



## ARTIGO ORIGINAL

# É possível conhecer o modelo de mente implícito em nosso trabalho clínico?\*

*Eneida Iankilevich<sup>a</sup>*

<sup>a</sup> Psiquiatra e psicanalista. Membro efetivo da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.

**Instituição:** Centro de Estudos Luís Guedes e Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.

## Resumo

**Introdução:** Nossas convicções teóricas e técnicas influenciarão, estejamos conscientes disso ou não, nosso parecer sobre a pessoa que busca nosso atendimento. Sendo assim, estarmos atentos às possibilidades, mas também aos limites inevitavelmente impostos pela posição a partir da qual pensamos nossos pacientes, pode contribuir para uma aproximação mais abrangente de seu sofrimento. Essa constatação levou a autora a pensar em como conhecer ou conhecer melhor o modelo de mente, o paradigma a partir do qual escutamos os pacientes. **Objetivos:** Conhecer o modelo de mente com que nos aproximamos dos pacientes em nosso meio. A autora acredita que, conhecendo melhor nosso paradigma estruturante, estaremos mais alertas para possíveis erros em nossa escuta. **Material e método:** Foi encaminhada a 28 psiquiatras uma questão, via e-mail: “qual é sua concepção de mente em psiquiatria?”. **Resultado/conclusões:** Na maioria dos textos dos colegas, de qualquer formação e momento do desenvolvimento profissional, há referência à necessidade de escutar o paciente e atendê-lo buscando aliviar seu sofrimento, levando em conta a complexidade do encontro com esse ser humano que nos busca. Evidencia-se uma concordância quanto à centralidade da questão mente/cérebro na aproximação

---

\*Versão modificada de trabalho apresentado na XXVI Jornada de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 2012, e no Colóquio do Curso de Extensão em Psicoterapia de Orientação Analítica do Centro de Estudos Luís Guedes - CELG (CEPOA), em 01/12/2012.

do tema. Nas respostas verifica-se o predomínio de uma noção de modelo “plural”, “complexo”, “múltiplo”, “da relação mente/cérebro”, “não excludente”. Encontram-se divergências e invariâncias nos posicionamentos dos sujeitos. As invariâncias dizem respeito à interação, multiplicidade, desenvolvimento, incompletude como inevitáveis em nossa prática e teorizações a partir desta.

**Palavras-chave:** Teoria da mente; Psicoterapia; Ética.

## **Abstract**

Introduction: Our theories and techniques convictions will structure our evaluation of that person who came for help. This will happen being us aware of it or not. So it is important to try to be as much aware of this inner factors as possible. Objectives: To understand the model of mind by which we approach the patients in our environment. The author believes that the more we are aware of our structuring paradigm the more capable we are of perceiving possible errors in our listening to the patient. Material and methods: A question was sent via email to 28 psychiatrists, “what is your model of mind in psychiatry?”. Results/ conclusions In all the answers, whatever the colleague formation or moment of professional development, there is a reference to the necessity of listening to the patient and treating him for the relief of his suffering, taking in consideration the complexity of the meeting with this human being that is searching for us. In the answers there is an agreement about the centrality of the issue mind/brain in approaching the theme. In the answers prevails a notion of a “plural”, “complex”, “multiple”, “of the mind/brain relation”, “not excluding” model. Divergences and invariables appear in the ideas of the subjects. The invariables points to the interaction, multiplicity, development, uncompleted as inevitable in our practice and theorization from that practice.

**Keywords:** Theory of Mind; Psychotherapy; Ethics.

## **Introdução**

Uma menina de sete anos de idade entra em meu consultório em seu jeito habitual. Traz uma máquina fotográfica na mão. Coloca-a, com aparente displicência, de lado, e começa a preparação de um jogo. Comento que notei ela ter trazido uma máquina fotográfica. “Ah, a câmara!”, exclama. E me explica ser um trabalho para o colégio. Pega uma folha de papel, lápis, e vai desenhando, enquanto fala: “sabe quando pedem que a gente desenhe uma casa, o que a gente sempre faz? A gente desenha um chão (vai desenhando o que diz), uma árvore e uma casa, que pode ser assim (telhado, duas partes, com porta em uma e janela na outra), assim (parecido, mas janela e porta na mesma parte), assim (telhado algo diferente, mais pontudo), sol, nuvens. Sempre igual. A profe então pediu que a gente saísse pelas ruas, olhando outras formas de casa. Vou tirar fotos, por isso trouxe a câmara”.

