da criança um mecanismo de defesa mais radical, como a autoclivagem narcísica, apresentada por Ferenczi.

Considerações finais

É preciso evocar que o inconsciente, reconhecido também por sua atemporalidade, revela os desdobramentos das experiências infantis e os ecos que, posteriormente, produzem na vida adulta. Nesse sentido, a partir desse percurso teórico, parece vital a reafirmação da importância dos primeiros encontros do bebê com seu cuidador, uma vez que é somente na relação com ele que o psiquismo se fundará.

O adulto que, por alguma razão, não consegue oferecer boa qualidade nas relações e investimentos primordiais, colocando-se indiferente ou respondendo com imprevisibilidade às demandas da criança no tempo de sua constituição psíquica, permite a invasão de um excesso pulsional no psiquismo infantil. Diante desse excesso que caracteriza o traumático, a criança precisará desempenhar precocemente algumas funções psíquicas, para que possa diluir a intensidade pulsional. Dessa forma, exige-se do infante, antes de seu tempo, que utilize as funções da mente, como propõe Winnicott, visando a antecipar as falhas e invasões ambientais. A mente passa a atuar como uma espécie de cuidador, o que se aproxima das proposições de Ferenczi a respeito da autoclivagem narcísica, em que a criança, diante de um evento traumático, desprende um fragmento de si para cuidado próprio. Ambas as reações defensivas pensadas pelos psicanalistas expressam, embora em tempos diferentes do processo de constituição psíquica, a emergência do amadurecimento precoce e cindido, em decorrência do desencontro entre o universo infantil e o mundo adulto, bem como revela a fragilidade das relações primárias.

A experiência traumática precoce no berço das crianças “sábias”, tal como propõe o título deste ensaio, convida-nos a embarcar numa breve associação livre sobre as experiências primordiais da criança. Inicialmente, a palavra “berço” remete a um lugar onde, após ser embalado e investido libidinalmente por uma mãe suficientemente boa, o infante é colocado para descansar e repousar sob seu

olhar contemplativo. Além disso, “berço” nos reporta ao início, à pátria, ao lugar de origem, enfim, ao começo da vida. No entanto, a criança que nasce e não é olhada, reconhecida como um sujeito, investida de afeto ou não desejada por um cuidador que assuma a função materna, parece habitar um berço sem conseguir sossegar ou repousar, visto que está à mercê dos excessos da pulsão, os quais não oferecem tréguas. Aqui, não se trata de um berço esplêndido, mas de um berço que não representa simbolicamente para a criança um espaço de aconchego. Desse modo, deitada eternamente sem sustentação e suporte, como que jogada à própria sorte, permanece a criança paralisada em sua continuidade de ser, uma vez acometida pelo choque do traumático sem a presença de um adulto para apaziguá-la, reconhecê-la e nomeá-la.

Ademais, a criança da qual foi exigido utilizar precocemente suas funções mentais, em um estágio anterior à constituição do ego, e que, posteriormente, no curso de seu desenvolvimento, teve seu psiquismo fissurado por um acontecimento traumático, ficará agora vigilante ao mundo externo e utilizará sua sabedoria e conhecimento conquistados pelas ásperas experiências com o ambiente. O sentido da experiência que se mantém no psiquismo como impressão, por sua vez, somente poderá ser adquirido por meio de alguém, pois foi assim desde o início da vida.

Por último, é necessário expor que este estudo permanece aberto a novas investigações, uma vez que suscita questões e articulações acerca de como as transformações culturais, bem como o contexto de mal-estar na contemporaneidade, ecoam nos investimentos primordiais do adulto e em seu cuidado destinado à criança pequena. Além disso, ao tomar o conceito de trauma psíquico como um desafio tanto para a teoria quanto para a prática clínica nos tempos atuais, visto que se trata de vivências que permanecem sem representação no psiquismo, caberiam discussões sobre as possibilidades da clínica psicanalítica no cuidado às crianças “sábias”. Assim, encerramos este percurso, deixando o aprofundamento dessas indagações para futuras investigações.

Referências

- Antonello, D. F. (2015). Trauma, corpo e sobrevivência: Um diálogo entre Sándor Ferenczi e a literatura de testemunho. *Cadernos de Psicanálise*, 31(34), 243-264.
- Antonello, D. F.; Gondar, J. (2014). E quando não há fios lógicos? *Cadernos de Psicanálise CPRJ*, 36(30), 89-112.
- Birman, J. (2012). *O Sujeito na Contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Birman, J. (2017). *As pulsões e seus destinos: Do corporal ao psíquico*, 5ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Cardoso, M. R. (2007). A impossível “perda” do outro nos estados limites: Explorando as noções de limite e alteridade. *Psicologia em Revista*, 13(2), 325-338.
- Castilho, A. L. P. de (2013). Revisitando o primeiro modelo freudiano do trauma: Sua composição, crise e horizonte de persistência na teoria psicanalítica. *Ágora*, 16(2), 235-250.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Dunker, C. I. L. (2006). O Nascimento do Sujeito. *Viver Mente e Cérebro*, 2, 14-26.
- Ferenczi, S. (1931/2011). Análise de crianças com adultos. In: *Psicanálise*, 2ª ed., vol. 4, p. 79-95. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1933/2011). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: *Psicanálise*, 2ª ed., vol. 4, p. 113-121. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1934/2011). Reflexões sobre o trauma. In: *Psicanálise*, 2ª ed., vol. 4, p. 126-135. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Fernandes, E. B. (2002). *Narcisismo* (monografia de graduação). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.
- Fernandes, M. H. (2003). Entre a alteridade e a ausência: O corpo em Freud e sua função na escuta do analista. In: *Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro, 2003*. https://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/3_Fernandes_116151003_port.pdf (acessado em 20/03/2018).
- Figueiredo, L. C. (2000). Presença, implicação e reserva. In: Figueiredo, L. C.; Coelho Junior, N. (Orgs.). *Ética e técnica em psicanálise*, p. 13-27. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2007). A metapsicologia do cuidado. *Psyche*, 11(21), 13-30.
- Freud, S. (1895[1950]/1996). Projeto para uma psicologia científica. In: *Publicações pré-Psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889)*, vol. 1, p. 333-443. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1896/1996). A Etiologia da histeria. In: *Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)*, vol. 3, p. 189-220. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1905/2016). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos (1901-1905)*, vol. 6, p. 14-172. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1914/2010). *Introdução ao narcisismo: Ensaio de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*, vol. 12, p. 14-50. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1915/2010). Os instintos e seus destinos. In: *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*, vol. 12, p. 52-80. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1920/2010). *História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”): Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)*, vol. 14. São Paulo: Companhia das Letras.

- Freud, S. (1923/2010). Eu e o Id. In: *O eu e o id, "autobiografia" e outros textos (1923-1925)*, vol. 16, p. 16-64. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1926a/2014). A questão da análise leiga. In: *Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)*, vol. 17, p. 125-229. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1926b/2014). Psicanálise. In: *Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)*, vol. 17, p. 311-319. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1933/2010). A dissecação da personalidade psíquica. In: *O mal-estar na civilização, conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1933)*, vol. 18, p. 192-223. São Paulo: Companhia das Letras.
- Garcia-Roza, L. A. (1995/2008). *Introdução à metapsicologia freudiana*, 7ª ed., vol. 3. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Gianlupi, A. G. F. (2003). *Tornar-se mãe: a maternidade da gestação ao primeiro ano de vida do bebê* (tese de doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Gil, A. C. (2007). *Métodos e técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas.
- Godoy, A. S. (1995). Pesquisa qualitativa: Tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35(3), 20-29.
- Gondar, J. (2013). Ferenczi e o Sonho. *Cadernos de Psicanálise CPRJ*, 35(29), 27-39.
- Guimarães, R. M.; Bento, V. E. S. (2008). O método do "estudo de caso" em psicanálise. *Psico*, 39(1), 91-99.
- Herzog, R.; Sales, J. L. (2014). O corpo em psicanálise: Entre a fragmentação e a ilusória unificação. In: *De Édipo a Narciso: A clínica e seus dispositivos*, p. 179-195. Rio de Janeiro: Cia de Freud / UFRJ.
- Kegler, P. (2006). *As patologias do narcisismo e a clínica psicanalítica: Novas configurações subjetivas na contemporaneidade* (monografia de conclusão). Curso de Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS. <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/68.pdf> (acessado em 20/03/2018).
- Knobloch, F. (1998). *O tempo do traumático*. São Paulo: EDUC.
- Laplanche, J.; Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lejarraga, A. L. (2008). Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott. *Natureza Humana*, 10(2), 115-147.
- Medeiros, D. de; Zavaroni, L. (2015). Trauma e Infância: Considerações sobre a vivência de situações potencialmente traumáticas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31, 331-338.
- Mello Filho, J. de (1989). *O ser e o viver: Uma visão da obra de Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Moraes, E. G.; Macedo, M. M. K. (2011). *Vivência de indiferença: Do trauma ao ato-dor*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Moreno, M. M. A.; Coelho Junior, N. E. (2012). Trauma: O avesso da memória. *Ágora*, 5(1), 47-61.
- Nasio, J.-D. (1995). Introdução à obra de Freud. In: *Introdução às Obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolt, Lacan*, p. 9-58. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Osmo, A.; Kupermann, D. (2012). Confusão de línguas, trauma e hospitalidade em Sándor Ferenczi. *Psicologia em Estudo*, 17(2), 329-339.
- Paviani, J. (2009). O Ensaio como gênero textual. In: *Anais do V SIGET – Simpósio Internacional de Estudos de Gêneros Textuais*, Agosto de 2009. http://www.ucs.br/ucs/tplSiget/extensao/agenda/eventos/vsiget/portugues/anais/textos_autor/arquivos/o_ensaio_como_genero_textual.pdf (acessado em 02/10/2018).
- Provdanov, C. C.; Freitas, E. C. de (2013). *Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. Novo Hamburgo: Feevale.
- Rocha, Z. (1999). Desamparo e Metapsicologia: Para situar o conceito de desamparo no contexto da metapsicologia freudiana. *Síntese: Revista de Filosofia*, 26(86), 331-346.
- Roudinesco, E.; Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Rudge, A. M. (2003). Trauma e temporalidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 4(4), 102-116.
- Schueler, R. E.; Gondar, J. (2017). *Com Ferenczi: Clínica, subjetivação e política*. Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Teperman, D. W. (1999). Do desejo dos pais ao sujeito do desejo. *Estilos da Clínica*, 4(7), 151-158.
- Winnicott, D. W. (1945/2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In: *Da pediatria à psicanálise*, p. 218-232. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1949/2000). A mente e sua relação com o psicossoma. In: *Da pediatria à psicanálise*, p. 332-346. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1951/2000). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*, p. 316-331. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1960/1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*, p. 38-54. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1962[1983]/2007). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*, p. 55-61. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1963[1983]/1983). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In: *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*, p. 70-78. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1967[1896-1971]/1999). O conceito de indivíduo saudável. In: *Tudo começa em casa*, p. 3-22. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1988/1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.

Zornig, S. M. A. J. (2008). As teorias sexuais infantis na atualidade: Algumas reflexões. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 73-77.

Notas

¹ Ao longo do texto, o termo mãe refere-se à função materna, que pode ser exercida por um cuidador amadurecido que realize um cuidado devotado ao bebê.

² A palavra “paixão” neste estudo deve ser entendida como algo de exagerado na reação do adulto, que ultrapassa os limites na relação com a criança (Ferenczi, 1933/2011; Osimo & Kupermann, 2012).

Recebido em 20 de fevereiro de 2019
Aceito para publicação em 13 de maio de 2019

SOBRE INTERVENÇÕES DO ANALISTA: UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA ARTICULADA AOS QUATRO DISCURSOS DE LACAN

*ABOUT THE ANALYST'S INTERVENTIONS: A CLINICAL
EXPERIENCE ARTICULATED TO THE FOUR SPEECHES OF LACAN*

*SOBRE INTERVENCIONES DEL ANALISTA: UNA EXPERIENCIA
CLÍNICA ARTICULADA A LOS CUATRO DISCURSOS DE LACAN*

Maria Lúcia da Silva Bueno ⁽¹⁾

Carlos Henrique Kessler ⁽²⁾

RESUMO

Este artigo segue a linha de trabalho do grupo de pesquisa no qual os autores estão engajados, que busca investigar a clínica psicanalítica e sua escrita. É importante que o psicanalista tome a seu encargo a tarefa de apresentar e problematizar o material clínico a fim de manter uma postura crítica quanto à especificidade do seu fazer. Ao sistematizar suas investigações e compartilhar seus achados, o psicanalista também pode contribuir para que a psicanálise se fortaleça como teoria, método e técnica. A partir de fragmentos de uma análise já encerrada, procura-se fazer uma releitura clínica com o aporte da teoria psicanalítica, buscando uma compreensão sobre as intervenções do analista e os efeitos produzidos na posição discursiva do analisante. A apresentação do material clínico articulado à teoria dos quatro discursos de Lacan constituiu um ponto central para estudar os movimentos discursivos da analisante, assim como a posição de onde intervém um analista ao operar com seu desejo, seu ato e seu discurso. Finalizando, apontamos a importância da articulação do material clínico com o material

⁽¹⁾ Psicóloga e Psicanalista, Mestre em Psicanálise: Clínica e Cultura pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil. email: mlubueno@hotmail.com

⁽²⁾ Doutor em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Pós-doutorando em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP), Professor Associado do PPG em Psicanálise, Clínica e Cultura e do Departamento de Psicanálise e Psicopatologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, RS, Brasil. email: carloshkessler@yahoo.com.br

Este trabalho faz parte do projeto de pesquisa "A pesquisa clínica em transferência", da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Não foram recebidos recursos de fonte alguma para a produção deste artigo.

teórico a fim de embasar a escrita da clínica psicanalítica e o trabalho do analista, levantando questões para discussão dos efeitos do tratamento.

Palavras-chave: psicanálise; intervenções; discursos.

ABSTRACT

This article follows the line of work of the research group in which the authors are engaged, which seeks to investigate the psychoanalytic clinic and its writing. It is important that the psychoanalyst takes on the task of presenting and problematizing the clinical material in order to maintain a critical stance regarding the specificity of their activity. By systematizing their investigations and sharing their findings, the psychoanalyst may also contribute to strengthening psychoanalysis as theory, method and technique. From fragments of an analysis already closed, a clinical re-reading is attempted with the contribution of psychoanalytic theory, seeking to comprehend the analyst's interventions and the effects on their discursive position. The presentation of the clinical material articulated to the theory of the four discourses of Lacan constituted a central point to study the discursive movements of the analyzer, as well as the position from which an analyst makes their interventions when working with their desire, their act and their discourse. Finally, we point out the importance of the articulation of the clinical material with the theoretical material in order to back the writing of the psychoanalytic clinic and the analyst's endeavor, raising questions to discuss the effects of the treatment.

Keywords: psychoanalysis; interventions; discourses.

RESUMEN

Este artículo sigue la línea de trabajo del grupo de investigación en el cual participan los autores, que busca investigar la clínica psicanalítica y su escritura. Es importante que el psicoanalista tome a su cargo la tarea de presentar y problematizar el material clínico a fin de mantener una postura crítica respecto a la especificidad de su hacer. Al sistematizar sus investigaciones y compartir sus hallazgos, el psicoanalista también puede contribuir para que el psicoanálisis se fortalezca como teoría, método y técnica. A partir de fragmentos de un análisis ya cerrado, se intenta hacer una nueva lectura clínica con el aporte de la teoría psicanalítica, buscando una comprensión sobre las intervenciones del analista y los efectos producidos en la posición discursiva del analizante. La presentación del material clínico articulado a la teoría de los cuatro discursos de

Lacan se constituyó un punto central para estudiar los movimientos discursivos de la analizante, así como la posición de donde interviene un analista al operar con su deseo, su acto y su discurso. Al finalizar, señalamos la importancia de la articulación del material clínico con el material teórico a fin de basar la escritura de la clínica psicoanalítica y el trabajo del analista, planteando cuestiones para la discusión de los efectos del tratamiento.

Palabras clave: psicoanálisis; intervenciones; discursos.

Introdução

Esse artigo segue a linha de trabalho do grupo de pesquisa no qual estamos engajados, que busca investigar a clínica e as metodologias de pesquisa próprias da psicanálise. Apostamos que a escrita da clínica nos proporciona uma importante experiência de construção e reflexão sobre nossa práxis, além de abrir um fórum de discussão na comunidade em que estamos inseridos. Para tanto, é mister que esta escrita, assim como o processo analítico, levante questões, lance dúvidas, abra brechas para que possa produzir pensamento, do mesmo modo como propomos ao analisando ao convidá-lo a perguntar-se sobre si mesmo (Meira, 2013).

O exercício de pesquisar e escrever sobre a experiência clínica coloca-nos frente às vivências de nosso ofício e possibilita-nos pensar sobre nossas intervenções, nossa posição de analista e sobre o percurso realizado pelo analisante, além da reflexão teórica necessária para proceder à releitura clínica. No momento da análise, trabalhamos com a escuta do significante, a atenção flutuante, o deixar-se levar pelas palavras do sujeito, ao mesmo tempo atentos ao seu dizer para ouvir os não-ditos, colocando-se na posição de nada saber para que esse lugar possa ser preenchido pelo saber do analisante. Lacan, ao se perguntar sobre “que deve saber, na análise, o analista?”, responde de imediato: “O que o psicanalista deve saber: ignorar o que ele sabe” (Lacan, 1966/1988b, p. 351).

Já no momento da escrita do material clínico, o analista, como pesquisador, se debruça sobre suas indagações buscando uma compreensão teórica sobre o processo analítico e as mudanças de posição discursiva da analizante; trata-se de uma construção *a posteriori*, com o desenrolar de uma outra cena composta dos relatos e anotações do analista. Desse modo, mesmo com a singularidade de cada caso como marca da psicanálise, cremos que falar sobre a posição de onde intervém um analista pode ser um ponto articulador entre a especificidade desta práxis e a possibilidade de discussão dos efeitos de uma análise.

Para apresentação dessa discussão clínica, trabalharemos com alguns pontos teóricos de Lacan sobre as intervenções do analista e, em especial, sobre a proposição dos quatro discursos como ferramentas para embasar o percurso clínico realizado. Segundo Castro (2009), a teoria lacaniana dos discursos nos ajuda a pensar a clínica psicanalítica, já que, através dos lugares, funções e elementos determinados pelos matemas¹, podemos abordar “o sujeito pelo viés discursivo por ele utilizado” e as “perspectivas de mudanças ou ao menos de influência/interferência de cada um dos discursos sobre os demais” (Castro, 2009, p. 257).

Lacan coloca que “O sujeito do discurso não se sabe como sujeito que sustenta o discurso. Que ele não saiba o que diz, ainda passa, sempre se o supriu. Mas o que diz Freud é que ele não sabe quem o diz.” (Lacan, 1991/1992, p. 66). No texto *Função e campo da fala e da linguagem* (1953), ele escreve:

É sempre, portanto, na relação do eu do sujeito com o [eu] de seu discurso que vocês precisam compreender o sentido do discurso, para desalienar o sujeito. [...] Mas, vocês não conseguirão chegar a isso, caso se ativerem à ideia de que o eu do sujeito é idêntico à presença que lhes fala. (Lacan, 1966/1998a, p. 305)

O que essas palavras nos dizem? Que para o analista importa o discurso do sujeito do inconsciente, paralelo ao discurso manifesto do eu, pois o inconsciente evidencia-se como tropeço, rachadura e provoca uma descontinuidade no discurso do analisante; portanto, é em um movimento de abertura e fechamento que o sujeito do inconsciente faz-se presente, produzindo efeitos na cadeia discursiva.

Para desenvolver esse tema, este artigo trará alguns fragmentos de uma análise já encerrada buscando construir articulações teóricas com a prática clínica, apoiada nas observações e anotações da analista sobre o tratamento da analisante. Citamos algumas interrogações que nos guiaram na elaboração deste estudo: O que se produziu nessa análise? Algo mudou no discurso da analisante? Foi possível identificar alguns desses efeitos a partir das intervenções da analista?

Iniciaremos esse percurso trazendo as questões teóricas que entendemos serem norteadoras para nossa leitura clínica; no segundo momento, trabalharemos com alguns fragmentos do material clínico selecionado para fazer sua articulação com os apontamentos teóricos apresentados; e, na terceira parte, faremos uma discussão sobre o trabalho realizado nesta releitura clínica.

Sobre as intervenções do analista: alguns apontamentos teóricos

No texto “Tratamento psíquico (ou anímico)”, Freud (1890/1996) afirma que o tratamento pelas palavras só é possível desde que se devolva a elas o seu feitiço originário, ou seja, esse efeito “mágico” das palavras que está em jogo na escuta das associações livres do analisante e que nos direciona para nosso real interesse: o sujeito do inconsciente, o sujeito que emerge nas entrelinhas do seu discurso manifesto.

A clínica psicanalítica, legitimada pelo inconsciente e pelo método livre-associativo, leva o sujeito a se deparar com a falta constituinte de seu discurso e com “a inconsistência da criação de sentido que o neurótico tenta constantemente encobrir” (Ferreira et al., 2014, p. 74). Dessa forma, a análise provoca as condições para que o sujeito se encontre com o estranho e não-sabido que o habitam para, a partir disso, produzir um conhecimento que dê conta dessa experiência.

No seminário sobre o ato psicanalítico, Lacan enuncia que “o que é próprio do analítico é que alguém possa fundar uma experiência sobre pressupostos que ele mesmo ignora profundamente” (Lacan, n/d, p. 25), e complementa com as seguintes palavras: “Interpretação e transferência estão implicadas no ato pelo qual o analista dá suporte e autorização a esse fazer. É feito para isso. É de qualquer forma, dar algum peso à presença do ato, mesmo se o analista não faz nada” (Lacan, n/d, p. 65).

O analisante, ao fazer análise, coloca sua linguagem em curso e – a partir das intervenções do analista – implementa uma experiência de transformação pelo fato de escutar a si mesmo, ter novas percepções, podendo então abrir questionamentos sobre sua posição subjetiva. Portanto, como diz Nogueira (2004), a análise é uma causação psíquica, que envolve processos de identificação, alienação e de transferência, ou seja, um movimento dialético que requer uma mediação complexa, de reflexão, de idas e vindas.

Desse modo, quando o analisante associa livremente, já está construindo sua realidade inconsciente e produzindo alguma coisa nova, e não apenas reproduzindo seu passado. Nesse sentido, o que interessa ao psicanalista? A maneira como o paciente relata o que lhe acontece, as palavras que emprega ou as metáforas que ele inventa, assim como os lapsos, erros ou equívocos que surjam no relato de seu mal-estar. Podemos dizer que, ao interpretar um sintoma-significante, o analista possibilita sua substituição por outro significativo, favorecendo sua renovação para que um dado significativo não se cristalice nesse lugar.

Como destacam Froemming e Oliveira (2013), o significante surge na associação livre e tem uma função primordial de representar o sujeito do inconsciente; igualmente ressaltam que existe uma determinação no surgimento dos significantes, pois eles emergem em cadeias que seguem uma ordem, com uma gramática própria, que pode aparecer nas repetições de expressões, sequências fonéticas ou letras. Nesse sentido, Froemming (2002) escreve:

O psicanalista terá que escutar a modulação contida na diferença entre o que o paciente diz e o que o paciente lhe diz, isto é, o que ele quer lhe dizer nisso que ele profere com tais palavras a ele endereçadas. A ambiguidade constitutiva da própria linguagem, que se presta para a produção e para os chistes, tanto mais se evidencia nessa fala “guiada” pela regra fundamental. (Froemming, 2002, p. 46)

No momento em que o analista produz um corte na cadeia associativa de seu analisante, essa intervenção propicia o surgimento de outras vias de associações até então não cogitadas, e é desse material que o analista, pela interpretação, extrairá o metal precioso do seu trabalho.

Ao falar sobre a análise, Lacan pergunta: “O que é que se passa quando o sujeito começa a falar com o analista? – ao analista, quer dizer, ao sujeito suposto saber, mas do qual é certo que ele não sabe nada ainda” (Lacan, 1986/2008, p. 260). Ao analista é oferecido algo que se formará como um pedido que deve ser frustrado, pois o analista dirige o tratamento para que o sujeito possa saber que “quaisquer que sejam seus apetites, quaisquer que sejam suas necessidades, nenhum encontrará satisfação ali, senão, no máximo, a de organizar seu menu” (Lacan, 1986/2008, p. 261). Seguindo essa orientação, devemos, na posição de analista, estar atentos para o discurso manifesto, mas operar a partir da escuta dos significantes, ou seja, aquilo que é dito nas entrelinhas: um ato falho, um lapso ou uma palavra que se repete.

Lacan comenta que a interpretação não é aberta a todos os sentidos, mas deve ser uma interpretação significativa para o que seria o advento do sujeito: “O que é essencial é que ele veja, para além dessa significação, a qual significante – não-senso, irreduzível, traumático – ele está, como sujeito, assujeitado” (Lacan, 1986/2008, p. 243). Já no texto “O Aturdido” (1972), ao reportar-se à interpretação, Lacan escreve que “todos os lances são permitidos” (Lacan, 1972/2003, p. 493), postulando que há três formas de ação analítica, a saber: a estratégia, a tática e a política. A transferência é uma estratégia que está do lado do analisante, e o analista deve conhecer em que lugar o analisante o co-

loca antes de poder operar a sua tática, que é a interpretação. Lacan retoma a proposição de que “a interpretação incide sobre a causa do desejo” (Lacan 1972/2003, p. 474), e acrescenta que “o dito não vai sem o dizer” (Lacan, 1972/2003, p. 451).

No mesmo escrito, Lacan apresenta outro modo de interpretação: o equívoco. Esta forma de interpretação se utiliza da pluralidade dos sentidos, da polissemia, para abertura da via para vários sentidos, pois é um instrumento que não sugere, não impõe a maneira de pensar do analista para que o próprio analisante escolha o sentido que quiser atribuir àquele dito. Lacan menciona três tipos de equívoco: o da homofonia, o da gramática e o da lógica, fazendo aparecer, respectivamente, no nível da língua, da linguagem e da lógica, o impossível de tudo dizer (Lacan, 1972/2003).

No seminário sobre “O Averso da Psicanálise” (1969-1970), Lacan já situara a interpretação entre o enigma e a citação. O enigma é a enunciação de saber latente, presentificando o ato da enunciação, ou seja, um dizer semidito. Já a citação consiste em sublinhar algo que foi enunciado no discurso do analisante, correspondendo ao procedimento de pôr aspas, “trata-se do sólido apoio que encontram no nome do autor” (Lacan, 1991/1992, p. 34). Dessa forma, temos no enigma a verdade com o saber latente; por outro lado, na citação, um saber com a verdade latente, havendo em ambas as situações um semidizer. Dessa maneira “um enunciado é colhido na trama do discurso do analisante” (Lacan, 1991/1992, p. 35), e então, por ter sido recortado dessa trama, esse enunciado pode se tornar um enigma e fazer surgir algo para além do dito.

Sobre esse assunto, Martinho (2012) entende que o analista, ao pontuar um texto do analisante – colocando uma vírgula, uma exclamação, uma interrogação –, marca um sentido determinado, como nas expressões, “Como assim?” ou “É mesmo”. Já o corte – outro modo de intervenção – é oposto à pontuação, pois ele é o não-sentido, o *non-sense*. “Quando o analista corta o paciente no meio da frase, ele impede a pontuação. Ele faz surgir o intervalo entre os significantes, apontando para o não-sentido e para a falta no Outro”, o que, geralmente, provoca um efeito de perplexidade e desagrado no analisante (Martinho, 2012, 11º§). Assim, “ao manejar a sua tática, que é a da interpretação, o analista obtém o efeito inverso ao de dar uma resposta. Opera no nível da falha do saber suposto” (Martinho, 2012, 4º§).

Freire (2003) também aponta que a intervenção se apresenta como escansão, seja o corte de uma sessão, a solicitação de uma associação, a interpretação ou a pontuação. O analista, ao reconhecer o analisante como sujeito de sua fala, propicia a ele escutar os fonemas que produziu ou até mesmo questionar o senti-

do daquilo que disse. Dessa forma, podemos enfatizar o que foi dito, repeti-lo ou escandi-lo. Mas, além de o analista intervir e realizar incidências sobre a fala de seu paciente, é necessário também que o “sujeito ali compareça com seu trabalho, com seu reconhecimento, com sua responsabilidade, com seu ato” (Freire, 2003, p. 75), para que se possa recolher um efeito analítico dessas intervenções.

A partir desse entendimento, podemos destacar que a intervenção analítica produz o sujeito com o qual trabalhamos na psicanálise, pois “esse sujeito não está lá desde sempre embora seja suposto. A função analítica supõe um sujeito, aposta que um sujeito esteve ali, portanto produz o sujeito como aquilo que é efeito” (Freire, 2003, p. 76). Ressaltamos que é necessário que o analisante se posicione acerca de seu dito para, a partir desse outro lugar enunciativo, libertar-se um pouco, pelo menos, do assujeitamento ao Outro.

Santos (2002) aponta que o trabalho da análise propicia que os significantes trazidos pelo discurso do analisante circulem mais vezes para que a repetição seja analisada e o sujeito possa abandonar a posição de submissão diante desses termos. Citamos suas palavras:

(...) é a partir das notícias do impossível de tudo dizer, do impossível de se dizer o que se é, e, portanto, do caráter contingente das significações, que temos efeitos de escrita da incompletude do Outro. Portanto, esta expressão – “a produção do analisante” – cujo duplo sentido remete, primeiro, ao analisante como aquilo que o analisante produz, ou seja, a produção fervilhante de S_1 –, será mais bem entendida na condensação dos dois sentidos, ou seja, o analisante é instituído pela experiência clínica e ele é o seu trabalho. (Santos, 2002, p. 245)

Um importante aporte teórico, do qual nos valeremos na apresentação do material clínico, é a proposição dos Quatro Discursos apresentada por Lacan no seminário “O Avesso da Psicanálise” (1969-1970). Aqui, ele relança a noção do par significante S_1 - S_2 , do $\$$ e do objeto a . A partir da rotação destes quatro elementos por quatro lugares, determinam-se os quatro discursos: Discurso do Mestre, Discurso da Histérica, Discurso Universitário e Discurso do Analista. Os movimentos que acontecem a cada quarto de giro – permutação cíclica – marcam a posição do sujeito na estrutura languageira, já que o elemento gerador, que ocupa o lugar de agente, torna-se responsável pelo efeito do enunciado em cada discurso. Apresentamos, abaixo, as fórmulas trabalhadas nesse seminário (Lacan, 1991/1992, p. 37):

Discurso do Mestre

$$\frac{S1}{\S} \rightarrow \frac{S2}{a}$$

Discurso do Analista

$$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\S}{S1}$$

Discurso da Histérica

$$\frac{\S}{a} \rightarrow \frac{S1}{S2}$$

Discurso Universitário

$$\frac{S2}{S1} \rightarrow \frac{a}{\S}$$

Na definição dos lugares e dos elementos, salientamos que os termos são significantes que adquirem diferentes significações dependendo da posição ocupada e da relação com os outros elementos (Castro, 2009, p. 249).

Lugares: $\frac{\text{agente ou poder ou semblante}}{\text{verdade}}$ $\frac{\text{Outro/outro ou trabalho ou gozo}}{\text{produção/perda ou mais-de-gozar}}$

Termos:

S1 – o significante-mestre, o significante pelo qual os outros significantes são ordenados;

S2 – o saber constituído enquanto cadeia significante;

a – objeto *a*, mais-de-gozar, condensador de gozo e causa-do-desejo;

§ – o sujeito barrado pelo significante.

Lacan (1991/1992) aponta que o discurso do analisante – chamado de discurso da histérica – é o discurso proferido efetivamente na experiência analítica, distinguindo-se do discurso do analista. Acrescenta que o analista é que institui a histerização do discurso do analisante a partir de suas intervenções. No início de uma análise, se o analista propicia que a demanda se transforme em uma demanda de análise, o sujeito se situa como a histérica com seu sintoma, ou seja, fala de seu sintoma, mas ignora sua razão e dirige ao outro – a quem atribui o saber – a interrogação sobre seu sofrimento. Desse modo, é importante, como mencionado anteriormente, evitar dar explicações e injeções de sentido ao que surge deslocado, fora de ordem no discurso do analisante, pois são essas manifestações que orientam a intervenção analítica e abrem a possibilidade de um sujeito ali se implicar em seus troços e seu sofrimento.

Nesse sentido, no processo analítico, o analista, em vez de dar uma resposta, um saber, um conhecimento científico, vai abrir questões para que o analisante comece a investigar seu sofrimento e mudar de posição em relação a sua quei-

xa. É o próprio analisante que traz em si as razões de seus sintomas; portanto, é ele que pode – a partir do tratamento conduzido pelo analista – investigá-los e superá-los naquilo que for possível. A arte, o ofício do analista situa-se nas estratégias utilizadas para dirigir a análise de forma que o analisante se depare com o modo singular da sua relação com o Outro. O analista comparece aí com seu desejo, ou seja, um ato de descortinar o saber que o analisante traz. E nesse processo, é o desejo do analista que mobilizará o analisante a se colocar como um investigador de si mesmo.

Seguindo nosso objetivo de escrever sobre a clínica psicanalítica, passamos a questionar de que maneira poderíamos articular os pontos teóricos, como até aqui apresentados, com o material clínico que desejávamos estudar. Seria possível elaborar uma releitura utilizando as ferramentas teóricas elencadas? É a questão que nos propomos desenvolver no tópico seguinte – a partir de pequenos fragmentos de uma experiência clínica já encerrada – trazendo algumas considerações sobre as intervenções da analista e seus efeitos na posição discursiva da analisante naquilo que designamos como a condução do tratamento.

O material clínico: a analisante H.

H. era uma mulher que mantinha uma relação muito conturbada com seu parceiro e, devido à última briga do casal, buscou atendimento por sentir extrema angústia, chorando compulsivamente, sem poder trabalhar, com fortes dores no estômago e sem se alimentar. Constantemente, usava seu tempo de análise para falar sobre o namorado, alternando queixas e indignações, por ele não fazer o que ela esperava, com momentos de submissão aos desejos dele.

Nas entrevistas iniciais, a demanda de H. era que a analista apresentasse a solução para seu sofrimento, trazendo para a cena analítica a questão de como transformar a demanda em pedido de análise e quais as possibilidades de intervenção. Não havia nessa paciente a especificidade do sintoma que produz perguntas, mas sim uma posição que impõe ao outro o dever de atender às suas demandas. Apesar dessa posição de mestria, o sofrimento manifesto pela paciente fez a analista considerar ser possível abrir uma brecha, uma fenda nesse discurso impositivo e alienante, para que surgisse o sujeito dividido capaz de questionar, nesse sofrer, a parte que lhe cabia, como proposto por Lacan na histerização do discurso do analisante.

Com o decorrer do tratamento, surgiram narrativas da infância, de seus pais e, assim, uma história pessoal foi sendo descortinada. H. foi fruto de uma

relação casual do pai com a mãe – mulher pobre e de pouca instrução – sendo criada, desde o nascimento, pelo pai e avó paterna. Segundo seu relato, além da separação da mãe, também sofreu maus tratos físicos e psicológicos por parte da madrasta, enquanto o pai mantinha uma postura de nada querer saber sobre essa situação. A analista entendia que a falta da mãe ficou como um enorme vazio e sentimento de abandono com os quais não podia fazer contato, e o tamanho dessa falta era o tamanho de sua exigência de ser amada, de afeto, de reconhecimento, “de ter tido uma família como as outras pessoas, de poder caminhar na praça de mãos dadas com meus pais”. Frente aos abandonos, H. posicionou-se de forma reivindicatória em relação aos outros, pois era a partir da marcação da falta no outro que ela encobria a sua falta; é o outro que estava em dívida com ela e que precisava lhe dar o que ela não tinha, e assim ela evitava lidar com sua própria castração.

Ao questionar essa família idealizada, a analista pôde provocar a analisante a falar sobre seus relacionamentos atuais com seu parceiro, com os familiares “reais”, já que H. tinha voltado a ter contato com a mãe, o pai, o irmão materno e as irmãs paternas, procurando ressignificar os laços afetivos com essas pessoas.

Ao longo de seu percurso de análise, surge um movimento importante quando H. toma a iniciativa de mudar de atividade profissional e se inscreve para realizar três testes em diferentes setores. Para sua surpresa, é aprovada nos três e se vê na inusitada situação de poder escolher em que local trabalhar. É importante considerar que, nessa situação específica, a postura reivindicatória se deslocou, pois em vez de exigir que o outro atendesse a suas demandas, ela se coloca em cena, valorizando sua competência e conhecimentos profissionais como moeda de troca; algo de valor pôde ser oferecido ao outro nessa ascensão profissional.

Para fazer a articulação da análise de H. com os discursos propostos por Lacan, procederemos agora a uma leitura dos movimentos da analisante seguindo essa proposição. Podemos dizer que, inicialmente, H. se colocava como agente (S1) de um discurso que se dirigia ao Outro Supostamente Saber (S2) do qual esperava obter um produto (*a*) que, sendo do Outro, a mantivesse afastada da divisão de quem fala (*§*), caracterizando *o discurso do mestre*. Para que um discurso assim fosse interrompido, era necessário que a analista provocasse H. a pensar sobre seu sofrimento, como por exemplo, “Por que eu tenho que sofrer deste sintoma?” “Por que sempre acontecem as mesmas coisas comigo?” e, dessa forma, levar a paciente a entrar em análise. O discurso de H. era alienado porque somen-

te queria saber o que fazer para agradar ao seu parceiro, qual “tipo” de mulher ele desejava, como deveria falar e agir para mantê-lo ao seu lado.

Observamos que o Outro como lugar da fala, como aquele a quem se dirige a demanda, passa a ser também o lugar onde deve ser descoberto o desejo em sua formulação possível. É aí que se exerce a todo instante a contradição, porque esse Outro é possuído por um desejo, um desejo que, inaugural e fundamentalmente, é estranho ao sujeito. Conforme a ênfase seja colocada na insatisfação do desejo, temos o modo como a histórica aborda seu campo e sua necessidade. Com efeito, o desejo da histórica não é o desejo de um objeto, mas o desejo de um desejo, um esforço de se manter em frente ao ponto no qual ela convoca o desejo, o ponto onde está o desejo do Outro (Lacan, 1998/1999).

A analista, ao não responder à demanda de H., ocasionou a destituição deste Outro suposto saber, fazendo surgir, no lugar de agente, o sujeito dos sintomas (\mathcal{S}). É a histerização do discurso provocada pelo analista, através de seu ato, que faz do Outro um não-todo, propiciando a mudança do \mathcal{S} para o lugar de agente no *discurso da histórica*. Nesta posição, com \mathcal{S} como agente do discurso, Bataille (1987/1988) comenta que a analisante se dirige à analista como a um médico a quem ela faz um pedido de socorro, um saber que lhe diga o que fazer para salvá-la de seu sofrimento. Embora ela deseje que a analista trabalhe para ela, já há a aparição do sujeito dos sintomas; portanto, o analista passa a se interessar pelo sintoma, fazer a analisante falar sobre ele, em vez de querer curá-lo. Desse modo, foi possível implicar a analisante em suas próprias queixas e situações que produziam angústia e fazê-la trabalhar no sentido de construir um saber sobre si a partir de sua posição de sujeito dividido (\mathcal{S}).

Portanto, H. foi sensibilizada por algo do *discurso do analista* – um ato fruto de sua posição de, tendo sido analisante, estar atravessado por marcas dessa experiência que possibilitou tal inflexão – que provocou o surgimento de algo novo, que não estava lá, um ato devido ao desejo do analista que produz uma rotação no discurso da analisante. Pela eficácia deste ato, no lugar do Outro aparece a barra do sujeito (\mathcal{S}) fazendo do Outro um não-todo (Lacan, n/d).

Bataille (1987/1988) escreve que, no discurso do analista, a pergunta “o que é que eu quero?” pode ser formalizada por \mathcal{S} (agora no lugar do trabalho) em relação ao objeto a , abrindo caminho para a produção de formações do inconsciente e significantes primordiais, sob a forma de sonhos, teorias, ou seja, \mathcal{S} sobre S1 (Bataille, 1987/1988, p. 103). Já o analista passa a ocupar – como semblante – o lugar de agente do discurso. Lacan nos indica que, ao se apresentar como objeto a , ou seja, como causa de desejo e “se o analista não toma a palavra, o que pode advir dessa produção fervilhante de S1? Certamente muitas coisas”

(Lacan, 1991/1992, p. 33), pois o caráter subversivo do discurso do analista é “não pretender nenhuma solução” (Lacan, 1991/1992, p. 66).