Cabe salientar que essa menina mora em apartamento na cidade. O que seria essa estereotipia, um paradigma, um arquétipo, um modelo? O que minha paciente me ensinou ilustra o que o filósofo Edgar Morin<sup>1</sup> afirma: vemos o que o paradigma nos permite ver, não vemos o que o paradigma não nos permite ver. Além das possibilidades que essa comunicação abriu no trabalho psicoterápico específico com essa menina (o que não estaríamos vendo, o que era preciso olhar de outra maneira, que versões de sua/nossa história estariam obstruídas pela versão “de sempre”, para citar algumas reflexões necessárias), fez-me pensar no paradigma que orienta “o que vemos”, em outras palavras, nossa escuta, e é determinante na conduta que tomamos com os pacientes que nos procuram. Nossas convicções teóricas e técnicas influenciarão, estejamos conscientes disso ou não, nosso parecer sobre a pessoa que busca nosso atendimento. Sendo assim, estarmos atentos às possibilidades, mas também aos limites inevitavelmente impostos pela posição a partir da qual pensamos nossos pacientes, pode contribuir para uma aproximação mais abrangente de seu sofrimento. O reconhecimento dos riscos impostos por “não vermos” aquilo que nosso paradigma não nos permite ver, que aprendi com minha paciente, fez-me pensar em como conhecer ou conhecer melhor o modelo de mente, o paradigma a partir do qual escutamos os pacientes. Essa noção de que é preciso olhar com cuidado para poder ver o que não vemos habitualmente foi construindo um eixo a partir do qual se organizaram minhas reflexões.

“Paradigmas” são “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência”. Essa afirmação de Kuhn<sup>2</sup> (p. 12), estudioso da história e filosofia da ciência, destaca o inevitável limite de um conhecimento à medida que novos dados podem ser reconhecidos, inclusive a partir dos paradigmas anteriormente vigentes. Dessa forma (“por inclusão de dados significativos e exclusão de dados não significativos”, diz Morin<sup>1</sup>, p.14) o conhecimento progride, a ciência (e, em nossos termos, a mente) se desenvolve. O aprisionamento em paradigmas impede que se perceba o novo, o diferente, daí a importância de procurarmos conhecer nossos paradigmas: eis o ensinamento/aprendizado da menina e a possibilidade aberta pela proposta de refletir sobre nosso modelo de mente, implícito<sup>3</sup>, mas direcionando nossa escuta dos pacientes. Canestri<sup>3</sup> e colegas da Associação Psicanalítica Europeia, em importante esforço de pesquisa em psicanálise, afirmam que trabalhamos com teorias implícitas, privadas e pré-conscientes. Um dos objetivos do trabalho que seu grupo empreende é a busca por mostrar o valor de identificar as teorias implícitas que guiam o que o analista efetivamente faz em seu trabalho clínico. Segundo esse autor, o psicanalista, à medida que se torna mais experiente, vai construindo uma versão privada a partir da “teoria oficial” que aprendeu. Distingue três componentes em constante interação na “teoria” do analista: pensamento baseado na teoria pública; pensamento teórico privado; e a interação do pensamento privado com o explícito (o uso implícito da teoria explícita). O trabalho clínico “real” seria determinado por esse complexo construto, implícito porque, “sem ter sido formalmente enunciado, está, entretanto, contido, por inferência, em outro julgamento ou conceito ou fato” (p. 16). A teoria privada, implícita, do psicanalista torna-se o modelo a partir do qual ele trabalha. Canestri<sup>3</sup> também enfatiza que nossa avaliação do paciente é influenciada por múltiplas fontes, nem todas reconhecíveis por nós enquanto as usamos. O

trabalho citado diz respeito, especificamente, à clínica psicanalítica, mas acredito que esse fenômeno (a construção de uma teoria própria, implícita, que se torna um modelo que orienta nossa escuta e, portanto, conduta com o paciente) acontece inevitavelmente à medida que nos tornamos mais experientes, seja qual for nossa orientação teórica, e, portanto, técnica, predominante.