Como diz Amigo (2001), no momento em que o analista institui seu ato, é *o discurso do analista* que está dirigindo o tratamento, mas logo em seguida haverá outra rotação e aparecerá novamente o discurso do inconsciente, que é o discurso do mestre, ou o discurso do fazer desejar, que é o da histórica, ou o discurso do saber, que é o universitário, sendo que “o discurso do analista é um discurso que aparece num momento puntiforme e que comanda a produção possível do ato analítico” (Amigo, 2001, p. 79). Lacan, no *seminário 20, mais, ainda*, dirá que “é preciso prestar atenção à colocação em prova dessa verdade de que há emergência do discurso analítico a cada travessia de um discurso a outro.” (Lacan, 1975/1985, p. 27).

Como ressaltado em Kessler (2008), no discurso do analista há uma mudança de posição de um sujeito que fala a partir de um lugar de saber ou de buscar um saber sobre si (S2 no comando), para outra na qual ele – como sujeito do inconsciente – é causado (*a* no comando), ou seja, “tomar o objeto *a* como agente do discurso, suspendendo o saber consciente (S2) sobre si e fazendo o sujeito, dividido (*Œ*), trabalhar de forma que, assim, se produzam os significantes (S1) que lhe são constitutivos” (Kessler, 2008, p. 30).

Kessler (2009) comenta que é no lugar de semblante de objeto *a* – objeto perdido no momento mesmo que se constitui o sujeito, resto que resiste à assimilação significativa e que segue, desde então, como causa de seu desejo – que o analista deverá se manter para escutar dali a demanda do analisante – seja um saber, seja uma mestria – visando a uma torção nesse discurso. Desse modo, face às inúmeras possibilidades de intervenção, tendo sido analisante, o analista pode sustentar a posição de semblante de *a*, pondo *a* no comando como agente do discurso, agente causa do desejo.

O discurso do analista é o único que apresenta o sujeito (*Œ*) no lugar do outro, pois no discurso do mestre o outro é colocado como escravo (S2), no discurso da histórica o outro é tratado como mestre (S1), e no discurso universitário o outro é considerado objeto (*a*). Tratar o outro como sujeito é possibilitar que ele se manifeste com a singularidade de seu S1; porém, devemos lembrar que o sujeito considerado pela psicanálise é o *Œ* – sujeito barrado do inconsciente – que, ao tomar a palavra, não pode dizer tudo (pois a verdade é um semidizer). Assim, o que aparecerá são seus equívocos, seus tropeços, o mal-entendido, já que o ato analítico trata justamente de apontar uma descontinuidade, o sem-sentido que desconserta o sujeito, podendo causar uma estranheza como a fala “não pensei nisso antes” ou “fiquei pensando no que você me falou na sessão passada”.

No material clínico trabalhado, as intervenções da analista ressaltavam o equívoco, o enigmático colhido da trama da analisante, abrindo novas perguntas às suas colocações e não um saber teórico e racional para ser devolvido como uma verdade. O discurso de H. sustentava-se no saber das estatísticas, das normas, das idealizações, das afirmações categóricas e, para fazer frente a esse discurso, a analista sinalizava qualquer movimento da paciente que pudesse marcar uma singularidade, algo de si própria, diferentemente desse saber imperativo ao qual se submetia, como por exemplo: “todo homem que ama uma mulher manda flores para ela”. A analista procurava “quebrar” essas certezas introduzindo perguntas ou dúvidas para que H. pudesse questionar esses ditos categóricos e genéricos para produzir um efeito de corte na fala alienante da paciente; às vezes, um apontamento como: “será que vai haver flores para todos os homens que quiserem comprar?”. O agente do discurso do analista ao operar como objeto implica “ser o agente causa de desejo” (Lacan, 1991/1992, p. 168), ou seja, provocar o desejo de saber no outro.

Consideramos que os fragmentos clínicos apresentados reforçam o pensamento que na análise trabalhamos com as palavras, como o sujeito enuncia seu discurso e de que forma se implica (ou não) em sua enunciação. Assim, lidamos com a dimensão da linguagem, com o dito e o não-dito, com o que se esconde e o que aparece, com o que soa fora do curso, o dis-curso. O diferencial é que não se trata de atender à demanda ou dar conselhos ou orientações de como fazer ou se posicionar, mas sim de fortalecer um desejo próprio da analisante para experimentar seu saber-fazer, estabelecendo referências singulares em consonância com seu desejo.

Como ressaltado anteriormente, não há uma produção linear dos discursos, mas a emergência de um ao outro provocada pelo discurso do analista, por meio de seu ato. Entendemos que, se há giro nas posições dos discursos, também há circulações pelos quatro discursos em diferentes tempos da análise até que o próprio analisante – assumindo ou não sua posição de analista – possa produzir a leitura e a rotação de seus discursos. Assim, passa a fazer elaborações sobre situações que antes o dominavam, por estar advertido de sua posição de ter sido analisante.

Nas muitas voltas realizadas durante os três anos em que H. permaneceu em análise, acreditamos que os efeitos que pudemos observar foram as questões que a própria analisante produziu sobre si mesma, sobre seu estilo pessoal, sobre o desejo de se encontrar com sua feminilidade, construindo seu espelho subjetivo próprio e não mais se referenciando apenas pelo olhar e desejo do companheiro, o que ocasionou mudanças na relação com seu parceiro. Além desses pontos, o efeito de afirmação profissional também influenciou e lhe trouxe mais segu-

rança em suas colocações e opiniões. Outro ponto importante foi a abertura de comunicação na relação com o outro e um deslocamento de sua posição rígida de exigências. H. iniciou um processo de considerar o outro procurando estabelecer interações no convívio com colegas, amigas e familiares, mesmo ainda com dificuldades para se colocar mais próxima afetivamente. Com seu parceiro, passou a falar mais sobre o que concordava ou não, procurando ouvir e ser ouvida, numa tentativa de entendimento e diálogo conjugal.

A analista, ao longo do tratamento, apostou que haveria outras possibilidades de H. se posicionar em relação ao Outro e com isso construir uma nova versão de si mesma e de sua vida, pois como diz Lacan, no seminário do Ato Psicanalítico, “Os efeitos da interpretação são recebidos no nível da estimulação que ela fornece à inventividade do sujeito.” (Lacan, n/d, p. 59).

Embora houvesse outras questões a serem trabalhadas, H. optou por suspender seu tratamento, por considerar que seria importante experienciar seu saber fazer em relação à sua vida. Muitas perguntas continuaram sendo necessárias, mas só podemos conjecturar sobre o acontecido durante o tempo da análise. E, como disse Lacan (1975): “Uma análise não tem que ser levada demasiado longe. Quando o analisante pensa que é feliz por viver é suficiente.” Ou até que surja um novo pedido de análise.

Assim, entendemos que os giros propostos pelos Quatro Discursos tanto nos auxiliam a estudar os movimentos que acontecem no processo de análise, como também trazem um direcionamento para a condução do tratamento, já que os dispositivos apresentados por Lacan nessa proposição convocam e precipitam o surgimento do discurso analítico.

Considerações finais

Trabalhamos na análise para que o sujeito do inconsciente do desejo possa advir. Para tanto, é necessário que o analista, com sua escuta e intervenções, possibilite ao analisante produzir mudanças em sua posição discursiva que tragam efeitos em sua vida cotidiana. Nesse sentido, o ato analítico tem o efeito de desconstruir certezas, questionar mandados que vêm do Outro, introduzindo um espaço de dúvida que permita novas reflexões para despertar o sujeito do adormecimento que ele crê ser sua vigília.

Vicente (2004) escreve que a análise acontece passando do *standard*, enquanto necessário, ao ato analítico, enquanto contingente. É somente na contingência de cada experiência e de momentos singulares de análise que o analista

poderá saber quando e de que forma intervir, já que *a priori* ele nada sabe sobre o inconsciente do analisante.

Entendemos que, como diz Lacan (1966/1998c) no texto “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”, se referindo ao jogo de bridge, o analista deve ocupar o lugar do “morto” nas cartas do baralho, ou seja, não jogar, mas direcionar o tratamento para que o sujeito possa fazer a avaliação de suas jogadas e também descobrir outras possíveis. Podemos dizer que, muitas vezes, o analisante fica preso à repetição de uma única jogada, enquanto que, no universo das cinquenta e duas cartas do baralho, muitas outras opções poderiam ser experimentadas. É interessante pensar nas cartas como os significantes trazidos por cada um em sua história; enfim, não é prescindir das regras – que são as mesmas para todo e qualquer sujeito inserido num laço social – mas se autorizar a criar novas jogadas em sua relação com o outro. Consideramos pertinentes as palavras de Vicente (2004) sobre os movimentos do tratamento psicanalítico:

Deciframento do inconsciente, saber sobre a causa do desejo, transformação da posição subjetiva, mudança na relação ao gozo, são algumas das expressões utilizadas para dizer os efeitos da experiência analítica. Dessa forma, saber e mutação estão nesse horizonte, implicando uma desestabilização das âncoras do sujeito nas suas certezas, uma ruptura com a perenidade de suas repetições. Nesse sentido, é preciso pensar o que fazemos como ato, pelo ponto de vista da transformação, pois, ainda que uma análise passe várias vezes pelo mesmo lugar, ao fim, há uma mudança da posição do sujeito. (Vicente, 2004, p. 3)

No entendimento de Brounstein (2017), a verdade de uma análise não se lê no discurso daquele que a narra, por mais detalhado que esse seja, mas sim “pela mudança de posição subjetiva do analisante no momento em que opera a destituição do sujeito suposto saber representado por seu analista” (Brounstein, 2017, p. 107). Segundo o autor citado, o essencial no processo psicanalítico não reside nos registros das experiências conscientemente vividas na cena analítica, nem tampouco nas palavras ditas, por mais fiel que sua reprodução seja. Embora as histórias de casos, assim como os relatos das análises, sejam ficções elaboradas a partir do que foi produzido nas sessões, elas manifestam e põem em relevo a experiência analítica, e funcionam como testemunho dessa prática. Portanto, o conjunto dos testemunhos sobre uma prática serve

para ressaltar que o essencial é a transmissão de um *savoir-faire* na direção da cura (Brounstein, 2017).

Kessler (2009) corrobora a ideia de que cada analista deve inventar seu próprio estilo de intervenção e agenciar isto a seu próprio modo, a fim de poder autorizar-se por suas decisões, mesmo que ainda de uma forma incipiente.

Como coloca Safouan (1975), o desejo do analista se manifesta naquilo que traduzimos como agarrar a oportunidade, aproveitar a ocasião em que o ato, como no clarão de um relâmpago, se apresenta, tendo em vista que sejamos prevenidos a partir da marca deixada pela experiência de ter sido analisante; e correndo o risco que o ato implica, seja em uma análise, como também na supervisão. Não hesitar, conforme indicado por Hoffmann. Enfim, como pronunciou Lacan, ter um desejo decidido. (Kessler, 2009, p. 41)

Assim também Bataille (1987/1988, p. 91): “Lacan nunca deu receitas, nem jamais aconselhou uma maneira qualquer de praticar; ele achava essencial que cada um forjasse sua prática a partir daquilo que integrava na teoria, e à luz de sua própria experiência”. Por esse motivo, é imprescindível que cada analista encontre seu estilo de trabalho com uma postura ética frente à sua posição de analista. Seguindo essa linha de pensamento, consideramos que os fragmentos do material clínico que apresentamos reafirmam a posição ética do analista de dirigir o tratamento e não o analisante, como colocado por Lacan (1966/1998c).

Acompanhamos o pensamento de Castro (2006), de que a formação do analista precisa passar pela destituição de algumas de suas identificações e certezas subjetivas, bem como de alguns ideais do eu e do Outro. Essa destituição pode ser entendida como o que abriria a sua escuta e afiaria os seus atos durante a direção do tratamento/cura. Tal ensinamento é a base para que o analista nada deseje para o psicanalista e não imponha a ele qualquer ideal de curabilidade ou de normalidade subjetiva, ou seja, manter a essência vazia do desejo do psicanalista. Dessa forma, contendo a influência sugestiva de seus próprios ideais, o psicanalista, ao não responder às demandas, propicia que o desejo do sujeito possa se construir ao deslizar pela cadeia significativa (associação de ideias). “E essa direção é nitidamente marcada pela posição em que o psicanalista se coloca: destituído como sujeito e, por isso mesmo, aberto para ser tomado como objeto causa do desejo” (Castro & Ferrari, 2013, p. 68).

Parece-nos que o ensino com o qual Lacan se ocupou ao longo de sua vida buscava justamente tratar da questão de como o psicanalista poderia enfrentar o

desafio de fazer valer seu discurso na especificidade da ética que ele porta, o que também nos leva ao encontro da discussão sobre a possibilidade de transmissão da psicanálise e da formação do psicanalista. Mesmo lidando com o singular de cada análise, é importante assumirmos a responsabilidade de continuar a debater a questão sempre atual de como trabalha um psicanalista e como dar testemunho dos efeitos de sua prática.

Finalizando, essa escrita teve por objetivo nos incluímos na discussão sobre a clínica psicanalítica, além de trazer questões que nos levem a novos entendimentos sobre o exercício de nossa prática pelo diálogo com nossos pares, com colegas de outras áreas e com todos aqueles que se interessam pela psicanálise. Nesse sentido, a posição do analista como pesquisador tem todo o interesse na elaboração *a posteriori* do material clínico.

Referências

- Amigo, S. (2001). Notas sobre o discurso do analista. In: Vegh, I.; Wainsztein, S.; Flesler, A.; Amigo, S.; Nanclares, A. B. M. *Os discursos e a cura*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Bataille, L. (1987/1988). *O umbigo do sonho: Por uma prática da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Brounstein, N. (2017). De un analista a otro. Las memorias de los analizantes. From one analyst to another. *Trivium: Estudos Interdisciplinares*, 9(1), 103-113.
- Castro, J. E. (2006). *Consequências éticas da teoria lacaniana dos discursos no ensino da psicanálise* (tese de doutorado). Curso de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ.
- Castro, J. E. (2009). Considerações sobre a escrita lacaniana dos discursos. *Ágora*, 12(2), 245-258.
- Castro, J. E.; Ferrari, I. F. (2013). O desejo do psicanalista e sua implicação na transferência segundo o ensino de Lacan. *Psicologia Clínica*, 25(2), 53-72.
- Ferreira, D.; Silva, R.; Carrijo, C. (2014). O estilo em psicanálise: O discurso do analista como arte do bem dizer. *Psicologia USP*, 25(1), 71-76.
- Freire, M. S. (2003). *A intervenção do discurso analítico na estrutura de linguagem* (dissertação de mestrado). Curso de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ.
- Freud, S. (1890/1996). Tratamento psíquico (ou anímico). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. VII, p. 267-288. Rio de Janeiro: Imago.

- Froemming, L. S. (2002). *A montagem no cinema e a associação-livre na psicanálise* (tese de doutorado). Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Froemming, L. S.; Oliveira, M. T. G. (2013). Sobre a emergência de significantes na escuta clínica. *Trivium: Estudos Interdisciplinares*, 5(1), 64-71.
- Kessler, C. H. (2008). O objeto *a* é (radical) e não é ([b]analísável). *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 34, 23-32.
- Kessler, C. H. (2009). Supervisão e Ato Analítico. *Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 186, 33-41.
- Lacan, J. (n/d). *O ato psicanalítico – Seminário* (1967-1968). Recife: Escola de Estudos Psicanalíticos (publicação não comercial).
- Lacan, J. (1966/1998a). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: *Escritos*, p. 238-324. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1966/1998b). Variantes do Tratamento-padrão (1955). In: *Escritos*, p. 325-364. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1966/1998c). A direção do tratamento e os princípios de seu poder (1958). In: *Escritos*, p. 591-652. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1975). *Kanzer seminar* (conferência proferida na Yale University). *Scilicet*, 6/7, p. 60.
- Lacan, J. (1972/2003). O Aturdido. In: *Outros Escritos*, p. 448-497. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1975/1985). *O Seminário, livro 20: Mais, ainda* (1972-1973). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1986/2008). *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1991/1992). *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise* (1969-1970). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998/1999). *O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente* (1957-1958). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Martinho, M. H. (2012). A interpretação psicanalítica: “um dizer nada”. *Stylus*, 24, 77-84.
- Meira, A. C. S. (2013). A escrita de casos clínicos em psicanálise: Estudo de caso, descrição, relato ou narrativa? *Revista Virtual FLAPPSIP: Intercâmbio Psicanalítico*, 1, 1-4.
- Nogueira, L. C. (2004). A pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP*, 15(1-2), 83-106.
- Santos, K. W. A. (2002). Ato e discurso no dispositivo analítico com o autismo e a psicose infantil. In: Rinaldi, D.; Jorge, A. C. (Orgs.). *Saber, verdade e gozo: Leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan*, p. 243-252. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Vicente, S. (2004). O ato analítico. *Cogito*, 6, 1-8.
- Zimmerman, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.

Notas

¹ Lacan criou esse termo em 1971 para designar um conjunto de escritas de aspecto algébrico que têm por finalidade explicar conceitos-chave da teoria psicanalítica em termos estruturais, que transcendem o emprego das palavras comumente usadas, de modo que matema se constitui como a escrita do que não pode ser dito, mas que pode ser transmitido. Ele tomou emprestado esse conceito da linguística, que dispõe, numa forma de equação algébrica, as relações entre significantes e significados. (Zimerman, 2001, p. 262)

Recebido em 27 de fevereiro de 2019
Aceito para publicação em 27 de julho de 2019

SCHREBER ESCRITOR

*SCHREBER, THE WRITER**SCHREBER ESCRITOR**Renata Gruner* ⁽¹⁾*Amadeu de Oliveira Weinmann* ⁽²⁾*Priscilla Machado de Souza* ⁽³⁾**RESUMO**

A autobiografia de Daniel Paul Schreber, intitulada *Memórias de um doente dos nervos*, publicada em 1903, dá a Freud subsídios para o aprofundamento de seus estudos sobre a paranoia, tendo como resultado a publicação, em 1911, do escrito *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (dementia paranoides) relatado em autobiografia*, obra crucial para a clínica psicanalítica das psicoses. A partir dessa produção, Lacan elabora conceitos fundamentais para uma clínica possível das psicoses. Por meio de uma leitura entremeada das memórias de Schreber e do comentário que Freud lhes dedica, e em diálogo com algumas proposições de Lacan acerca da clínica das psicoses, sugerimos que a obra de Schreber testemunha a potência da escrita como dispositivo na organização de um delírio psicótico. Nesse sentido, sustentamos a hipótese de que Schreber escritor (*Schreiber*, em alemão) é também Schreber precursor.

Palavras-chave: psicanálise; psicose; paranoia; escrita; Schreber.

ABSTRACT

Daniel Paul Schreber's autobiography, *Memoirs of My Nervous Illness*, published in 1903, gives Freud further insights into his study of paranoia, resulting in the publication in 1911 of the *Psychoanalytic notes on an autobiographical*

⁽¹⁾ Psicóloga, especialista em atendimento clínico com ênfase em psicanálise pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil. email: renatagruner@gmail.com

⁽²⁾ Psicólogo, Doutor em educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Professor do PPG em Psicanálise, Clínica e Cultura da UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. email: weinmann.amadeu@gmail.com

⁽³⁾ Psicóloga e psicanalista, especialista em atendimento clínico com ênfase em psicanálise pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Mestre em Psicanálise, Clínica e Cultura pela UFRGS, Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA), RS, Brasil. email: priscillamdesouza@gmail.com

account of a case of paranoia (dementia paranoides), a crucial work for the psychoanalytical treatment of psychosis. Based on this production, Lacan elaborates fundamental concepts for a possible psychosis clinical work. By means of a reading of Schreber's memoirs entwined with Freud's commentary on them, and in dialogue with some of Lacan's propositions about the psychosis clinical practice, we suggest that Schreber's work testifies to the power of writing as a device in the organization of psychotic delusions. In this sense, we hold the hypothesis that Schreber, the writer (*Schreiber*, in German) is also Schreber, the precursor.

Keywords: psychoanalysis; psychosis; paranoia; writing; Schreber.

RESUMEN

La autobiografía de Daniel Paul Schreber, titulada *Memorias de un enfermo de nervios*, publicada en 1903, da a Freud subsidios para la profundización de sus estudios sobre la paranoia, teniendo como resultado la publicación en 1911 del escrito *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) autobiográficamente descrito*, obra crucial para la clínica psicoanalítica de las psicosis. A partir de esa producción, Lacan elabora conceptos fundamentales para una clínica posible de las psicosis. Por medio de una lectura intercalada de las memorias de Schreber y del comentario que Freud les dedica, y en diálogo con algunas proposiciones de Lacan acerca de la clínica de las psicosis, sugerimos que la obra de Schreber testimonia la potencia de la escrita como dispositivo en la organización de un delirio psicótico. En ese sentido, sostenemos la hipótesis de que Schreber escritor (*Schreiber*, en alemán) es también Schreber precursor.

Palabras clave: psicoanálisis; psicosis; paranoia; escrita; Schreber.

Introdução

Em 1903, Daniel Paul Schreber publica seu relato autobiográfico, intitulado *Memórias de um doente dos nervos*, onde descreve em detalhes aspectos fundamentais de sua história clínica e elementos preciosos que permitem acompanhar a evolução de sua doença. Mediante a análise do texto de Schreber, Freud lança em 1911 seu escrito *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (dementia paranoides) relatado em autobiografia*, aprofundando seus estudos sobre a paranoia. A partir desse trabalho, Lacan (1958/2002) elabora conceitos de primeira ordem para uma clínica possível das psicoses (como será

referida por ele no artigo *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*), como a ideia de forclusão para situar a diferença entre as estruturações neurótica e psicótica.

Se o texto de Freud é a pedra fundamental de uma clínica psicanalítica das psicoses, o relato de Schreber apresenta a riqueza de um testemunho que anuncia a potência da escrita como recurso na organização de um delírio psicótico, além de, por outra via, também apresentar o sistema psiquiátrico vigente na época, material que, *a posteriori*, pode ser lido na perspectiva da luta antimanicomial. Em alemão, *Schreiber* significa escritor (Michaelis, 1998). Schreber *Schreiber*: este é o foco do presente artigo. Tal aproximação permite que pensemos a importante articulação admissível entre a obra de Schreber, as elaborações de Freud e Lacan, a clínica das psicoses e elementos precursores para a criação de um trabalho analítico possível com pacientes psicóticos.

A teoria psicanalítica da paranoia antes de Schreber

Em 1894, Freud publica *As neuropsicoses de defesa*, artigo que inaugura a psicopatologia psicanalítica, organizando-a em torno do conceito de defesa. Nesse escrito, Freud ensaia a análise da modalidade defensiva própria à histeria e às obsessões, no sentido do que virá a ser o conceito de recalçamento. No entanto, interessa-nos, especialmente, a modalidade defensiva própria à confusão alucinatória, muito mais enérgica e exitosa, na medida em que rechaça, psiquicamente, representação e afeto, sem deixar vestígios mnêmicos. Para essa forma de defesa, Freud usa a palavra *Verwerfung* – conceito frequentemente traduzido por rejeição e que, mais tarde, será retomado por Lacan na elaboração do conceito de forclusão. Sobre a *Verwerfung*, escreve Freud (1894/1996):

Em ambos os casos até aqui considerados, a defesa contra a representação incompatível foi efetuada separando-a do seu afeto; a representação em si permaneceu na consciência, ainda que enfraquecida e isolada. Há, entretanto, uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem-sucedida. Nela, o eu rejeita a representação incompatível juntamente com o seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido. Mas a partir do momento em que isso é conseguido, o sujeito fica numa psicose que só pode ser qualificada como “confusão alucinatória”. (p. 64)

É importante considerar o nome escolhido para esse texto: as *neuropsicoses* de *defesa*. No campo da psicopatologia, Freud faz um recorte: interessam-lhe as neuroses e psicoses que são efeito de uma defesa psíquica. O termo neuropsicose consiste em uma aglomeração típica da língua alemã, na qual se formam palavras a partir da junção de outras. Como conceito, ele expressa o modo como a medicina do século XIX partilha o campo que hoje denominamos psicopatologia. De acordo com os pressupostos da época, as neuroses seriam transtornos funcionais do sistema nervoso que, ainda que eventualmente inviabilizassem a vida de um sujeito, não o colocavam em posição de antagonismo com a sociedade. Esses pacientes eram encaminhados para o consultório do neurologista (era o caso, salvo exceções, dos pacientes atendidos por Freud). Em contrapartida, o termo psicose aludia às doenças mentais, uma categorização fraca, do ponto de vista conceitual, mas bastante operante do ponto de vista prático; os pacientes psicóticos eram socialmente perigosos e, por isso, destinados aos manicômios e submetidos a tratamento psiquiátrico. Roazen (citado por Aguiar, 2016, p. 120) ressalta a importância de situar o período em que Freud realizou sua trajetória acadêmica em Viena: “havia uma diferença entre os casos que um neurólogo, especialista [como ele], podia tratar e os pacientes de outra maneira mais perturbados, agora chamados de psicóticos, que acabavam nos serviços hospitalares onde trabalhavam psiquiatras”.

Em janeiro de 1895, Freud (1895/1986) envia a Fliess o *Rascunho H. Paranoia*, texto no qual dava notícia de uma tentativa de elucidação do fenômeno da paranoia, apresentando-a como uma neurose de defesa que contaria com a projeção como principal mecanismo. Freud utiliza um material clínico, que não será abordado em detalhes neste artigo, para esclarecer como opera a paranoia. O autor conduz o leitor pela história de uma paciente: a mulher recalava a lembrança do incidente central da razão de seus surtos de paranoia por *não querer* lembrar-se, ou seja, por defesa: “não havia a menor dúvida quanto à defesa, mas ela poderia, da mesma forma, ter adquirido um sintoma histérico ou uma ideia obsessiva. Qual seria a peculiaridade da defesa paranoide?” (p. 110). E o fundador da psicanálise prossegue:

Ela se estava poupando de algo; algo fora recalado. Podemos imaginar o que tenha sido. Provavelmente, de fato ficara excitada com o que vira e com a lembrança disso. Portanto, aquilo de que se estava poupando era uma reprimenda por ser uma “mulher depravada”. Passou então a ouvir essa mesma reprimenda vinda de fora. Portanto, o *conteúdo factual permaneceu inalterado*; o que se alterou,

porém, foi algo no *posicionamento* da coisa toda. Antes, tratava-se de uma autorreclamação interna, e agora era uma imputação vinda de fora: as pessoas diziam aquilo que, de outra maneira, ela diria a si mesma. Havia um lucro a retirar disso. Ela teria sido obrigada a aceitar essa condenação, se proferida de dentro; mas poderia rejeitar a que lhe vinha de fora. *Desse modo, a condenação, a censura, era mantida longe do ego.* A finalidade da paranoia, portanto, é rechaçar uma ideia incompatível com o ego, projetando seu conteúdo no mundo externo. (p. 110, grifos do autor)

No ano de 1896, é publicado o artigo *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa*, no qual Freud mantém essa proposição, a qual retornará na análise do caso do presidente Schreber. Em 1911, 15 anos após a publicação do segundo artigo de Freud a respeito das neuropsicoses de defesa, ele volta a discutir a paranoia em *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (dementia paranoides) relatado em autobiografia*, uma produção que se dá não a partir de um caso clínico de Freud, mas do relato autobiográfico de Daniel Paul Schreber, lançado em 1903 e intitulado *Memórias de um doente dos nervos*. O motivo de Freud debruçar-se sobre um livro para produzir seu estudo central sobre a paranoia é, por um lado, de ordem prática: “a investigação psicanalítica da paranoia oferece dificuldades especiais para nós, médicos não ligados a instituições públicas” (Freud, 1911/2010, p. 14). Por outro lado, é também uma razão de ordem clínica.

Em *Sobre a psicoterapia*, Freud (1905/1996) propõe que, para se submeter ao processo de análise, o paciente deve atender a certos critérios:

Afora a doença, deve-se reparar no valor da pessoa em outros aspectos e recusar os pacientes que não possuam certo grau de formação e um caráter razoavelmente digno de confiança. [...] Tampouco é aplicável às pessoas que não sejam levadas à terapia por seu próprio sofrimento, mas antes se submetem a ela apenas pela ordem autoritária de seus familiares. (p. 250)

Sobre as psicoses, especificamente, afirma que tanto elas quanto “os estados confusionais e a depressão profundamente arraigada [...] são impróprios para a psicanálise, ao menos tal como tem sido praticada até o momento” (p. 250). Portanto, não se trata mais da velha partilha do século XIX entre neurologia e psiquiatria. Por ocasião do caso Schreber, trata-se da inanalizabili-

dade da psicose – conceito intimamente ligado à experiência clínica, mas que, a partir da leitura de *Memórias de um doente dos nervos*, recebe um fundamento teórico: narcisismo.

A leitura freudiana das *Memórias...*

Freud toma conhecimento do livro de Schreber em 1910 e, durante a segunda metade daquele ano, trabalha com intensa dedicação o texto que vem a publicar em 1911. A análise que o autor faz da autobiografia do presidente Schreber tem como modelo a leitura de *Gradiva: uma fantasia pompeiana*, obra literária do escritor Wilhelm Jensen, publicada em 1903. *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen*, de 1907, é a primeira análise de um texto literário feita por Freud, com exceção de suas ponderações sobre *Édipo Rei* e *Hamlet*, em *A interpretação dos sonhos*, de 1900.

Com o texto sobre a *Gradiva*, Freud inaugura uma análise do discurso escrito, isto é, um método clínico que está *para além da clínica (stricto sensu)*. Se, em *A interpretação dos sonhos* (Freud, 1900/1996) e em *Psicopatologia da vida cotidiana* (Freud, 1901/1996), não se trata de ditos de pacientes, ainda assim não se prescinde das associações do sonhador ou de quem cometeu um lapso ou ato falho. No caso de uma obra escrita, qual o lugar das associações? Em sua leitura das *Memórias de um doente dos nervos*, Freud (1911/2010) justifica, clinicamente, sua decisão:

Dado que os paranoicos não podem ser impelidos a vencer suas resistências internas e, de toda forma, dizem apenas o que querem dizer, precisamente no caso dessa afecção o relato escrito ou a história clínica impressa pode funcionar como substituto do conhecimento pessoal do doente. (p. 14)

Além disso, o fundador da psicanálise explicita o método dessa leitura:

Não raro é ele próprio [Schreber] quem nos fornece a chave, ao acrescentar a uma afirmação delirante, como que casualmente, um comentário, citação ou exemplo, ou contestar expressamente uma analogia que ocorreu a ele mesmo. Nesse último caso basta ignorar o invólucro negativo, como estamos habituados a fazer na técnica psicanalítica, tomar o exemplo como algo real, a citação ou

prova como fonte, e nos acharemos de posse da tradução que buscávamos do modo de expressão paranoico para o normal. (p. 47-48)

A “escuta” de um texto escrito, assim como fora feito em relação à *Gradiva*, assinala os nexos associativos entre os elementos textuais, os quais produzem distintos efeitos de sentido (ideia que Freud já havia trabalhado no caso do Homem dos Ratos, nomeando-a “ponte verbal”, o que, mais tarde, Lacan tomará como “significante”). A chave de interpretação de uma tese delirante às vezes se apresenta não em outra parte importante do texto, mas justamente nos detalhes mais desprezíveis – assim na clínica como na arte, conforme notado em *Moisés de Michelangelo*, de 1914. No entanto, o horizonte da leitura freudiana das *Memórias* do presidente Schreber é a teoria do recalque – pedra fundamental da teoria psicanalítica. Sua “tradução” do discurso delirante de um paciente paranoico, ao converter-se em interpretação, pode tornar-se apelativa ao desencadeamento psicótico – vide o relato clínico do *Rascunho H*, de 1895.

A fim de analisar a incidência do texto schreberiano sobre a escuta freudiana, comentaremos, de forma intercalada, alguns trechos de *Memórias de um doente dos nervos* e de *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (dementia paranoides) relatado em autobiografia*. Antes de tudo, é importante assinalar que Freud (1911/2010) pouco sabia acerca de Schreber:

Sobre os antecedentes e as circunstâncias de vida do paciente, nem seus escritos nem os pareceres médicos a eles agregados informam suficientemente. Eu não poderia sequer dizer qual a sua idade no momento em que adoeceu, embora a elevada posição que alcançou na Justiça, antes de adoecer pela segunda vez, garanta um certo limite inferior. (p. 17)

Se tomamos como base a época de ocorrência das crises psíquicas de Daniel Paul Schreber e os respectivos intervalos entre elas, sua história clínica pode ser dividida em cinco períodos: até 1884 (42 anos: primeira crise psíquica); de 1885 a 1893 (43 e 51 anos, respectivamente: período de intervalo entre a primeira e a segunda crise); novembro de 1893 a dezembro de 1902 (51 e 60 anos, respectivamente: segunda crise psíquica); de 1902 a 1907 (60 e 65 anos, respectivamente: intervalo entre a segunda e a terceira crise); e, por fim, novembro de 1907 a abril de 1911 (65 e 68 anos, respectivamente: internação no Sanatório de Dösen, em Leipzig-Dösen, até sua morte, em 14 de abril de 1911).

Schreber (1903/2006), em sua obra – elaborada antes de um terceiro episódio –, atribui a incidência das duas doenças nervosas à excessiva fadiga intelectual:

A primeira vez por ocasião de uma candidatura ao *Reichstag* [...], a segunda vez por ocasião da inusitada sobrecarga de trabalho que enfrentei quando assumi o cargo de presidente da Corte de Apelação de Dresden, que me tinha sido então recentemente transmitido. (p. 53)

A família Schreber carregava as marcas da tradicional família burguesa alemã, de classe média alta, erudita e com histórico de méritos profissionais – profissionais da área jurídica, com altos cargos, e médicos (como o pai de Schreber), por exemplo –, fazendo-os célebres por seu sucesso, tendo muitos de seus antepassados deixado obras escritas sobre Direito, Economia, Pedagogia e Ciências Naturais (Carone, 2006). Nessa perspectiva, a derrota vergonhosa de Schreber nas eleições ao cargo de representante no *Reichstag* (assembleia regional) ganha importância ainda maior, especialmente após um jornal da Saxônia publicar, em tom irônico: “quem conhece esse tal Dr. Schreber?” (p. 12).

Em outubro de 1884, com a queixa principal de forte insônia, passa algumas semanas no *Schloss Sonnenstein*, sanatório público sob a direção do Dr. Weber. Posteriormente, é internado, pela primeira vez, na Clínica Psiquiátrica da Universidade de Leipzig, com direção do prof. Flechsig, onde recebe o diagnóstico de hipocondria grave. Após cerca de meio ano em internação, ganha alta em junho de 1885. Ao fim desse período, Schreber (1903/2006) relata:

O essencial foi que eu fiquei finalmente curado [...] e portanto só podia estar cheio de sentimentos de viva gratidão para com o professor Flechsig, os quais expressei também através de uma ulterior visita e de honorários, na minha opinião, adequados. Ainda mais profunda talvez foi a gratidão sentida por minha esposa, que realmente reverenciava no professor Flechsig aquele que lhe devolveu seu marido e, por esse motivo, conservou durante anos seu retrato sobre sua escrivaninha. (p. 54)

Ainda sobre a fase anterior à segunda crise psíquica, o autor relata ter vivido anos felizes, ricos em realizações pessoais e profissionais, afetados apenas pela frustração da expectativa de ter filhos. Em junho de 1893, Schreber recebe a notícia de sua nomeação para a presidência da Corte de Apelação da Saxônia,

ou seja, para assumir o cargo de juiz-presidente (*Senatspräsident*), grande honraria no contexto alemão da época, cuja nomeação era feita pelo Imperador e cuja recusa consistiria em crime de lesa-majestade. Schreber toma posse do cargo em outubro do mesmo ano e revela que, algumas semanas depois, já se sentia intelectualmente estafado.

Freud (1911/2010) observa que, no período entre a nomeação e a posse, Schreber já dava sinais de estar entrando em crise – a antessala do surto –, quando sonha algumas vezes com o retorno da doença. O sofrimento era tamanho que “ficava naturalmente tão infeliz quanto me sentia feliz ao despertar, pelo fato de que não passava de um sonho” (Schreber, 1903/2006, p. 54). Ademais, certa feita, entre o sono e a vigília, sente-se perturbado pela ideia de que “deveria ser realmente bom ser uma mulher se submetendo ao coito” (p. 54).

Schreber assume o cargo e, com um mês e meio de trabalho, em novembro de 1893, entra em colapso e busca a clínica de Flechsig, onde teve seu estado agravado rapidamente. A doença tem começo com episódios recorrentes de insônia e, em seguida, com uma crise hipocondríaca, culminando no quadro de uma psicose alucinatória aguda. Em seu informe elaborado para o processo judicial movido por Schreber para recebimento de alta (entre 1900 e 1902), o Dr. Weber (citado por Freud, 1911/2010) reporta, sobre essa internação:

No início da internação manifestava várias ideias hipocondríacas, queixava-se de sofrer um amolecimento cerebral, de que morreria logo etc., mas logo em seguida se acrescentaram ao quadro mórbido ideias de perseguição derivadas de alucinações, que no início ainda se manifestavam esporadicamente [...] Mais tarde se tornaram mais frequentes as alucinações auditivas e acústicas ao lado de distúrbios sensoriais comuns, acabaram por dominar sua sensibilidade e seu pensamento: considerava-se morto e apodrecido, doente de peste, supunha que seu corpo fosse objeto de horríveis manipulações de todo tipo [...]. As ideias delirantes absorviam a tal ponto o doente que ele ficava horas e horas completamente rígido e imóvel (estupor alucinatório). [...] Pouco a pouco as ideias delirantes assumiram um caráter místico e religioso. (p. 18-19)

Em junho de 1894, Schreber é transferido para o sanatório de *Sonnenstein*, dirigido pelo Dr. Weber (antes faz breve passagem por *Lindenhof*, asilo particular do Dr. Pierson). Freud indica algo fundamental para a análise do caso: muito gradualmente, Schreber começa a organizar um delírio e é por meio dessa construção

que se torna possível a saída desse estado de psicose alucinatória aguda. Freud, que reconhece o valor das descrições do Dr. Weber, começa a sua argumentação justamente por uma divergência em relação a algumas de suas afirmações. O Dr. Weber (citado por Freud, 1911/2010) afirma que Schreber “considera-se encarregado de salvar o mundo e devolver a ele a perdida beatitude. Mas é algo que ele só pode realizar se se transformar de homem em mulher” (p. 22). Tratar-se-ia de um típico delírio paranoico de tipo místico. Delírio de redenção. Um delírio de redenção no qual o delírio de emasculação, ou seja, a transformação em mulher, seria o meio para realizar um fim – a salvação da humanidade. Freud (1911/2010), então, propõe uma primeira torção fundamental: o delírio de emasculação é primário e é a única peça do delírio que está presente do início ao fim, sendo tardio o delírio místico, de redenção:

Embora isto possa apresentar-se assim na configuração final do delírio, o estudo das Memórias nos impõe uma concepção bem diferente. Vemos que a transformação em mulher (emasculação) era o delírio primário, que ela foi considerada inicialmente um ato que acarretaria grave dano e perseguição, e que apenas secundariamente veio a ligar-se ao papel de Redentor. Também se torna claro que antes ela deveria ocorrer para fins de abuso sexual, e não a serviço de propósitos elevados. Colocando de maneira formal, um delírio de perseguição sexual foi posteriormente transformado, para o paciente, em delírio de grandeza religiosa. O perseguidor era inicialmente o prof. Flechsig, o médico que o tratava, depois substituído pelo próprio Deus. (p. 19)

Freud propõe uma divisão do delírio de Schreber em três tempos. O primeiro tempo é o de delírio persecutório de caráter especificamente sexual, durante o qual o paciente alega ter alguém tramando o seu “almicídio” (assassinato de alma). Diz Schreber (1903/2006):

Deste modo foi preparada uma conspiração dirigida contra mim (em março ou abril de 1894), que tinha como objetivo, uma vez reconhecido o suposto caráter incurável da minha doença nervosa, confiar-me a um homem de tal modo que minha alma lhe fosse entregue, ao passo que meu corpo – numa compreensão equivocada da citada tendência inerente à Ordem do Mundo – devia ser transformado em um corpo feminino e como tal entregue ao homem em

questão para fins de abusos sexuais, devendo finalmente ser “deixado largado”, e portanto abandonado à putrefação. (p. 67)

Este “homem”, que não é especificamente nomeado, é, por dedução de Freud, o prof. Flechsig. Aos poucos, o delírio persecutório sexual começa a enlaçar outros elementos e a tornar-se mais complexo, assumindo outro caráter e dando forma a um segundo momento, que consiste em um delírio persecutório sexual articulado a pensamentos religiosos e megalomaniacos. Salta para o primeiro plano a expressão “Ordem do Mundo” – que, na perseguição sexual, está sendo contrariada – e também é introduzida no delírio a ideia de Deus. Em dado momento, Schreber estende o caráter persecutório a Deus e, na medida em que passa a ser perseguido não apenas por um mortal, mas também por Deus (cúmplice ou mandante), o delírio de Schreber assume não só um caráter religioso, mas também megalomaniaco.

O Deus de Schreber (1903/2006) é responsável por fazer os homens a partir de uma porção de seus próprios nervos, mantendo-se à distância deles enquanto vivem e, na ocasião de sua morte, retornando esses nervos a si:

Relações regulares entre Deus e as almas humanas, de acordo com a Ordem do Mundo, só ocorriam depois da morte. Deus podia, sem perigo, se aproximar dos *cadáveres* para, graças à energia dos raios, extrair do corpo e atrair para si os nervos, nos quais a autoconsciência não se tinha extinguido, mas apenas repousava, despertando-os assim para nova vida celeste; a autoconsciência voltava por efeito dos raios. (p. 36)

No entanto, esse Deus também é vulnerável; sua existência é ameaçada por humanos com nervos superexcitados: “os nervos de homens vivos, sobretudo em estado de uma excitação muito intensa, possuem uma tal força de atração sobre os nervos de Deus que Deus não poderia mais se livrar deles, ficando portanto ameaçado em sua própria existência” (p. 36).

Outra característica marcante do Deus de Schreber é a comunicação feita através da chamada “língua fundamental”, um “alemão algo arcaico, mas ainda vigoroso, que se caracteriza principalmente por uma grande riqueza de eufemismos” (p. 37). O que Freud (1911/2010), no entanto, mais salienta acerca da relação de Schreber com Deus é que, se, por um lado, ela envolve temor, respeito, reverência, por outro, gera uma profunda revolta:

O instinto de autoconservação de Deus foi despertado, e viu-se que Ele estava muito longe da perfeição que lhe atribuem as religiões. Todo o livro de Schreber é permeado pela amarga queixa de que Deus, habituado ao trato com os mortos, não compreende os vivos. (p. 23)

Em 1894, Schreber é transferido para *Sonnenstein*, aos cuidados do Dr. Weber, onde permanece até a alta. É no momento dessa internação que tem início o terceiro e último tempo do delírio, o de redenção ou místico (dado o papel que Schreber assume de responsável pela redenção da humanidade). Freud denomina-o “tempo da reconciliação”, referindo-se à reconciliação (*Versöhnung*) de Schreber com o instante em que rechaçou a ideia de como seria bom ser uma mulher no coito. Schreber identifica esse período como sendo o da revelação ou da sua descoberta de que Deus tinha para ele um projeto maior, que aquilo que Deus impunha a ele não era contrário à Ordem do Mundo, mas de acordo com ela. Tratava-se de um projeto de salvação da humanidade.

O dano narcísico, implicado na posição feminina diante do pai, é compensado com o êxtase narcísico decorrente de ser o redentor da humanidade. Nessa perspectiva, o delírio de redenção consiste em uma realização de desejo:

[...] Deus exige um gozo contínuo, correspondente às condições da existência das almas, de acordo com a Ordem do Mundo; é meu dever proporcionar-lhe esse gozo, na forma de um abundante desenvolvimento de volúpia de alma, à medida que isso esteja no domínio da possibilidade, dada a situação contrária à Ordem do Mundo, que foi criada; se, ao fazê-lo, tenho um pouco de prazer sensual, sinto-me justificado a recebê-lo, a título de um pequeno ressarcimento pelo excesso de sofrimentos e privações que há anos me é imposto. (Schreber, 1903/2006, p. 219)

Ao longo da internação em *Sonnenstein*, Schreber passa a redigir suas memórias, o que parece ter sido de primordial função para que o autor pudesse dar materialidade e forma àquilo de que as palavras não dão conta. Schreber, um homem muito culto, tem uma relação profunda com a linguagem e encontra na escrita uma forma de plasmar o seu delírio, isto é, de produzir um testemunho organizador, a ponto de poder mover um processo no sentido de suspender sua interdição. O embate jurídico se dá entre sua argumentação e a contra-argumentação do Dr. Weber, com quem estabelecera uma relação de

muita relevância. O parecer do psiquiatra, citado por Freud (1911/2010), dá um panorama da convivência dos dois homens:

O signatário há nove meses, durante as refeições cotidianas em sua casa, tem tido farta oportunidade de conversar com o sr. presidente Schreber sobre todos os assuntos possíveis. Qualquer que fosse o tema da conversa – naturalmente com exceção de suas ideias delirantes –, os problemas da administração do Estado e da Justiça, política, arte e literatura, vida social, ou o que quer que fosse, sobre qualquer coisa, o dr. Schreber revelava vivo interesse, conhecimentos profundos, uma boa memória, um julgamento pertinente e, mesmo do ponto de vista ético, uma concepção que não se poderia deixar de subscrever. Mesmo nas conversas amenas com as senhoras presentes, ele se mostrava cortês e amável, e, ao tratar certos temas de modo humorístico, sempre revelou tato e decência, nunca trazendo para a inocente conversa à mesa temas que não deveriam ser tratados ali, mas sim nas visitas médicas. (p. 15)

De 1900 a 1902, Schreber escreve suas memórias e impetra uma ação judicial para receber alta do sanatório – e vence a causa. De dezembro de 1902 a novembro de 1907, segue vivendo com sua esposa, atua como advogado (de forma mais restrita, assumindo menos compromissos) e permanece certo de estar se transformando em uma mulher com todas as características femininas. No mesmo intervalo de tempo, o casal adota uma menina de 10 anos. No início de 1907, falece a mãe de Schreber.

A terceira doença se dá ao final de 1907. Segundo Carone (2006), tradutora das *Memórias* e pesquisadora da vida de Schreber, estudiosos atribuíram, por muito tempo, a última internação de Schreber exclusivamente ao derrame cerebral sofrido por sua mulher. No entanto, há algumas décadas, uma nova hipótese passou a ser considerada, que diz respeito a um evento situado em novembro do mesmo ano. Schreber é procurado por representantes das Associações Schreber (organizações ligadas a projetos do pai) para solicitar o reconhecimento de sua legitimidade, de modo que o nome Schreber não pudesse ser utilizado de modo ilegítimo. É ainda uma questão em aberto qual teria sido o fator que desencadeou a crise, mas fato é que Schreber passa a ter, novamente, crises de insônia e angústia, e que no mesmo mês é internado, pela terceira e última vez, tendo seu caso sido considerado muito grave, desde o princípio.

O legado de Schreber escritor a Freud

A respeito de sua premissa sobre a paranoia, Freud (1911/2010) observa:

Partindo de uma série de casos de delírio de perseguição, eu e outros estudiosos achamos que a relação entre o doente e seu perseguidor pode ser resolvida mediante uma fórmula simples. A pessoa a que o delírio atribui tamanho poder e influência, para cujas mãos convergem todos os fios do complô, seria, no caso de ser expressamente nomeada, a mesma que antes da doença tinha significado igualmente grande para a vida afetiva do paciente, ou um substituto facilmente reconhecível. A importância afetiva é projetada para fora, como poder externo, e o tom afetivo é transformado no oposto; aquele agora odiado e temido, por sua perseguição, seria alguém amado e venerado anteriormente. A perseguição registrada no delírio serviria, antes de tudo, para justificar a mudança afetiva no doente. (p. 37)

Há, desse modo, uma dupla transformação no lugar atribuído ao perseguidor (Flechsig): na fonte dos sentimentos (era *eu*, agora é *ele*) e no tom do sentimento (era *amor*, agora é *ódio*). É a partir dessa premissa que Freud faz a análise do caso. Primeiramente, recapitula o histórico do relacionamento de Schreber com Flechsig, partindo da primeira crise nervosa do paciente, entre 1884 e 1885. Ato contínuo, detém-se no período de incubação da doença manifestada em 1893. Schreber tem sonhos a respeito da reincidência da enfermidade e, em seguida, a sensação de que seria bom ser uma mulher durante o coito. Temos, aqui, o desejo de reencontrar seu antigo médico. A ordem dos acontecimentos durante a incubação da doença é primordial; há uma relação temporal (sucessão) entre os dois enunciados.

Nessa perspectiva, a hipótese de Freud (1911/2010) é de que tanto o sonho de que a doença retorna quanto o devaneio de ser bom ser uma mulher no coito já dissessem respeito a Flechsig, estando ele em questão desde as primícias da crise. Nesse caso, o que está em jogo é o amor de transferência:

O sentimento de simpatia para com o médico pode muito bem se originar de um “processo de transferência”, pelo qual um investimento afetivo do doente foi transposto, de alguém que lhe é importante, para a pessoa – indiferente, na realidade – do mé-

dico; de modo que este aparece escolhido como substituto, como sucedâneo de alguém muito mais próximo ao doente. Falando de modo mais concreto, o doente foi lembrado, pelo médico, da pessoa do irmão ou do pai; reencontrou nele o irmão ou o pai, e então já não surpreende que, em determinadas circunstâncias, o anseio por esse substituto reapareça nele e opere com uma veemência que pode ser entendida apenas por sua proveniência e importância original. (p. 42)

Partindo do pressuposto de que os eventos relatados endereçavam-se a Flechsig e expressavam um desejo de Schreber de rever seu médico, por qual razão acontece a passagem de amado para perseguidor? Para falar da mudança de lugar de Flechsig na subjetividade de Schreber, Freud (1911/2010) evoca o “protesto masculino”:

[...] talvez o sonho de que a doença retornara tivesse o significado de um anseio: “Gostaria de ver Flechsig novamente” [...]. Talvez restasse [...] uma terna devoção ao médico, que – por razões desconhecidas – intensificou-se a ponto de chegar a uma inclinação erótica. Imediatamente, verificou-se uma indignada rejeição da fantasia feminina, ainda vista como impessoal – um verdadeiro “protesto masculino”, nas palavras, mas não no sentido, de Alfred Adler. (p. 37)

Se, por um lado, o conceito de projeção dá conta do mecanismo dessa transformação, é o conceito de protesto masculino – ou, em termos freudianos, a castração – que nos ajuda a entender o que a *impulsiona*.

Ao considerar a suposição de que o amor de Schreber por seu médico é amor de transferência, há que se pensar que Flechsig substitui uma ou mais pessoas, visto que o conceito de transferência implica substituição:

[...] pareceu-me que valia a pena descobrir se o pai do paciente ainda vivia na época de sua doença, se havia um irmão e se este contava entre os vivos ou entre os “beatos”, na mesma época. Então fiquei satisfeito, quando, após demorada procura nas Memórias, encontrei uma passagem em que o doente elimina essa incerteza, com as seguintes palavras: “a memória de meu pai e de meu irmão [...] é para mim tão sagrada como [...]” etc. Portanto, na época da segunda doença (talvez também da primeira?) os dois já estavam mortos. (p. 41)

No delírio de Schreber, Flechsig aparece como um substituto paterno, assim como Deus, o Sol, o Dr. Weber e o enfermeiro-chefe do sanatório. Da mesma forma, há Deus superior e inferior, porções dianteiras e traseiras de Deus, Flechsig superior e médio; todos substitutos paternos, atravessados pela cisão entre o pai e o irmão mais velho.

No entanto, ainda mais importante do que esse ensaio de interpretação são as reflexões conceituais suscitadas pelo texto das *Memórias*. É no caso Schreber que o conceito narcisismo encontra sua primeira elaboração mais acurada. Ele é situado entre o autoerotismo e o amor objetal e consiste no ponto de fixação da paranoia. Mediante essa formulação, Freud refuta a tese de Jung de que as psicoses, por não se organizarem em torno de investimentos libidinais objetais, não possuiriam uma etiologia sexual. É também nesse trabalho que Freud propõe uma gramática da paranoia. Por meio da contradição dos elementos da frase “eu o amo” – sujeito, objeto e verbo –, engendrar-se-iam, respectivamente, os delírios de ciúmes (não sou eu que o amo, é a minha mulher), erotomaníaco (não o amo, mas à mulher dele, porque ela me ama) e de perseguição (não o amo, o odeio, porque ele me persegue). Ademais, a contradição em bloco da frase implicaria o delírio megalomaniaco: não o amo, amo somente e inteiramente a mim mesmo (narcisismo).

Também é no caso Schreber que a hipótese dos três tempos do recalque tem sua aparição pública. Na paranoia, a fixação – Freud (1911/2010) ainda não usa “recalque originário” – é no narcisismo. O retorno do recalcado ocorre por meio da projeção: “uma percepção interna é suprimida e, em substituição, seu conteúdo vem à consciência, após sofrer certa deformação, como percepção de fora” (p. 88). E o recalque propriamente dito – ou secundário – ocorre mediante o desligamento da libido de seus objetos (“catástrofe do mundo de Schreber”). É intrigante o modo como Freud descreve esse processo:

Ele se realiza em silêncio; não temos notícia dele, somos obrigados a inferi-lo dos eventos consecutivos. O que se faz notar flagrantemente, para nós, é o processo de cura, que desfaz a repressão e reconduz a libido às pessoas por ela abandonadas. (p. 94-95)

Tal formulação acarreta duas hipóteses de extraordinário alcance, uma teórica e outra clínica. Do ponto de vista teórico, Freud tem de revisar sua descrição da projeção: “não foi correto dizer que a sensação interiormente suprimida é projetada para fora; vemos, isto sim, que aquilo interiormente cancelado retorna a partir de fora” (p. 95). Ainda situado nos marcos da teoria do recalque, Freud

a tensiona ao limite. Note-se que o fundador da psicanálise reencontra, sem o nomear, a modalidade defensiva muito mais enérgica e exitosa do que o recalca-mento – a *Verwerfung* –, elaborada no primeiro artigo sobre as neuropsicoses de defesa. Ao leitor de *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*, de Lacan (1958/2002), não passa despercebido que é nesse ponto das reflexões freudianas que o conceito forclusão do Nome-do-Pai lança suas raízes. Do ponto de vista clínico, Freud enuncia sua principal contribuição à clínica das psicoses: “o que consideramos produto da doença, a formação delirante, é na realidade tentativa de cura, reconstrução” (p. 94) Também é curioso que Freud diga que o desligamento da libido de seus objetos cumpre-se mudo e que a reconstituição delirante dessa ligação seja ruidosa. Anuncia-se, aqui, o confronto entre pulsões de vida e de morte.

Last but not least, é no caso Schreber que Freud propõe o diagnóstico diferencial entre paranoia e parafrenia – nomenclatura proposta pelo autor como alternativa à demência precoce, de Kraepelin, e à esquizofrenia, de Bleuler –, baseado em seus pontos de fixação: na paranoia, o narcisismo; na parafrenia, o autoerotismo. E é no apêndice desse trabalho que o fundador da psicanálise faz sua primeira incursão no campo do totemismo. Schreber escritor: seu legado a Freud – e à psicanálise – é incomensurável.

Schreber escritor, Schreber precursor

Transmitir um nome: eis uma questão que atormenta Schreber. Não qual-quer nome, mas um intimamente vinculado à escrita. No tocante ao papel da produção das memórias de Schreber, Faustino (2014) coloca:

Podemos observar que [...] a escrita advém, no quadro schreberia- no, como um artifício essencial, uma vez que se mostrou relevante não apenas para a exposição de suas ideias delirantes, mas, nesse mesmo feito, abriu a possibilidade de trabalho de sua paranoia. [...] essa escrita põe-se como uma ferramenta através da qual suas ideias vão sendo elaboradas e reelaboradas várias vezes até o momento de publicação de seu livro. (p. 125)

Ademais, Schreber (1903/2006) oferece um testemunho de ordem crítica, que prenuncia a luta antimanicomial. Ao descrever seu sofrimento e experiências no período inicial de internação no Sanatório de *Sonnenstein*, o autor adiciona

uma nota que contém, entre outros elementos, um questionamento implícito ao sistema psiquiátrico vigente na época, confirmando que, também na psicose, o saber se encontra do lado do paciente:

Imagino que me perguntarão por que eu não contei antes para os médicos todas essas coisas, na forma de queixas. Só posso responder perguntando se teria sido dado algum crédito à minha descrição desses fatos ligados a fenômenos de natureza sobrenatural. Consideraria um grande triunfo da minha capacidade dialética se com o presente trabalho, que já assume as proporções de uma obra científica, eu conseguisse apenas um resultado: suscitar nos médicos apenas uma sombra de dúvidas de que talvez houvesse algo de verdade nas minhas supostas ideias delirantes e alucinações. Se eu tentasse me explicar só oralmente, dificilmente poderia esperar que alguém tivesse paciência de me ouvir numa exposição demorada; menos ainda se considerariam esses pretensos absurdos dignos de uma reflexão. (p. 117)

Esta passagem mostra, ainda, a transferência que Schreber mantinha com a comunidade médico-científica: Schreber pede escuta. Para ele, esta comunidade já se configurava como um Outro mais apaziguado, quem sabe efeito do trabalho da transferência com seus médicos – não apenas com Flechsig, mas também com o Dr. Weber. Nas *Memórias*, lê-se que a ida para o sanatório de *Sonnenstein* é um importante marco: é após essa transferência que começa a organizar-se um delírio místico, que permite a Schreber reconciliar-se com um desejo rechaçado – o de ser uma mulher no coito –, e que o famoso paciente paranoico inicia a escrita da sua obra.

Jacques Lacan (1958/2002), em seu retorno a Freud, propôs, inicialmente, uma totalidade em jogo no enfrentamento do psicótico a um Outro sem barra, ilimitado em decorrência do que nomeou como forclusão do significante Nome-do-Pai. Em um momento seguinte, Lacan (1960/2002) mostrou que existe uma falta no Outro, constitutiva para todo falante, cuja “barra” apela ao inesgotável da linguagem, ao tesouro dos significantes. A transposição em texto dos profundos estados delirantes, alucinatórios e catatônicos – e o reconhecimento que podemos fazer de uma terapêutica, no uso do texto – coloca Schreber como um precursor, também, do que, nos dispositivos clínicos atuais, denominamos como oficina terapêutica de escrita.

Lacan, percorrendo os passos da pesquisa freudiana, mostrou que o sujeito das psicoses está na transferência. A questão é que a transferência para ele é massiva, quer dizer, quase total, fazendo com que o problema não seja a entrada na transferência, mas uma saída que a coloque em condições de ser transposta a um saber encarnado, por exemplo, por um analista. Schreber mostrou suas possibilidades de transferência – ainda que acidentadas; a fusão entre seu pai e irmão, o vínculo satisfatório com o Dr. Weber e a sobreposição entre o Dr. Flechsig e os deuses do seu percurso delirante. Evidentemente, aqui tratamos não da presença de uma neurose de transferência – que, de fato, para Freud, era condição de analisabilidade –, mas daquela transferência que porta um saber da ordem do inconsciente.

Considerações finais

A transferência de Freud com as *Memórias*, como vimos, possibilitou o desenvolvimento de sua noção de narcisismo. Ao mesmo tempo, com o trabalho verbal em relação ao ciúmes, à erotomania e à perseguição, Freud elucidou, gramaticalmente, o mecanismo da projeção. Freud pôde ler o inconsciente de Schreber na escrita deste texto, pois a transferência totalizante, característica da psicose, canalizou sua aparição nele. A partir daí, há uma leitura possível deste inconsciente na continuidade de sentido presente entre o devaneio de *ser uma mulher no momento do coito* e o delírio de *emasculação para tornar-se a esposa de Deus*. Portanto, Freud não apenas lançou luz ao caso, com o auxílio da psicanálise, como fez com que a própria psicanálise avançasse, a partir do texto do Presidente. Deste modo, com Schreber escritor, iniciou-se a ampliação da cena analítica tradicional, mote para que, mais tarde, Lacan pudesse avançar no âmbito de uma clínica possível das psicoses; e para que nós, clínicos, pudessemos ampliar nossos dispositivos para além dos muros.

Referências

- Aguiar, F. (2016). Psicanálise e psicoterapia: O fator da sugestão no “tratamento psíquico”. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1), 116-129.
- Carone, M. (2006). Da loucura de prestígio ao prestígio da loucura. In: Schreber, D. P. *Memórias de um doente dos nervos*, 3ª ed., p. 9-19. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

- Faustino, D. D. (2014). *O caso Schreber como um testemunho escrito* (dissertação de mestrado). PPG em Psicologia, Universidade de São Paulo, SP.
- Freud, S. (1894/1996). As neuropsicoses de defesa. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (trad. J. Salomão), vol. 3, p. 53-77. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1895/1986). Rascunho H: Paranoia. In: Masson, J. M. (Org.). *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887-1904)* (trad. V. Ribeiro), p. 108-113. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1896/1996). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (trad. J. Salomão), vol. 3, p. 163-183. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1900/1996). A interpretação dos sonhos. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (trad. J. Salomão), vol. 4 e 5. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1901/1996). A psicopatologia da vida cotidiana. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (trad. J. Salomão), vol. 6. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1905/1996). Sobre a psicoterapia. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (trad. J. Salomão), vol. 7, p. 239-251. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1907/1996). Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (trad. J. Salomão), vol. 9, p. 19-85. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1911/2010). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (*dementia paranoides*) relatado em autobiografia. In: *Obras Completas* (trad. P. C. de Souza), vol. 10, p. 13-107. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1914/1996). O Moisés de Michelangelo. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (trad. J. Salomão), vol. 13, p. 213-241. Rio de Janeiro: Imago.
- Lacan, J. (1958/2002). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. In: *Escritos 2* (trad. T. Segovia), p. 509-557. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1960/2002). Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano. In: *Escritos 2* (trad. T. Segovia), p. 755-787. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Michaelis (1998). *Dicionário escolar Alemão-Português / Português-Alemão*. São Paulo: Melhoramentos.
- Schreber, D. P. (1903/2006). *Memórias de um doente dos nervos* (trad. M. Carone), 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Recebido em 24 de fevereiro de 2019

Aceito para publicação em 02 de julho de 2019

CORTAR PARA LER: O QUE “TREE OF CODES” PODE ENSINAR SOBRE A ARTE DA ESCUTA

*CUTTING FOR READING: WHAT “TREE OF CODES”
CAN TEACH US ABOUT THE ART OF LISTENING*

*CORTAR PARA LEER: QUÉ NOS PUEDE ENSEÑAR
“TREE OF CODES” SOBRE EL ARTE DE ESCUCHA*

Camila Backes dos Santos⁽¹⁾

Simone Zanon Moschen⁽²⁾

RESUMO

Este artigo discute a especificidade da escuta psicanalítica na prática clínica a partir de questões colocadas pela obra do jovem escritor norte-americano Jonathan Safran Foer, premiado pelos romances *Extremamente alto & incrivelmente perto* e *Tudo se ilumina*. Foer é também autor de *Tree of codes*, tido pela crítica literária como um livro impossível, fruto de um processo de corte, escavação e extração realizados sobre a compilação de contos *The Street of Crocodiles* (“A rua dos crocodilos”), do escritor polonês Bruno Schulz. Após a extração de noventa por cento da obra de Schulz, Foer chegou a um resultado de difícil classificação. No âmbito desse trabalho, denominamos *Tree of Codes* de *livro-escultura-objeto-obra-de-arte*, pois permitiu-nos propor e contornar a noção de poética da extração. Esta noção funciona como uma dobradiça que articula a psicanálise de Freud e Lacan e a literatura de Foer para avançar na proposição de uma equação que relaciona o processo de cortar para ler e a arte da escuta em psicanálise.

Palavras-chave: psicanálise; escuta; literatura; poética; extração.

⁽¹⁾ Psicóloga, Psicanalista, Mestre e Doutora em psicologia social e institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), bolsista CAPES de pós-doutorado no Programa de pós-graduação em diversidade cultural e inclusão social na Universidade Feevale, Novo Hamburgo, RS, Brasil. email: camibackes@gmail.com

⁽²⁾ Psicóloga, Psicanalista, Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Professora associada do Departamento de Psicanálise e Psicopatologia, Programa de pós-graduação em educação, Programa de pós-graduação em psicanálise, clínica e cultura do Instituto de Psicologia da UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. email: simoschen@gmail.com

Este trabalho teve financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

ABSTRACT

This article discusses the specificity of psychoanalytic listening in clinical practice stemming from issues raised by the work of young North-American writer Jonathan Safran Foer, awarded for the novels *Extremely Loud & Incredibly Close* and *Everything is Illuminated*. Foer is also the author of *Tree of Codes*, regarded by literary critics as an impossible book, the outcome of a cutting, digging and extraction process done to the compilation of short stories *The Street of Crocodiles*, by Polish writer Bruno Schulz. By cutting out ninety percent of Schulz's work, Foer reached a hard to classify result. In this article, we call *Tree of codes* a *book-sculpture-object-work-of-art*, as it allowed us to propose and circumvent the notion of poetic of extraction. This notion acts as a hinge that articulates Freud's and Lacan's psychoanalysis and Foer's literature in order to advance the proposition of an equation that relates the process of cutting for reading and the art of listening in psychoanalysis.

Keywords: psychoanalysis; listening; literature; poetics; extraction.

RESUMEN

Este artículo discute la especificidad de la escucha psicoanalítica en la práctica clínica basada en las cuestiones planteadas por el trabajo del joven escritor estadounidense Jonathan Safran Foer, otorgado por las novelas *Tan fuerte, tan cerca* y *Todo está iluminado*. Foer es también el autor de *Tree of Codes*, considerado por los críticos literarios como un libro imposible, fruto de un proceso de corte, excavación y extracción de la recompilación de cuentos *The Street of Crocodiles* ("La calle de los cocodrilos"), del escritor polaco Bruno Schulz. Tras la extracción del noventa por ciento del trabajo de Schulz, Foer alcanzó un resultado difícil de clasificar. En el contexto de este trabajo, llamamos a *Tree of codes* un *libro-escultura-objeto-obra-de-arte*, porque nos permitió proponer y eludir la noción de poética de extracción. Ésa funciona como una bisagra que articula el psicoanálisis de Freud y Lacan y la literatura de Foer para avanzaren la proposición de una ecuación que relaciona el proceso de cortar para leer y el arte de escuchar en el psicoanálisis.

Palabras clave: psicoanálisis; escucha; literatura; poética; extracción.

Introdução

O presente artigo toma a leitura de *Tree of codes*, de Jonathan Safran Foer, como inspiradora para interrogar os meandros da arte da escuta, especificamente

da escuta sustentada pela psicanálise. Seu objetivo é produzir um exercício de pensamento situando a interrogação na fronteira entre psicanálise e literatura, numa aposta de que esta pode aportar elementos que permitem enunciar/trabalhar desde outro campo questões colocadas por aquela. Trata-se de dar desdobramento ao preceito freudiano de que os poetas, muitas vezes, antecedem aos psicanalistas na condição de indicar o próprio do humano. Alicerçado nessa proposição, este escrito faz um exercício de leitura que intenta destacar elementos conceituais, presentes no processo de escrita de *Tree of codes*, que permitem avançar no equacionamento da operação de escuta psicanalítica.

No texto "Recomendações aos jovens médicos que exercem a psicanálise", Freud (1912/1996) disse que é necessário que a escuta analítica se mantenha em suspensão, sem se deter em nenhum ponto específico da fala do paciente para que, dessa posição em deriva, possa se destacar algo que interrompe o fluxo aparentemente necessário da cadeia discursiva.

Pois assim que alguém deliberadamente concentra bastante a atenção, começa a selecionar o material que lhe é apresentado; um ponto fixar-se-á em sua mente com clareza particular e algum outro será correspondentemente negligenciado, e, ao fazer essa seleção, estará seguindo suas expectativas ou inclinações. Isto, contudo, é exatamente o que não deve ser feito. Ao efetuar a seleção, se seguir suas expectativas, estará arriscado a nunca descobrir nada além do que já sabe; e, se seguir as inclinações, certamente falsificará o que possa perceber. Não se deve esquecer que o que se escuta, na maioria, são coisas cujo significado só é identificado posteriormente. (Freud, 1912/1996, p. 126)

Há meandros e caminhos muito sutis no que se refere à escuta psicanalítica. Ela opera na aparente contradição entre atenção ativa e deriva deliberada. É nessa zona intermeada em que o enredo importa menos do que os desvios, as alterações de tom, as pausas e silêncios, as reiteraões gegas, os ditos "sem querer" onde algo de novo pode surgir. Ao analista caberá interrogar o que emerge para, interrompendo ou desviando o fluxo aparentemente necessário da história contada pelo analisante – e ele o fará, não raras vezes, recortando o que está sendo dito –, destacar um conjunto de significantes da cadeia em que foram inicialmente proferidos. Interessa-nos aqui pensar nesse trabalho de corte operado pela escuta; corte que permite ler algo novo. Permite registrar o que ao mesmo tempo

estava e não estava dito e que, por obra do recorte operado na escuta, já não poderá mais permanecer mudo.

O trabalho de corte capaz de fazer surgir, sobre a plataforma das mesmas palavras, um novo jogo significantes que tem como efeito a produção de uma outra história, será neste artigo pensado a partir do processo de escavação e exumação operado por Jonathan Safran Foer no livro de seu autor preferido, Bruno Schulz (1892-1942). O trabalho de Foer sobre o livro de Schulz dá visibilidade poética a uma operação presente no processo de escuta psicanalítica.

Como resultado desse processo de corte, escavação e exumação, o que Foer fez surgir foi um livro que podemos predicar de impossível: um *livro-escultura-objeto-obra-de-arte* – impossível de ser reproduzido em outras mídias que não a que lhe deu origem. O livro-impossível do escritor judeu norte-americano Jonathan Safran Foer, *Tree of codes* (2010), foi o resultado de um trabalho de leitura/corte/escrita operado sobre uma obra preexistente. Esse trabalho compõe o que propomos chamar de poética da extração, operação que gostaríamos de aproximar ao fazer artesanal da escuta psicanalítica.¹

O livro-escultura-objeto-obra-de-arte: *Tree of codes*

Tree of codes é o terceiro livro de Foer.² Compõe um conjunto em que o tema da memória articulado à *Shoah* é absolutamente presente. Podemos dizer que sua obra se conjuga a partir de um pensamento sobre as condições de fazer registro da catástrofe, de escrever aquilo que o tecido simbólico compartilhado não incluiria como possível. Sua interrogação porá em causa a guerra, o terrorismo, a loucura e a travessia de seu pensamento sobre terrenos de tão difícil navegação redundará no testemunho que seus livros operam.

Em *Tudo se ilumina* (2002), Foer trabalha a partir da ausência, tecendo uma história de vida, fruto da guerra. Por história de vida, entendemos um passado familiar composto de lacunas, perguntas de vida sem respostas, vidas que não puderam ser narradas ou transmitidas. Isso porque há algo na guerra que gera nada além de silêncio, e o narrar torna-se um fardo à memória. De forma criativa e original, esse livro conta a trajetória do jovem Jonathan Safran Foer (personagem fictício homônimo do autor), que parte numa jornada eloquente à Ucrânia em busca das lacunas de seu passado e com o objetivo de escrever um livro sobre a cidade natal de seu avô, Trachimbrod. Da história de sua família, o personagem guarda pequenos vestígios, que se apresentam por meio de velhas fotografias, que

lhe servem de bússola nessa travessia rumo ao passado. Trata-se de um romance que pensa o que está em causa na transmissão de uma herança.

No segundo romance de Foer, *Extremamente alto & incrivelmente perto* (2006), o inventivo e irreverente menino Oskar Schell parte em busca de uma pista supostamente deixada por seu pai antes de morrer no atentado às torres gêmeas em Nova York no 11 de setembro: uma chave deixada dentro de um vaso. Neste romance, o leitor embarca no universo de um menino de dez anos. A narrativa inclui um conjunto de imagens que também retratam as histórias da família Schell durante a *Shoah*.

Ambos os romances de Foer edificam sobre uma estrutura narrativa fragmentada – forma que parece guardar os contornos do acesso possível a uma história herdada: às partes, sem uma totalização possível, guardando consigo também as zonas de silêncio e apagamento. Tanto Grandfather como o avô de Oskar Schell viveram uma situação de silenciamento após a Segunda Guerra. O avô de Oskar, após a Guerra, não pronuncia mais nenhuma palavra e se comunica por palavras escritas. Thomas Schell perdeu a família e a noiva grávida nos bombardeios de Dresden (onde morreu Bruno Schulz). Histórias de dor, perda e silêncio que tentam ganhar voz na busca que os protagonistas empreendem por fazer valer o enigma que herdaram.

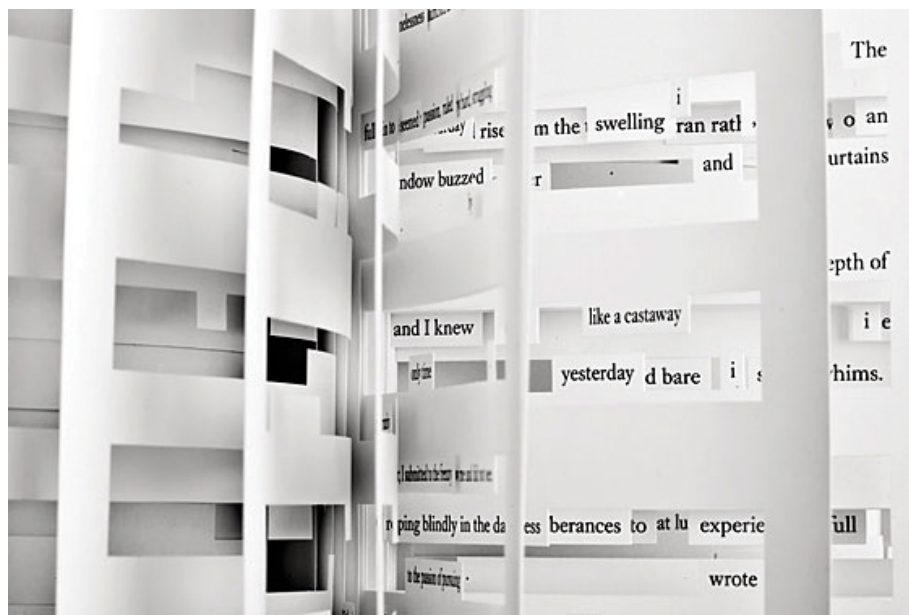
Foer foi convidado pela editora inglesa *Visual Arts* a produzir por livre escolha algo atípico. Primeiramente, pensou em recortar um dicionário, uma lista telefônica ou um romance seu. Porém, acabou por se decidir a tomar como plataforma de criação a tradução inglesa de *A rua dos crocodilos*, realizada em 1977 por Celina Wieniewska e publicada pelo selo Penguin Classics. Sobre esse livro, Foer operou uma série de cortes, que resultaram na extração de parte considerável das palavras e frases, mantendo uma série delas na ordem em que aparecem no original de Schulz. Foer trabalhou utilizando-se de uma técnica artística chamada *die-cut*, ou de recortes, originalmente proposta por Brion Gysin e William Burroughs na década de 1960, que consiste em extrair parte do original para formar, com o que resta, uma nova história ou imagem.

De uma narrativa surge outra narrativa, de uma história extrai-se e recorta-se outra história. Nessa passagem-travessia, algo permanece na forma de ausência – uma ausência registrada nos buracos visíveis sobre a página ou imagem original. Assim como um artista que produz uma escultura retirando, magistralmente, parte do material que tem em mãos, Foer produziu um *livro-escultura-objeto-obra-de-arte*: uma espécie de um ornitorrinco a fazer furo na taxonomia que permite classificar os livros. Diante de *Tree of codes* podemos lê-lo como a um livro, manuseá-lo como a uma escultura, contemplá-lo como

uma obra de arte. Para Garramuño (2014), o “caráter ornitorrinco” seria uma característica típica de muitas produções contemporâneas marcadas largamente por uma inespecificidade.

Tree of codes é uma combinação de frases genuinamente desconectadas de maneira harmônica e poética. A narrativa é uma mescla de poesia e ficção que conta, aos olhos da família, o declínio de um pai e seu encontro com a loucura. O livro *objet d'art* pede ao leitor delicadeza no seu manuseio (Figura 1). Esse cuidado necessário no encontro com o texto nos indica a presença de certa fragilidade. Fragilidade do objeto que temos em mãos, fragilidade do pai, personagem principal da história, fragilidade do registro quando busca dar conta de algo que bordeia a catástrofe – a duplicação do conteúdo na forma, tão recorrentemente presente em muitas das produções artísticas de nosso tempo.

Figura 1 — Tree of codes



Fonte: *site* da editora Visual Editions.

A narrativa testemunha do olhar de um menino que vai acompanhando e narrando o desfalecimento do pai. A extração mediante o recorte cria o vazio necessário a uma nova configuração, possibilitando, assim, a criação de novas formas. Um texto em camadas que expõe as entranhas do que está em causa

na escrita/leitura: ler é extrair para escrever, então, um sentido – às vezes novo. “He said he had lost the way and hardly knew how to get back. Perhaps the city had ceased to exist? Perhaps the spaces suggested by the wind did not exist? Only an invention of loneliness confused and unconnected” (Foer, 2010, p. 106-107).³

Nesse trabalho de extração, noventa por cento da obra de Schulz foi recortada, mantendo-se dela apenas dez por cento de sua estrutura para a nova composição narrativa. Conservando exatamente a mesma ordem das palavras do livro de Schulz, Foer faz aparecer uma nova história construída a partir de seus restos originais. O processo de exumação feito na obra do escritor polonês é visível ao leitor que, tendo o livro em mão, manuseia as cento e vinte e sete páginas recortadas atravessando o perigo do rompimento das folhas.

Para Wurth (2011), no artigo “Old and new medialities in Foer’s *Tree of codes*”, o livro instala-se nos limiares entre o verbal e o visual para fazer surgir um sentido escultural. Podemos pensar seu trabalho como uma escultura de papel que se ergue sobre a plataforma que lhe oferece *A rua dos crocodilos*, de Bruno Schulz: uma reunião de quinze contos publicados originalmente em polonês sob o título de *Sklepy Cynamonowe (Lojas de canela)*, em 1934, tendo sido traduzidas para o inglês apenas em 1977, sob o título *The street of Crocodiles (A rua dos crocodilos)*. Os contos interligados que compõem *A rua dos crocodilos* ou *Lojas de canela* são: “Agosto”, “A visitação”, “Os pássaros”, “Tratado de manequins ou o Segundo Gênese”, “Tratado de manequins – Continuação”, “Tratado de manequins – Final”, “Nemrod”, “Pã”, “O sr. Karol”, “Lojas de canela”, “A rua dos crocodilos”, “As baratas”, “A tempestade”, “A noite da grande estação” e “O cometa”.

Sobre *A rua dos crocodilos*

Os contos que compõem *A rua dos crocodilos* foram escritos provavelmente em torno de 1932, por meio de cartas que Bruno Schulz escrevia para uma amiga poeta, que vivia em Lvov. “Suas cartas se metamorfosearam, transformando-se em fragmentos de uma prosa poética deslumbrante” (Ficowski, 1967/2004, p. 15). Os contos, ou a compilação de todas as histórias, narram, aos olhos do personagem principal, um menino, o encontro de seu pai com a loucura: à medida que os contos avançam e o tempo passa, o pai vai cada vez mais perdendo a razão.

Schulz era escritor e professor de desenho em uma escola em Drohobycz, pequena cidade do antigo Império Austro-Húngaro, província de Galícia, onde nasceu em 1892 (após a Primeira Guerra, sua cidade voltou a ser anexada à Polônia). Esse detalhe biográfico não nos passa despercebido: o interesse de Schulz,

desdobrado nos limiares entre a imagem e a palavra, duplica-se como presença marcante no *livro-escultura-objeto-obra-de-arte* de Foer, como se este se visse, por obra do trabalho da transferência, afetado pelo desejo do autor do livro que toma como plataforma de criação.

Conta-se que, quando os alemães cercaram Drohobycz em 1941, Schulz, com medo de perder sua obra, empacotou-a e a distribuiu para que amigos não judeus a guardassem. Do que havia escrito, perdeu-se a maior parte. O que sobrou da obra de Schulz são duas coleções de narrativas curtas: *The street of Crocodiles* e *Sanatorium under the sign of the Hourglass*, que foram traduzidas para o português em 2012 pela editora Cosac Naify, no livro *Bruno Schulz – Ficção completa*.

Durante a *Shoah*, o oficial da Gestapo Felix Landau, responsável por Schulz, soube que ele era desenhista e, então, pediu que ele desenhasse nas paredes do quarto de brinquedos de seus filhos.⁴

Pelos desenhos, Schulz era pago com rações de alimentos. A relação com este oficial oferecia a Schulz privilégios e uma proteção importante por ser um “judeu necessário”. Em novembro de 1942, Landau matou um “protegido” de outro oficial alemão, Karl Gunther, e teve como vingança a morte de Schulz por parte deste oficial. Na esquina entre as ruas Czacki e Mickiewicz, Karl Gunther atirou na cabeça de Bruno Schulz: “Você matou o meu judeu, agora matei o seu.”, disse Gunter para Landau.