Assim, pensei que seria útil procurar conhecer o modelo, o paradigma a partir do qual exercemos nossa escuta, nossa aproximação das pessoas que nos procuram, para não ficarmos, sem o saber, “desenhando sempre as mesmas casas”, talvez orientados por arquétipos não questionáveis porque não conhecidos, portanto ofuscantes, impeditivos do desenvolvimento. Essa concepção coincide com a meta do trabalho psicoterápico de orientação analítica, assim como da psicanálise, que pretendem possibilitar aos pacientes crescimento, desenvolvimento mental, para que possam desenhar sua vida desde múltiplas próprias, perspectivas. Nesse sentido, conhecerem suas teorias implícitas, a partir das quais percebem suas vivências e, dessa forma, tornarem-se capazes de questioná-las, abrindo a possibilidade do novo acontecer, com toda a abertura que então se cria.

Pretendo, neste espaço, descrever um experimento e pensar a partir dele uma forma de conhecer esse modelo em nosso meio.

### **Método do experimento**

Nas palavras da menina que ilumina estas minhas reflexões, “vamos fazer esse trabalho para saber ver coisas diferentes para desenhar “. Como “ver” o que é implícito? Seria suficiente tentar conhecer o meu modelo? Existo separada do meio em que “sou”? Sou capaz de “ver” sozinha? Questões como essas motivaram o planejamento de um experimento que me ajudasse a conhecer, um experimento que não se pretende, obviamente, pesquisa, nem qualitativa e nem quantitativa. Trata-se de uma consulta a colegas, buscando aproximar-me de “saber ver”, uma curiosidade pessoal que, espero, também seja dos leitores. Encaminhei a 28 psiquiatras uma questão, via e-mail: “qual é sua concepção de mente em psiquiatria?” Responderam-me vinte e dois colegas (78,6 %). Organizando-os em termos de experiência profissional, é possível determinar três grupos:

- I. menos experientes (de três a dez anos como psiquiatras): 9 colegas, dos quais 8 responderam;
- II. experientes (de dez a vinte e cinco anos como psiquiatras): 4 colegas, dos quais todos responderam;
- III. mais experientes (mais de vinte e cinco anos como psiquiatras): 15 colegas, dos quais 10 responderam.

Dos 22 colegas que puderam participar do experimento, 6 são psicanalistas ou estão em formação psicanalítica (27,27 %), sendo 4 do grupo III (40 %) e 2 do grupo I (25 %).

## Resultados

Estudando as respostas recebidas, o que primeiro me chamou a atenção foram os termos que os colegas usaram para expressar sua concepção de mente em psiquiatria. Assim, nas vinte e duas respostas, o termo “mente” é utilizado por seis colegas (27,27 %), dos quais dois utilizam “mente/ambiente”. Oito colegas (36,36%) referem-se a “mente/cérebro” em suas considerações. Os oito colegas (36,36%) restantes falam de “mente/cérebro/ambiente”. Em todas as manifestações, há um entendimento de fatores genéticos envolvidos na constituição da mente. Penso que esse achado está de acordo com o desenvolvimento da ciência, que assinala fortemente a interação entre fatores como estruturante da realidade<sup>4</sup>.

Nas respostas, encontra-se uma concordância quanto à centralidade da questão mente/cérebro na aproximação do tema. “O cérebro possui uma existência física, é um órgão de extrema complexidade e é nele que ocorrem fenômenos elétricos, químicos e biológicos. Já a mente é fundamentalmente subjetiva, sem existência física, embora processos mentais possam acarretar fenômenos físico-químicos no cérebro e mesmo em outros órgãos.” “Entendo a mente como uma entidade abstrata que, através de múltiplas funções coordenadas pelo cérebro (...) rege a quase totalidade do comportamento humano.” “Para sentir, para costurar os retalhos e fazer uma colcha com as informações que o cérebro recebe, temos algo que chamamos de mente.”

Na maioria dos textos dos colegas, de qualquer formação e momento do desenvolvimento profissional, há referência à necessidade de escutar o paciente e atendê-lo buscando aliviar seu sofrimento, levando em conta a complexidade do encontro com esse ser humano que nos busca. “Ao escutarmos o paciente, demonstramos que suas questões são suportáveis e que é possível lidar com elas.”

Em todas as respostas verifica-se o predomínio de uma noção de modelo “plural”, “complexo”, “múltiplo”, “da relação mente/cérebro”, “não excludente”, na mesma linha não reducionista. Nesse sentido, aparecem referências à interação (inclusive paciente/terapeuta) como eixo construtor do modelo de mente do psiquiatra.