A escultura de papel produzida por Foer apresenta-se como um trabalho em que as dimensões do apagamento, do corte, da extração, da ausência são postas em cena como uma espécie de pensamento sobre o que esteve em causa na trajetória biográfica de Schulz – e de tantos outros judeus. Ao cortar o texto para fazer surgir um novo, Foer atinge vários alvos com um só golpe: pensa a criação literária, a relação entre o novo e o preexistente, a ausência como espaço de memória e, de quebra, nos lega, aos psicanalistas, elementos para indicar o corte implicado na operação da escuta.

Num estudo feito na Universidade de Duke, nos Estados Unidos, sobre *Tree of codes* optou-se inicialmente em digitalizar ambos os textos (de Schulz e de Foer), comparando página por página, como forma de quantificar as extrações em porcentagens. O texto de Schulz, traduzido para o inglês, contém 37.483 palavras, e o de Foer, 3.815. A cada dez palavras de Schulz, em torno de nove foram eliminadas por Foer. As extrações não foram aleatórias, afirma Wurth (2011). O que torna interessante essa tentativa de quantificação da escrita é que, mesmo com a digitalização do texto, Hayles (2013, p. 230) afirma que não foi possível fazer uma análise mais profunda do processo todo de corte e extração. A dificuldade residiria no que ela chama de *hole words*, as “palavras-buraco”: como o livro

apresenta-se ao leitor em camadas que revelam, ao mesmo tempo, as palavras da página superficial e algumas das folhas subsequentes que saltam das camadas inferiores podendo compor um sem número de novas frases e combinações com a página de cima, a depender do gesto de leitura, torna-se impossível estabilizar uma única sequência de palavras a compor a frase e a página.

Hayles chega a afirmar que *Tree of codes* seria uma forma deformada (*deformational form*); um texto que impõe "obstáculos" à sua análise pela impossível estabilização de sua forma. Para ela, não é possível determinar se as extrações foram feitas considerando ou não as "palavras-buraco". Mesmo que à primeira vista a resposta fosse não, é impossível afirmar ou ter certeza se Foer incluiu no cálculo que deu origem a seu livro o efeito produzido pelas palavras que, de camadas mais profundas podem saltar à superfície, desestabilizando a leitura – que acaba por sempre poder ser outra. Pode-se dizer que, ao tentar capturar a forma do texto, Hayles defronta-se com a impossibilidade de sua captura, indicando-nos que *Tree of codes* carrega um caráter de inapreensão.

O documento como forma de texto apresenta uma troca de fluxo de informações de um texto a outro livre de impedimentos. Em *Tree of codes*, paradoxalmente, há uma força que empurra para a inércia da forma, mesmo sendo ele um material já deformado com respeito a sua fonte. (Hayles, 2013, p. 230)⁵

O pensamento sobre instabilidade da forma ensejado pela obra de Foer é justamente fruto de uma extração, de um corte que faz surgir um inquantificável. Existe algo neste ato do corte e da extração que resiste à análise quantitativa de Hayles. A "resposta" de *Tree of codes* ao seu problema central está em sua própria abertura. É como se aqui se considerasse o buraco como parte do que a obra se propõe. A possibilidade da rasura, do apagamento e da ausência não depõe contra sua capacidade de transmissão; muito pelo contrário, é como se a ausência nos permitisse enxergar mais nitidamente que existe um passado por trás de cada presença.

Cortar para ler

A leitura de *Tree of codes* se impõe como um desafio. Diante do livro, somos instigados pela pergunta: como lê-lo? Se deixarmos as palavras das outras camadas comporem a leitura, leremos a página de cima considerando as páginas de baixo, pois elas se sobreporão. Como mencionamos, a narrativa se apresenta

como uma escultura de palavras em diversas camadas com um material que inclui zonas de transparência. A cada vez que viramos uma página temos uma nova forma ou uma nova arquitetura de palavras. Se não nos dispusermos a incluir o movimento como parte operante na leitura, se quisermos manter no contato com o livro a dança aprendida em anos de leitura de outros livros, as palavras de outras páginas irromperão na página lida e o sentido produzido pela narrativa ficará obtuso, senão incompreensível.⁶

Diferente do que ocorre quando viramos a página de um livro “comum” para dar continuidade ao enredo, no livro de Foer viramos a página também para fugir da ausência de sentidos, do fosco, do nebuloso. O movimento de virar a página se faz necessário para que a história siga e para que não nos percamos na página parada, sobreposta, sem sentido, que faz convite à vertigem. O sentido se faz com o movimento de subida da página, ali onde se inscreve certa instabilidade própria ao tempo da travessia.

O balé da leitura ensejado por *Tree of codes* põe em jogo a coreografia de que fala Freud (1925/1996) ao abordar o *Wunderblock*, ou o bloco mágico, no texto “Uma nota sobre o bloco mágico”. O bloco mágico é um brinquedo infantil de que Freud faz uso para desenhar a complexidade existente nos processos de retenção e esquecimento operados pela memória. Trata-se de

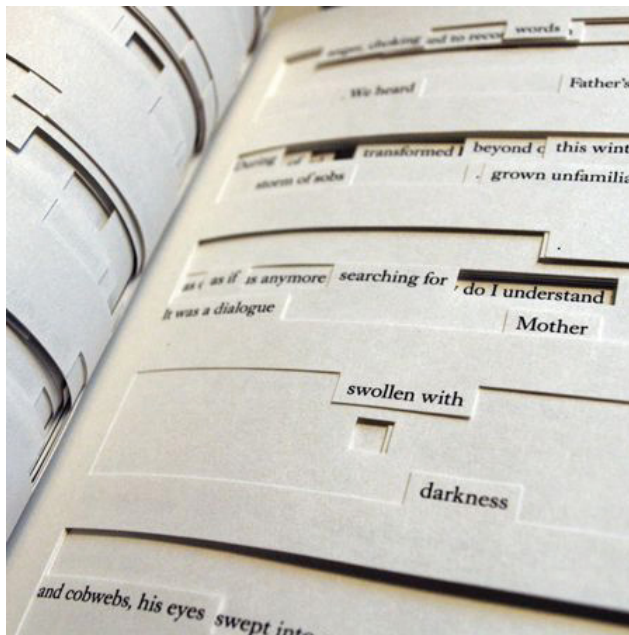
... uma prancha de resina ou cera castanho-escuro com uma borda de papel; sobre a prancha está colocada uma folha fina e transparente, da qual a extremidade superior se encontra firmemente presa à prancha e a inferior repousa sobre ela sem estar nela fixada. Essa folha transparente constitui a parte mais interessante do pequeno dispositivo. Ela própria consiste em duas camadas, capazes de ser desligadas uma da outra salvo em suas extremidades. A camada superior é um pedaço transparente de celuloide; a inferior é feita de papel encerado fino e transparente. (Freud, 1925/1996, p. 287)

Para escrever neste bloco não é preciso o uso da tinta, mas de um objeto pontiagudo que seja capaz de cravar um sulco deixando uma marca na superfície inferior do bloco que fica visível na camada superior. Para apagar o que foi escrito, basta levantar o papel transparente de celuloide da camada superior, ficando esta camada novamente “livre” para novas escritas, receptível a novos traçados. O que interessa principalmente a Freud, no entanto, é que aquilo que se apagou da camada superior mas que se manteve registrado na camada inferior e que, à luz apropriada, torna-se legível. Esse artefato infantil transmite a imagem de um

aparelho capaz de reter as marcas antigas ao mesmo tempo em que fica aberto à produção de novas marcas. Isso é possível porque existe um uma pulsação entre a camada que recebe o traço e a camada que o retém: um trânsito que possibilita ao mesmo tempo retenção e abertura.

O bloco mágico é assim um espaço a um só tempo limitado em suas fronteiras materiais e ilimitado na sua capacidade de inscrição. Seu funcionamento se assemelha em muito ao jogo da linguagem que, limitada no número de caracteres que compõe uma língua, se conjuga para produzir sentidos ilimitados em suas combinações. Nesse jogo da produção do sentido, a dança estabelecida pelo par presença-ausência é fundamental. Em *Tree of codes*, as "palavras-buraco", aquelas palavras que saltam das páginas de baixo para as páginas de cima e acabam por compor um texto em camadas (Figura 2) nos dão notícias, como o bloco mágico de Freud, da complexa relação entre o quantificável das palavras – há um número limite de palavras em cada língua – e o inquantificável do sentido. É na fresta aberta por essa complexidade que joga a escuta analítica, fazendo surgir, ao recortar o texto do analisante ou ao embaralhar as palavras, um sentido que aguardava por ser enunciado.

Figura 2 — Leitura considerando as *hole words*



Fonte: Foer (2010, p. 45).

Para Hayles, as palavras buraco são a força criativa do texto de Foer: “Faltando a estabilidade das palavras na página, eles aparecem meio formadas, como fragmentos que espreitam através dos buracos, emergindo de forma contingente por meio de apagamentos criados para outros fins e se dissipando toda vez que o leitor levanta a página.” (Hayles, 2013, p. 230).⁷

Recortemos um trecho do livro: “The cartographer (on in) (him) (...) (to) spared our city (an easy intimacy, of) (...). (passivity) (presence of mother), (secret wi) One could see (...) (gestures, raised eye brows watery)” (Foer, 2010, p. 88). O trecho “O cartógrafo poupou nossa cidade pode-se ver”, com a aparição das palavras-buraco, extrai-se para “O cartógrafo em para poupou a nossa cidade uma intimidade fácil, passividade, presença da mãe, segredo wi pode-se ver gestos, sobranceiras arqueadas aguada”.

Nesse trecho podemos observar que as *hole words* que aparecem têm uma função sintaticamente disruptiva: *easy intimacy*, *secret*, *passivity* são palavras que saltam para a página de cima e agregam novos sentidos ao que a página carrega. Na arquitetura do livro, o corte operado por Foer vai além da extração de palavras de Schulz; opera também com uma criação de morfemas, fonemas, gerando uma espécie de efeito de *zoom* e de tridimensionalidade na página. Este efeito permite que o leitor atente também para a estrutura molecular da dimensão da linguagem. Se lermos *Tree of codes* ao contrário, de trás para frente, estaremos sempre adicionando à página “do presente” as páginas “do passado”, uma presença, porém, que se dissipa cada vez que levantamos a página. A obra leva em consideração a questão do corte como efeito não apenas de uma tradução, mas como confrontação de sentido, que enseja a formação de um novo texto, produzido a partir do trabalho de transliteração (Allouch, 1995). Considerando, por exemplo, o fragmento de palavra “wi” destacado acima, trata-se de uma produção que põe em destaque o que em psicanálise se contornou com o conceito de letra – tão presente já desde Freud em suas escutas (*A interpretação dos sonhos*, *Psicopatologia da vida cotidiana*, *O chiste e sua relação com o inconsciente*).

Lembremos Freud, em sua famosa *Carta 52*, quando aponta que os traços de memória que compõem o aparelho psíquico estão sujeitos, de tempos em tempos, a um rearranjo, uma retranscrição.

Assim, o que há de essencialmente novo a respeito de minha teoria é a tese de que a memória não se faz presente de uma só vez, mas se desdobra em vários tempos; que ela é registrada em diferentes espécies de indicações. (Freud, 1896/1996, p. 281)

Para Freud, em 1896, o que determinava uma defesa patológica (recalcamento) era o retorno no presente de um evento (de natureza sexual) que ocorreu outrora. Para ele,

... cada transcrição subsequente inibe a anterior e lhe retira o processo de excitação, quando falta uma transcrição subsequente a excitação é manejada segundo as leis psicológicas vigentes no período anterior e consoante as vias abertas nessa época. (Freud, 1896/1996, p. 281)

Para o fundador da psicanálise, persistem no aparelho psíquico regiões de anacronismo onde vigoram relações entre os registros que respondem a modos de operar não mais vigentes na economia psíquica. O que Freud vem construindo desde as cartas à Fliess é a perspectiva de que o registro psíquico se dá em camadas e que essas camadas não são soterradas e aniquiladas pelas camadas que lhes são subsequentes – aguardam, ao contrário, o momento para ressurgir no tempo presente, interpondo sentidos outros aos acontecimentos atuais. Para Freud (1930/2010, p. 48), “podemos supor a sobrevivência do originário ao lado do posterior que dele se formou”, sendo que aquilo que se inscreveu como traço no aparelho psíquico não guarda a condição de ser apagado, se não que pode ser rearranjado num jogo significante que lhe permita assumir outros sentidos. Esse rearranjo pode ser produzido por uma operação de corte capaz de fazer surgir, sobre a plataforma dos traços mnêmicos inscritos, uma outra narrativa – é esse rearranjo que a escuta psicanalítica acaba por perseguir. É na abertura que a polissemia significante guarda consigo que opera a escuta analítica que, ao extrair elementos do dito, faz aparecer um novo sentido, retirando do anacronismo as palavras que saltam de outras camadas temporais na fala presente do analisando.

Lembremos aqui do inspirador trabalho de Antoine Compagnon em *O trabalho da citação* (2007):

Leitura e escrita são meros substitutos do jogo infantil de recortar e colar, nosso primeiro contato com as histórias de papel. O acesso à linguagem talvez não teria suprimido de todo este desejo pelo cortar e colar. Será que eu não preferiria recortar as páginas e colá-las num outro lugar, em desordem, misturando de qualquer jeito? Será que o sentido do que leio, do que escrevo tem uma real importância para mim? Ou não seria antes uma outra coisa que procuro e que me é,

às vezes, proporcionada por acaso por estas atividades: a alegria da bricolagem, o prazer do jogo nostálgico da criança? (Compagnon, 2007, p. 12)

Para o autor, na brincadeira de cortar e colar da criança reside um traço que estaria sempre presente na leitura e na escrita do texto feita pelo adulto. Para o autor, o texto é a *prática do papel* e, nessa prática, caberia ao processo de citação o retorno ao momento arcaico do cortar e colar. Do texto lido, um fragmento é relido tal qual um membro amputado. “Porque minha leitura não é monótona nem unificadora; ela faz explodir o texto, desmonta-o, dispersa-o.” (Compagnon, 2007, p. 14). E para isso não é preciso sublinhar uma frase com marca-texto ou reescrevê-la em nossa caderneta. Ler, para o autor, já é em si um ato que desagrega o texto e o destaca do contexto. Ao lermos, decomparamos, alteramos a organização do texto. Algo se eleva da leitura para fazer decantar um sentido. Ler é fazer com que algo venha para cima na página e algo vá para a camada de baixo num processo cuja escolha é, em grande parte, inconsciente.

Para Compagnon, o trabalho da citação é a forma original de todas as *práticas do papel*. Citar é a forma original do corte. O corte e a subtração do texto de Schulz resultaram em páginas extremamente delicadas que poderiam rasgar-se com um gesto menos cuidadoso do leitor. Porém, *Tree of codes* não trata apenas de delicadeza, mas inclui uma alternância entre o frágil e o brutal, entre o delicado e o grosseiro. Afinal, a delicadeza das páginas é fruto de um “massacre”, poderíamos até mesmo supor, da obra original, tendo em vista que Foer extraiu noventa por cento da obra de Schulz.

A interpretação analítica resulta de um corte operado pela escuta na mesma alternância entre delicadeza e brutalidade: delicadeza da escuta e brutalidade do corte. Brutalidade no sentido de estilhaçamento do sentido cristalizado que engendra o sintoma para que uma nova história possa emergir. Um corte interpretativo produz uma nova significação que, por sua vez, produz um efeito de sentido atualizando o furo da estrutura. A produção de uma nova história é a produção de um novo sentido ou a exclusão do sentido, como diria Lacan, no seminário sobre o *sinthome*, ao afirmar que “o real se funda por não ter sentido, por excluir o sentido ou, mais exatamente, por se decantar ao ser excluído dele” (Lacan, 1975-1976/2007).

Se a escuta analítica é o que promove uma orientação para a fala do analisante, podemos pensar que o analista busca situá-la no ponto de alternância entre a delicadeza da deriva e a brutalidade do corte interpretativo que, ao operar na exclusão do sentido, como aponta Lacan, indica o real, provocando uma ruptura

ou desorientação na linguagem. Na poética, que não se restringe somente à poesia, temos um gênero que comporta paradigmaticamente a extensão do processo de composição e ativação da linguagem em jogos de escrita. Entendemos por extração o ato ou o efeito de separar uma substância do corpo de que fazia parte. O extraído é o separado da substância que lhe deu origem. Na linguagem e nos jogos de escrita, a extração ocupa o lugar de isolamento de um traço, que, recortado pelo significante, pode adquirir outro valor ao ligar-se a outros significantes, tanto fônicos quanto escritos, formando um sistema paradoxalmente total e aberto a múltiplos sentidos. Os buracos em *Tree of codes* situam o par presença e ausência que está na origem da ativação da linguagem. Lembremos também que é por meio da brincadeira que a criança aprende a simbolizar a ausência traumática da mãe “de modo que esta ausência já não seja uma simples ausência, mas se transforme num momento de uma sucessão contínua de presenças-ausências” (Araújo, 2013, p. 15). Para Lacan, o jogo do *Fort-da* é, ele mesmo, uma metonímia do modo como nós nos realizamos na linguagem. A representação, no que se refere aos significantes, também não é uma representação “positivada”, pois o significante se apresenta sempre contraposto a outro. Representar excede esta primeira configuração, pois há uma impossibilidade de uma cadeia significante se contentar com a falta que um significante possa causar; essa cadeia passa a encenar a presença do significante “faltante”. “O que era antes configurado por meio da representação passa a ser pretexto para o advento de uma encenação, ou de uma lembrança” (Araújo, 2013, p. 18). Se Lacan pontua a criança do *Fort-da* como provedora de “uma ação que destrói o objeto que ela faz aparecer e desaparecer na provocação antecipante de sua ausência e de sua presença” (Lacan, 1957/1998, p. 183), é na medida em que, a partir da destruição do carretel, a criança serve à ilustração do modo como a reconfiguração das cadeias significantes se dá. No caso do *Fort-da*, o significante faltoso passa a ser encenado por outro significante. A criança do *Fort-da* passa a representar a si mesma jogando o carretel para outro significante que não para si mesma, só que na figura de um “outro eu”, capaz de representar “si mesma” para “um” si mesma, na figura de um “outro eu”.

Considerações finais

Neste artigo, por fim, procurou-se marcar uma relação entre a arte da escuta em psicanálise, já anunciada por Freud (1912/1996) em “Recomendações aos jovens médicos que exercem a psicanálise”, e o processo de corte e extração operado pelo escritor norte-americano Jonathan Safran Foer sobre a obra do

escritor polonês Bruno Schulz. No referido texto de 1912, Freud vinha tentando contornar um conceito de escuta analítica: “ele [o médico] deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente, devendo ajustar-se ao paciente como um receptor telefônico se ajusta ao microfone transmissor” (p. 129). A seleção, feita pelo psicanalista, que determinará o ajuste entre órgão receptor e transmissor, opera da mesma forma nos caminhos de corte e extração. Um processo, todavia, que não exige atenção da consciência, que não deve se fixar de modo particular e rígido em nada. Para que a leitura ocorra, da mesma forma que a arte da escuta psicanalítica, é preciso que se opere um trabalho de corte e extração que considere os restos e os buracos como uma abertura (*openness*) para que o processo ocorra. Mediante a poética da extração em *Tree of codes*, pudemos perceber que o cortar para ler nos aproxima do que Freud vinha tentando costurar acerca da arte da escuta em psicanálise, retomando, dessa forma, o preceito freudiano de que os poetas, muitas vezes, antecedem os psicanalistas na condição de indicar o próprio do humano.

Referências

- Allouch, J. (1995). *Letra a letra: Transcrever, traduzir, transliterar*. Rio de Janeiro: Campo Matêmico.
- Araújo, F. (2013). O movimento do *Fort-da* na leitura de Jacques Lacan. *Revista aSEPHallus*, VIII(15), 69-84. http://www.isepol.com/asephallus/numero_15/artigo_04.html (acessado em 23/08/2020).
- Compagnon, A. (2007). *O trabalho da citação*. Belo Horizonte: UFMG.
- Ficowski, J. (1967/2004). *Regions of the great heresy – Bruno Schulz: A biographical portrait*. Nova York: W. W. Norton & Company.
- Foer, J. S. (2002). *Tudo se ilumina*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Foer, J. S. (2006). *Extremamente alto & incrivelmente perto*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Foer, J. S. (2010). *Tree of codes*. Nova York: Visual Editions. *Making of* disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=r0GcB0PYKjY>
- Freud, S. (1896/1996). Carta 52. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912/1996). Recomendações aos médicos que exercem psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1925/1996). Uma nota sobre o bloco mágico. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1930/2010). *O mal-estar na cultura*. Porto Alegre: L&PM.

- Garramuño, F. (2014). Frutos estranhos: A aposta pelo inespecífico na estética contemporânea. In: Olinto, H. K.; Schöllhamer, K. E. (Org.). *Cenários contemporâneos da escrita*. Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Geissler, B. (2009). *Finding Pictures* (documentário). Acessível em: <http://www.benjamingeissler.de/>
- Hayles, K. (2013). Combining close and distant reading: Jonathan Safran Foer's *Tree of codes* and the aesthetic of bookishness. *Modern Association of America (PMLA)*, 128(1), 226-231.
- Lacan, J. (1957/1998). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: *Escritos*, p. 496-533. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1975-1976/2007). *O seminário, livro 23: O sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Schulz, B. (1977). *The street of Crocodiles*. New York: Penguin.
- Schulz, B. (2012). *Ficção completa*. São Paulo: Cosac Naify.
- Wurth, K. B. (2011). Old and new medialities in Foer's *Tree of codes*. *CLC Web: Comparative Literature and Culture*, 13(3), 1-8.

Notas

¹ Neste trabalho nos detivemos na relação entre *Tree of codes* e a especificidade do método psicanalítico pela escuta. Ao nos propor uma "leitura diferenciada", o livro-impossível desdobra outras articulações no campo da linguagem e da psicanálise, que foram desenvolvidas em um trabalho maior com esta obra.

² Jonathan Safran Foer é um jovem escritor judeu norte-americano nascido no ano de 1977, em Washington D.C., nos Estados Unidos. Começou sua carreira literária quando estudava na Universidade de Princeton e frequentava a oficina de escrita criativa de Joyce Carol Oates. Pensou em estudar psicologia ou filosofia, mas, muito influenciado pela oficina de Oates, que também percebeu seu potencial, decidiu seguir o caminho da escrita. Hoje é um escritor famoso e premiado, não só nos Estados Unidos, mas mundialmente, e leciona escrita criativa na New York University. Com apenas 40 anos, desponta como um grande nome da literatura contemporânea. Tem publicados os romances: *Tudo se ilumina* (2002), *Extremamente alto & incrivelmente perto* (2006), *Aqui estou* (2017), além de *Tree of codes* (2010). Publicou também o livro de não ficção, *Comer animais* (2009). Além disso, teve participação em antologias de contos e como organizador e editor de várias publicações, entre elas *New American Haggadah* (2012), sobre a difusão da cultura judaica, e *A convergence of birds* (2001).

³ Tradução livre: "Ele disse que perdeu seu caminho e mal sabia como voltar. Teria a cidade talvez deixado de existir? Talvez os espaços sugeridos pelo vento não existissem? Apenas uma invenção de solidão confusa e desconectada".

⁴ Sobre a busca pelos desenhos de Schulz nas paredes do oficial alemão, Benjamin Geissler produziu o documentário *Finding Pictures* (Geissler, 2009).

⁵ Tradução livre de: "The frictionless flow of information from one form to another that the document implies has therefore, in *Tree of Codes*, paradoxically been invested with inertial drag because the text is already materially deformed with respect to its source."

⁶ A entrevista com o escritor na qual podemos acompanhá-lo fazendo a leitura de *Tree of codes* está disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=WPW6hMIHQNA>

⁷ Tradução livre de: "Lacking the stability of words on the page, they often appear half formed, as fragments peeking through the holes, contingently emerging through erasures created for other purposes and dissipating when the reader lifts the page."

Recebido em 01 de abril de 2019

Aceito para publicação em 16 de agosto de 2019

SEÇÃO LIVRE

Suicide and social media: Dialogue with clinical psychologists

El rol de las funciones ejecutivas en las estrategias cognitivas de regulación emocional no adaptativas en niños

Development of the PSI: A phone interview for screening for Autistic Spectrum Disorder (ASD) symptoms

A família na psicoterapia infantil: Uma revisão integrativa das abordagens humanistas e fenomenológicas

SUICIDE AND SOCIAL MEDIA: DIALOGUE WITH CLINICAL PSYCHOLOGISTS

SUICÍDIO E MÍDIAS SOCIAIS: DIÁLOGOS COM PSICÓLOGOS CLÍNICOS

SUICIDIO Y MEDIOS SOCIALES: DIÁLOGOS CON PSICÓLOGOS CLÍNICOS

Tales Vilela Santeiro ⁽¹⁾

Rafael Franco Dutra Leite ⁽²⁾

Glaucia Mitsuko Ataka da Rocha ⁽³⁾

RESUMO

Novas ferramentas advindas da internet, como as mídias sociais (MS), oferecem ao profissional psicólogo métodos complementares de tratamento e acompanhamento psicológico. Este estudo objetivou: (a) compreender a visão de psicólogos clínicos a respeito da atuação profissional on-line, em especial na atenção psicológica a pessoas que apresentam Comportamento Suicida (CS); e (b) averiguar como esses profissionais têm pensado sobre como MS e a internet podem contribuir no tratamento dessas pessoas. O estudo é descritivo, de corte transversal e amparado em enfoque qualitativo. Dez psicólogos clínicos, atuantes numa cidade no interior mineiro, participaram. Entrevistas semiestruturadas foram instrumentos utilizados para coletar dados. A amostra foi definida por meio da técnica de bola de neve e a coleta de dados foi encerrada por saturação teórica. Os resultados foram analisados por meio da análise temática de Braun e Clarke e debatidos à luz de literatura contemporânea que dialoga sobre MS e CS. Três eixos temáticos foram ordenados: Aspectos positivos e negativos no uso de MS em situações clínicas gerais; Perspectivas positivas e negativas frente ao uso de

⁽¹⁾ Coordenador Substituto e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação e Professor Associado do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. email: talesanteiro@hotmail.com

⁽²⁾ Graduando em Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. email: rafa.francodutra@gmail.com

⁽³⁾ Professora do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins (UFT), Miracema, TO, Brasil. email: gmarocha@gmail.com

Este estudo teve como fonte de financiamento o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O relatório final do processo de Iniciação Científica que gerou o artigo foi indicado pela UFTM para participar do 16º Prêmio Destaque na Iniciação Científica e Tecnológica, edição 2018, do CNPq.

MS quando o CS se presencia; e Uso de MS no meio acadêmico e profissional. Limites e alcance da pesquisa são apontados.

Palavras-chave: prevenção ao suicídio; formação do psicólogo; terapia on-line; pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

New tools originating from the internet, such as Social Media (SM), offer psychologists complementary methods for psychological treatment and counseling. This study aimed: (a) to comprehend the views of clinical psychologists regarding online professional counseling, especially when the patient is diagnosed with Suicidal Behavior (SB); and (b) to find out what these professionals think about the ways SM and the internet can contribute to the treatment of patients with SB. This was a descriptive, cross-sectional, qualitative study. The participants were ten psychologists that work in a town in the state of Minas Gerais (Brazil). Semi-structured interviews were used to collect data. The sample was defined using the snowball technique, which was terminated when theoretical saturation was detected. The results were analyzed using the thematic analysis of Braun and Clarke, and debated in the light of the contemporary literature focusing on SM and SB. Three thematic axes were formed: Positive and negative aspects of the use of SM in general clinical situations; Positive and negatives perspectives regarding the use of SM when SB is present; and the use of SM in academic and professional environments. The limits and scope of the study are highlighted.

Keywords: suicide prevention; psychologist education; online therapy; qualitative research.

RESUMEN

Nuevas herramientas provenientes de internet, como los medios sociales (MS), ofrecen al profesional psicólogo métodos complementarios de tratamiento y acompañamiento psicológico. Este estudio tuvo como objetivos: (a) comprender la visión de psicólogos clínicos acerca de la actuación profesional en línea, en especial en la atención psicológica a personas que presentan Comportamiento Suicida (CS); y (b) averiguar cómo estos profesionales han pensado sobre cómo MS e internet pueden contribuir en el tratamiento de personas que presentan CS. El estudio es descriptivo, de corte transversal y amparado en enfoque cualitativo. Diez psicólogos clínicos, actuando en una ciudad en el interior de Minas Gerais (un estado de Brasil), participaron. Entrevistas semiestructuradas fueron

instrumentos utilizados para recoger datos. La muestra fue definida por medio de la técnica de bola de nieve y la recolección de datos fue cerrada por saturación teórica. Los resultados se analizaron por medio del análisis temático de Braun y Clarke y debatidos a la luz de la literatura contemporánea que dialoga sobre MS y CS. Se ordenaron tres ejes temáticos: Aspectos positivos y negativos en el uso de MS en situaciones clínicas generales; Perspectivas positivas y negativas frente al uso de MS cuando el CS se presenta; y el uso de MS en el medio académico y profesional. Los límites y el alcance de la investigación son señalados.

Palabras clave: prevención del suicidio; formación del psicólogo; terapia en línea; investigación cualitativa.

Introduction

Suicidal behavior (SB) can be defined as the intentional act of harming oneself with the aim of ending one's own life, encompassing suicidal ideas and desires, suicidal behavior without death and actual suicides (Schlösser et al., 2014). It results from the complex interaction of biological, psychological, social and cultural factors (Beurs et al., 2015; Botega, 2015; WHO, 2014). Suicidal ideation (SI), included within SB, is about the creation and personal development of the idea of dying, as well as the mental representation of what it would be like to end one's own life. The variability and intensity of the SI have been associated with SB; however, little is known about its consequences (Madsen et al., 2016).

On one hand, issues involving implications related to SI are unclear – after all, not everyone who imagines killing themselves will perform the act –; on the other hand, the number of people who have committed suicide annually is higher than those killed in all conflicts worldwide combined. Reports have indicated over 800,000 annual notifications (one person every 40 seconds) (WHO, 2006, 2014).

Suicide also has continuous and lasting effects on the lives of those close to the person that died (the survivors). It impacts the lives of families, friends and also the community as a whole (WHO, 2014). Despite the fact that this kind of repercussion can be talked about and rationalized academically, truly estimating it is a task that goes beyond the scope of the present, in that when a suicide occurs there is the implication that future generations will have to cope with it (inter- and transgenerational transmission). Self-extinction is a worldwide public health problem (Botega, 2007; WHO, 2014). It is the second leading cause of death between the ages of 15 and 29 in the world. The

numbers differ among countries; however, the global suicidal burden is concentrated in the low- and middle-income countries. It is estimated that 75% of all suicides occur in these countries, which includes Brazil (Ministério da Saúde, 2017; WHO, 2014).

Suicide prevention strategies have also been debated and are becoming increasingly prominent worldwide. The WHO considers that world statistics need to be reduced by 10% by 2020 (WHO, 2014). In this scenario, professional care is arguably an important protective factor because, among other reasons, the number of people affected by SB and its consequences is multiplied with each self-inflicted death (Ministério da Saúde, 2017; WHO, 2014). It is believed that the lives of around five or six people close to the deceased are deeply affected emotionally, socially and economically (Botega, 2007; Nunes et al., 2016).

Training professionals to deal with demands arising from situations that permeate SB has therefore a transformative potential in the lives of people and communities. Beyond compliance with public policy, survivors' mental health requires care. In this sense, it is understood that the psychologist has a crucial role to play. These particularities frame the SB phenomenon as highly complex. Creating conditions and space for dialogue seeking strategies for coping with it needs to occur in all social instances. This also includes the various health professions and different levels of healthcare, from primary to tertiary (Maia et al., 2017).

The issue of SB has become imperative today, as the number of reported suicides has increased and is characterized as a worldwide public health problem. Internet-based tools, such as social media (SM) and other information and communication technologies (ICTs), offer professionals dealing with people's mental health, including psychologists, different methods of monitoring and treating those that see suicide as an alternative to deal with their life problems. The arrival of new ICTs is an inexorable and irreversible fact, instigating rapid sociocultural, economic and psychological changes. Despite generations of digital non-native (digital immigrants) mental health professionals possibly "reluctant" to use the resources the internet provides, addressing the underlying transformations has required new theories and ways of thinking about the world, man and human relationships (Lévy, 1995/2011, 1997/2010).

In this text, we emphasize that SM and ICTs are understood as synonymous terminologies, because they designate communication resources that rely on the internet. Through them, patients and psychologists write and/or exchange images and/or audios. Communication between them can thus occur "at different times" (asynchronous communication via email, WhatsApp, Messenger, and such) or "at the same time" (synchronous communication via WhatsApp, Skype,

FaceTime, and such). The use of these technologies in the clinic therefore presupposes that their users can interact and dialogue without necessarily being close or synchronized in time (Santeiro & Rocha, 2015). For this reason, the range and limits embedded in the nature of the chosen technology will likely impact the professional relationship in different ways.

All this technological and communicational movement encompasses new ways of designing psychological treatment and prevention processes (Crestana, 2015; Donnamaria & Terzis, 2015; Fortim & Cosentino, 2007; Lemma & Caparotta, 2014; Pimentel, 2017; Pinto, 2002; Pires, 2015; Siegmund & Lisboa, 2015). Furthermore, the processes of university training of psychologists, clinical psychologists and psychotherapists are not unaffected (Machado & Barletta, 2015; Mandelbaum, 2015; Rodrigues & Tavares, 2016; Santeiro et al., 2016; Santeiro & Rocha, 2015). In this sphere of debate, however, situations involving SB have not been object of specific attention.

Regarding the profession of psychologist and its legal framework in Brazil, despite the fact that the situation under consideration is an unstoppable process (Rodrigues & Tavares, 2016), the Federal Psychology Council (CFP) only very recently, in 2018, regulated the provision of psychological services through ICTs, after repealing the first resolution about it, published in 2012 (CFP, 2012, 2018). Within the scope of these documents, the CFP includes all informational and communication mediations using internet access. Therefore, provided that the professional practice does not violate the provisions of the Psychologist's Code of Professional Ethics, psychologists are allowed to provide psychological services performed through ICTs. The services may be considered psychological consultations of different types; the technical supervision of the services are provided by psychologists in the most diverse contexts of activity; and staff selection processes and such may happen synchronously or asynchronously.

Psychologists that use ICTs must register in advance with the Regional Council of Psychology and have formal authorization for it. In the absence of that, they would be committing a disciplinary offence. Among the main points of the latest Resolution that drew attention at this moment is that the care of people and groups in urgency and emergency situations through this technological route is inadequate, therefore providing this service in these circumstances must be done in person (CFP, 2018)¹.

Whenever comparisons are made between face-to-face and internet-based monitoring and treatment, advantages and disadvantages will inevitably be noted. Among the advantages of internet-enabled resources, some that have been highlighted are accessibility 24 hours a day, every day of the week and low cost.

In addition, privacy and anonymity can be ensured by the professionals, provided that technical and ethical parameters are properly followed (CFP, 2018; Donnamaria & Terzis, 2015; Santeiro & Rocha, 2015). Issues that may also be emphasized include where the subjects live and their difficulties in traveling to the physical place where the monitoring is performed, which impact on the chances of continuing the monitoring or treatment, especially when SB is under discussion (Kramer et al., 2015).

The use of SM in psychological counseling is essential in various situations in which mental suffering is present, when the person needs specialized attention and does not necessarily have it available because the health apparatus that could be used does not always have vacancies available. This kind of mismatch is particularly worrisome when it is known that seeking professional help has the potential to reduce SB, as those that seek help are 50% less likely to attempt suicide than those that do not (King et al., 2015). Similarly, Cox and Hetrick (2017) found evidence regarding the effectiveness of individual psychosocial interventions for the treatment of self-harm, SI, and suicide attempts in children and young adults, with an emphasis on the emerging use of electronic methods.

The use of the internet, SM and electronic devices, in turn, may favor innovations in suicide prevention. Performing interventions with young people, which can take place in real time, and using electronic devices to support parents in conjunction with individual psychotherapy can be helpful resources. In a study that monitored these types of online support, there was a significant increase in the tendency to seek help, talk with family and friends, and seek a mental health professional (King et al., 2015). This type of result was also reported by Kramer et al. (2015), when studying online monitoring in an internet forum where suicide risk levels were high for 5.9% of those investigated. After one year of monitoring, there were small and average changes in the participants' lifestyles, as well as a decrease in depressive symptoms. Madsen et al. (2016), when studying how the internet and SM could help in treating people with SB, concluded that having received online support helped to reduce SI levels.

Monitoring and treatments using online mechanisms can lead to an amplification of clinical methods that seek to reduce IS, suicide attempts and deaths (Beurs et al., 2015). Through this avenue of debate, Mewton and Andrews (2015) demonstrated that levels of SI and depression declined in parallel over time through online cognitive behavioral therapy (CBT). The prevalence of SI in the study population was reduced from 50% to 27% after treatment, while that of depression decreased from 70% to 30%. It should be noted that these

estimates decreased significantly after the treatment, regardless of the geographic location of the patients included in the study.

Christensen et al. (2013) followed 155 users of a national telephone service focused on suicide prevention, who showed high levels of SI. Participants were randomly recruited and agreed to receive six weeks of online counseling, along with weekly telephone monitoring. They aimed to determine whether online CBT with and without telephone support was effective in reducing SI in those who called the service compared to the usual treatment. The results indicated a decrease in the SI over the six-week period. However, even for the groups that had only telephone follow-up, a considerable decrease in SB could be observed one year after the study.

Regarding the tools commonly used in these online interventions, by reviewing previously available data on online treatments and prevention programs for depression, anxiety, and suicide prevention in children, adolescents, and youths, Reyes-Portillo et al. (2014) found that of the 14,001 citations initially found in the PsycINFO, PubMed, MEDLINE, and Web of Science databases, 25 articles included the criteria for internet-based interventions. Among these, they identified nine remote programs, eight of which were internet-based and one a mobile application.

These considerations demonstrate the scarcity of studies regarding the online approach to psychological intervention, which seems to occur more markedly in cases of SB. This finding considers that in Brazil the use of ICTs by psychologists has been in the process of “acceptance” and “incorporation” and also that these resources are professionally limited concerning their use in complex or urgency and emergency situations (according to the wording of Resolution nº 11, of May 11, 2018) (CFP, 2018), as cases of SB can be understood. The scarcity of literature, therefore, may reflect both this recent movement around ICTs, and may indicate that, as in the country in general terms, what is carried out “in the practice” does not achieve the corresponding “academic” divulgation.

Accordingly, the following general study questions were developed and investigated: Are SM and other online resources aspects being considered in the work of clinical psychologists? What do they think about this issue and how have they experienced it in their professional practices? When SB is in focus, have these ICTs been incorporated into the care provided to their patients?

In the outlined scenario, the aims of this study were: (a) to comprehend the view of clinical psychologists regarding online professional practice, especially in the treatment and/or psychological counseling for people who manifest SB; and (b) to find out what these professionals think about how SM and the internet can contribute to treating these people.

Method

This was a descriptive, cross-sectional, qualitative study (Braun & Clarke, 2006; Yin, 2016). Participants were 10 clinical psychologists, aged 24 to 49 years, mostly single (8) and female (9), having from 6 months to 21 years since graduation, from public higher education institutions (6), working in private practice (9), all in a medium-sized city in the state of Minas Gerais, Brazil (Table 1).

Table 1 — Summary of participants' sociodemographic characteristics and academic background

Participant*	Sex	Age (years)	Marital status	Time since graduation (years)	Theoretical framework
1	Female	35	Married	14**	Psychoanalysis
2	Female	34	Single	13**	Cognitive behavior theory
3	Female	26	Single	4**	Systems psychology
4	Female	29	Single	3	Existential phenomenology and schizoanalysis
5	Female	25	Single	1	Psychoanalysis
6	Female	25	Single	1	Psychoanalysis
7	Male	24	Single	0.5	Schizoanalysis
8	Female	24	Single	2	Undefined
9	Female	49	Married	21**	Existential phenomenology
10	Female	26	Single	3	Psychoanalysis

* In increasing order, resulting from the application of the snowball procedure.

** Professionals graduated from private higher education institutions (HEIs).

The others graduated from public HEIs.

Individual semi-structured interviews were used for data collection. This occurred after a pilot study was conducted with two professionals, intentionally chosen due to both of them being university professors and conversant with clinical processes and training of clinical psychologists, working for 30 and 39 years. From the indication of one of these, the snowball procedure was followed, which characterizes the sample of this study as non-probabilistic (Vinuto, 2014; Yin, 2016).