Vários colegas fazem referência a estar sempre em construção seu modelo de mente, da mesma forma que afirmam pensar a mente em constante desenvolvimento, alcançando maiores possibilidades de atribuir significados a partir das experiências externas e internas que a atingem (“como um processador”, diz um colega). Em sua maioria, apontam para o “material clínico”, o “paciente”, o “trabalho conjunto”, como fatores determinantes na construção de seus modelos. É possível encontrar, nesses assinalamentos, ecos da tradição psiquiátrica e psicanalítica, em que a clínica constrói a teoria que possibilita novos entendimentos da clínica, que, então, interferem nas concepções teóricas, num entretecer<sup>5</sup> que afirma o interesse principal de nosso trabalho, seja qual for o vértice de aproximação: a busca pelo melhor atendimento das pessoas que nos procuram. Isso também se expressa no dado de que nas descrições de

mente de todos os colegas há referências a “dor”, “disfunção”, “alteração”, “prejuízo”, “sintomas”, “patologia” no desenvolvimento mental do paciente, em geral assinalando que devemos usar nosso modelo de mente em busca de construir uma técnica adequada à necessidade do paciente. Pode-se pensar que se manifesta uma postura ética nessa concepção de mente em psiquiatria, um ideal de ajudar os pacientes a sofrer menos, viver melhor.

Muitas respostas enfatizaram ser seu modelo de mente construído a partir das concepções teóricas aprendidas no encontro com o paciente de acordo com as características próprias (de personalidade) do terapeuta, enfatizando o que é essencial: o encontro com o paciente, fonte de aprendizagem, construção e reordenamento de teorias, razão de ser de nosso trabalho.

A seguir, cito algumas afirmações feitas sobre o modelo de mente que, acredito, falam de invariâncias no grupo consultado:

“O meu modelo de mente, penso, é, em primeiríssima ordem, o resultado de minhas experiências.”

“(…) não um único modelo, mas um conjunto de fatores que influenciam emoções e comportamentos, protegem, ou predis põem à doença.”

“(…) uma questão para a qual não tenho resposta (…) e (…) nenhum dos modelos que conheço ou com os quais tive contato me satisfaz ou me parece suficientemente abrangente para abarcar a diversidade do comportamento e das emoções humanas.”

“(…) uma nova versão para a velha equação etiológica do Dr. Sig.”

“(…) com a equação etiológica em mente…”

“(…) nem tudo é entendido e nem tudo tem somente um ponto de vista.”

“(…) um modelo que nunca está pronto…”

Pode-se conjecturar que as invariâncias dizem respeito à interação, multiplicidade, desenvolvimento, incompletude como inevitáveis em nossa prática e teorizações a partir desta. Como já foi mencionado, isso fala de uma postura ética que possibilita a escuta cuidadosa de nossos pacientes.

Numa tentativa de verificar dissonâncias, procurei cruzar os achados entre os grupos organizados a partir do momento do desenvolvimento profissional. Um dado marcante é que todos os colegas “mais experientes” fazem referência a sua experiência como fator da construção de seu modelo de mente; dos “experientes”, a metade fala disso, e, entre os “menos experientes”, nenhum faz menção a isso (um sujeito desse grupo especifica seu tempo de formação como psiquiatra, mas como possível fator limitante).

Todos os “menos experientes” referem, de alguma maneira, o desejo de chegar a construir uma concepção pessoal de mente. Nesse sentido, tanto em nosso desenvolvimento profissional como em

nosso desenvolvimento humano, almejamos viver a individualidade que permite trocas que vão construindo conhecimento.

Uma leitura atenta dos textos que recebi assinala uma tensão entre o que seria um “modelo psicanalítico” e o que seria um “modelo bioquímico”, algo que corresponde ao que pode ser observado naturalmente em nosso meio. Essa tensão, que pode ser percebida na leitura das respostas de todos os grupos, adquire uma característica específica nos textos dos “menos experientes”. Estes, unanimemente, especificam o desejo de encontrar uma maneira de integrar modelos (um modelo “integrativo biopsicanalítico”, sugere um colega) e, nessa integração, encontrar indicadores para uma melhor aproximação dos pacientes.

Esse ideal está bem descrito nestas palavras de um colega: “Pensei como um mecânico que é chamado a realizar um reparo e deve levar em sua caixa de ferramentas várias chaves. Quem determina qual chave ele vai usar é o parafuso e não o mecânico. Mas, para isso, ele precisa de uma caixa bem equipada. Portanto, penso que somos o mecânico, e o paciente é o nosso parafuso. Devemos ter nossa ‘caixa de ferramentas’, nosso arcabouço teórico o mais completo possível para nos adequarmos à necessidade do paciente/parafuso que se apresenta para a gente”.

## **Discussão**

O levantamento das respostas recebidas mostrou aspectos invariantes e dissonantes, que, acredito, propiciam uma reflexão rica e falam do grupo profissional que formamos. Tenho consciência de ter perguntado a colegas que compartilham parte importante de suas formações, mesmo que se diferenciem em suas áreas de preferência e ação clínica. A questão que propus (“qual é sua concepção de mente em psiquiatria?”) é inespecífica e propiciou respostas múltiplas, difíceis de comparar. O estudo dessas respostas, mesmo tendo em mente as limitações descritas, pode contribuir para ampliar o conhecimento da noção de mente que utilizamos.

A maioria dos colegas falou da dificuldade da tarefa, de como “não se pensa nisso” habitualmente. Funcionamos, poderíamos dizer, com um modelo de mente implícito que norteia nossas ações. As colocações de Canestri<sup>3</sup> encontram confirmação nesses depoimentos, reforçando o interesse em estudar-se o assunto. Quanto mais possamos reconhecer aquilo que norteia nossa conduta com o paciente, maior será a possibilidade de atendê-lo melhor (menos possibilidades de “não ver” outras casas).

Nosso modelo de mente orienta nossa aproximação dos pacientes. É construído a partir das teorias que fazem sentido para nós, da interação com nossos pares, de nossa experiência clínica e de vida, de nossa personalidade e do momento de desenvolvimento profissional e pessoal. Está, ou deveria estar, em constante construção, e é importante que busquemos conhecê-lo, para não funcionarmos ofuscados

por esse modelo implícito que, se não conhecido, pode nos cegar para o novo, o aprendido, o desenvolvimento e, acima de tudo, o encontro com esse outro que é nosso paciente.

A experiência que descrevo levou-me a pensar minha própria posição. Certamente minha concepção de mente neste momento já foi modificada pelo estudo das respostas de meus pares à minha provocação, um resultado que considero enriquecedor.

Penso que mente/cérebro/ambiente são sistemas em constante interação e com influências recíprocas.

Percebo entender a mente como propriedade emergente do cérebro vivo e em interação com o outro, com o ambiente. Aliás, seguindo Varela<sup>6</sup>, diria que penso hoje a mente como propriedade emergente do corpo vivo e em interação, constantemente dando sentido à experiência que vive o indivíduo, possibilitando que as vivências, a memória, se tornem história pessoal, que a individuação aconteça, possibilitando a construção da vida de relações, da capacidade de amar e trabalhar<sup>7</sup>. A função da mente como atribuidora de significado às experiências individuais foi destacada no experimento por alguns colegas, especialmente pelos que têm ou estão em formação analítica, com isso evidenciando a sua convicção na teoria aprendida (ou buscada).

Acredito que a interação pela comunicação, com ou sem palavras, é determinante na estruturação da mente e que escutar e falar com o paciente é indispensável para encontrar o indivíduo ali onde nos guiamos pelas teorias, pela experiência genérica. A meu ver, a aproximação desde um vértice psicanalítico, em constante oscilação com outros<sup>8</sup>, possibilita que esse encontro se torne terapêutico, contribuindo para o conhecimento da singularidade daquele paciente, daquele ser específico que nos procura e, portanto, para o conhecimento da forma pela qual ele utilizará o que lhe propusermos, seja qual for a orientação teórica/técnica de nossa conduta.

Acredito que o encontro com a subjetividade, com a especificidade do sujeito que nos procura, é determinante do resultado de qualquer tratamento, assim como contribui para a abordagem do humano em cada um de nós. Penso, portanto, que um modelo integrador, como desejam os colegas, explicitamente os “menos experientes”, efetivamente beneficiaria nosso encontro com os pacientes, contribuindo para melhor atendê-los. O que fala a favor de esforços realizados para levar adiante essa busca por um modelo mais abrangente de escuta do paciente.