The interviews lasted an average of 30 minutes each and took place in the participants' work environments between March and June 2018. They were audio-recorded and fully transcribed, and were terminated when theoretical saturation was observed (Fontanella et al., 2011). Theoretical saturation was found after the eighth interview had been completed and analyzed. However, according to the snowball procedure, the time since graduation from the third interview reached a maximum of four years (Table 1), indicating a profile of young professionals that "experienced" the process of arrival of ICTs since childhood (digital natives). For these reasons, it was decided to reconfigure the referral process and access a new key informant who had a longer time since graduating and was also a digital immigrant (Participant 9). This measure sought to minimize bias in the constitution of the sample. After this occurrence, it was noted that the theoretical saturation had been reached after the 10th interview had been performed and analyzed.

The data set was evaluated, seeking to apprehend the multidimensional character of the focused phenomena through the thematic analysis method of Braun and Clarke (2006). This method allows patterns within the data to be identified, analyzed and reported, organizing and describing them in detail.

In short, the thematic analysis consisted of six phases: (1) familiarization with the data (immersion in the data through active and repeated reading); (2) generation of initial codes (search for outstanding data characteristics, or semantic or latent content, which is achieved through systematic work with the data set, giving full and equal attention to each item, identifying interesting aspects that may form the basis of repeated patterns); (3) search for themes (analysis of codes considering how different codes can combine to form a comprehensive theme); (4) review of the themes (refinement – review of the data and validation of individual themes in relation to the set – and selection of themes to be used, thus obtaining the main themes around which the research results revolve); (5) definition and naming of the themes (identification of the "essence" of the subject of each theme and determination of what aspects of the data each theme captures); and finally (6) production of the report (Braun & Clarke, 2006).

The establishment of the thematic axes was done by consensus among the researchers. The data, after thematic ordering, were analyzed in the light of debates that the specialized literature has been presenting about SM and SB (CFP, 2012, 2018; Christensen et al., 2013; Cox & Hetrick, 2017; King et al., 2015; Kramer et al., 2015; Madsen et al., 2016; WHO, 2006, 2014, among others).

The main project that led to this study is entitled "Social media and formation of psychologists in clinical and health processes". It was approved under

Authorization nº 706.786 (CAAE 26870314.8.0000.5083) by the Research Ethics Committee of the Universidade Federal de Goiás. Therefore, all ethical procedures were duly considered.

Results and discussion

The results will be presented in accordance with the aims of the study, listing first how, from the statements, the professionals have been dealing and thinking about SM in their practice, in general. Next, after this contextualization of the work mediated by ICTs has been contemplated, the findings will focus on issues involving phenomena orbiting SB. As will be seen in this article, this thematic “separation” between “SM in general and focused on SB” will not always be possible (especially in Thematic Axis 3), because the participants’ narratives migrated from the general experiences they had in the field of ICTs to the specifics containing the SB in a “continuous” way. This choice was made following what Braun and Clarke (2006) envisage as identification, codification and analysis that reports on a *particular* aspect of the data set (*theoretical* thematic analysis, deductive in nature and focused on the semantic level – aligned with essentialist/realistic epistemology).

Thematic Axis 1: Positive and negative aspects in the use of SM in general clinical situations

Eight professionals described the possibility of using SM as tools in their clinical practice as positive, not for the treatment itself, but particularly appropriate when face-to-face care would not be possible. The other two participants reported choosing to avoid including SM in their work because they were not comfortable with it and they indicated that, if they did make use of it, they needed to establish stricter psychologist/patient boundaries. Crestana (2015), when discussing the possibility of online therapies, observed something similar in his study. Of 21 respondents, 19 had a positive feeling about these technologies and the remaining reported not having formed an opinion and did not highlight inherently negative aspects.

The question about the use of SM in the work of the psychologist showed that eight out of ten professionals use SM as a means of dissemination and contact with patients. These participants demonstrated sympathy and comfort when

using ICTs with regard to questions related to the first contact with patients, about how they do their “advertising” in certain spaces, aiming to reach the target audience of their work. One of them reported that “[...] The use of social media has been positive for me as a newly graduated psychologist, as most of my patients today find me because they’ve seen a post related to my work on Facebook or Instagram” (Participant 7). This narrative illustrates how SM can go beyond the entertainment dimension, the usual function in non-professional situations, while optimizing possibilities of inclusion in the labor market and the visibility of the professional for potential patients.

Three of the eight psychologists who had investigated the possibility of adopting SM in their practices indicated that this helps to overcome geographical distances between them and those that seek them. In other words, it facilitates the continuity of psychological monitoring in cases in which the person has to relocate, is traveling, or even when they are in a situation where care is needed and a face-to-face meeting is impossible. This aspect was also contemplated in the study by Kramer et al. (2015) and in the CFP Resolutions (CFP, 2012, 2018). In four statements, experiences of continuity in the psychotherapeutic monitoring of patients were emphasized, precisely through the support provided by SM. This occurred mainly when patients moved out of the city or would have to spend a long time away, in situations such as vacations. In addition, one respondent even reported continuing his personal monitoring with another psychology professional through SM, when the person began working in a city other than the one where the work began.

Concerns were mentioned by four interviewees when, in their narratives, they highlighted difficulties that may be generated when using SM: failures in internet connection, unforeseen interventions in the environments in which the transmissions occur, and limitation in the observation of nonverbal behavior of the patient, visible through “crops” of the head and shoulders and/or close-ups of the face. One of the participants said:

[...] as human beings we still need face-to-face care before using the online tool. [...] In my line, which is CBT [Cognitive Behavioral Theory] this presence is still important. Not seeing the person, as he or she positions him/herself, may interfere with the care. Maybe [SM] is something to use occasionally. (Participant 2)

Associated with results such as those presented by Mewton and Andrews (2015) and Christensen et al. (2013), the type of statement of Participant 2 raises

some questions. Does his narrative contemplate his professional idiosyncrasies and predilections more? And/or does it reflect any difficulties in thinking about or incorporating resources offered by ICTs into his professional daily life, rather than a certain theoretical positioning?

In contrast and complement, another participant commented on counseling experiences that needed to be performed online for consecutive times (because the therapist needed to move from the city), moments in which the patient said: “when we met last week...” and immediately the patient laughed at the situation she herself has generated. In sequence, there were dialogues with his therapist about the way the relationship had been understood as a meeting, “forgetting” the particularity of not being “presential”, with this fact becoming a theme to be worked on (Participant 9).

Thematic Axis 2: Positive and negative perspectives regarding the use of SM when SB is present

The accessibility provided by SM was indicated by eight professionals as a facilitator for psychological monitoring. In addition to being able to assist in the client’s initial contact with the professional, it favors psychological counseling in critical situations and may allow emergency care. This care, however, particularly in the case of people with SB, was described by four participants from the perspective of an initiative, the purpose of which should be to help the patient in crisis to stabilize and, therefore, indicates the need to have a face-to-face session as soon as possible. This was reported by one of the respondents:

[...] I think this approach is essential at the most immediate moment when the person is in crisis and sends you an audio, a message through WhatsApp. [...] define the contact well. When I feel that I should work in session, I tell the person to continue in person at a determined time. (Participant 1)

Regarding perceived ranges and limits in the use of SM in cases involving SB, another respondent said:

I think it goes a little in the direction of what I said about enabling greater contact with this patient, greater professional availability to be with this person. I believe there are challenges in this regard, as

face-to-face care allows some resources that are not possible over the internet, but I believe it is an instrument that should be considered. (Participant 5)

Participant 1 pointed out:

One thing is the use of the media, but I also think it's very important to set boundaries, also for the person not to be so dependent on the relationship. Because one of the aspects of the media is ease of access, certain limits need to be established. In one case I had [involving SB], I gave the person my number, even though she didn't call me, because I saw a certain risk.

The previous reports are in line with what was presented in the study by Cox and Hetrick (2017). These authors concluded that the use of the internet, SM and electronic devices allows innovation in relation to suicide prevention, especially when these ICTs are used with young people, many of whom were born after the popularization of the internet, these being digital natives. Following this line of reasoning, Participant 2 said:

I find it extremely positive, as long as it's not just this form. In a patient that is having a crisis, using a resource like this, from what I've read and researched, can be extremely valid. We may not see this need in [name of city] because it is a small town near other urban centers. We get easier access. In larger centers where there is a great distance between the professional and the patient, this could be extremely interesting and used effectively. Also, in a private clinic like here, if the patient goes into crisis at worst he arrives in half an hour. For a social class, it's more accessible. Maybe it's harder in large cities like BH or Ribeirão Preto.

The interviewees' reports concern the use of ICTs in crisis-focused interventions for people who are face-to-face patients. If we consider SB and SI as urgency and emergency situations and the most recent CFP Resolution (2018), counterpoints to the type of care under discussion may be noticed, considering that it is recommended, in Brazil, that psychologists do not treat patients in these situations through ICTs. Because of these subtleties that may exist in the everyday professional practice, which could cause a crisis between the professional that

attends to a particular case and what a professional council regulates generically, there are distances that need to be properly weighed, especially regarding the benefit for the patient in a vulnerable situation. Therefore, the questions that seem to arise in cases such as this are: In people that manifest SB and SI, should the care through complements offered by ICTs occur with patients that the professional has or does not have any previous relationship with? What about in situations where the professional and the patient have or do not have a minimally established and/or solid therapeutic alliance?

What are the limits of SM, considering the severity of SB? What harm could be caused by not using SM, considering the severity and high rates of suicide reported today? Following this line of debate, we return to the document produced by the WHO (2014), which states that suicide is the second leading cause of death among people aged 15-29 years. When we consider that this age group is known to use SM in their daily lives, and that they do so “naturally”, what harm can be caused by not using these ICT resources with them?

Returning to the reporting of data, for respondents the use of SM seems to make their work easier, with it being up to them to determine limits and analyze intrinsic risks. One of the participants, on the other hand, articulated the issue of differentiated care for patients with specific conditions, such as psychiatric and SB patients, in which the use of SM may not be considered the best choice.

One psychologist emphasized a negative and inconstant aspect of the data set, which, however, constitutes a theme of significant relevance in clinical processes, related to the particularities involving the patient-therapist dyad:

I think it [the use of SM in cases of SB] puts you with the patient very quickly and directly, which allows you to offer care very quickly, although it depends on a sensitive position of the psychologist regarding how to provide it so that the patient does not use it as a means of manipulation. (Participant 6)

A question presented by a participant that adds to what has been exposed refers to cases of crisis of patients who display SB: would the psychologist miss “being there” (in person) at a time when the person needed it? In addition, the same interviewee pointed out that such a change of contact from “personal” to “online” could inhibit the contact of the psychologist with the patient’s family and thus reduce the quality of the treatment. As the participant said, “[...] I don’t see myself counseling anyone via Skype, for example, not at all. Because you will not really be available to the person at a time of crisis, when they need you.” (Participant 7)

These types of professional reports are in line with debates that focus on the limits and disadvantages of using ICTs in SB cases. For example, Pinto (2002) highlighted difficulties related to online counseling, such as the screening for nonverbal cues, changes in voice intonation (low, high, among others), the perception of silences and pauses (prolonged or brief), as well as possible structural difficulties related to internet connection problems or even unfamiliarity with the tools used by the psychologist. However, with the advancement of ICTs since the time Pinto published his study, it seems productive to question whether there have been improvements in the approximately 17 years to the present day that overcome at least part of those concerns. Naturally, the answer to this kind of questioning would be positive, although, in this situation one must consider differences in the quality of online transmission depending on where they take place. Disparities in the quality of the infrastructure for the use of ICTs, paradoxically, would hinder access of people who demonstrate SB and live far away from large urban centers and lack medical and psychological care.

One of the professionals, when talking about methods of intervention with people who display SB, stated that there would be no generalist approach to dealing with this issue. The main point to be considered by him would revolve around the way the professional would deal with the suffering of the subject. Another professional stressed the need to increase the number of sessions and to have greater availability in the way the psychologist would use SM with a patient with differentiated conditions such as SB. In the latter case, the professional could agree to receive messages if something critical was reported by the patient and the need for immediate dialogue arose, characterizing through these more punctual and timely care. This availability was described as positive, as the client may start to show satisfaction for the immediate support available through SM, such as WhatsApp, whereas the professional would have the chance to perceive what the patient felt at the time of making contact online, while favoring the session, working face-to-face on issues brought up by the patient in the digital environment. Fortim and Cosentino (2007) came to similar conclusions. They stated that the online orientation could only be characterized as a gateway, the purpose of which is to evaluate and refer the person to face-to-face care.

Thematic Axis 3: Use of SM in the academic and professional environment

All the participants reported the existence of few discussions in academic circles about the use of SM in psychological monitoring. This was also

noted in cases where SB is present. One of the points that would characterize the exception is the use of SM in limited psychotherapeutic interventions (different from those that occur in the medium- and long-term), which has been contemplated in some scientific events, albeit incipiently. On the other hand, debates about SM in non-academic training and professional environments, such as study groups and/or supervisory situations, have been presented. The discussion about the use of these resources in the monitoring of people with SB has been, by contrast, less visible. This seems to occur because this is a more specific topic, referring to a theme still little explored in its ethical implications, limits and potentialities, as the literature review presented at this time showed.

The use of SM in psychological treatments and also with people that manifest SB has been little discussed, which, in part, also seems to be supported by the fact that this topic is seldom explored in academic-professional training environments, as mentioned by the participants. Social Media resources are seen as common in their private lives; however, SM has been included in their professional practices without the existence of corresponding training and/or clarification of the guidelines emanating from their own professional category. The concern involved in the use of SM in the work as a clinical psychologist, as discussed earlier, may be linked to the lack of preparation provided by the educational institutions from which they graduated. Nine professionals stated that they had no training on how to use SM in their professional practice, not even in questions related to first contact with the patient. One of the participants said:

I have already used the media, the social networks, as a way of disseminating my work, as a way of promoting debates on topics that I consider important. [...] I don't think my training built anything along those lines. I think the topic was not addressed. Even in our practice it is something that engenders a certain distress when we start, because these are things we do not cover in our training. For example, today it is very common for patients to contact us through WhatsApp. Today the professional psychologist is a little more accessible, because of all these networks, Facebook, WhatsApp; in a certain way we are more exposed. So how do we deal with these networks? I think it was not a theme addressed in my training, so these are things that we have to build later, in the practice, searching, getting supervision. (Participant 5)

Participant 6 complemented:

[...] I think the way the [undergraduate] course takes us to a sensitive place, always evaluating things, leads us to use technology wisely. I am in favor of using these technologies for specific situations, not for their own sake. More as an option and a tool in emergency situations, such as when something serious happens to the person and she urgently needs a session and there is no way she can be with me there at that time, or she is in another city or another country. Or even in danger of suicide, as the research suggests.

This deficit in education does not seem to be due exclusively to when the interviewees got their degrees, given that seven of them graduated within the previous five years (at the time of data collection). This seems to create “uncertainty” when the professional is faced with a need for this type of contact or monitoring, which tends to be achieved through supervision groups and complementary training pursued by the psychologists themselves. Thus, the problem would not be SB in itself, but the very fact of using or not using SM, a phenomenon that is going through a process of gradual and possible assimilation as a tool, along with other techniques already assimilated into the work routines.

In the 2012 resolution, fully in force in the period in which the interviews were conducted (CFP, 2012), psychological services performed by technological means of remote communication were recognized. They should be timely, informative, focused on the proposed theme and should not go against the provisions of the Code of Professional Ethics. The following activities are allowed: developing psychological orientation of different types (limited to up to 20, synchronous or asynchronous, meetings or virtual contacts); performing staff selection previews; applying properly regulated tests; supervising the work of psychologists; and attending clients who are momentarily unable to be attended in face-to-face mode. This indicates that the participants’ comprehension of ICT use came from a 2012 resolution that restricted the possibility of online psychological monitoring primarily to focal situations and/or for research purposes. In the updated 2018 version of this document, the idea of long-term care taking place, in addition to research activities, has been better assimilated.

One of the participants said: “[...] I know that CFP’s code of ethics has some indications that not all cases can be addressed via Skype, but I don’t think it receives the attention it should, precisely because it’s such a hot topic” (Participant 5). However, as much as psychologists may acquire new skills related to

working with the support of ICTs, their subjective view of them and the way they are dealt with in their formal and informal working environments, for example, through their professional advice and their peers, remain fundamental for us to understand the associated subtleties.

The presence and incorporation of the use of ICTs is a historically recent phenomenon and seeking to understand it in its reach and limits is a process that requires continuous efforts by society, professionals, researchers and institutions. In the process of training and professional practice of the clinical psychologist this is no different. Assessing the possibilities and impacts of these tools on people's mental health care is a necessary and equally imperative measure. As stated in one of the interviews,

[...] It is essential to work on and research this kind of approach, these new tools, precisely because we do not know the impact they can have on the life of someone who has suicidal ideations or who is depressed. [...] We must adapt to the media space to identify where the subject is in this whole plot. (Participant 10)

Final considerations

The participants' opinions about the professional performance involving SM in treatment and/or clinical counseling for people, including those who display SB, highlighted inseparable potentialities and limits. In general, we found positions linked to the context of their particular and subjective performance. Accordingly, policies and guidelines of proper conduct for the professional category of psychologists were not covered in the narratives, illustrating two aspects that are not exclusive of each other and that may be in progress: (1) the data collection was performed at a time when professional resolutions covering ICTs were under review, and also the publication of resolution nº 11 of 11 May 2018 overlapped the period in which the data collection took place; and (2) the interviewees' understanding of the role that SM can play in the professional practice and, perhaps more particularly, in the monitoring of cases involving SB is still at an embryonic stage.

In cases of SB, new studies would allow a better understanding of when and how to use SM, so that they remain under evaluation and eventually may be useful in clinical practices that ponder and preserve ethical guidelines, not just

those emanating from professional advice. In addition, these initiatives would allow for a deeper comprehension of the repercussions of the use of SM, indications and guidance on when it may be adopted in psychological monitoring in Brazil, with SB being on the agenda. Studies with different methodological designs and samples from those adopted here seem to be promising in this regard.

As questioned by Rodrigues and Tavares (2016), would it be within the scope of a professional council to curb “infringement” to the restrictions it regulates, to the detriment of the integrity of the physical and mental health of patients in vulnerable situations such as SB? If within its scope, what benefits and harm would be in focus, and who would they fall back on? On the professional, the patient? On both? On family members, society? These are some of the questions instigated by the research process and which now occupy a space for reflection and encourage new studies to be developed to clarify them.

Finally, we emphasize that the study aimed to investigate the use of SM in clinical processes involving psychologists and the counseling they can provide by these means when a user of their services manifests SB. Although this approach is being followed at this time, it should be emphasized that coping with suicide and its reverberations requires multidisciplinary collaboration and crosses different levels of healthcare.

References

- Beurs, D.; Kirtley, O.; Kerkhof, A.; Portzky, G.; O'Connor, R. C. (2015). The role of mobile phone technology in understanding and preventing suicidal behavior. *Crisis*, 36(2), 79-82. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000316>
- Botega, N. J. (2007). Suicídio: Saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 7-8. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462007000100004>
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Braun, V.; Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- CFP – Conselho Federal de Psicologia (2012). *Resolução CFP nº 11/2012*. Brasília: CFP. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Resoluxo_CFP_nx_011-12.pdf
- CFP – Conselho Federal de Psicologia (2018). *Resolução CFP nº 11/2018*. Brasília: CFP. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/05/RESOLU%C3%87%C3%83O-N%C2%BA-11-DE-11-DE-MAIO-DE-2018.pdf>

- Christensen, H.; Farrer, L.; Batterham, P. J.; Mackinnon, A.; Griffiths, K. M.; Donker, T. (2013). The effect of a web-based depression intervention on suicide ideation: Secondary outcome from a randomised controlled trial in a helpline. *BMJ Open*, 3(6), e002886. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002886>
- Cox, G.; Hetrick, S. (2017). Psychosocial interventions for self-harm, suicidal ideation and suicide attempt in children and young people: What? How? Who? and Where? *Evidence Based Mental Health*, 20(2), 35-40. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102667>
- Crestana, T. (2015). Novas abordagens terapêuticas: Terapias on-line. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 17(2), 35-43. http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=176 (acessado em 05/03/2019).
- Donnamaria, C. P.; Terzis, A. (2015). Atendimento psicológico via internet: Uma experiência com grupos. In: Santeiro, T. V.; Rocha, G. M. A. (Orgs.). *Clínica de orientação psicanalítica: Compromissos, sonhos e inspirações no processo de formação*, p. 153-174. São Paulo: Vetor.
- Fontanella, B. J. B.; Luchesi, B. M.; Saidel, M. G. B.; Ricas, J.; Turato, E. R.; Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: Proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 388-394. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011000200020>
- Fortim, I.; Cosentino, L. A. M. (2007). Serviço de orientação via e-mail: Novas considerações. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(1), 164-175. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932007000100014>
- King, C. A.; Eisenberg, D.; Zheng, K.; Czyz, E.; Kramer, A.; Horwitz, A.; Chermack, S. (2015). Online suicide risk screening and intervention with college students: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3), 630-636. <https://doi.org/10.1037/a0038805>
- Kramer, J.; Boon, B.; Schotanus-Dijkstra, M.; van Ballegooijen, W.; Kerkhof, A.; van der Poel, A. (2015). The mental health of visitors of web-based support forums for bereaved by suicide. *Crisis*, 36(1), 38-45. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000281>
- Lemma, A.; Caparotta, L. (Orgs.). (2014). *Psychoanalysis in the technoculture era*. London & New York: Routledge.
- Lévy, P. (1995/2011). *O que é o virtual?*, 2ª ed. São Paulo: Editora 34.
- Lévy, P. (1997/2010). *Cibercultura*, 3ª ed. São Paulo: Editora 34.
- Machado, G. I. M. S.; Barletta, J. B. (2015). Supervisão clínica presencial e online: Percepção de estudantes de especialização. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(2), 77-85. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20150012>
- Madsen, T.; van Spijker, B.; Karstoft, K.-I.; Nordentoft, M.; Kerkhof, A. J. (2016). Trajectories of suicidal ideation in people seeking web-based help for suicidality: Secondary analysis of a dutch randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(6), e178. <https://doi.org/10.2196/jmir.5904>

- Maia, R. S.; Rocha, M. M. O.; Araújo, T. C. S.; Maia, E. M. C. (2017). Comportamento suicida: Reflexões para profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 19(3), 33-42. <https://doi.org/10.5935/2318-0404.20170003>
- Mandelbaum, E. (2015). Notas sobre a Psicanálise em tempos de algoritmos. *Ide (São Paulo)*, 38(60), 145-159. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062015000200012
- Mewton, L.; Andrews, G. (2015). Cognitive behavior therapy via the internet for depression: A useful strategy to reduce suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders*, 170, 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.038>
- Ministério da Saúde (2017). *Suicídio: Saber, agir e prevenir – Boletim epidemiológico*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf> (acessado em 26/03/2018).
- Nunes, F. D. D.; Pinto, J. A. F.; Lopes, M.; Enes, C. L.; Botti, N. C. L. (2016). O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem e Saúde Mental*, 15, 17-22. <https://doi.org/10.19131/rpasm.0127>
- Pimentel, A. S. G. (2017). Reflexões sobre a clínica gestáltica virtual. *IGT rede*, 14(27), 218-232. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262017000200006
- Pinto, E. R. (2002). As modalidades do atendimento psicológico on-line. *Temas em Psicologia da SBP*, 10(2), 167-178. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2002000200007
- Pires, A. C. J. (2015). Sobre os “tratamentos à distância” em psicoterapia de orientação analítica. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 17(2), 11-21. <http://rbp.celg.org.br/default.asp?ed=34> (acessado em 05/03/2019).
- Reyes-Portillo, J. A.; Mufson, L.; Greenhill, L. L.; Gould, M. S.; Fisher, P. W.; Tarlow, N.; Rynn, M. A. (2014). Web-based interventions for youth internalizing problems: A systematic review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(12), 1254-1270.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.09.005>
- Rodrigues, C. G.; Tavares, M. D. A. (2016). Psicoterapia online: Demanda crescente e sugestões para regulamentação. *Psicologia em Estudo*, 21(4), 735-744. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i4.29658>
- Santeiro, T. V.; Guimarães, J. C.; Rocha, G. M. A.; Bravin, A. A. (2016). O uso do Facebook por estagiários de psicologia clínica: Estudo exploratório. *Revista da SPAGESP*, 17(1), 51-64. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000100006
- Santeiro T. V.; Rocha, G. M. A. (2015). Uso de mídias sociais por psicoterapeutas: Problematizando fronteiras profissionais e esboçando diretrizes. In: Santeiro, T. V.; Rocha, G. M. A. (Orgs.). *Clínica de orientação psicanalítica: Compromissos, sonhos e inspirações no processo de formação*, p. 175-191. São Paulo: Vetor.

- Schlösser, A.; Rosa, G. F. C.; More, C. L. O. O. (2014). Revisão: Comportamento suicida ao longo do ciclo vital. *Temas em Psicologia*, 22(1), 133-145. <https://doi.org/10.9788/tp2014.1-11>
- Siegmund, G.; Lisboa, C. (2015). Orientação psicológica on-line: Percepção dos profissionais sobre a relação com os clientes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 168-181. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001312012>
- Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: Um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), 203-220. <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144> (acessado em 05/03/2019).
- WHO – Organização Mundial da Saúde (2006). *Prevenção do suicídio, um recurso para conselheiros*. Genebra: OMS. http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf (acessado em 25/03/2018).
- WHO – World Health Organization (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Genebra: WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564878_eng.pdf (acessado em 13/05/2017).
- Yin, R. K. (2016). *Pesquisa qualitativa: Do início ao fim*. Porto Alegre: Penso.

Notes

- ¹ This caveat is included to clarify that it must be understood that this article is not “defending” the use of ICTs by psychologists in an uncritical or irresponsible manner.

Recebido em 26 de abril de 2019
Aceito para publicação em 18 de fevereiro de 2020

EL ROL DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS EN
LAS ESTRATEGIAS COGNITIVAS DE REGULACIÓN
EMOCIONAL NO ADAPTATIVAS EN NIÑOS

*O PAPEL DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS NAS ESTRATÉGIAS COGNITIVAS
DE REGULAÇÃO EMOCIONAL NÃO ADAPTIVAS EM CRIANÇAS*

*THE ROLE OF EXECUTIVE FUNCTIONS IN MALADAPTIVE
COGNITIVE EMOTION REGULATION STRATEGIES IN CHILDREN*

María Laura Andrés ⁽¹⁾

Lorena Canet Juric ⁽²⁾

Florencia Stelzer ⁽³⁾

Isabel Introzzi ⁽⁴⁾

María Cristina Richaud de Minzi ⁽⁵⁾

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar a relação das funções executivas com as estratégias cognitivas de regulação emocional não adaptativas em crianças, controlando o gênero e os sintomas de ansiedade e depressão; bem como analisar o possível efeito moderador desses fatores. Um total de 95 crianças entre 9 e 12 anos foram avaliadas. Os resultados mostraram que níveis mais baixos de memória de trabalho e flexibilidade cognitiva predisseram maior ruminação; e que uma menor capacidade de flexibilidade cognitiva predisse maior autculpação. O gênero influenciou – marginalmente – nas relações de memória de trabalho e flexibilidade cognitiva com a ruminação, no sentido de que um desempenho inferior em ambas as funções executivas predisse ruminação em uma proporção maior entre as meninas que entre os meninos. Espera-se que estes resultados con-

⁽¹⁾ Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología IPSIBAT (UNMDP-CONICET), Argentina.
email: marialauraandres@gmail.com

⁽²⁾ Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología IPSIBAT (UNMDP-CONICET), Argentina.
email: lcanetjuric@gmail.com

⁽³⁾ Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología IPSIBAT (UNMDP-CONICET), Argentina.
email: florenciastelzer@gmail.com

⁽⁴⁾ Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología IPSIBAT (UNMDP-CONICET), Argentina.
email: isabelintrozzi@gmail.com

⁽⁵⁾ Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental CIIPME (CONICET), Argentina. email: richaudmc@gmail.com

tribuem para a melhoria do desenho de programas de intervenção na promoção da saúde mental infantil.

Palavras-chave: funções executivas; estratégias cognitivas de regulação emocional; infância.

ABSTRACT

The aim of this work was to analyze the relationship of executive functions with maladaptive cognitive emotion regulation strategies in children, controlling for gender and for symptoms of anxiety and depression; as well as analyzing the possible moderating effect of these factors. A total of 95 children between 9 and 12 years old were evaluated. The results showed that lower levels of working memory and cognitive flexibility predicted greater rumination; and that a lower capacity for cognitive flexibility predicted greater self-blaming. Gender moderated – marginally – the relationships of working memory and cognitive flexibility with rumination, in the sense that a lower performance in both executive functions predicted rumination in a higher proportion among girls than among boys. It is expected that these results will contribute to the improvement in the design of intervention programs for promotion of mental health in children.

Keywords: executive functions; cognitive emotion regulation strategies; childhood.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue analizar la relación de las funciones ejecutivas con las estrategias cognitivas de regulación emocional no adaptativas (ECRE-NA) en niños, controlando el género y los síntomas de ansiedad y depresión; así como analizar el posible efecto moderador de estos factores en dicha relación. Fueron evaluados 95 niños de 9 a 12 años de edad. Los resultados mostraron que menores niveles de memoria de trabajo y de flexibilidad cognitiva predijeron mayor rumiación; y que una menor capacidad de flexibilidad cognitiva predijo mayor autculpabilización. El género moderó – marginalmente – las relaciones de la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva con la rumiación, en el sentido de que un menor desempeño en ambas funciones ejecutivas predijo la rumiación en mayor proporción entre las mujeres que entre los varones. Se espera que estos resultados contribuyan a la mejora del diseño de programas de intervención de promoción de la salud mental infantil.

Palabras clave: funciones ejecutivas; estrategias cognitivas de regulación emocional; infancia.

Introducción

El objetivo de este trabajo es analizar la relación de las funciones ejecutivas con las estrategias cognitivas de regulación emocional no adaptativas (ECRE-NA) en niños de 9 a 12 años de edad, controlando el género y síntomas de ansiedad y depresión; así como analizar el posible efecto moderador de estos factores. Las estrategias cognitivas de regulación emocional se refieren a aquellos modos específicamente cognitivos de modificar la magnitud o el tipo de experiencia emocional (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). Se consideran parte del concepto más amplio de regulación emocional, entendido como aquellos “procesos extrínsecos e intrínsecos responsables del monitoreo, evaluación y modificación de la respuesta emocional, especialmente en cuanto a sus características de intensidad y duración” (Thompson, 1994, p. 24). Estas estrategias han cobrado importancia debido a sus asociaciones consistentes con trastornos psicopatológicos (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). Específicamente, las estrategias rumiación, autoculpabilización y catastrofización se han considerado no adaptativas, disfuncionales y negativas (Garnefski et al., 2001) debido a que se ha mostrado mayores niveles de psicopatología entre los adultos que las utilizan en elevada frecuencia (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). En niños y adolescentes, dichas estrategias se relacionan de modo estable con síntomas de ansiedad y depresión (Andrés, Richaud de Minzi et al., 2016; Garnefski et al., 2017; Garnefski et al., 2005; Garnefski et al., 2007).

La rumiación se define como pensamientos respecto de aspectos personales negativos y/o de las implicaciones, causas, consecuencias y significados de un estado emocional negativo (Nolen-Hoeksema et al., 2008). La autoculpabilización implica atribuirse la culpa a sí mismo de los eventos negativos que se han experimentado; y la catastrofización consiste en aquellos pensamientos que enfatizan la gravedad de las experiencias (Garnefski et al., 2017). Se ha indicado que la rumiación comparte con la catastrofización el estilo repetitivo (Davey & Levy, 1998) y con la autoculpabilización la focalización de la atención sobre el sí mismo de manera rígida y excesiva (Hervás & Vázquez, 2011). Esta naturaleza repetitiva y rígida ha llevado a los investigadores a analizar los mecanismos subyacentes que promueven y mantienen estas estrategias y, en este sentido, se ha indicado cómo las funciones ejecutivas estarían implicadas (Yang et al., 2017).

Las funciones ejecutivas son procesos cognitivos de alto orden implicados en el control y regulación de otros procesos de menor nivel que guían el comportamiento hacia un objetivo, especialmente en situaciones no rutinarias (Banich, 2009). Existe acuerdo en considerar tres grandes funciones ejecutivas: la me-

moria de trabajo, la flexibilidad cognitiva y la inhibición (Miyake et al., 2000). La memoria de trabajo permite integrar nueva información con la ya disponible y mantenerla en forma activa en el tiempo; la flexibilidad cognitiva hace posible alternar entre pensamientos y/o conductas, es decir, visualizar un problema desde diferentes ángulos y cambiar de tareas en relación a objetivos o reglas de orden superior; y la inhibición es el proceso de suprimir o detener una respuesta automática prepotente para producir una respuesta relevante a la actividad en curso (Friedman & Miyake, 2016; Nigg, 2017). Se han distinguido tres tipos inhibitorios según la etapa de procesamiento en la que operen: (a) inhibición perceptual, encargada de seleccionar la información relevante y resistir la interferencia de distractores; (b) inhibición cognitiva, permite suprimir información irrelevante que ya ha ingresado a la memoria de trabajo; y (c) inhibición comportamental, encargada de detener una respuesta motora prepotente. Estas funciones son parcialmente dependientes entre sí, ya que, por ejemplo, el procesamiento eficiente de la memoria de trabajo y de la flexibilidad cognitiva requiere inhibir el acceso de información irrelevante (Miyake et al., 2000).

Los déficits en la inhibición podrían incrementar la probabilidad de que los pensamientos se vuelvan repetitivos, al facilitar el ingreso de información irrelevante, volviendo difícil su supresión de la memoria de trabajo (Joormann, 2006). En el mismo sentido, déficits en la flexibilidad cognitiva podrían promover quedarse “atascado” en los aspectos negativos de una situación, interfiriendo en el cambio de foco atencional hacia aspectos más positivos de los eventos (Joorman & Quinn, 2014).

La evidencia disponible sobre las relaciones entre las funciones ejecutivas y las ECRE-NA se restringe exclusivamente a la rumiación y proviene principalmente de estudios con adultos. Un metaanálisis reciente (Yang et al., 2017) informó que esta evidencia es poco concluyente. Mientras algunos estudios hallaron correlaciones negativas, otros no encontraron asociaciones. Sin embargo respecto de la inhibición, la evidencia es más consistente y los déficits se asocian con mayor rumiación. Estas asociaciones resultaron independientes del género y del diagnóstico de los participantes (con y sin depresión). Con niños y adolescentes las investigaciones se han focalizado en la rumiación y mayoritariamente en adolescentes. Por ejemplo, Connolly et al. (2014) mostraron que los adolescentes con altos niveles de rumiación exhibían dificultades de flexibilidad cognitiva. En tanto, Hilt et al. (2014) encontraron que la rumiación se asoció con la inhibición, pero no con la flexibilidad cognitiva. Dickson et al. (2017) hallaron que los déficits en flexibilidad cognitiva se asociaron con mayores niveles de rumiación pero no los déficits de inhibición. Otros estudios no hallaron asociaciones de la rumiación con las funciones

ejecutivas. Por ejemplo, Wagner et al. (2014) encontraron que la rumiación predijo dificultades de atención sostenida entre adolescentes con síntomas de depresión, pero no encontraron asociaciones ni con la inhibición ni con la flexibilidad cognitiva. En adolescentes con y sin depresión, Wilkinson y Goodyer (2006) informaron la ausencia de relaciones entre la flexibilidad cognitiva y la rumiación. En cuanto a la memoria de trabajo, sólo dos de los estudios mencionados anteriormente analizaron sus relaciones con la rumiación (Connolly et al., 2014; Dickson et al., 2017) e informaron ausencia de asociaciones.

En resumen, los estudios en niños y adolescentes sobre las relaciones de las funciones ejecutivas con las ECRE-NA son escasos; se han centrado exclusivamente en la rumiación, no distinguen diferentes tipos inhibitorios, los resultados no son concluyentes y hemos registrado un único trabajo con niños (Hilt et al., 2014). La infancia tardía es un período de cambios sustanciales vinculados al desarrollo y madurez de las funciones ejecutivas y al aumento de las demandas sociales, emocionales y académicas (Zelazo & Carlson, 2012). De acuerdo con esto, resulta un período crítico para la emergencia de síntomas psicopatológicos como ansiedad y depresión (Wagner et al., 2014).

Por otro lado, si bien en adultos se ha mostrado que el género y la sintomatología depresiva no modera las relaciones de las funciones ejecutivas con la rumiación (Yang et al., 2017), en niños y adolescentes aún no está claro su posible efecto moderador. Las niñas presentan mayores niveles de rumiación que los niños al inicio de la adolescencia (Jose & Brown, 2008) y se ha reportado que en adolescentes, el género presentó un efecto moderador en la relación de la rumiación con la flexibilidad cognitiva; en el sentido de que la rumiación predijo, llamativamente, mayores niveles de flexibilidad entre los varones (Wagner et al., 2014). En cuanto a la sintomatología depresiva, se ha indicado que las personas con depresión destinan recursos atencionales a la rumiación, lo que les dificulta otras tareas de procesamiento (Wilkinson & Goodyer, 2006). Wagner et al. (2014) mostraron que en adolescentes con elevados niveles de depresión, la rumiación predijo menor capacidad de atención sostenida, lo que podría sugerir un rol moderador de la sintomatología depresiva.

Finalmente, la mayoría de los estudios realizados utilizaron cuestionarios de autoinforme. Se ha indicado que la autopercepción respecto de una habilidad o estrategia puede diferir de su implementación efectiva (Troy et al., 2010), por lo que es posible que la utilización de tareas comportamentales permita poner en evidencia asociaciones que no se habían observado con anterioridad. En este estudio se utilizará una tarea en la que se consigna a los participantes que reconozcan enunciados verbales que representan reevaluaciones cognitivas (estrategia

cognitiva adaptativa que consiste en modificar la evaluación de un evento con el objetivo de alterar su impacto emocional) (Troy et al., 2010) frente a situaciones emocionalmente negativas. Entre los enunciados se encuentran “distractores”, que implican rumiaciones, autoculpabilizaciones y catastrofizaciones. Es posible suponer que aquellos niños que seleccionen ECRE-NA – pese a que la consigna indica lo contrario – posean dificultades para “desengancharse” de los aspectos emocionales negativos de las situaciones y en este sentido, muestren déficits en alguna de las funciones ejecutivas.

Al considerar lo anterior, se retoma el objetivo de este trabajo relativo a analizar la relación de las funciones ejecutivas – memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva e inhibición (en sus tres tipos) – con las ECRE-NA – rumiación, autoculpabilización y catastrofización – en niños de 9 a 12 años de edad mediante una tarea comportamental, controlando el género y los síntomas de ansiedad y depresión; así como analizar el posible efecto moderador de estos factores. Se espera que estos resultados contribuyan a profundizar el conocimiento de estas relaciones en un grupo de edad clave; y contribuyan al diseño de programas de intervención que contemplen los procesos ejecutivos asociados a las estrategias de regulación emocional más implicadas en los síntomas de ansiedad y depresión.

Metodología

Participantes

Fueron evaluados 95 niños de 9 a 12 años de edad ($M=10.94$; $DS=1.19$; 48 mujeres, 47 varones) pertenecientes a una institución educativa de gestión privada, seleccionados de manera intencional no probabilística, que concurrían al segundo ciclo del nivel educativo primario (cuarto, quinto y sexto año) y al primer año del nivel educativo secundario. El estatus social de las familias de los niños fue en su mayoría medio y medio-alto (61%); el resto presentó un nivel medio y medio-bajo (39%).