Reconhecer que, ao escutarmos nossos pacientes, o fazemos a partir de um modelo de mente do qual nem sempre estamos conscientes, pode nos ajudar na constante busca por ouvir esse outro que nos fala a partir de sua especificidade e necessidades, busca por não ficarmos impedidos de, por maior domínio de alguma técnica, atender a outras necessidades de nossos pacientes. A subjetividade característica dos seres humanos está implicada em qualquer relação. Nessa relação tão específica paciente/terapeuta, não poderia deixar de ser essencial e determinante esse encontro de subjetividades. Em qualquer técnica



pode-se fazer necessário, em algum momento, o reconhecimento e abordagem de possíveis interações dessa ordem interferindo no processo de tratamento.

Penso que as palavras de Kandel<sup>9</sup> – ser a missão do século XXI desvendar essa “complexa unidade mente/cérebro” – indicam um caminho a seguir. Nesse sentido, a noção de inconsciente, central em psicanálise e em minha prática, é um fato clínico que demanda estudo continuado e vem sendo levado em conta em outras áreas do conhecimento (memória<sup>10</sup>, por exemplo). Poder levar em consideração fatores inconscientes no encontro paciente/terapeuta também contribui para evitar-se, dentro do possível, riscos de estreitamento de nossa avaliação, riscos de enxergarmos apenas “a casa que nosso paradigma nos permite ver”, com os inevitáveis erros decorrentes, como aprendi com minha paciente. Os colegas mostram preocupação semelhante ao enfatizarem a busca por um modelo integrador.

Penso que a questão do vértice de observação, mental ou cerebral, que orienta nossas abordagens práticas exige pesquisa para “aprendermos a ver” aquilo que não podemos ver, isolados em nossos paradigmas. Para isso, colegas de diferentes orientações teóricas poderiam dedicar-se às mesmas pesquisas, desde o projeto até a realização e análise, para que questionamentos quanto à efetividade das abordagens possam ser realizados e ampliemos o conhecimento dessa “complexa unidade mente/cérebro”<sup>9</sup> aprendendo uns com os outros. Essa seria uma maneira de contribuir ao esforço de compreender aquela pessoa que é o nosso paciente, aquilo que a traz a nós e, quem sabe, encontrar um caminho para multiplicar as possibilidades de aliviar seu sofrimento.

Conhecer o melhor possível nossa teoria implícita<sup>3</sup> de mente nos ajuda a ver “mais de um tipo de casa”, beneficiando com isso o desenvolvimento de nossos pacientes e de nossa ciência.

## **Agradecimentos**

Agradeço ao colega Erico de Moura Silveira Junior pela leitura atenta e sugestões valiosas.

Agradeço aos colegas que tornaram possíveis estas reflexões e autorizaram o uso de seus depoimentos. Sem eles, esse trabalho não teria acontecido.

## Referências

1. Morin E. (1990). Introdução ao Pensamento Complexo. Lisboa, Instituto Piaget, 2003.
2. Kuhn T. (1962) A Estrutura das Revoluções Científicas. São Paulo, editora Perspectiva S.A., 2007.
3. Canestri J. Psychoanalysis: from Practice to Theory. Londres, Whurr Publishers Ltd, 2006.
4. Polanczyk G. Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. Rev Psiquiatr RS. 2009;31(1).
5. Leuzinger-Bohleber M, Fischmann T. What is conceptual research in psychoanalysis? Int J Psychoanal. 2006; 87(Pt 5):1355-86.
6. Varela F.; Thompson E.; Rosch E. A Mente Corpórea. Portugal, Instituto Piaget, s/d.
7. Freud S. (1915) Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud v. XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1974.
8. Ferro A. (1995). A Técnica na Psicanálise Infantil. Rio de Janeiro: Imago Editora.
9. Kandell E. Biology and the future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. American Journal of Psychiatry 1999; 156-4 p.505-524.
10. Izquierdo I. Memória. Porto Alegre; Artmed, 2002.

## Correspondência

Eneida Iankilevich

Av. Taquara, 564/206. Bairro Petrópolis

90460-210. Porto Alegre, RS.

eianki@terra.com.br

Submetido em 04/08/2013

Devolvido ao autor em 16/10/2013

Retorno do autor em 24/11/2013

Aceito em 04/12/2013