Instrumentos

ECRE-NA. Se administró la Tarea de Identificación de Reevaluaciones Cognitivas – TIRC (Andrés, Castañeiras et al., 2016), que se compone de tres

partes. En la primera, se presentan al niño cinco situaciones en forma de textos breves diseñados para generar emociones negativas y se le pide que indique qué emoción y en qué intensidad la experimentaría en una situación así en una escala Likert de siete opciones desde 1 (casi nada) hasta 7 (muchísimo). Ejemplo: “Le prestaste a tu amigo/a tu pelota nueva. Pasaron unos días y no te la devolvió. Cuando estás en su casa, le pedís que te la devuelva pero tu amigo/a te dice que su perro la mordió y la pinchó. Vos le decís ‘Bueno, cuando puedas traeme otra pelota’, pero tu amigo/a te contesta ‘¡Che que otra pelota ni que otra pelota, no fue mi culpa, el que la pinchó fue el perro, andá y pedísela a él!’” (Andrés, Castañeiras et al., 2016, p. 187). Con el promedio de la intensidad emocional informada, se obtiene un índice de intensidad emocional (Índice IEpreRC). En la segunda parte, se instruye al niño en reevaluación cognitiva mediante una explicación con ejemplos y dos ensayos de práctica en los que se proporciona retroalimentación. Finalmente, en la tercer parte, se le vuelven a presentar las situaciones pero ahora seguidas de seis enunciados verbales cada una, tres de los cuales son ejemplos de reevaluaciones cognitivas (e.g. “No es tan grave, es solo una pelota”) y los tres restantes son ejemplos de cada una de las ECRE-NA (e.g. “No puedo dejar de pensar en el enojo que tengo”; “Es mi responsabilidad, porque yo fui el/la que le quiso prestar la pelota”; “A mí siempre me van a ‘tomar el pelo’”). El niño recibe la consigna de seleccionar del conjunto, dos enunciados que representen reevaluaciones cognitivas y luego volver a indicar su nivel de intensidad emocional (Índice IEpostRC). Para nuestro estudio, se registró el tipo y cantidad de distractores (errores) que seleccionaron los niños, y se otorgó un punto por distractor seleccionado para construir tres índices: rumiación, autculpabilización y catastrofización; y con la sumatoria de los tres, el Índice ECRE-NA. Los análisis de validez realizados por los autores de la tarea han mostrado valores adecuados. El análisis de las situaciones indicó que éstas generaron el tipo de emociones negativas y el nivel de intensidad emocional esperado. El análisis de las relaciones con medidas similares y con variables teóricamente relacionadas fueron las esperadas (Andrés, Castañeiras et al., 2016). En nuestra muestra se cumplieron los criterios de validez interna (ver apartado “criterios de validez de la TIRC”) y los valores alpha de Cronbach fueron .60 y .61 (para partes 1 y 3 respectivamente).

Flexibilidad cognitiva. Se evaluó a través de la Prueba de Fluidez Verbal Semántica de Animales y Frutas de la Batería de Evaluación Neuropsicológica Infantil (Matute et al., 2007). En esta tarea, el niño debe decir en voz alta, durante un minuto, todas las palabras pertenecientes a la categoría animales y en otro minuto las pertenecientes a la categoría frutas. Se califica con 1 punto cada palabra correcta.

La sumatoria de este puntaje arroja un índice de flexibilidad cognitiva. Este índice puede tomarse como un indicador de flexibilidad cognitiva debido a que para generar mayor cantidad de palabras se requieren cambios de subcategoría (e.g. animales de granja, de la selva, etc.) (Nieto et al., 2008). El instrumento original presenta un coeficiente de confiabilidad test-retest adecuado para ambas categorías y correlaciones de bajas a moderadas, con pruebas verbales y de ejecución del WISC-R (Matute et al., 2007). En nuestra muestra se observó $\alpha=.43$ para ambas categorías.

Memoria de trabajo. Se administró el Subtest Amplitud Oral de la Batería de Evaluación de Memoria de Trabajo – AWMA (Alloway, 2007) adaptada al español (Injoque-Ricle et al., 2011). En esta tarea, el niño escucha frases de las cuales tiene que decir si son ciertas o no y luego recordar la última palabra de cada una en el mismo orden en el cual fueron presentadas las frases (“Las naranjas viven en el **agua**”. Respuesta: “no”. “Las rosas tienen rico **olor**”. Respuesta: “sí”. Palabras a recordar: “**agua**”, “**olor**”). La tarea presenta seis niveles de dificultad creciente, compuestos cada uno por seis ensayos. A su vez, cada ensayo se compone de una, dos o más oraciones, dependiendo el nivel de dificultad. El menor nivel de dificultad exige una palabra por ensayo, y el nivel de mayor de dificultad seis. La tarea se interrumpe luego de tres fallas en tres ensayos consecutivos. Se otorga 1 punto por el recuerdo de todas las palabras de un ensayo, 0.5 puntos por el recuerdo de todas las palabras pero no en el orden correcto y 0 puntos por el recuerdo incorrecto de palabras u olvidos. La sumatoria de todos los puntos en cada uno de los niveles arroja un índice de memoria de trabajo. La tarea ha mostrado elevada confiabilidad y correlaciones con el resto de los componentes de la batería AWMA (Injoque-Ricle et al., 2011). En nuestra muestra se observó $\alpha=.85$.

Inhibición. Para el análisis de la inhibición, se construyeron tres índices tomando como referencia los errores de intrusión cometidos en la tarea de memoria de trabajo según el procedimiento recomendado por Chiappe et al. (2000) y aplicado a niños por Canet Juric et al. (2015). Los errores de intrusión ocurren cuando los participantes equivocan el recuerdo de una palabra clave y proveen otra como respuesta. Pueden registrarse tres tipos de errores cuya comisión indica una falla en uno de los tres tipos inhibitorios y cuya suma (dividida por el número de palabras correctamente recordadas) permite construir tres índices: (1) intrusiones en el ensayo actual: la respuesta es una palabra de la oración en curso pero no la correcta (e.g. “Los peces viven en el **agua**”. Respuesta: “**peces**”) (índice inhibición perceptual); (2) intrusiones previas: emisión de palabras que estaban presentes en oraciones previas pero no son correctas (índice inhibición cognitiva); (3) intrusiones extrañas: palabras prepotentes que no provienen de la

misma tarea (índice inhibición comportamental). Menor cantidad de intrusiones sugieren mayor capacidad de inhibición.

Ansiedad. Se utilizó la Subescala de Ansiedad Rasgo del Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños – STAIC (Spielberger, 1973), validado y adaptado a población española (Seisdedos Cubero, 1998). La subescala contiene 20 ítems con opciones de respuesta tipo Likert que van desde “Casi nunca” a “Casi siempre” e indaga la tendencia a experimentar ansiedad, por ejemplo: “Me siento desgraciado”. Los análisis de fiabilidad de la adaptación española son consistentes y comparables a los obtenidos en los estudios americanos de la versión original del instrumento (Spielberger, 1973). En nuestra muestra se observó $\alpha=.77$.

Depresión. Se administró la Escala de Autoinforme de Sintomatología Depresiva para Niños y Adolescentes – DDPCA (Harter & Nowakowski, 1987), validada y adaptada a nuestro medio (Richaud de Minzi et al., 2001), que consiste en 12 ítems que indagan estado de ánimo (e.g. “Algunos niños están tristes la mayor parte del tiempo”); autovaloración general (e.g. “A algunos chicos les gustaría ser de otra manera”); nivel de energía (e.g. “A algunos chicos les falta energía para hacer sus tareas”) y tendencia a culparse (e.g. “Algunos chicos se culpan a sí mismos por sus problemas”). Posee una escala de respuesta tipo Likert de tres opciones desde “No me parezco” hasta “Sí, me parezco”. El análisis factorial exploratorio realizado por los autores de versión adaptada a nuestro medio mostró la conformación de las dimensiones propuestas por Harter y Nowakowski (1987), alfas de Cronbach con valores adecuados (Richaud de Minzi et al., 2001), y asociaciones con variables teóricamente relacionadas (Richaud de Minzi, 2010). En nuestra muestra se observó $\alpha=.50$.

Estatus social. Se administró un cuestionario semiestructurado para recabar datos sobre el nivel educativo y el tipo de ocupación del principal sostén económico de la familia del niño. Luego, se clasificó el nivel educativo según una escala basada en el sistema educativo nacional (Pascual et al., 1993) y el nivel ocupacional según la Escala de Prestigio Ocupacional – EGO70 (Sautú, 1989) para nuestro contexto. El estatus social se calculó utilizando el Índice de Hollingshead (2011), que resulta adecuado para nuestro medio (Pascual et al., 1993).

Procedimiento y consideraciones éticas

El proyecto fue presentado y aprobado por las instituciones educativas donde se llevaron a cabo reuniones informativas con el personal docente y padres

o tutores de los niños sobre los objetivos y procedimientos del estudio. Se entregó una hoja de información y se invitó a los padres o tutores a participar del estudio, para lo cual debían firmar un consentimiento informado. Asimismo, los niños asintieron sobre su participación, pudiendo abandonar el estudio en cualquier momento. La evaluación fue llevada a cabo en pequeños grupos de no más de cinco niños en un aula que las instituciones educativas destinaron para tal fin, y fueron realizadas por un profesional entrenado. La encuesta semiestructurada para evaluar nivel educativo y ocupacional fue enviada a los padres a través del cuaderno de comunicaciones. Se respetaron los lineamientos dados por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET) para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades en su Resolución n° 2857 (CONICET, 2006), los criterios recomendados por la American Psychological Association para las actividades destinadas a obtener conocimientos sobre procesos psicológicos en seres humanos (APA, 2010), y los principios éticos para la investigación con seres humanos estipulados por la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013).

Resultados

Validez de la TIRC

Se analizaron tres criterios de validez, siguiendo los análisis de los autores originales del instrumento (Andrés, Castañeiras et al., 2016). En primer lugar, se evaluó si las situaciones generaron emociones negativas. Para esto, se analizó el porcentaje de emociones seleccionadas para cada situación. Los niños seleccionaron emociones negativas para todas las situaciones con predominio de una u otra según la naturaleza de la situación (Situación I: 88.4% vergüenza; Situación II: 52.6% tristeza; Situación III: 91.6% enojo; Situación IV: 90.5% miedo; y Situación V: 53.7% enojo). En segundo lugar, se indagó si el nivel de intensidad emocional que generaron las situaciones fue entre moderado y alto. Para esto se analizó el Índice IEpreRC, que resultó relativamente alto considerando en rango de puntuaciones de la escala de 1 a 7 ($M=5.05$; $DE=.89$). En tercer lugar, se realizó una comparación de medias entre el Índice IEpreRC ($M=5.07$; $DE=.89$) y el Índice IEpostRC ($M=3.41$; $DE=.86$) que puede ser tomado como un indicador de que los niños comprendieron la tarea y no seleccionaron azarosamente enunciados. La misma resultó significativa ($t(94)=12.38$; $p<.001$). Adicionalmente, y de acuerdo al

interés del presente estudio, se analizó si los niños que seleccionaron más cantidad de ECRE-NA (índice ECRE-NA) indicaron mayor intensidad emocional negativa (IEpostRC); lo que podría sugerir una disposición a permanecer en los aspectos negativos de las situaciones. El análisis de correlación indicó que a mayor selección de ECRE-NA mayor intensidad emocional negativa ($r=.20$; $p<.05$).

Análisis descriptivos y de correlación

Como puede observarse en la Tabla 1, tanto la memoria de trabajo como la flexibilidad cognitiva se asociaron con la rumiación y la autculpabilización. Ninguna variable de funcionamiento ejecutivo se asoció con la catastrofización. La ansiedad y la depresión no se asociaron con ninguna función ejecutiva y tampoco con alguna ECRE-NA, excepto la ansiedad, que mostró una relación con la autculpabilización.

Tabla 1 — Estadísticos descriptivos y correlaciones entre las variables

	M(DE)	FC	IEA	IP	IE	Rum.	Autoc.	Catas.	Ans.	Depr.
MT	13,41 (2.69)	.25*	-.18	.06	.01	-.23*	-.31**	-.18	-.07	-.02
FC	26,37 (5.45)		.14	.21*	.09	-.31**	-.31**	-.17	.08	.02
IEA	,19 (.39)			.15	.08	-.07	.07	-.01	.03	-.05
IP	,04 (.20)					-.10	-.15	-.06	-.04	.10
IE						-.09	-.02	-.11	-.13	-.04
Rum.	,32 (.65)						.36**	.35**	.06	-.06
Autoc.	1,13 (1.22)							.11	.20*	.04
Catas.	,12 (.41)								.02	-.07
Ans.	36,34 (6.22)									.55**
Depr.	19,40 (3.83)									—

Notas

- MT = memoria de trabajo
- FC = flexibilidad cognitiva
- IEA = intrusiones ensayos anteriores (inhibición perceptual)
- IP = intrusiones previas (inhibición cognitiva)
- IE = intrusiones extrañas (inhibición comportamental)
- Rum. = rumiación
- Autoc. = autculpabilización
- Catas. = catastrofización
- Ans. = ansiedad
- Depr. = depresión
- * $p<.05$
- ** $p<.01$

Análisis de la relación de las funciones ejecutivas con las ECRE-NA

La Tabla 2 muestra el análisis de regresión múltiple. En el primer modelo se introdujeron las variables edad, género, ansiedad y depresión. Estas variables no tuvieron un peso explicativo ni sobre la rumiación ($F(4)=1.02$; $p=.40$) ni sobre la catastrofización ($F(4)=4.45$; $p=.76$). El único modelo significativo fue el de autculpabilización ($F(4)=4.33$; $p<.01$), donde tanto la edad como la ansiedad mostraron capacidad predictiva. En el segundo modelo, se agregaron además las variables de funcionamiento ejecutivo. Con la introducción de las nuevas variables se mejoró significativamente la capacidad explicativa de los modelos de rumiación ($F(9)=2.74$; $p<.01$; Cambio en $R^2=.18$; $p<.01$) y autculpabilización ($F(9)=3.58$; $p<.01$; Cambio en $R^2=.11$; $p<.05$). El género, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva se asociaron con la rumiación. Respecto de la autculpabilización, la edad perdió capacidad predictiva pero la ansiedad continuó teniendo un peso explicativo, y la flexibilidad cognitiva también, aunque marginalmente. El modelo de catastrofización continuó sin capacidad explicativa ($F(9)=1.01$; $p=.43$; Cambio en $R^2=.07$; $p=.21$).

Tabla 2 — Análisis de regresión lineal: relación entre las funciones ejecutivas y las ECRE-NA

		Rumiación β	Autculpabilización β	Catastrofización β
Modelo 1	Edad	-.05	-.27**	.04
	Género	-.16	-.15	-.08
	Ansiedad	.10	.25*	.12
	Depresión	-.11	-.10	-.15
Modelo 2	Edad	.14	-.15	.16
	Género	-.23*	-.12	-.06
	Ansiedad	.14	.25*	.12
	Depresión	-.12	-.09	-.15
	Memoria de trabajo	-.24*	-.14	-.19
	Flexibilidad cognitiva	-.32**	-.19 ($p=.07$)	-.16
	IEA	.17	.10	-.01
	IP	.05	-.19	-.01
IE	.08	.04	-.07	

Notas

Codificación género: 1 = varón, 0 = mujer

IEA = intrusiones ensayos anteriores (inhibición perceptual)

IP = intrusiones previas (inhibición cognitiva)

IE = intrusiones extrañas (inhibición comportamental)

* $p<.05$

** $p<.01$

*** $p<.001$.

Análisis de moderación

Se observaron dos efectos de interacción aunque marginalmente significativos. El primero indica que el género presentó un efecto moderador en la relación de la memoria de trabajo con la rumiación ($F(10)=2.90$; $p<.05$; β de la interacción=.92; $p=.06$). El análisis de los coeficientes no estandarizados indica que por cada disminución en una unidad de memoria de trabajo, los varones poseen un incremento promedio de 0.10 en la rumiación; en tanto en las mujeres este promedio es de 0.18. La diferencia entre estos incrementos promedio es significativa (marginalmente: $p=.06$).

En segundo lugar, el género presentó un efecto moderador en la relación de la flexibilidad cognitiva con la rumiación ($F(10)=2.88$; $p<.05$; β de la interacción=.88; $p=.06$). El análisis de los coeficientes no estandarizados muestra que por cada disminución de una unidad de flexibilidad cognitiva, los varones presentan un incremento promedio de 0.05 en la rumiación, en tanto las mujeres presentan un valor de 0.09 en este promedio y la diferencia entre ambos es significativa (marginalmente: $p=.06$).

Discusión

El objetivo de este trabajo fue conocer la relación de las funciones ejecutivas con las ECRE-NA en niños de 9 a 12 años de edad, controlando el género y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión; así como analizar el posible efecto moderador de estos factores. Los resultados mostraron que menores niveles de memoria de trabajo y flexibilidad cognitiva predijeron mayor rumiación y en una forma similar, menor capacidad de flexibilidad cognitiva predijo mayor autculpabilización. El género moderó – marginalmente – las relaciones de la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva con la rumiación, en el sentido de que menores desempeños en ambas funciones ejecutivas predijeron la rumiación en mayor proporción entre las mujeres que entre los varones. Finalmente, la inhibición no se asoció con ninguna ECRE-NA y la catastrofización con ninguna variable de funcionamiento ejecutivo.

Respecto de la rumiación, estudios previos habían encontrado asociaciones con la flexibilidad cognitiva en adolescentes (Connolly et al., 2014; Dickson et al., 2017). En este sentido, se ha indicado que los niños con baja flexibilidad no abandonan medios erróneos para resolver de manera adaptativa diversas situaciones, y no buscan por tanto, otras formas alternativas (Hofmann et al., 2012);

por lo que la dificultad para alternar entre contenidos podría favorecer quedarse “atascado” atencionalmente en los aspectos negativos de la situación (Joorman & Quinn, 2014). En relación a la memoria de trabajo, los trabajos previos no habían hallado relaciones entre esta función ejecutiva y la rumiación en niños y adolescentes (Connolly et al., 2014; Dickson et al., 2017). Las dificultades en memoria de trabajo podrían entorpecer la formación de nuevas asociaciones y la permanencia en los aspectos negativos de las situaciones, lo que resulta necesario para la regulación emocional adaptativa como la reevaluación cognitiva (Joormann et al., 2011; Hofmann et al., 2012).

Respecto de la autocupabilización, los resultados mostraron que menor capacidad de flexibilidad cognitiva predijo mayor autocupabilización. Se ha indicado que la amplificación de las miradas negativas sobre uno mismo resultan más probables en individuos con dificultades atencionales, especialmente, dificultades para alternar de un pensamiento a otro (Wilkinson & Goodyer, 2006).

En cuanto a los efectos de moderación, el género resultó un factor moderador – marginalmente – de la relación de la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva con la rumiación, en el sentido de que una menor capacidad de ambas funciones ejecutivas predijo mayor rumiación entre las mujeres. Se ha observado que en la infancia tardía las niñas presentan mayores niveles de rumiación que los niños (Jose & Brown, 2008). Nuestros resultados mostraron que la menor capacidad ejecutiva constituye un posible factor de riesgo asociado a la rumiación, pero constituiría un factor de riesgo mayor entre las niñas.

En segundo lugar, no se observaron efectos de moderación de la ansiedad o depresión. Wagner et al. (2014) hallaron un efecto moderador de esta variable en la relación entre rumiación y atención sostenida en adolescentes. La muestra estudiada por Wagner se conformaba de adolescentes que presentaban diagnóstico clínico de depresión. Es posible que el diagnóstico posea un efecto moderador, en tanto en muestras no clínicas no llegue a observarse. Lo mismo podría decirse de la ansiedad.

Por otro lado, la inhibición no se asoció con ninguna ECRE-NA. Si bien los índices utilizados en nuestro trabajo ya han sido usados en diversos estudios (Canet Juric et al., 2015), existen técnicas independientes para la medición de cada una de las funciones inhibitorias que podrían arrojar resultados diferentes, tal como el estudio de Introzzi et al. (2016) en participantes adultos que halló relaciones de la rumiación con la inhibición cognitiva controlando el peso de las otras dos. Por otro lado, si bien nuestros resultados no mostraron a la inhibición como un predictor significativo sí lo hizo la flexibilidad cognitiva. Se ha sugerido que la inhibición y la flexibilidad cognitiva son funciones distintas pero altamente relacionadas debido a que la inhibición de un proceso es un

requisito previo para alternar a uno nuevo (Miyake et al., 2000). Al considerar esto, aún debe continuarse el análisis de los procesos inhibitorios en las ECRE-NA en población infantil.

En cuanto a la catastrofización, si bien el sentido de las asociaciones con las funciones ejecutivas fue el esperado, éstas no fueron significativas en términos estadísticos. Es posible que los enunciados utilizados no representaran adecuadamente el pensamiento catastrófico, y se acercaran más bien a expresiones lingüísticas frecuentes en nuestro contexto (e.g. “A mí siempre me van a ‘tomar el pelo’”; “Ahora siempre se van a burlar de mí”) (Andrés, Castañeiras et al., 2016, p. 189). Sin embargo, resulta oportuno continuar con nuevos estudios. Se ha indicado que posee una naturaleza repetitiva (Davey & Levy, 1998) y puede ser considerada un componente del “worry” – pensamientos repetitivos que anticipan resultados negativos para los eventos tales como amenazas y riesgos (Watkins, 2008) – que ha mostrado asociaciones consistentes con las funciones ejecutivas en niños y adolescentes (Geronimi et al., 2016; Gramszlo & Woodruff-Borden, 2015).

En cuanto a las limitaciones de nuestro trabajo, es posible mencionar que si bien los resultados indican que aquellos niños con menor flexibilidad cognitiva y memoria de trabajo seleccionaron más ECRE-NA, aún no está clara la direccionalidad de estas asociaciones. Davis y Nolen-Hoeksema (2000) afirman que las dificultades de control cognitivo predisponen a la mayor rumiación; sin embargo, también se ha indicado que la utilización frecuente de la rumiación agota los recursos cognitivos. Otra de las limitaciones guarda relación con el reducido tamaño de la muestra, que dificulta las posibilidades de generalización de los resultados. No obstante otros estudios en niños y adolescentes encontraron relaciones y asociaciones similares a las nuestras, lo que aporta mayor validez a los resultados. Por otro lado, la confiabilidad de algunos instrumentos fue notablemente baja. Varios autores concuerdan en que las respuestas dadas por los niños suelen ser más inestables que las de los adultos, por lo que correlaciones de .30 pueden considerarse con valor explicativo (Mischel et al., 1974).

A pesar de los aspectos a mejorar, este estudio permite contribuir a profundizar en el conocimiento del rol de las funciones ejecutivas en las ECRE-NA en niños de infancia tardía. Esperamos que estos resultados puedan contribuir a la mejora del diseño de programas de intervención en salud mental infantil, al mostrar la importancia del control cognitivo en las estrategias de regulación emocional. En población adulta, por ejemplo, se ha mostrado que el entrenamiento en control cognitivo ha permitido la reducción significativa de la tendencia a la rumiación (Siegle et al., 2007); por lo que podría ser una línea futura de intervención para la población infantojuvenil.

Referencias

- Aldao, A.; Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974-983.
- Alloway, T. P. (2007). *Automated Working Memory Assessment*. London: Pearson Assessment.
- Andrés, M. L.; Castañeiras, C.; Stelzer, F.; Canet Juric, L.; Introzzi, I. (2016). Funciones ejecutivas y regulación de la emoción: Evidencia de su relación en niños. *Psicología Desde El Caribe*, 33(2), 169-189.
- Andrés, M. L.; Richaud de Minzi, M. C.; Castañeiras, C.; Canet Juric, L.; Rodríguez-Carvajal, R. (2016). Neuroticism and depression in children: The role of cognitive emotion regulation strategies. *The Journal of Genetic Psychology*, 177(2), 55-71.
- APA – American Psychological Association (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington: APA. <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Banich, M. T. (2009). Executive function the search for an integrated account. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 89-94.
- Canet Juric, L.; Andrés, M. L.; Demagistri, S.; Mascarello, G.; Burín, D. (2015). El rol de las funciones inhibitorias en el desarrollo de la memoria de trabajo: Evidencia en niños y adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 13(2), 109-121. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI13-2.rfim>
- Chiappe, P.; Hasher, L.; Siegel, L. S. (2000). Working memory, inhibitory control, and reading disability. *Memory & Cognition*, 28, 8-17.
- CONICET – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (2006). *Resolución n° 2857 – Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades*. Buenos Aires, Argentina. <https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/RD-20061211-2857.pdf>
- Connolly, S. L.; Wagner, C. A.; Shapero, B. G.; Pendergast, L. L.; Abramson, L. Y.; Alloy, L. B. (2014). Rumination prospectively predicts executive functioning impairments in adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 46-56.
- Davey, G. C.; Levy, S. (1998). Catastrophic worrying: Personal inadequacy and a perseverative iterative style as features of the catastrophizing process. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 576-586.
- Davis, R. N.; Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and non-ruminators. *Cognitive Therapy & Research*, 24, 699-711.
- Dickson, K. S.; Ciesla, J. A.; Zelic, K. (2017). The role of executive functioning in adolescent rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 41(1), 62-72.
- Friedman, N. P.; Miyake, A. (2016). Unity and diversity of executive functions: Individual differences as a window on cognitive structure. *Cortex* (advanced online publication).

- Garnefski, N.; Hossain, S.; Kraaij, V. (2017). Relationships between maladaptive cognitive emotion regulation strategies and psychopathology in adolescents from Bangladesh. *Archives of Depression and Anxiety*, 3(2), 23-29.
- Garnefski, N.; Kraaij, V.; Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N.; Kraaij, V.; van Erten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 28, 619-631.
- Garnefski, N.; Rieffe, C.; Jellesma, F.; Meerum Terwogt, M.; Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: The development of an instrument. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 1-9.
- Geronimi, E. M. C.; Patterson, H. L.; Woodruff-Borden, J. (2016). Relating worry and executive functioning during childhood: The moderating role of age. *Child Psychiatry and Human Development*, 47(3), 430-439.
- Gramszlo, C.; Woodruff-Borden, J. (2015). Emotional reactivity and executive control: A pathway of risk for the development of childhood worry. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 35-41.
- Harter, S.; Nowakowski, M. (1987). *Manual for the dimensions of depression profile for children and adolescents*. Denver: University of Denver.
- Hervás, G.; Vázquez, C. (2011). What else do you feel when you feel sad? Emotional overproduction, neuroticism and rumination. *Emotion*, 11, 881-895.
- Hilt, L. M.; Leitzke, B. T.; Pollak, S. D. (2014). Cognitive control and rumination in youth: The importance of emotion. *Journal of Experimental Psychopathology*, 5(3), 302-313.
- Hofmann, W.; Schmeichel, B. J.; Baddeley, A. D. (2012). Executive functions and self-regulation. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(3), 174-180.
- Hollingshead, A. B. (2011). Four factor index of social status. *Yale Journal of Sociology*, 8, 2-52.
- Injoque-Ricle, I.; Calero, A.; Alloway, T. P.; Burin, D. I. (2011). Assessing working memory in spanish-speaking children: Automated working memory assessment adaptation. *Learning and Individual Differences*, 21, 78-84.
- Introzzi, I.; Andrés, M. L.; Canet Juric, L.; Stelzer, F.; Richard's, M. M. (2016). The relationship between the rumination style and perceptual, cognitive, and behavioral inhibition. *Psychology & Neuroscience*, 9(4), 444-456.
- Joormann, J. (2006). The relation of rumination and inhibition: Evidence from a negative priming task. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 149-160.
- Joormann, J.; Levens, S. M.; Gotlib, I. H. (2011). Sticky Thoughts: Depression and rumination are associated with difficulties manipulating emotional material in working memory. *Psychological Science*, 22(8), 979-983.

- Joorman, J.; Quinn, M. (2014). Cognitive process and emotion regulation in depression. *Depression and Anxiety*, 31(4), 308-315.
- Jose, P. E.; Brown, I. (2008). When does the gender difference in rumination begin? Gender and age differences in the use of rumination by adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(2), 180-192.
- Matute, E.; Rosselli, M.; Ardila, A.; Ostrosky-Solís, F. (2007). *Evaluación neuropsicológica infantil (ENI): Manual de aplicación*. México: Manual Moderno, UNAM.
- Mischel, W.; Zeiss, R.; Zeiss, A. (1974). Internal-external control and persistence: Validation and implications of the Stanford Preschool Internal-External Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29(2), 265-278.
- Miyake, A.; Friedman, N. P.; Emerson, M. J.; Witzki, A. H.; Howerter, A.; Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100.
- Nieto, A.; Galtier, I.; Barroso, J.; Espinosa, G. (2008). Fluencia verbal en niños españoles en edad escolar: Estudio normativo piloto y análisis de las estrategias organizativas. *Revista de Neurología*, 46, 2-6.
- Nigg, J. T. (2017). Annual research review: On the relations among self-regulation, self-control, executive functioning, effortful control, cognitive control, impulsivity, risk-taking, and inhibition for developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 58(4), 361-383. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12675>
- Nolen-Hoeksema, S.; Wisco, B. E.; Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424.
- Pascual, L.; Galperín, C. Z.; Bornstein, M. H. (1993). La medición del nivel socioeconómico y la psicología evolutiva: El caso Argentino [Measurement of socioeconomic status and developmental psychology: The Argentine case] *Revista Interamericana de Psicología/ Interamerican Journal of Psychology*, 27, 59-74.
- Richaud de Minzi, M. C. (2010). Gender and cultural patterns of mothers' and fathers' attachment and links with children's self-competence, depression and loneliness in middle and late childhood. *Early Child Development and Care*, 180, 193-209.
- Richaud de Minzi, M. C.; Sacchi, C.; Moreno, J. E. (2001). *Tipos de influencia parental, socialización y afrontamiento de la amenaza en la infancia* [Types of parental influence on socialization and coping during infancy]. Report 04-301. Grant from the Argentine National Science and Technology Agency and National Council of Scientific and Technique Research, Buenos Aires, Argentina.
- Sautú, R. (1989). *Theory and technique in measuring occupational status: Objective Prestige Scales* (working document). Buenos Aires: UBA Institute of Social Sciences.
- Seisdedos Cubero, N. (1998). *Cuestionario de ansiedad estado rasgo* (adaptación española). Madrid: Tea Ediciones.

- Siegle, G. J.; Ghinassi, F.; Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31(2), 235-262.
- Spielberger, C. D. (1973). *Manual for the state-trait anxiety inventory for children*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Thompson, R. A. (1994). Emotional regulation: A theme in search for definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7984164/>
- Troy, A. S.; Wilhelm, F. H.; Shallcross, A. J.; Mauss, I. B. (2010). Seeing the silver lining: Cognitive reappraisal ability moderates the relationship between stress and depressive symptoms. *Emotion*, 10(6), 783-795.
- Wagner, C. A.; Alloy, L. B.; Abramson, L. Y. (2014). Trait rumination, depression, and executive functions in early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(1), 18-36. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0133-8>
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163-206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
- Wilkinson, P. O.; Goodyer, I. M. (2006). Attention difficulties and mood-related ruminative response style in adolescents with unipolar depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47(12), 1284-1291. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01660.x>
- World Medical Association (2013). *Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Yang, Y.; Cao, S.; Shields, G. S.; Teng, Z.; Liu, Y. (2017). The relationships between rumination and core executive functions: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 34(1), 37-50. <https://doi.org/10.1002/da.22539>
- Zelazo, P. D.; Carlson, S. M. (2012). Hot and cool executive function in childhood and adolescence: Development and plasticity. *Child Development Perspectives*, 6, 354-360.

Recebido em 29 de abril de 2019

Aceito para publicação em 30 de maio de 2020

DEVELOPMENT OF THE PSI: A PHONE INTERVIEW FOR SCREENING FOR AUTISTIC SPECTRUM DISORDER (ASD) SYMPTOMS

DESENVOLVIMENTO DA PSI: UMA ENTREVISTA TELEFÔNICA PARA DETECÇÃO DE SINTOMAS DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

DESARROLLO DE LA PSI: UNA ENTREVISTA TELEFÓNICA PARA LA DETECCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Helenice Charchat Fichman ⁽¹⁾

Conceição Santos Fernandes ⁽²⁾

Laryssa Siqueira Couto da Cunha Heckert Alves da Costa ⁽³⁾

Rachel de Figueiredo Barbabela e Oliveira Valois ⁽⁴⁾

Mariana de Miranda Seize ⁽⁵⁾

Fabiana Estrela Silveira Bethlem ⁽⁶⁾

RESUMO

A pesquisa descreve o desenvolvimento da Phone Screening Interview (PSI) para detecção telefônica de sintomas do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Trinta e sete pais de crianças (2 a 12 anos) com TEA do Serviço de Psicologia Aplicada da PUC-Rio foram entrevistados. As crianças foram avaliadas por psiquiatras e a escala CARS foi aplicada para determinar a gravidade do

⁽¹⁾ Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), Professora Associada da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), RJ, Brasil. email: hcfichman@puc-rio.br

⁽²⁾ Doutora em psicologia clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Professora da pós-graduação em avaliação neuropsicológica da PUC- Rio, RJ, Brasil. email: conceicaoosf@yahoo.com.br

⁽³⁾ Psicóloga pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Especialista em avaliação neuropsicológica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), RJ, Brasil. email: laryssacouto@gmail.com

⁽⁴⁾ Residência em psiquiatria no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Mestranda em saúde pública pelo Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), Porto, Portugal. email: rachel.barbabela@gmail.com

⁽⁵⁾ Psicóloga e Mestre em psicologia clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Coordenadora da especialização sobre Transtorno do Espectro Autista na Coordenação Central de Extensão (CCE) da PUC-Rio, RJ, Brasil. email: mariana.seize@gmail.com

⁽⁶⁾ Graduada em Medicina pela Universidade Gama Filho, Médica do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), RJ, Brasil. email: fabibethlem@uol.com.br

transtorno. Análises estatísticas descritivas e inferenciais multivariadas (ANOVA e conglomerados hierárquicos) foram realizadas. Os resultados apontam que o desempenho na PSI não varia em função da idade, escolaridade, gravidade e desenvolvimento linguístico ou motor. A análise de conglomerado para variáveis mostrou um agrupamento de sintomas de comunicação social e outro de padrão estereotipado. A análise de conglomerado das respostas dos pais na PSI mostrou dois grupos que diferem no grau de dificuldade nas habilidades comunicativas e sociais. Concluindo, a PSI mostrou-se: (1) de fácil aplicação; (2) breve; (3) abrangendo faixa etária ampla (2 a 12 anos); (4) aplicável a sintomas de TEA leves a moderados; (5) incluindo crianças verbais e não verbais; (6) consistente com os critérios diagnósticos do DSM-5. O estudo discute a precisão da percepção do cuidador quanto aos sintomas de alerta centrais, bem como a heterogeneidade do fenótipo de TEA.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; triagem; sinais de alerta; triagem telefônica.

ABSTRACT

The research describes the development of the Phone Screening Interview (PSI) for screening for Autistic Spectrum Disorder (ASD) symptoms. Thirty-seven parents of ASD children (2 to 12 years old) from the Applied Psychology Service of PUC-Rio were interviewed. The children were evaluated by psychiatrists and the CARS scale was applied to determine the severity of the disorder. Multivariate descriptive and inferential statistical analyses (ANOVA and hierarchical clusters) were performed. The results indicate that performance in PSI is invariant regarding age, education, severity, and linguistic and motor development. Cluster analysis for variables uncovered a grouping of social communication symptoms and another of stereotyped pattern ones. Cluster analysis of parents' responses in PSI found two groups that differ in the degree of difficulty in communication and social skills. In conclusion, PSI is shown as: (1) easy to apply; (2) brief; (3) encompassing a broad age range (2 to 12 years); (4) applicable to mild to moderate ASD symptoms; (5) including verbal and nonverbal children; (6) consistent with DSM-5 diagnostic criteria. The study discusses the accuracy of the caregiver's perception regarding signs of ASD, as well as the heterogeneity of the ASD phenotype.

Keywords: Autistic Spectrum Disorder; screening; warning signs; phone screening.

RESUMEN

La investigación describe el desarrollo de la Phone Screening Interview (PSI) para la detección telefónica de los síntomas de los Trastornos del Espectro Autista (TEA). Se entrevistó a 37 padres de niños (de 2 a 12 años) con TEA del Servicio de Psicología Aplicada de la PUC-Rio. Los niños fueron evaluados por psiquiatras y se aplicó la escala CARS para definir la gravedad del trastorno. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales multivariados (ANOVA y conglomerados jerárquicos). Los resultados muestran que el rendimiento en la PSI no varía según la edad, la educación, la gravedad y el desarrollo lingüístico o motor. El análisis de conglomerado para las variables mostró una agrupación de los síntomas de los medios de comunicación y otra de los patrones estereotipados. El análisis de conglomerado de las respuestas de los padres en la PSI mostró dos grupos que difieren en el grado de dificultad en las habilidades sociales y de comunicación. En conclusión, la PSI resultó: (1) fácil de aplicar; (2) breve; (3) con amplio rango de edad (2 a 12 años); (4) aplicable a síntomas de TEA de leves a moderados; (5) incluyendo niños verbales y no verbales; (6) consistente con los criterios de diagnóstico del DSM-5. El estudio discute la exactitud de la percepción del cuidador respecto a los síntomas centrales de alerta, además de la heterogeneidad del fenotipo de TEA.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista; detección; señales de advertencia; detección telefónica.

Introduction

Autistic Spectrum Disorder (ASD) is regarded by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5 (APA, 2014) as a neurodevelopmental disorder. ASD involves persistent deficits in communication and social interaction as well as restricted and repetitive patterns of behavior, interests and activities, which are present since early childhood. The diagnosis is clinical, based on identification of behavioral signs, from observation and reports of caregivers (Matson et al., 2012). Symptoms are usually recognized during the child's second year (12 to 24 months), though they can be spotted before 12 months old in severe cases (APA, 2014). Some signs are described in the literature, such as impairment in eye contact, social smiling, joint attention (absence of pointing and of following the gaze and pointing of others), unresponsiveness to being called by name, absence of vocalization and delayed language development (García & Lampreia, 2011; Ozonoff et al., 2010).

Given the existence of early signs, instruments for ASD screening have been developed in the last few years and tailored to the Brazilian population (Backes et al., 2014). Bishop et al. (2017) point out that use of comprehensive sets of evaluations, such as the *Childhood Autism Rating Scale – CARS* (Pereira et al., 2008), should be preferred; however, it is not always possible to undergo lengthy diagnostic evaluations. In this case, trials are more feasible, due to their quick identification of signs. From this, children with symptoms can be selected for further diagnostic evaluation (Meisels, 1985, cited by Ibañez et al., 2014). Among trial interviews, phone models stand out.

The *Autism Symptom Interview – ASI* (Bishop et al., 2017) is an example of phone interview designed to identify individuals whose behavior is consistent with an ASD diagnosis, focusing questions on current behavior, observed in the three preceding months. It is based on a semi-structured interview, *Autism Diagnostic Interview, Revised – ADI-R* (Lord et al., 1994). The authors describe ASI as a useful instrument for ASD identification in a research context, though they also point out some shortcomings, such as the difficulty in recruiting non-verbal participants without ASD diagnosis above five years old. Thus, despite its usefulness, some omissions are seen in ASI, such as the use of a Likert scale for questioning, which raises its complexity and extends the time required for application; absence of retroactive evaluation of symptoms, which may lead to loss of data and difficulty in the recruitment of older children, since some symptoms of ASD, and of other development disorders, may be lessened or changed by interventions over the years, as ASI authors themselves remark. The *Modified Checklist for Autism in Toddlers – M-CHAT* (Losapio & Pondé, 2008; Robins, 2008) makes use of a yes/no interview, briefer than ASI, but focused exclusively on screening for early symptoms. In this context, the need arises for the development of a new phone trial instrument that balances the advantages and limitations of ASI and M-CHAT, which engendered the proposal of the *Phone Screening Interview (PSI)*.

PSI has the advantages of being brief, objective and having unequivocal scoring, making it more suited to a trial model. PSI evaluates ASD symptoms encompassing the 2 to 12 year old age range, identifying symptoms in their current form and, in older children, retroactively. Another relevant aspect of PSI is that, being a phone trial, it is designed for long-distance application, particularly important during the Covid-19 pandemic, when social distancing and remote evaluation instruments are crucial.

This study aims to describe the development of a new phone trial instrument called *Phone Screening Interview (PSI)*, for screening for ASD in children aged 2 to 12 years old, considering both current and retroactive symptoms.

Method

Development of the trial interview

The PSI was developed by the research group at the Neuropsychology Laboratory and by the graduate course in autism at the Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), a catholic university. To that end, a discussion team was assembled with three researchers from the Neuropsychology Laboratory, the coordinator of graduate studies, and a child psychiatrist experienced in the clinical diagnosis of ASD.

The team decided the interview would be brief, objective and have unequivocal scoring, but also be compatible with ambulatorial trials. The *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), a screening instrument for early symptoms of ASD (Losapio & Pondé, 2008; Robins, 2008), was used as a model. However, the PSI aims not only at early detection but also at retroactively evaluating symptoms in the age range 2 to 12 years old. It starts with a standard contact to be established telephonically with the following information: (a) interviewer's name; (b) confirmation that the child has been placed in the waiting list for that specific service; and (c) the reason for the call. A brief collection of sociodemographic and social data about the child follows. The full interview can be found in Annex 1, and its Portuguese original version in Annex 2.

The interview probes for the main symptoms of ASD, taking into account development characteristics associated to joint attention, social communication, and stereotypical and inflexible patterns. Besides these aspects, language acquisition and motor development processes are assessed. The interview in its final form comprised 12 items checking warning and developmental symptoms, one of them about language acquisition, one about motor development and ten about specific ASD symptoms. Of the latter, three regarded joint attention, three related to social communication and four corresponded to stereotypical patterns.

Some items were subdivided or omitted according to age, for they might entail a response conflicting with what is expected in typical development. Thus, in item 1 an alternate question is posed, and in item 9 the question is omitted, depending on age. Verbal tense alternates were included in items 4 and 5, so that the questions would not stray from the child's actual circumstances (see Annex 1).

The responses were in an objective, yes/no format, and scored as 1 (presence of the symptom) or 0 (absence of the symptom). At the end, a general

score and a score by grouping symptoms in four categories were produced. The categories were named as follows: (1) Joint Attention (JA), with items about initiative and response to joint attention; (2) Social Communication (SC), with items related to interaction with the other, i.e., components of joint attention and other communication aspects (this distinction was made because this scale was not intended only for early detection, and items such as eye contact and response to the other were already integrated in broader communication models in older children); (3) Stereotypical Patterns (SP), with items related to rigid and stereotypical behaviors; and (4) Joint Attention plus Social Communication (JA+SC), an amalgam created because JA and SC symptoms interact and are theoretically and clinically close.

Category JA is made up of items 3, 4 and 5; Category SC, of items 6, 8 and 9; Category SP comprises items 7, 10, 11 and 12; and Category JA+SC merges items 3, 4, 5, 6, 8 and 9 (see Annex 1). Moreover, from the language development variable it is possible to ascertain whether the child displays verbal (VE) or non-verbal (NVE) communication.

Ethical considerations

This study is part of a project about the development of a theory of mind instrument for evaluation of ASD symptoms. During this project there was a need to perform a quick screening of children with ASD symptoms and a possible diagnostic, so they could be included in protocols for evaluation and validation of this instrument. This study was assessed by the ethics committee at Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), under ruling no. 2017-28. This study did not pose health risks to the subjects. All participants signed the research project consent form.

Instruments

Childhood Autism Rating Scale – CARS (Schopler et al., 1988), an instrument for assessing the severity of autism. This is a 15-item scale that helps in identifying and distinguishing autistic children. They include personal relations, imitation, emotional response, body use, object use, response to changes, visual response, auditory response, response and use of taste, smell and touch, fear or disquiet, verbal communication, non-verbal communication, activity level, level

and consistency of intellectual response, and general impressions. The scores for each domain range from 1 (within normal limits) to 4 (severe autistic symptoms). Total scores go from 15 to 60.

Trial interview: Telephone trial interview for detection of ASD symptoms in 1- to 12-year-old children, that may be identified early on or retroactively. It is made up of 12 items, in four categories: Joint Attention (JA); Social Communication (SC); Joint Attention plus Social Communication (JA+SC); and Stereotypical Patterns (SP). Sociodemographic and clinical identification data about the child are also collected (age, sex, mother's name and contact; previous diagnosis and treatments, referral and complaint). Response to the items were in a yes/no format, scored as 1 (presence of symptom) or 0 (absence of symptom). At the end, a general score and a score by grouping symptoms in four categories were produced.

Participants

Thirty-seven parents of children with psychiatrically confirmed ASD diagnoses were included in the study. Proposed inclusion criteria were: (1) children between 2 and 12 years old; (2) ASD diagnosis confirmed by a child psychiatrist following application of CARS; (3) being in the waiting list at the applied psychology service of PUC-Rio. Exclusion criteria were: (1) impossibility of contact after three attempts; (2) children with genetic syndromes; and (3) children who missed the psychiatric evaluation.

Procedure

All interviewed families were selected from a waiting list for research with and assistance to children suspected of ASD; therefore all children came with a more specific ASD demand. This list was linked to an undergoing research by the Neuropsychology Laboratory and to the assistance offered by the graduation in ASD, both at PUC-Rio. Interviewers were previously trained by one of the researchers using another waiting list for diverse demands. Next, the calls to those in the ASD waiting list began. Participating parents were directed to have the psychiatric evaluation performed at the Applied Psychology Service

of PUC-Rio. This evaluation was the gold standard in the diagnosis of ASD in participating children.

The psychiatric evaluation was put together from DSM-5 (APA, 2014) criteria. The psychiatrist had a clinical interview with the parents and observed the child. In the parents' interview, the aspects of motor, social cognitive and affective development were assessed. The psychiatrist, experienced in ASD evaluation, analyzed information about delays, changes in or absence of speech, lack of interest in personal relations, absence of joint attention, cognitive inflexibility, difficulty in achieving or keeping eye contact, sensorial alterations, atypical use of toys or other objects, deficiencies in symbolic play (make-believe), and stereotypy. To complement the observation of the child in the attending room, the CARS instrument (Pereira et al., 2008) was used.

Statistical analysis

The descriptive analysis of participants' demographic and clinical characteristics was done, establishing frequency, share, average and standard deviation of variables. Age range was divided into three groups: 2–3 years, 4–6 years, and 7–12 years. Schooling was divided in two levels: preschool (infant education) and school (1st to 7th grades). Clinical variables comprised raw CARS score, beginning of language acquisition, beginning of walking ability, level of CARS severity (mild or moderate), and language command (VE or NVE). Descriptive statistics were also done for the children's performance by item, by category, and general score.

Differences in general score among age range groups were analyzed by an ANOVA one-way, whereas for schooling level, spectrum severity and language command a Student's *t*-test analysis was done.

An analysis of hierarchic clusters of variables was done to check for grouping of items and categories in the phone interview. Pearson correlation was the measurement of dissimilarity. This analysis intended to verify internal consistency of items in the screening interview and the relation between the items and ASD diagnostic model.

Next, an analysis of hierarchic clusters of cases was done to verify the existence of subgroups of ASD children from the symptoms evaluated by the screening interview, including the general score and category scores. The dissimilarity measurement was the Euclidean distance. The groups created from the results of children's screening were compared using the Student's *t*-test.

Results

The results describe the demographic, clinical and developmental characteristics of the set of ASD children interviewed. Table 1 presents the variation of the share according to age range, schooling level, severity, and language command, as well as averages and standard deviations of CARS total score, age (in months) of language acquisition and of walking ability onset. The results show a larger share of children between 4 and 6 years old (43.2%), with predominantly verbal communication (62.2%), a slightly higher share of preschool children (56.8%) and with moderate ASD (51.4%). Children learn to walk at an average age of 14.03 months (nearly one year old) and acquire language at an average age of 31.74 months (between 2 and 3 years old), with a standard deviation of 19 months, revealing a high variability in the language acquisition process. Average and standard deviation in the performance of these categories and in general score for the interview are also shown.

Table 1 — Demographic and clinical characteristics of ASD children

Demographic Variables		
Age range	N	Share
2–3 years	10	27.0%
4–6 years	16	43.2%
7–12 years	11	29.7%
Schooling level	N	Share
Preschool	21	56.8%
School	16	43.2%
Clinical Variables		
	Average	Standard deviation
CARS – total score	37.51	07.28
Language acquisition (months)	31.74	19.00
Walking ability (months)	14.03	03.92
Severity	N	Share
Mild	18	48.6%
Moderate	19	51.4%
Language command	N	Share
VE	23	62.2%
NVE	14	37.8%

continua...

...continuação

Performance in the Interview		
Category	Average	Standard deviation
SP	3.24	0.89
JA+SC	3.51	1.30
SC	1.73	0.87
JA	1.78	0.92
General score	6.76	1.44

CARS = Childhood Autism Rating Scale

VE = Verbal

NVE = Non-verbal

SP = Stereotypical patterns

JA+SC = Joint attention + Social communication

SC = Social communication

JA = Joint attention

Table 2 shows no significant differences were found related to age range, schooling level, CARS-based severity, and language command ($p > 0.05$). These results show that performance in the interview does not depend on demographic and clinical variables.

Table 2 — Comparison of phone screening general score for demographic and clinical variables

	Average (standard deviation)	Effect
Age range		
2–3	6.60 (1.71)	F=2.02, p=0.149
4–6	6.38 (1.26)	
7–12	7.45 (1.29)	
Schooling level		
Preschool	6.48 (1.50)	t=-1.37 (35), p=0.179
School	7.12 (1.30)	
Severity		
Mild	6.94 (1.21)	t=0.76 (35), p=0.449
Moderate	6.58 (1.64)	
Language command		
VE	7.00 (1.48)	t=-1.33 (35), p=0.192
NVE	6.36 (1.34)	

VE = Verbal

NVE = Non-verbal

Table 3 shows the children's performance in specific items of the phone screening. Each item corresponds to a question in the interview. Positive signs mean that the symptom is present, and negative that it is absent. More than 80% of the sample displayed positive signs for difficulty in eye contact, specific interest and motor stereotypies. Between 70% and 80% had positive signs for decontextualized speech and sensitivity to noise. Between 40% and 60% showed positive signs for other items involving communication and joint attention.

Table 3 — Performance of ASD children in phone screening items

Items (shortened*)	Presence of symptoms	Absence of symptoms
	N (share)	N (share)
Social interest	21 (56.80%)	16 (43.20%)
Using the other's hand	23 (62.20%)	14 (37.80%)
Pointing	22 (59.50%)	15 (40.50%)
Eye contact	30 (81.10%)	7 (18.91%)
Response to the other	15 (40.50%)	22 (59.50%)
Talking	18 (58.10%)	13 (41.90%)
Specific interest	32 (86.50%)	5 (13.50%)
Decontextualized speech	28 (77.80%)	8 (22.20%)
Motor stereotypies	33 (89.20%)	4 (10.80%)
Sensitivity to noise	27 (73.00%)	10 (27.00%)

N = number of participants

* See Annex 1

Pearson correlation analysis was employed as a measure of the dissimilarity of the hierarchic cluster analysis for PSI symptom categories. It was found that JA+SC and SC join at the first level and are closely associated, forming the first group: group A. This group A joins variable JA at a distance of 10 to form group B. This group only joins category SP at the last level (25), to form group C. This result attests to a strong association between social communication (SC) and joint attention (JA), whilst there is a dissociation with signs of stereotypical patterns (SP).

In the hierarchic cluster analysis of PSI items, it was found that items **using the other's hand** and **pointing** are associated to form category A. This category joins item **response to the other** at level 17 to form category B. Items **specific interest** and **decontextualized speech** join at level 4 to form category C. Category C joins item **sensitivity to noise** to form category D. Items **eye contact** and **motor**

stereotypies join at level 4 to form category E. Items **social interest** and **talking** join at level 7 to form category F. Categories E and F join at level 14 to form category G. Categories G and D join to form category H at the last level: level 25.

Finally, a hierarchic cluster analysis was done using Euclidean distance as measure of dissimilarity. Figure 1 shows the graph (dendrogram) depicting two homogeneous groups joined only at a distance between 10 and 25 and distant by 3.25. The final centers of each group are characterized in Table 4.

Figure 1 — Dendrogram charting ASD children subgroups according to phone screening scores

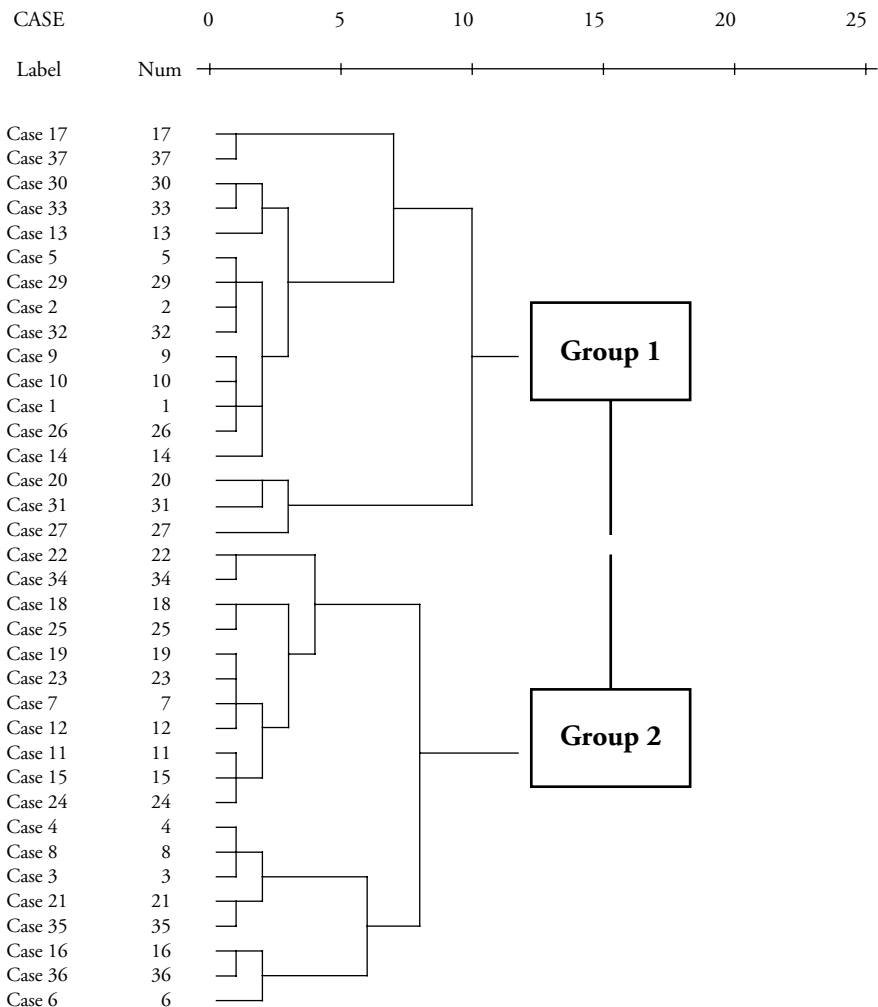


Table 4 — Final centers, average and standard deviation of groups established in the hierarchic cluster analysis

	Group 1 (n=15)	Group 2 (n=22)
	Center, average (std. deviation)	Center, average (std. deviation)
General score	8.0, 8.07 (0.88)	6.0, 5.86 (0.99)**
SP	3.0, 3.40 (0.83)	3.0, 3.14 (0.94)
JA+SC	5.0, 4.67 (0.82)	3.0, 2.73 (0.93)**
SC	2.4, 2.40 (0.63)	1.3, 1.27 (0.70)**
JA	2.3, 2.27 (0.78)	1.5, 1.45 (0.18)**

** *t*-test comparing the two groups and showing a significant difference with $p < 0.05$

SP = Stereotypical patterns

JA+SC = Joint attention + Social communication

SC = Social communication

JA = Joint attention

The groups do not exhibit a significant difference in demographic variables (age and schooling), clinical variables (severity and CARS) and development (age of language acquisition, age of starting to walk, and language command) ($p > 0.05$). The groups display a significant difference in general score, JA+SC, SC and JA ($p < 0.05$). The groups do not differ regarding category SP ($p > 0.05$). Group 1 shows a markedly higher amount of positive symptoms for social communication and joint attention than group 2, which reflects in the general score.

Discussion

This article describes the development of the PSI, a phone screening interview for detection of ASD symptoms, on the basis of an analysis of answers in a 37-child sample. The interview proved to be a speedy (no more than 15 minutes), easy-to-manage and easy-to-train tool. Such are desirable attributes in a phone trial instrument (Bishop et al., 2017; Sands et al., 2012). Moreover, by analyzing the demographic and clinical characteristics of the sample, of ages 2 to 12 years old, no significant differences were observed in age range, schooling level, raw CARS score, severity and language command that could influence the performance in the interview. These results suggest the performance is independent of these variables, which points to: (1) a broadly applicable detection; (2) possibility of identifying warning signs in an ample part of childhood; (3) recognition of current and retroactive symptoms; (4) detection of signs of ASD in diverse levels of severity, from mild to moderate.

However, there is a clinical aspect that, despite not affecting the performance of the interview, shows greater variation in this sample. This concerns the variable age of verbal language acquisition, which was on average 31.74 months (between 2 and 3 years), with a 19-month standard deviation. This variability is expected in a sample presenting ASD symptoms, in which language anomalies often draw a lot of attention, notably of parents (Adamson et al., 2019; Zanon, Backes & Bosa, 2014). Regardless of language no longer being a nosological criterion for this diagnosis, its changes are purported to be relevant in this circumstance (Adamson et al., 2019). For some authors, verbal language would be subsidiary to sociocognitive aspects essential for understanding ASD, such as joint attention, theory of mind, and intentionality (Adamson et al., 2019; Tomasello, 2003; Zanon et al., 2014, 2015).

When evaluating the presence of warning signs in this sample, those most often seen (above 80%) were: (1) difficulty with eye contact, (2) specific interest, and (3) motor stereotypies; between 70 and 80% there were: (4) decontextualized speech, and (5) sensitivity to noise. It should be noted that these items comprise behavioral manifestations characteristic of ASD, compatible with DSM-5 diagnostic criteria (APA, 2014) in the areas of social communication and stereotypical patterns, but are also more explicit and easily observable behavioral signs.

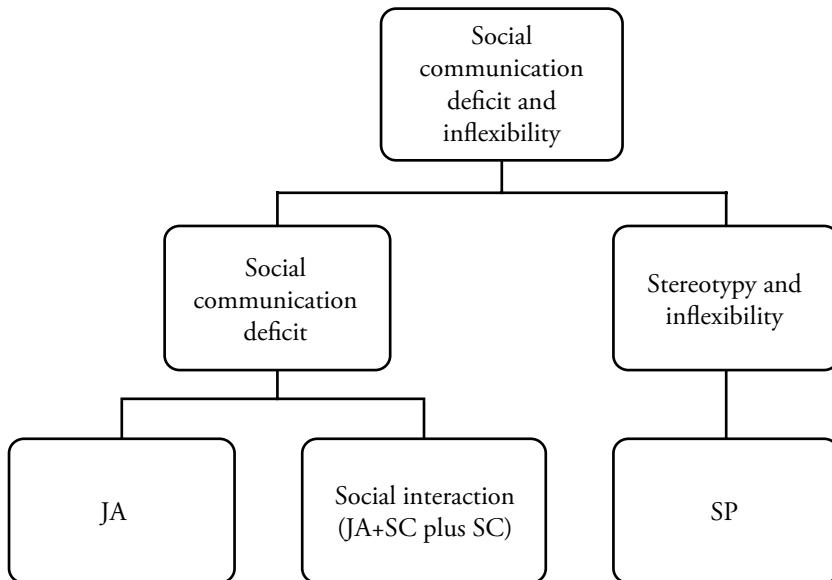
Other items had a positive sign between 40% and 60%. Among these are: (6) social interest, (7) pointing, (8) response to the other, and (9) talking. We emphasize these items involve aspects of joint attention and social interaction and are, therefore, central to ASD clinical characterization (Adamson et al., 2019). However, these attributes are harder to identify and distinguish in the general population. Pointing, for instance, comprises two aspects (Pecukonis et al., 2019): protodeclarative, in which the child points to show or share something, and protoimperative, in which the child points to something he wants. Some of the literature describes protodeclarative pointing as more related to communication ability than protoimperative pointing, with some variation related to methodological characteristics (Pecukonis et al., 2019; Van der Paelt et al., 2014). ASD children may also display protoimperative pointing (Baron-Cohen, 1989; Goodhart & Baron-Cohen, 1993). Thus, perception of intentionality in communication also concerns listener accuracy (Bosa, 2002).

Listener accuracy may also bear on observations related to items like social interest, talking and response to the other, for brief dialog is often a matter of personality or language, and scant response may be due to lack of attention. As such, it is likely that these are not noticed as attributes of joint attention and social communication (disengagement and reengagement of attention focus in social interaction).

Regarding the analysis of the internal consistency of the interview, at first its categories JA, SC, JA+SC and SP are evaluated. Initially, categories JA+SC and

SC join to form a first group, called **social interaction** (affected by items such as talking, keeping eye contact, responding to the other). Then they join category JA, with items pointing and using the other's hand, forming a larger group we call **social communication deficit**. Category SP is farther away, making up a group by itself we call **stereotypy and inflexibility**. The group social communication deficit joins category SP at the last level, forming a group we call **social communication deficit and inflexibility**. These results point to a strong link between categories JA+SC, SC and JA, which constitute the **communication pattern**, and a detachment of category SP, more related to the **inflexibility pattern**. This is compatible with the theoretical formulation of these categories, considering the behaviors and signs were brought together by similarity of manifestation. In this case, behaviors of social interaction and communication are strongly linked to characteristics of joint attention, as reported in the literature (Pecukonis et al., 2019; Van der Paelt et al., 2014). Goodhart and Baron-Cohen (1993), for instance, debate that protodeclarative pointing would be mostly associated to the theory of mind, ability to converse and use of symbols. The groups stemming from the categories are shown in Figure 2.

Figure 2 — Classification of groups based on PSI categories



JA+SC = Joint attention + Social communication

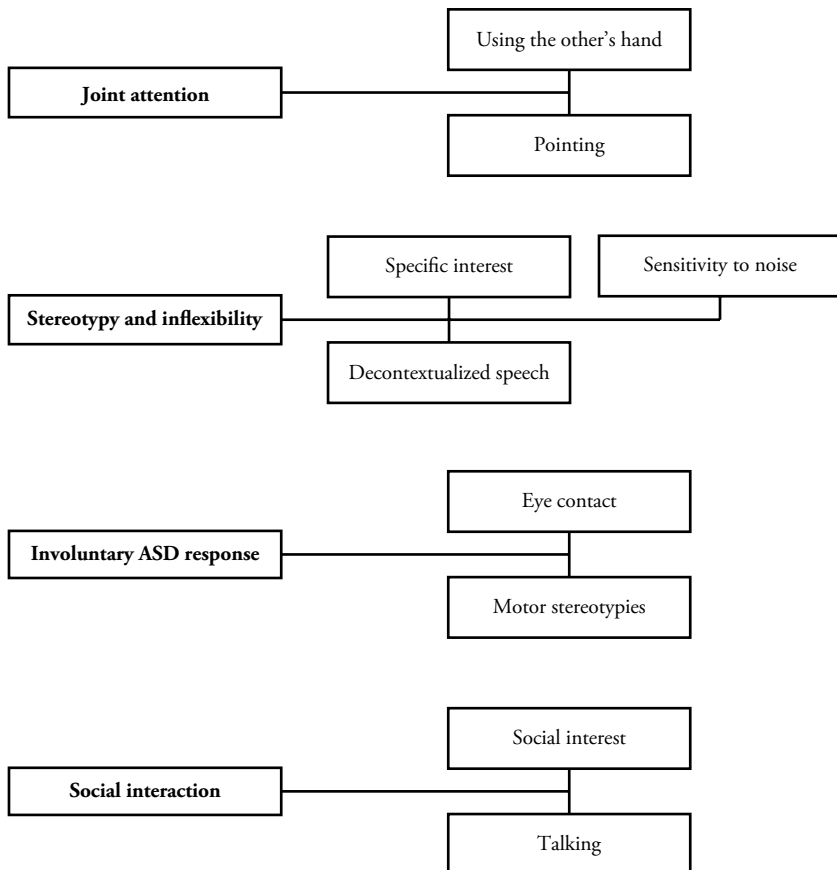
SC = Social communication

JA = Joint attention

SP = Stereotypical patterns

When evaluating internal consistency at level 10 from an analysis of the items, we find that the first two (“using the other’s hand” and “pointing”) join to form the **joint attention** group. The second group, **stereotypy and inflexibility**, is formed from two other items (“specific interest” and “decontextualized speech”), which then join another one (“sensitivity to noise”). Items “eye contact” and “motor stereotypies” join to form the third group, **involuntary ASD response**. Then, “social interest” joins “talking” to form the **social interaction** group. These four groups of symptoms are recognized to be characteristic and fundamental for ASD diagnosis (Adamson et al., 2019; APA, 2014; Zanon et al., 2015). They are shown in Figure 3.

Figure 3 — Classification of groups based on symptoms



Finally, the analysis of the dendrogram by cases produced two groups: one presenting a significantly larger number of positive symptoms for social communication and joint attention, and another one with fewer such symptoms. Actually, both groups present clear signs of stereotypical patterns, but group 1 is made up of cases with one or two more SC and JA symptoms, which impacts the general score. ASD is known for a large variability in its phenotype (Prigge et al., 2018). The literature contains discussions about variables that may be associated to these various phenotypes and severity levels, including cognitive ones (Paulais et al., 2019; Delehanty et al., 2018), as well as sociocognitive ones as the theory of mind (Altschuler et al., 2018). What can be perceived is a possible heterogeneity pattern, with one group marked by a higher social engagement than the other. Besides the heterogeneity model, this pattern is also consistent with the literature, which regards social cognition traits as the best markers for differential diagnosis between ASD and other neurodevelopmental disorders (Fernandes et al., 2018; Losh et al., 2009; Zanon et al., 2014).

The findings outlined in this article indicate the PSI to be a useful tool for screening for ASD symptoms in a clinical ambulatorial context and in clinical research. They also promote a relevant discussion regarding possible differences in the accuracy of a listener's perception of fundamental symptoms for ASD diagnosis, which stresses the need to map the ability in identifying such behavior in the general population. As to its internal consistency, there is an association between items related to communication and items that describe stereotypical patterns, indicating a theoretical closeness in the items and an alignment with current diagnostic criteria regarding the organization in two axes (social communication and repetitive stereotypical patterns). The analyses also found two groups alike in their inflexibility symptoms but distinct in social communication symptoms, suggesting an heterogeneity in ASD phenotype from social and interactive criteria.

Among the constraints in this study there were the size of the sample and the limitation to ASD diagnosis, which restricted checking for diagnostic sensitivity and specificity, as well as not using an already validated screening tool to broaden its psychometric characteristics. Thus, possibilities arise for further studies with larger and more diverse samples to check for clinical heterogeneity in the diagnosis of ASD and other neurodevelopmental conditions, and also carrying out studies of other psychometric attributes from the comparison with previously validated screening models.

References

- Adamson, L. B.; Bakeman, R.; Suma, K.; Robins, D. (2019). An expanded view of joint attention: Skill, engagement, and language in typical development and autism. *Child Development, 90*(1), e1-e18. <https://doi.org/10.1111/cdev.12973>
- Altschuler, M.; Sideridis, G.; Kala, S.; Warshawsky, M.; Gilbert, R.; Carroll, D.; Burger-Caplan, R.; Faja, S. (2018). Measuring individual differences in cognitive, affective, and spontaneous theory of mind among school-aged children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*(11), 3945-3957. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3663-1>
- APA – American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed.
- Backes, B.; Mõnego, B. G.; Bosa, C. A.; Bandeira, D. R. (2014). Psychometric properties of assessment instruments for autism spectrum disorder: A systematic review of Brazilian studies. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 63*(2), 154-64.
- Baron-Cohen, S. (1989). The autistic child's theory of mind: A case of specific developmental delay. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 30*(2), 285-297. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1989.tb00241.x>
- Bishop, S. L.; Huerta, M.; Gotham, K.; Havdahl, K. A.; Pickles, A.; Duncan, A.; Hus Bal, V.; Croen, L.; Lord, C. (2017). The autism symptom interview, school-age: A brief telephone interview to identify autism spectrum disorders in 5-to-12-year-old children. *Autism Research, 10*(1), 78-88. <https://doi.org/10.1002/aur.1645>
- Bosa, C. (2002). Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*(1), 77-88. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100010>
- Delehanty, A. D.; Stronach, S.; Guthrie, W.; Slate, E.; Wetherby, A. M. (2018). Verbal and nonverbal outcomes of toddlers with and without autism spectrum disorder, language delay, and global developmental delay. *Autism & Developmental Language Impairments, 3*, 1-19. <https://doi.org/10.1177/2396941518764764>
- Fernandes, C. S.; Charchat-Fichman, H.; Barros, P. S. (2018). Evidências de diagnóstico diferencial entre Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Transtorno do desenvolvimento intelectual (TDI): Análise de casos. *Neuropsicologia Latinoamericana, 10*(2), 29-41.
- Garcia, M. L.; Lampreia, C. (2011). Limites e possibilidades da identificação de risco de autismo no primeiro ano de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 24*(2), 300-308. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000200011>
- Goodhart, F.; Baron-Cohen, S. (1993). How many ways can the point be made? Evidence from children with and without autism. *First Language, 13*(38), 225-233. <https://doi.org/10.1177/014272379301303804>

- Ibañez, L. V.; Stone, W. L.; Coonrod, E. E. (2014). Screening for autism in young children. In: Volkmar, F. R.; Rogers, S. J.; Paul, R.; Pelphrey, K. A. (Ed.). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 4th ed. John Wiley & Sons.
- Lord, C.; Rutter, M.; Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview–Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(5), 659-685. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7814313/> <https://doi.org/10.1007/BF02172145>
- Losapio, M.; Pondé, M. (2008). Translation into Portuguese of the M-CHAT Scale for early screening of autism. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(3), 221-229. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000400011>
- Losh, M.; Adolphs, R.; Poe, M. D.; Couture, S.; Penn, D.; Baranek, G. T.; Piven, J. (2009). Neuropsychological profile of autism and the broad autism phenotype. *Archives of general psychiatry*, 66(5), 518-526. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.34>
- Matson, J. L.; Beighley, J.; Turygin, N. (2012). Autism diagnosis and screening: Factors to consider in differential diagnosis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 19-24.
- Ozonoff, S.; Iosif, A. M.; Baguio, F.; Cook, I. C.; Hill, M. M.; Hutman, T.; Rogers, S. J.; Rozga, A.; Sangha, S.; Sigman, M.; Steinfeld, M. B.; Young, G. S. (2010). A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(3), 256-266.
- Paulais, M.-A. B.; Mazetto, C.; Thiébaud, E.; Nassif, M. C.; Souza, M. T. C. C. de; Stefani, A. P.; Blanc, R.; Gattegno, M. P.; Aïad, F.; Sam, N.; Belal, L.; Fekih, L.; Kaye, K.; Contejean, Y.; Wendland, J.; Barthélémy, C.; Bonnet-Brilhault, F.; Adrien, J.-L. (2019). Heterogeneities in cognitive and socio-emotional development in children with autism spectrum disorder and severe intellectual disability as a comorbidity. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00508>
- Pecukonis, M.; Plesa Skwerer, D.; Eggleston, B.; Meyer, S.; Tager-Flusberg, H. (2019). Concurrent social communication predictors of expressive language in minimally verbal children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(9), 3767-3785. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04089-8>
- Pereira, A.; Riesgo, R. S.; Wagner, M. B. (2008). Autismo infantil: Tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. *Jornal de Pediatria*, 84(6), 487-494. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572008000700004>
- Prigge, M. B. D.; Bigler, E. D.; Travers, B. G.; Froehlich, A.; Abildskov, T.; Anderson, J. S.; Alexander, A. L.; Lange, N.; Lainhart, J. E.; Zielinski, B. A. (2018). Social Responsiveness Scale (SRS) in relation to longitudinal cortical thickness changes in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(10), 3319-3329. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3566-1>

- Robins, D. L. (2008). Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. *Autism, 12*(5), 537-556.
- Sands, N.; Elsom, S.; Gerdtz, M.; Henderson, K.; Keppich-Arnold, S.; Droste, N.; Prematunga, R.; Wereta, Z. (2012). Identifying the core competencies of mental health telephone triage. *Journal of Clinical Nursing, 22*(21-22), 3203-3216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04093.x>
- Schopler, E.; Reichler, R. J.; Renner, B. R. (1988). *The childhood autism rating scale (CARS)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Tomasello, M. (2003). *Constructing a language: A usage-based theory of language acquisition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Van der Paelt, S.; Warreyn, P.; Roeyers, H. (2014). Social-communicative abilities and language in preschoolers with autism spectrum disorders: Associations differ depending on language age. *Research in Autism Spectrum Disorders, 8*(5), 518-528.
- Zanon, R. B.; Backes, B.; Bosa, C. A. (2014). Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 30*(1), 25-33. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100004>
- Zanon, R. B.; Backes, B.; Bosa, C. A. (2015). Diferenças conceituais entre resposta e iniciativa de atenção compartilhada. *Psicologia: teoria e prática, 17*(2), 78-90.

Recebido em 22 de julho de 2020

Aceito para publicação em 11 de setembro de 2020

Annex 1 — PSI interview with specific ASD symptoms items and categories

Phone Screening Interview

Good morning,

My name is.... You have placed your child's name in the waiting list for neuropsychological evaluation in the Applied Psychology Service at PUC. Is that correct? We need to ask you a few questions for initial trial, alright?

Developmental items		
1 – Above 3 years old, ask: How old was he when he spoke? Between 2 and 3 years old, ask: Does he speak more than 2 words, besides <i>mommy</i> and <i>daddy</i> ?		
2 – How old was he when he started walking?		
Specific ASD symptoms items	In short	Category
3 – Does he show interest in children? (Does he play or likes to play with them?)	Social interest	JA
4 – Does he use your hand to pick up things he wants? (If older than 6 years, ask “Did he...”)	Using the other's hand	JA
5 – Does he point to objects? (If older than 6 years, ask “Did he...”)	Pointing	JA
6 – Does he keep eye contact?	Eye contact	SC
7 – Does or did he get disturbed by noise?	Sensitivity to noise	SP
8 – Does he answer when called by name? Have you ever worried about his hearing?	Response to the other	SC
9 – (Do not ask this of under-3-year-olds or non-verbals.) Does he talk to you at home? (Telling about his day.)	Talking	SC
10 – Does he like something a lot? (Such as characters or cartoons and movies.)	Specific interest	SP
11 – Does he repeat dialogs or phrases he hears from TV or other people out of context?	Decontextualized speech	SP
12 – Does or did he make unusual movements with hands or fingers, or with the body? (Like circling or rocking.)	Motor stereotypes	SP
Other questions included in the interview		
How was the referral? By whom?		
Has he been diagnosed?		
Is he or was he in some sort of treatment? (neurological, phonoaudiological, psychological)		

Annex 2 — Entrevista PSI com itens e categorias de sintomas específicos do TEA

Entrevista de Triagem Telefônica

Bom dia,

Meu nome é.... Você colocou o nome de seu filho na lista de espera para avaliação neuropsicológica no Serviço de Psicologia Aplicada da PUC. Correto? Nós precisamos te fazer algumas perguntas para a triagem inicial, tudo bem?

Itens de desenvolvimento		
1 – Acima de 3 anos, perguntar: Falou com quantos anos? Entre 2 e 3 anos, perguntar: Ele fala mais de 2 palavras, além de <i>papai e mamãe</i> ?		
2 – Andou com quantos anos?		
Itens referentes a sintomas específicos de TEA	Abreviatura	Categoria
3 – Interessa-se pelas crianças? (Ele brinca? Gosta de brincar com elas?)	Interesse social	AC
4 – Ele usa sua mão para pegar coisas que ele quer? (Se for maior de 6 anos, colocar no passado)	Usar a mão do outro	AC
5 – Ele aponta para os objetos? (Se for maior de 6 anos, colocar no passado)	Apontar	AC
6 – Mantém contato visual?	Contato visual	CS
7 – O barulho incomoda ou incomodava?	Sensibilidade a barulho	PE
8 – Responde quando chamado pelo nome? Alguma vez você já se preocupou com sua audição?	Resposta ao outro	CS
9 – (Caso seja menor de 3 anos ou não verbal, não fazer esta pergunta.) Ele conversa em casa com você? Conta o dia, por exemplo?	Conversar	CS
10 – Ele ou ela gosta muito de uma mesma coisa? (Personagens ou desenhos/filmes)	Interesse específico	PE
11 – Repete diálogos ou falas que ele escuta na TV ou de outras pessoas fora de um contexto?	Fala descontextualizada	PE
12 – Faz ou já fez movimentos diferentes com as mãos e dedos ou com o corpo? (por exemplo, circular ou balançar)	Estereotipia motora	PE
Outras questões incluídas na entrevista		
Como foi o encaminhamento? De quem?		
Já tem algum diagnóstico?		
Faz algum tratamento ou já fez? (p.ex.: neurologista, fonoaudiólogo, psicólogo)		

A FAMÍLIA NA PSICOTERAPIA INFANTIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DAS ABORDAGENS HUMANISTAS E FENOMENOLÓGICAS

*THE FAMILY IN CHILD PSYCHOTHERAPY: AN INTEGRATIVE
REVIEW OF HUMANISTIC AND PHENOMENOLOGICAL APPROACHES*

*LA FAMILIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL: UNA REVISIÓN
INTEGRADORA DE LOS ENFOQUES HUMANÍSTICOS Y FENOMENOLÓGICOS*

Manuela de Albuquerque Rocha Siqueira ⁽¹⁾

Lucas Bloc ⁽²⁾

Virginia Moreira ⁽³⁾

RESUMO

Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão integrativa sobre a produção científica brasileira a respeito da participação das famílias no processo psicoterapêutico infantil dentre as abordagens inspiradas no pensamento humanista e/ou fenomenológico. Foi realizada uma busca de artigos publicados no período entre janeiro de 2008 e outubro de 2018 nas bases de dados PEPsic e Capes, por meio de descritores que dessem conta da multiplicidade de abordagens e nomenclaturas destas. Após a aplicação dos critérios de inclusão, estabelecidos previamente, foram selecionados 11 artigos para análise. Na análise, os artigos foram divididos em duas categorias: uma contendo os estudos que descrevem as percepções dos próprios psicólogos ou das famílias sobre o assunto, e outra com aqueles que descrevem como ocorreu a atuação junto aos responsáveis durante a psicoterapia infantil. Os resultados apontam para uma concordância entre os estudos atuais e o arcabouço teórico, mostrando o

⁽¹⁾ Psicóloga pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Mestranda do programa de pós-graduação em psicologia da Universidade de Fortaleza (PPGP/UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil. email: manuelarochasiqueira@gmail.com

⁽²⁾ Doutor em Psicopatologia e Psicanálise pela Université Paris Diderot (Paris VII), Professor do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil. email: lucasbloc@yahoo.com.br

⁽³⁾ Pós-Doutora em antropologia médica pela Harvard Medical School, Doutora em psicologia clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Professora do programa de pós-graduação em psicologia da Universidade de Fortaleza (PPGP/UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil. email: virginiamoreira@unifor.br

Esta pesquisa está vinculada ao projeto PQ-1D “Fenomenologia Clínica da Intersubjetividade no mundo vivido (*Lebenswelt*) psicopatológico”, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

lugar relevante da participação das famílias na psicoterapia infantil. Sugere-se a ampliação das pesquisas e publicações sobre o tema, além do investimento na qualificação dos psicoterapeutas infantis para este tipo de trabalho, que tem sido pouco explorado e demonstra ser uma área que demanda grande atenção e aprimoramento dos psicólogos.

Palavras-chave: psicoterapia infantil; famílias; pais e mães; fenomenologia; clínica humanista.

ABSTRACT

This study aimed at presenting an integrative review of the Brazilian scientific production regarding the participation of families in the child psychotherapeutic process among the approaches inspired by humanistic and/or phenomenological thinking. The PEPsic and Capes databases were searched for articles published between January 2008 and October 2018, using descriptors that allowed for the multiplicity of approaches and nomenclatures in those. After applying the inclusion criteria, which were previously established, 11 articles were selected for analysis. For the analysis, the articles were divided into two categories: one containing the studies that describe the perceptions of the psychologists themselves or of the families about the process, and another category with studies describing how was the participation of families in the child psychotherapy. Results point to a concordance between the current studies and the theoretical framework, showing how relevant the families' participation is. It is suggested that research and publications on the subject be expanded, in addition to investing in the qualification of children's psychotherapists for this type of work, which has not been much explored and proves to be an area that requires great attention and improvement by psychologists.

Keywords: child psychotherapy; families; fathers and mothers; phenomenology; humanist psychology.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo realizar una revisión integrativa sobre la producción científica brasileña acerca de la participación de las familias en el proceso psicoterapéutico infantil entre los enfoques que poseen inspiración en el pensamiento humanista y/o fenomenológico. Se realizó una búsqueda de artículos publicados en el período entre enero de 2008 y octubre de 2018 en las bases de datos PEPsic y Capes, por medio de descriptores que dieran cuenta de la

multiplicidad de abordajes y nomenclaturas de éstas. Después de la aplicación de los criterios de inclusión, establecidos previamente, se seleccionaron 11 artículos para análisis. En el análisis, los artículos fueron divididos en dos categorías: una conteniendo los estudios que describen las percepciones de los propios psicólogos o de las familias sobre el tema, y otra con aquellos que describen cómo ocurrió la actuación junto a los responsables durante la psicoterapia infantil. Los resultados apuntan a una concordancia entre los estudios actuales y el marco teórico, mostrando el lugar relevante de la participación familiar en la psicoterapia infantil. Se sugiere la ampliación de las investigaciones y publicaciones sobre el tema, además de la inversión en la calificación de los psicoterapeutas infantiles para este tipo de trabajo, que ha sido poco explorado y señala ser una área que demanda gran atención y perfeccionamiento de los psicólogos.

Palabras clave: psicoterapia infantil; familias; padres y madres; fenomenología; clínica humanista.

Introdução

O início dos trabalhos em psicoterapia infantil remonta ao momento da criação da psicanálise por Sigmund Freud (1856-1939), com a noção de que as primeiras experiências podem ser tão críticas que até mesmo as crianças podem ter necessidades de intervenção (Weisz et al., 2005). A psicoterapia com crianças se desenvolveu durante o século XX, inicialmente com enfoque psicanalítico, ao qual trabalhos sob outras abordagens se seguiram. No final do século, a psicoterapia infantil já se mostrava em marcante expansão em sua variedade e alcance (Weisz et al., 2005).

Atualmente, após todo um processo de desenvolvimento teórico e metodológico, as diferentes abordagens de psicoterapia infantil apresentam suas diferenças em termos de visão do ser humano e metodologia de atuação. Porém, algumas características podem ser consideradas como típicas da clínica com crianças, como a possibilidade de trabalho com crianças de qualquer faixa etária, os métodos lúdicos com uso de brinquedos e demais recursos, o entendimento de que o brincar é a forma de expressão e ação criativa da criança no meio, de que a problemática apresentada pela criança faz parte de contextos mais amplos, como o familiar (independentemente de sua configuração), o escolar, o social, dentre outros (Aguilar, 2005). A participação das famílias, ou mesmo a sua necessidade, é uma das características da psicoterapia infantil, principalmente se partirmos da consideração que são as famílias que, geralmente, identificam as demandas

das crianças e as conduzem para o acompanhamento psicológico (Klinger et al., 2011; Bazanelli-Prebianchi, 2011). De forma direta ou indireta, a família, em suas diferentes configurações, participa dos atendimentos do início ao fim (Gordon & Cooper, 2016) e possui um papel determinante para que se alcancem os objetivos da clínica psicológica com crianças (Post et al., 2012).

O processo psicoterapêutico infantil geralmente inclui sessões individuais ou grupais com as crianças. Periodicamente, são também realizadas sessões com a família (pais, mães e outros familiares com maior proximidade), assim como podem ocorrer sessões conjuntas com a criança e sua família. Os atendimentos com os responsáveis têm o intuito de oferecer acolhimento e escuta, fornecer orientações e informações sobre o desenvolvimento infantil que possam constituir dúvidas, sensibilizar para a compreensão das questões da criança e até mesmo favorecer a comunicação entre os membros da família, sempre tendo como foco principal o benefício da criança que está sendo atendida (Aguilar, 2005; Oaklander, 1980).

Em estudo exploratório com psicoterapeutas infantis de diferentes abordagens, Oliveira et al. (2018) encontraram que todos os participantes costumam incluir os pais na psicoterapia da criança, a maioria (76,3%) com regularidade e os demais (23,7%) de acordo com a necessidade do caso, variando entre periodicidade semanal (2,6%), quinzenal (27,6%), mensal (57,9%) ou variável (11,8%). As principais técnicas utilizadas pelos psicoterapeutas no momento das entrevistas com as famílias foram escuta aberta, coleta de informações sobre a criança e aconselhamento e orientação aos pais. Esta pesquisa também se preocupou em descrever categorias relacionadas a dificuldades e benefícios relacionados à participação dos pais, constituindo dificuldades: a criança como sintoma dos conflitos familiares ou do casal; a resistência dos pais à psicoterapia e às mudanças; e o cumprimento do contrato pelos pais (p. 41). Os benefícios identificados foram: a aliança terapêutica; a compreensão da dinâmica familiar e dos sintomas da criança; e o fortalecimento dos vínculos entre pais e filhos.

A importância da participação das famílias na psicoterapia da criança se explica pela função essencial desempenhada por elas na formação e no desenvolvimento do indivíduo. A criança, quando nasce, adentra um contexto familiar específico que pode favorecer ou dificultar determinados comportamentos. Inicialmente, é nesse contexto que ela começa a adquirir suas características pessoais e singulares, ao assumir e diferenciar papéis, além de aprender modelos de comportamento social e receber bases para seu aprendizado emocional (Benedito et al., 1988). Com isso, as dificuldades apresentadas no trabalho com

a criança necessariamente se encontram relacionadas a dificuldades nos vínculos familiares (Benedito et al., 1988; Aguiar, 2005).

Ao entender que a família é uma totalidade autorregulada e que consequentemente, ao se trabalhar com uma criança na clínica psicológica infantil, intervém-se no equilíbrio dessa totalidade familiar, evidencia-se que esse aspecto deverá ser levado em conta durante a compreensão diagnóstica e o processo terapêutico (Aguiar, 2005). Ao longo desse processo, cabe ao psicoterapeuta infantil acompanhar as famílias das crianças que atende, oferecendo o suporte necessário para que o sistema familiar possa lidar de forma mais satisfatória com as mudanças e atingir um novo equilíbrio (Aguiar, 2005).

Costa e Dias (2005), em estudo com psicoterapeutas infantis das abordagens gestáltica, centrada na pessoa e psicodrama, levantaram que estas já experimentaram sentimentos de frustração, solidão e impotência em relação à dependência desse processo para com pais ou a rede social. De acordo com as autoras, os pais podem vir a acreditar que serão apontados pelo psicoterapeuta como culpados pelos problemas da criança, e a resistência por eles expressada pode decorrer daí. As autoras afirmam ainda que, provavelmente, isso ocorre por conta de práticas que privilegiam o saber do psicólogo e desqualificam o saber dos pais, focando mais nas deficiências do que nas competências destes.

Muitas vezes a possibilidade de reconfiguração familiar, advinda das mudanças da criança em psicoterapia, pode ser vivida pela família como ameaça ao seu equilíbrio e, percebendo-se sem suporte para dar continuidade ao processo terapêutico, pode vir a acontecer uma interrupção precoce e inesperada do processo. Ao contrário, quando a família encontra apoio para vivenciar e superar os desequilíbrios momentâneos que podem ocorrer durante a psicoterapia infantil, ela tem possibilidades de crescer e se reconfigurar para formas mais saudáveis de se relacionar (Aguiar, 2005).

Partindo da premissa que a psicoterapia infantil é atravessada diretamente pela participação da família no processo psicoterapêutico, questiona-se a produção científica que envolve a participação da família na psicoterapia infantil. Assim, este artigo tem como objetivo analisar a produção científica sobre a participação de pais, mães e outros familiares no processo psicoterapêutico infantil. Diante da diversidade de abordagens psicoterápicas e suas especificidades, e da prática clínica dos autores do artigo, optou-se por focar em artigos que utilizam como base as abordagens humanistas e/ou fenomenológicas em psicoterapia. Foram contempladas, portanto, as seguintes abordagens clínicas: gestalt-terapia, abordagem centrada na pessoa, ludoterapia, psicoterapia humanista, psicoterapia humanista-fenomenológica, psicoterapia fenomenológico-existencial e psicodra-

ma. Ainda que o psicodrama não seja considerado uma abordagem ligada diretamente ao movimento humanista e/ou fenomenológico em psicologia, para fins deste estudo, incluímos essa abordagem por suas afinidades com esta perspectiva. A escolha deste caminho visa, de um lado, a contemplar as perspectivas oriundas da psicologia humanista – considerada a terceira força em psicologia, que surge na primeira metade do século XX no contexto norte-americano e tem como principais representantes autores como Carl Rogers, Rollo May, Frederick Perls, entre outros –, e, de outro, a lente fenomenológica – filosofia que surge no início do século XX com Edmund Husserl e que tem fornecido, ao longo das décadas, contribuições teórico-metodológicas para a clínica, além de ter influenciado e estabelecido um diálogo com a psicologia humanista e de se apresentar como método qualitativo de investigação empírica. Surgidas no período pós-guerra, as perspectivas humanista e/ou fenomenológica inauguraram novas formas de se entender o homem e serviram de base para o surgimento de propostas psicoterapêuticas voltadas para o público infantil.

Método

Este estudo utilizou como método a revisão integrativa de literatura, que permite sintetizar o estado do conhecimento científico acerca de determinado tema, aponta possíveis lacunas e possibilita extrair conclusões gerais. Este método de pesquisa oferece a possibilidade de adquirir informações aprofundadas sobre determinado assunto, baseando-se em estudos anteriores e analisando-os criticamente, podendo ser eficaz para o profissional que o consulta, em vez de precisar recorrer às fontes originais, muitas vezes em grande quantidade (Mendes et al., 2008).

Apresentaram-se neste artigo os resultados das buscas por artigos disponíveis nas bases de dados Capes e PEPsic publicados nos últimos dez anos a respeito do tema esboçado. O levantamento foi realizado no início do mês de outubro de 2018. A pesquisa foi realizada por meio da combinação de diversas palavras-chave, utilizando os operadores booleanos AND e OR. Inicialmente, foram utilizados os descritores que se referem ao processo terapêutico infantil (*psicoterapia infantil* OR *psicoterapia de crianças* OR *psicoterapia da criança* OR *ludoterapia*), que em seguida foram combinados por meio do operador AND com os descritores que se referem aos responsáveis pela criança (*pais* OR *família*).

Tendo em vista a diversidade de abordagens psicológicas vinculadas às práticas que serão abordadas neste trabalho, foram utilizados também como

descritores aqueles que identificam as abordagens (*gestalt-terapia* OR *abordagem centrada na pessoa* OR *psicodrama* OR *psicoterapia humanista* OR *psicoterapia fenomenológico-existencial* OR *psicoterapia humanista-fenomenológica*), as quais foram combinadas com os descritores referentes ao atendimento infantil (*crianças* OR *infância*).

Como critérios de inclusão, foram considerados: (1) data de publicação de janeiro de 2008 a outubro de 2018; (2) escritos em português, espanhol ou inglês; (3) exclusivamente artigos empíricos disponíveis eletronicamente; (4) fazerem referência a abordagens de inspiração humanista e/ou fenomenológica ou que utilizem um método fenomenológico de pesquisa; (5) fazerem referência direta à prática clínica com crianças, de avaliação, de manejo das sessões ou técnicas; (6) mencionarem a participação dos pais e/ou familiares no processo psicoterapêutico.

Após consulta às bases de dados, foram identificados 187 artigos, 127 na base de dados Capes e 60 na base PEPsic. Primeiramente, foi realizada a leitura de resumos e palavras-chave. Com a aplicação dos critérios de inclusão/exclusão na leitura dos resumos e a eliminação dos repetidos, foram selecionados 29 artigos. Em seguida, os artigos selecionados foram lidos na íntegra e excluídos aqueles que não atendiam ao objetivo da pesquisa, isto é, não tratavam da participação dos pais, mães e/ou familiares no processo psicoterapêutico infantil com abordagens humanista e/ou fenomenológica. Foram incluídos estudos que não indicaram abordagem, assim como aqueles que indicavam apoio em abordagens mistas. Os estudos com adolescentes que continham crianças também foram contemplados. Ao final, restaram selecionados onze artigos, que tiveram suas informações registradas, culminando na descrição e análise dos estudos que atenderam aos objetivos propostos.

Resultados

Observou-se que, nas bases de dados consultadas, quanto ao período, foram publicados até três artigos por ano, como é o caso de 2011, período de maior concentração de publicações. Nos anos de 2008, 2012 e 2013 não foram encontradas publicações com as características pretendidas. As técnicas empregadas na coleta de dados foram relatos de experiência (5 artigos), estudo de caso ou relato de caso clínico (2), encontros terapêuticos (1) e observação participante (1). Nos estudos com foco nos próprios psicólogos, utilizou-se questionário com perguntas abertas e fechadas enviado por e-mail (2) e a entrevista semiestruturada (1). A Tabela 1 apresenta a caracterização dos artigos contemplados.

Tabela 1 — Características dos artigos analisados

Autor/ano	Título	Natureza da pesquisa	Técnicas empregadas
Campos e Cury (2009)	Atenção psicológica clínica: encontros terapêuticos com crianças em uma creche	Qualitativa	Encontros terapêuticos
Rodrigues e Nunes (2010)	Brincar: um olhar gestáltico	Qualitativa	Questionário com perguntas semiestruturadas
Bazanelli-Prebianchi (2011)	Atenção psicológica infantil: compreensão de usuários e estagiários do serviço-escola	Qualitativa	Entrevistas semiestruturadas
Campos et al. (2011)	Clínica gestáltica infantil e integralidade em uma unidade básica de saúde	Qualitativa	Relato de experiência
Wechsler et al. (2014)	Psicodrama com crianças: das intervenções clínicas às psicossociais	Qualitativa	Relato de experiência
Santos (2015)	Avaliação psicológica no atendimento infantil: Uma perspectiva gestáltica	Qualitativa	Relato de caso clínico
Bérgamo e Bernardes (2015)	Relato de experiência: avaliação psicológica de uma criança vítima de abuso sexual fundamentada no psicodrama	Qualitativa	Relato de experiência
Andrade et al. (2017)	Atendimento de crianças com queixas associadas: dificuldade de aprendizagem e problemas de comportamento através do psicodrama moreniano	Qualitativa	Relato de experiência
Bittencourt e Böing (2017)	Contribuições do pensamento sistêmico, da gestalt-terapia e de práticas da psicologia para o trabalho em um CAPSi	Qualitativa	Relato de experiência
Oliveira et al. (2018)	Participação dos pais na psicoterapia da criança: práticas dos psicoterapeutas	Mista	Questionário com questões abertas e fechadas
Pajaro e Andrade (2018)	Estudo de caso em gestalt-terapia: leituras fenomenológicas do desenho infantil	Qualitativa	Estudo de caso

Em seguida, foi realizada a análise dos principais achados a respeito do tema proposto, ou seja, do trabalho com os responsáveis na psicoterapia infantil, subdivididos em duas categorias: (1) Percepções de psicólogos e dos responsáveis sobre sua participação na psicoterapia infantil; e (2) Relatos de sessões/intervenções.

Percepções de psicólogos e responsáveis sobre a participação das famílias na psicoterapia infantil

Compõem essa categoria os estudos que se preocuparam em compreender a percepção das pessoas que participam de sessões familiares na psicoterapia

infantil, sejam as famílias, seja o psicoterapeuta, sejam as crianças. Os artigos desenvolvem pesquisas empíricas que têm como foco os agentes participantes do processo psicoterapêutico. Rodrigues e Nunes (2010) desenvolveram uma pesquisa fenomenológica com gestalt-terapeutas infantis que foram consultados para relatar suas experiências sobre o brincar, assim como suas possibilidades, as habilidades necessárias e as dificuldades vivenciadas por eles. Para a coleta de dados, os autores utilizaram um questionário estruturado, que buscava explorar a experiência dos gestalt-terapeutas, tendo como objetivo principal buscar o significado do brincar para estes. Na análise dos dados, os autores se basearam no método proposto por Amadeo Giorgi e nas contribuições de Antônio Coppe. A relação com os responsáveis pelas crianças em atendimento foi mencionada como a principal dificuldade vivenciada pelos participantes desse estudo, principalmente suas expectativas e sua colaboração com o processo terapêutico, ou ainda as dificuldades do próprio terapeuta em desenvolver essa relação.

O estudo de Bazanelli-Prebianchi (2011) preocupou-se em avaliar os serviços de uma clínica-escola que oferece psicoterapia infantil nas abordagens comportamental, humanista e psicanalítica, realizando entrevistas com os estagiários de psicologia que atendem as crianças e com os responsáveis por elas. Foi encontrado que os estagiários se queixam da incompreensão dos responsáveis a respeito do serviço prestado. Em contrapartida, esses reclamam da falta de comunicação com os estagiários, o que acaba por excluí-los do processo e pode, portanto, diminuir o entendimento sobre ele. Os autores chamam a atenção para a importância dos atendimentos com os responsáveis, já que existem concepções sociais e culturais em relação ao corpo, à saúde e à doença que diferem do entendimento dos psicólogos. Além disso, como a clientela é encaminhada por outros profissionais de saúde, geralmente apresentam-se com diferentes expectativas e crenças do que sejam o tratamento psicológico, a doença, suas causas e as possibilidades de cura. É apontado que a exclusão dos responsáveis pelas crianças do processo terapêutico minimiza o trabalho colaborativo, dificulta a parceria entre o psicólogo e a rede social da criança e torna o processo vulnerável ao abandono. Em suas conclusões, a autora afirma que a formação clínica que privilegia o individual e o intrapsíquico em detrimento de um olhar histórico e social pode trazer estas e outras consequências negativas ao processo terapêutico. Apesar de incluir na pesquisa estagiários que atendem sob diversas perspectivas, a teoria utilizada, assim como a análise dos resultados, é fundamentada no referencial humanista. Na análise dos dados, também é utilizada a análise de conteúdo de Bardin.

Oliveira et al. (2018) desenvolveram um estudo exploratório de levantamento com psicoterapeutas infantis de diferentes abordagens. Encontra-

ram que todos os participantes costumam incluir os pais na psicoterapia da criança. Nos resultados da fase exploratória de sua pesquisa, criou categorias que diziam respeito às dificuldades e benefícios que os psicólogos atribuíram à participação dos responsáveis na psicoterapia infantil. Como dificuldades, uma categoria chama-se “a criança como sintoma dos conflitos familiares ou do casal”, indicando que os psicólogos percebem como dificuldade comum os casos em que a criança é representante de um problema que é familiar ou conjugal. Nesses casos, percebem dificuldades por parte dos responsáveis em reconhecerem seus próprios conflitos e se implicarem no processo. Eles podem experimentar o sentimento inconsciente de culpa pelos problemas do filho, mas o expressam demonstrando competitividade com o terapeuta, acabando por atribuir a ele toda a responsabilidade de resolver os problemas da criança. Outra categoria foi nomeada “resistência dos pais à psicoterapia e às mudanças”, relacionada ao comportamento dos responsáveis de não responderem de forma saudável à melhora da criança ou ao surgimento de suas próprias dificuldades, interrompendo bruscamente o processo ou deixando de cumprir combinados. Também alegaram perceber nos pais (homens) uma maior dificuldade em participar do processo.

A categoria “cumprimento do contrato pelos pais” indicou a ocorrência de faltas, atrasos, descumprimento de obrigações de pagamento, sigilo e outras relacionadas a tal assunto. Como benefícios, a categoria “aliança terapêutica” diz respeito à percepção de que, quando os responsáveis e os psicólogos estabelecem uma boa relação, se favorece uma melhor adesão da criança ao processo, melhor vínculo com o terapeuta e melhor aporte de informações. A “compreensão da dinâmica familiar e dos sintomas da criança” é citada como benefício, que advém da participação dos responsáveis nas reuniões de acompanhamento, possibilitada por um melhor entendimento de pais e mães sobre suas expectativas, desejos e preocupações, contribuindo também para a consolidação das mudanças que vão acontecendo. Por fim, a categoria “fortalecimento dos vínculos pais-filhos” refere-se à percepção pelos psicólogos de que o trabalho com os responsáveis possibilita que haja melhor comunicação e compreensão entre a família, com melhora nas relações estabelecidas entre seus membros.

Os autores concluem que perceberam um consenso sobre a importância desse tipo de participação na psicoterapia infantil, incluindo a flexibilidade com que isso pode acontecer, dentre outros achados. Este estudo utilizou questionário como instrumento de coleta de dados, foi feita uma análise descritiva da parte quantitativa e análise de conteúdo de Bardin da parte dissertativa. Dentre os psicoterapeutas participantes do estudo, apenas um identificou-se

como gestalt-terapeuta e outros 14 com abordagens mistas, enquanto os demais dividiram-se entre as abordagens psicanalíticas e comportamentais. Não existem outras referências às abordagens de inspiração humanista e fenomenológica.

Relatos de sessões/intervenções

Entre os resultados, encontram-se estudos que abordam diretamente as intervenções clínicas com as famílias durante as sessões familiares ou conjuntas. Os artigos se centram na dimensão prática que envolve a participação familiar na psicoterapia e as possíveis intervenções propostas. Campos e Cury (2009) descrevem um estudo fenomenológico com o objetivo de realizar e analisar encontros terapêuticos e seu enquadramento como possibilidade para a criação de um espaço de acolhimento e escuta em ambiente institucional (uma creche da rede pública). Os encontros terapêuticos eram realizados individualmente com crianças de 3 a 6 anos, por iniciativa da própria criança e sob a perspectiva da psicologia humanista. É citado que foram realizadas reuniões com os responsáveis no início e no final da pesquisa, além de esclarecimentos aos que os procuravam durante o trabalho. Porém, é importante ressaltar que no artigo não houve a preocupação de detalhar essas reuniões. O estudo utiliza o referencial teórico da Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers e da Ludoterapia Centrada na Criança de Virginia Axline. A coleta de dados ocorreu por meio dos próprios encontros terapêuticos. Foi realizada uma análise fenomenológica das narrativas das crianças que participaram dos encontros, a partir do acontecer clínico que emergiu desses encontros, buscando apreender o significado das experiências vividas.

O artigo de Campos et al. (2011) apresenta um relato de experiência de gestalt-terapia infantil de grupo no contexto da saúde pública. Nesse modelo de trabalho, optou-se pelo atendimento em conjunto (crianças e responsáveis) a cada três encontros apenas com as crianças, começando pelo primeiro encontro, em que tanto pais quanto crianças expuseram suas queixas iniciais, e finalizando com o encerramento do grupo. Os objetivos dos encontros em conjunto se relacionavam a desmistificar crenças sobre o processo terapêutico e verificar expectativas, observar o diálogo e a relação entre crianças e responsáveis, realizar apontamentos sobre o que estava sendo observado visando a promover discussões e *awareness*. Em suas considerações finais, aponta a família como representando grande influência sobre a criança em seu campo holístico e que a participação dos responsáveis no processo psicoterapêutico infantil está ligada a intervenções mais satisfatórias relacionadas ao autoconhecimento e ao

possível diálogo entre os envolvidos. Nesse estudo, a fenomenologia e o humanismo são representados pela abordagem gestáltica, utilizada pelos autores como referencial clínico.

O artigo de Wechsler et al. (2014) apresenta práticas de intervenções psicodramáticas com foco clínico e socioeducacional. No foco clínico, relata uma intervenção em que se procura atendimento para uma criança de três anos. Entretanto, são identificados conflitos familiares e indicada terapia familiar. É descrita também uma sessão de psicoterapia familiar, com pai, mãe e a criança e, nas conclusões, é reconhecido o desserviço que seria trabalhar apenas com a criança, pois a identidade infantil é produto das relações intersubjetivas com os grupos, o primeiro dos quais é constituído pela família. A técnica da Realidade Suplementar é apresentada como possibilidade de atuação nessa demanda, permitindo a elaboração de questões e solução de conflitos por intermédio de personagens imaginários. Ainda no foco clínico, as autoras relatam brevemente um atendimento em grupo com cinco crianças de idades entre seis e oito anos, porém sem informar sobre o manejo junto aos responsáveis pelas crianças. No foco socioeducacional, relata brevemente sobre o trabalho numa instituição, com um grupo com mães de crianças que estavam em tratamento contra o câncer, servindo de espaço de escuta, acolhimento ao sofrimento e convivência. Um segundo grupo de mães foi criado, porém, assim como o primeiro, passou por um esvaziamento que já era recorrente nesse tipo de trabalho naquela instituição. Não descreveu com detalhes o manejo dos grupos. Ambos, após o esvaziamento, se transformaram em outros, de acordo com as demandas que surgiam espontaneamente, que foram acolhidas como oportunidades de não enrijecimento frente ao instituído. O segundo grupo passou a atender crianças e adolescentes, trabalhando também questões relacionadas a como lidar com a doença. As autoras analisaram, por meio do relato de experiência, as práticas relatadas à luz do psicodrama como abordagem psicoterapêutica.

Em estudo com fundamentação também no psicodrama, Bérghamo e Bernardes (2015) apresentam o relato de experiência de uma avaliação psicológica de uma criança vítima de abuso sexual. Descrevem brevemente sessões com a criança e com a mãe, informando que o pai e o padrasto (acusado de praticar os abusos contra a criança) foram convidados, mas não compareceram. Apresentam interpretações acerca da dinâmica familiar identificada na avaliação, assim como dos efeitos sobre a mãe de uma sessão conjunta entre ela e a filha. O final da avaliação indicou psicoterapia tanto para a mãe como para a criança. Nesse relato de experiência, a abordagem psicodramática foi utilizada pelos autores como base teórico-metodológica.

O artigo de Santos (2015) tem como objetivo promover reflexões sobre o processo de avaliação psicológica de fundamentação gestáltica, utilizando o método fenomenológico e tendo como ilustração um caso clínico. A autora demonstra a importância do processo de avaliação inicial, para que possa definir de que forma realizará o manejo com a criança, seus pais e a escola. Aborda principalmente a participação dos pais da criança durante a avaliação do caso clínico, com descrições a respeito das expectativas apontadas pelos responsáveis, o que identificava neles e como respondeu a eles. Descreve também como ocorreu a sessão devolutiva, sua importância para informar aos pais sobre a criança, como também para implicá-los no processo terapêutico que seria indicado. Relata brevemente sobre as mudanças percebidas na relação deles com a criança após dois anos de psicoterapia com sua filha. A autora afirma que seu vínculo com os pais tem papel fundamental no processo de avaliação psicológica e psicoterapia, compreendendo que os responsáveis têm a atribuição de informar sobre a criança, mas que também estão implicados nos sintomas. A autora utiliza a gestalt-terapia como aporte central, destacando também seu caráter fenomenológico. Menciona, por exemplo, o método fenomenológico na prática da avaliação psicológica infantil, a importância de estar com a criança sem *aprioris*, ainda que reconheça a impossibilidade de suspendê-los completamente. A visão humanista é ainda apontada como tendo influenciado uma mudança na forma como as avaliações psicológicas eram feitas e que, sob outros referenciais, tendiam a reforçar um desequilíbrio de poder entre o psicólogo e o cliente.

No estudo de Andrade et al. (2017) é apresentado um modelo de intervenção em um grupo formado por crianças de 9 a 11 anos, com queixas associadas a dificuldades de aprendizagem e a problemas de comportamento. Nos encontros grupais era utilizada como abordagem teórico-metodológica o psicodrama morreniano. Quanto à atuação com os pais ou responsáveis pelas crianças, é citada apenas uma entrevista de anamnese, realizada também num grupo com eles.

Bittencourt e Böing (2017) apresentam o relato de experiência da atuação em um Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSi) em grupos de crianças, adolescentes e familiares. As experiências relatadas tiveram como base epistemológica o pensamento sistêmico e como base teórico-metodológica as visões sistêmica e gestáltica. A entrada da criança nos grupos era precedida de uma entrevista de anamnese individual com a família, com o objetivo de verificar a queixa inicial, a história da criança e seu desenvolvimento psicomotor. Também eram realizadas sessões com as famílias no entendimento de que, além das características individuais, deve-se focalizar as relações e o contexto de vida da criança. Essas sessões familiares eram realizadas tendo como base a perspectiva sistêmica e não foram

fornecidas maiores informações sobre o manejo clínico, mas sim a respeito da teoria e da convergência entre as duas abordagens. Promover o engajamento das famílias nos processos de diagnóstico e intervenção foi um dos fatores citados como dificultadores do processo psicoterapêutico. A gestalt-terapia é apontada como abordagem cujas bases se fundamentam, dentre outras teorias, na fenomenologia. As autoras apoiaram-se na visão humanista na diferenciação entre a psicologia e as demais áreas, nas equipes multidisciplinares.

O estudo de Pajaro e Andrade (2018) relata o processo psicoterápico de uma criança, tendo como objetivo apresentar a leitura fenomenológica do desenho como metodologia de trabalho na psicoterapia. Para isso, foi realizado um estudo de caso, utilizando como método a pesquisa documental dos diários de campo da psicoterapeuta e dos desenhos do cliente. As autoras descrevem como foram realizadas as leituras fenomenológicas de sete desenhos da criança e apontam de que forma este método pode refletir nas intervenções clínicas em gestalt-terapia. São abordados atendimentos com a mãe, que tinham o objetivo de favorecer nela o acolhimento ao sofrimento da criança. Fala-se em “acompanhamento contínuo”, porém sem especificar a periodicidade, os participantes e as características do manejo clínico nessas sessões.

Discussão

Os resultados encontrados mostram, de forma geral, o lugar relevante da participação das famílias, em suas diferentes configurações, na psicoterapia infantil. No que tange às abordagens humanistas e fenomenológicas, esses resultados sugerem dois caminhos distintos. O primeiro caminho é centralizado no uso do método fenomenológico como estratégia de investigação qualitativa que foca na experiência daqueles que estão envolvidos. Estes estudos são importantes por trazerem de forma próxima a experiência dos envolvidos como norte de possíveis intervenções e reflexões do contexto infantil. O segundo caminho se volta para as intervenções de base humanista e fenomenológica, mostrando como tais abordagens têm desenvolvido uma prática clínica com crianças. Podem ser destacados os estudos, de cunho empírico, que trazem intervenções do psicodrama e da gestalt-terapia. Vale ressaltar que esses dois caminhos, ainda que distintos, são fundamentais para se lançar um olhar amplo sobre o fenômeno infantil e para o sofrimento que o envolve, compreendendo-se todo o campo envolvido. Quanto mais a participação da família é deixada de lado, mais se contribui para um centramento na criança como um problema.

Foram identificados três estudos (Rodrigues e Nunes, 2010; Bazanelli-Prebianchi, 2011; Oliveira et al., 2018) que descreveram a percepção dos psicólogos sobre o trabalho com os responsáveis na psicoterapia infantil. Nesses trabalhos, os psicólogos reconhecem: a necessidade da participação das famílias; a importância de uma condução de qualidade desse momento para o fortalecimento da relação de confiança entre a família, o psicólogo e a criança; e os ganhos referentes ao nível de informações sobre o caso, o comprometimento dos responsáveis com o cumprimento do contrato, com o andamento da terapia e com uma maior abertura para as possibilidades de mudanças que podem advir desse processo. Esses achados confirmam visões presentes na literatura sobre o tema (Aguiar, 2005; Oaklander, 1980) e reconhecem o caráter imprescindível da participação familiar na psicoterapia infantil. As intervenções não são percebidas como um complemento, mas como uma dimensão efetiva que compõe esse tipo de trabalho.

A vivência dos psicólogos infantis indica a necessidade de um maior suporte teórico-prático para o manejo das sessões com as famílias. Um dos estudos (Bazanelli-Prebianchi, 2011), em sua conclusão, afirma que o conhecimento a respeito do processo psicoterapêutico é dos psicólogos, e não necessariamente dos pais, cabendo aos primeiros o cuidado nos esclarecimentos e ajustes de expectativas. Costa e Dias (2005) afirmam que a maturidade emocional e o acúmulo de experiência profissional do terapeuta contribuem para uma melhor articulação entre teoria e prática, com conseqüente melhora no manejo da relação com as famílias e favorecendo um processo mais efetivo. Esta articulação pode e deve ser facilitada por uma produção científica que explore a participação familiar no processo. Ainda que se reconheça a relevância, o aprofundamento teórico-prático parece ainda ser limitado. E, por mais que a literatura de forma geral e comum reconheça a relevância da participação familiar, a carência de estudos dificulta uma maior apropriação dos profissionais envolvidos.

Foi encontrado apenas um estudo que trata das percepções das famílias sobre o processo, com informações de que existiam dificuldades na comunicação com os terapeutas. São, portanto, dados que se complementam: de um lado as famílias que se sentem desassistidas e desinformadas; de outro, psicólogos que se sentem incapazes ou incompreendidos. Não foram encontradas nesses estudos informações sobre atitudes de compreensão e empatia para com os responsáveis pelas crianças, conforme verificou-se na literatura, acerca de seus sentimentos, dificuldades, frustrações como pais, mães, pessoas com suas próprias histórias. As famílias estão também imersas em diversos contextos e recorrem ao psicólogo para obter ajuda, ainda que, em vários casos, essa ajuda seja percebida por eles como necessidade da criança. Isso pode ser papel difícil para o psicó-

logo infantil, pois está ali pela criança, conhece suas dores e é porta-voz dela. Porém, o reconhecimento de que os próprios pais e mães têm suas histórias, suas dores e justificativas pessoais para o seu comportamento (Axline, 1986), e a aceitação de que criticar e julgar os pais não é nosso papel (Aguiar, 2005) pode contribuir para entendê-los como colaboradores do processo, ainda que comumente não saibam como fazê-lo. O discurso comum e consensual acerca da necessidade da participação da família na psicoterapia destoa da aparente dificuldade em situá-los nesse processo.

Não foram encontrados estudos que abordem a percepção das próprias crianças sobre a participação de suas famílias no processo terapêutico, o que surge como um paradoxo, já que na psicoterapia infantil, o principal foco é na criança. Considerou-se importante verificar como as sessões familiares ou conjuntas são entendidas pela criança. Ainda que se reconheça a dificuldade para o desenvolvimento desse tipo de pesquisa, é fundamental que ela seja ouvida para que estratégias efetivas sejam desenvolvidas.

No que diz respeito à categoria “Relatos de sessões/intervenções”, foram identificados estudos que abordam a participação das famílias no processo psicoterapêutico em diferentes fases da psicoterapia. No entanto, eles não especificam claramente como ocorre esse trabalho. Dois estudos (Wechsler et al., 2014; Bittencourt e Böing, 2017) que não se concentraram em descrever como ocorreu o acompanhamento às famílias informaram, ainda, que houve dificuldades relacionadas a esse aspecto, sem informar quais. Os demais estudos trouxeram descrições de sessões com os responsáveis, manejo técnico e suporte teórico, com indicações de técnicas e fazendo reflexões. Apesar de restritos em quantidade, percebe-se a diversidade das intervenções propostas, com possibilidades de atuação junto às famílias individualmente, em grupo ou em sessões conjuntas. Os estudos encontrados relatam experiências em coerência com as abordagens pesquisadas, preservando o foco no benefício da criança, o seu sigilo e o entendimento que seus problemas fazem parte de um contexto mais amplo, do qual é dependente. Esse tipo de estudo pode servir de inspiração para a prática, além de oferecer apoio ao psicólogo infantil que, de acordo com Costa e Dias (2005), pode vivenciar sentimentos de frustração, solidão e impotência em relação à atuação com as famílias das crianças. O compartilhamento de experiências por meio do relato de outros psicólogos pode contribuir para diminuir a solidão profissional citada por essas autoras, já que chegaram em sua pesquisa à percepção de que existem poucos psicólogos infantis que atuam segundo as abordagens estudadas (gestalt-terapia, psicodrama e abordagem centrada na pessoa).

Não foram encontrados estudos que apontem situações de falhas ou insucessos vinculados à relação com as famílias no processo terapêutico infantil. A importância desses pode ser uma alternativa para o acolhimento e suporte aos profissionais que passam por essa experiência sozinhos em seus consultórios, embora sejam situações comuns. A convivência em uma sociedade que privilegia ideais de sucesso, desempenho, rapidez e perfeição também pode afetar esse profissional, que, por estar imerso nesses mesmos valores, pode deixar de estar próximo da criança e de promover o espaço necessário à reflexão das famílias sobre seus valores e estilos de vida (Mattar, 2010).

Considerações finais

Considerando as duas bases de dados consultadas e o período de tempo utilizado, foi encontrada uma quantidade restrita de trabalhos que abordam com mais profundidade o trabalho junto aos pais e demais familiares no processo psicoterapêutico infantil. Apenas onze artigos preocuparam-se em informar que houve um acompanhamento às famílias das crianças e, ainda assim, somente cinco estudos indicaram com maiores detalhes como efetivamente ocorreu este acompanhamento. Tais detalhes permitiram a percepção de que existem várias formas de realizar esse tipo de intervenção, com ações individuais, grupais, conjuntas, com apenas um dos responsáveis ou com vários, periodicamente ou esporadicamente, utilizando leituras de histórias, desenhos, dramatizações, dentre outras das mais variadas técnicas.

Percebe-se que existe nos estudos um consenso sobre a importância da participação das famílias para que o processo psicoterapêutico infantil seja viável e tenha resultados mais efetivos. Infelizmente, esse momento da psicoterapia infantil parece ainda ser encarado mais como um ônus pelos psicólogos do que como um trabalho valioso e que também implica formação, atenção, preparo e dedicação. Sugere-se aos psicólogos infantis maior atenção à sua própria qualificação para atuação junto às famílias das crianças e que se busque trocar experiências com outros profissionais sobre o assunto, sejam de sucesso, sejam de fracasso, tanto tendo em vista o conhecimento, quanto a diminuição da solidão que se pode experimentar.

Sugere-se o investimento em pesquisas, publicações de estudos e experiências sobre o trabalho com as famílias na clínica infantil, tendo em vista que este campo tem sido pouco explorado e é uma área que demanda grande atenção e aprimoramento dos psicoterapeutas.

Referências

- Aguiar, L. (2005). *Gestalt-terapia com crianças: teoria e prática*. São Paulo: Livro Pleno.
- Andrade, A.; Ruiz, J.; Freitas, S. (2017). Atendimento de crianças com queixas associadas: Dificuldade de aprendizagem e problemas de comportamento através do psicodrama moreniano. *Temas em Educação e Saúde*, 3, 85-98. <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/9867>
- Axline, V. (1986). *Dibs: Em busca de si mesmo*. Rio de Janeiro: Agir.
- Bazanelli-Prebianchi, H. (2011). Atenção psicológica infantil: Compreensão de usuários e estagiários do serviço-escola. *Psicologia em Revista*, 17(2), 322-339. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000200011
- Benedito, V. I.; Baptista, T. T.; França, M. R. C.; Vero, J. (1988). Rematrizando a relação pais-filhos. In: Gonçalves, C. S. (Org.). *Psicodrama com crianças: Uma psicoterapia possível*. São Paulo: Ágora.
- Bérgamo, L. N.; Bernardes, M. P. (2015). Relato de experiência: Avaliação psicológica de uma criança vítima de abuso sexual fundamentada no psicodrama. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 23(2), 67-74. <https://doi.org/10.15329/2318-0498.20150008>
- Bittencourt, I. G.; Böing, E. (2017). Contribuições do pensamento sistêmico, da gestalt-terapia e de práticas da psicologia para o trabalho em um CAPSi. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 26(57), 53-68. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412017000100005
- Campos, A. P. de S.; Cury, V. E. (2009). Atenção psicológica clínica: Encontros terapêuticos com crianças em uma creche. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19(42), 115-121. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2009000100014>
- Campos, B. G.; Toledo, T. B. de; Faria, N. J. de (2011). Clínica gestáltica infantil e integralidade em uma unidade básica de saúde. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17(1), 23-29. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000100005
- Costa, M. I. M.; Dias, C. M. S. B. (2005). A prática da psicoterapia infantil na visão de terapeutas nas seguintes abordagens: Psicodrama, Gestalt terapia e centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22(1), 43-51. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000100006>
- Gordon, H. M.; Cooper, L. D. (2016). A case study of parent-child interaction therapy: Flexible client-centered adaptation of an EST. *Clinical Case Studies*, 15(2), 126-142. <https://doi.org/10.1177/1534650115603819>
- Klinger, E. F.; Reis, B. K. dos; Souza, A. P. R. de (2011). A inclusão dos pais na clínica das psicoses infantis. *Estilos da Clínica*, 16(1), 96-115. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282011000100006
- Mattar, C. M. (2010). Três perspectivas em psicoterapia infantil: Existencial, não diretiva e Gestalt-terapia. *Contextos Clínicos*, 3(2), 76-87. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822010000200001

- Mendes, K. D. S.; Silveira, R. C. de C. P.; Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17(4), 758-764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Oaklander, V. (1980). *Descobrendo crianças: A abordagem gestáltica com crianças e adolescentes*. São Paulo: Summus.
- Oliveira, L. R. F.; Gastaud, M. B.; Ramires V. R. R. (2018). Participação dos pais na psicoterapia da criança: Práticas dos psicoterapeutas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(1), 36-49. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000692017>
- Pajaro, M. V.; Andrade, C. C. (2018). Estudo de caso em gestalt-terapia: Leituras fenomenológicas do desenho infantil. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 24(2), 204-214. <https://doi.org/10.18065/RAG.2018v24n2.9>
- Post, P. B.; Ceballos, P. L.; Penn, S. L. (2012). Collaborating with parents to establish behavioral goals in child-centered play therapy. *The Family Journal*, 20(1), 51-57. <https://doi.org/10.1177/1066480711425472>
- Rodrigues, P.; Nunes, A. L. (2010). Brincar: Um olhar gestáltico. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 16(2), 189-198. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000200009
- Santos, T. Q. de A. (2015). Avaliação psicológica no atendimento infantil: *Uma perspectiva gestáltica*. *IGT na Rede*, 12(22), 8-27. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262015000100002
- Wechsler, M. P. da F.; Santos, T. F. dos; Santos, M. A. dos; Silveira, M. N. (2014). Psicodrama com crianças: Das intervenções clínicas às psicossociais. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 22(2), 25-35. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932014000200004
- Weisz, J. R.; Doss, A. J.; Hawley, K. M. (2005). Youth psychotherapy outcome research: A review and critique of evidence base. *Annual Review Psychology*, 56, 337-363.

Recebido em 12 de fevereiro de 2019

Aceito para publicação em 14 de fevereiro de 2020

