



## EDITORIAL

### **A integração de múltiplos vértices na formação dos psicoterapeutas da infância e da adolescência**

*Norma U. Escosteguy\**

\* Professora Assistente de Psiquiatria da FAMED-PUCRS. Especialista em Psiquiatria da Infância e da Adolescência por Paris XIII-Nord. Professora e supervisora do CEAPIA – Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa na Infância e Adolescência. Professora convidada do CAPIA – CELG.

Foi com grande prazer que recebi o convite para este retorno à RBP, agora para participar, por meio deste editorial, da série de números temáticos sobre o ensino da psicoterapia no Brasil, proposta nesta atual fase de revitalização da RBP.

Em 2007, realizou-se em Porto Alegre o XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que foi precedido pelo Pré-Congresso de Psicoterapia. Tanto a epígrafe que anunciou o Congresso Brasileiro – *a Psiquiatria para a pessoa: o acolhimento da pluralidade* – quanto a desse Pré-Congresso de Psicoterapia – *Psicoterapia para a pessoa: Por detrás de um diagnóstico há uma pessoa com seu tratamento compartilhado, resultado de um encontro clínico* – apontavam decisivamente para os rumos atuais das questões que se incluem em todo processo psicoterápico.

Paciente e terapeuta: trata-se de uma dupla no campo. É um encontro de duas mentes, solicitadas em suas funções conscientes e inconscientes: estabelecem-se ressonâncias, verbais e não verbais, únicas em cada díade terapêutica.

Quando se trata de crianças e adolescentes, no entanto, a frase ainda exige acréscimos específicos: a psicoterapia para a pessoa torna-se *a psicoterapia para a criança e para o adolescente*. Mas ela também envolve sempre, e é, de alguma forma, dirigida para os pais ou responsáveis pela criança, e, muitas vezes, pelo adolescente.

Se “por detrás de um diagnóstico há uma pessoa” – no nosso caso, há uma criança ou um adolescente em seu ambiente com seu tratamento compartilhado, resultado de um encontro clínico plural, além de único; pois, desde a avaliação diagnóstica, estaremos também diante de um grupo familiar com seu peculiar entrecruzamento (positivo ou negativo) de interações (conscientes ou não, além de transgeracionais) – grupo parental/familiar corresponsável participante do processo através do qual se estrutura a personalidade, ou a subjetividade, do nosso paciente.

A formação dos psicoterapeutas da infância e da adolescência, tal como se reflete e se localiza no nosso meio, tem uma história rica e não linear. Muitos dos terapeutas formadores das gerações mais novas construíram suas experiências iniciais no exterior em serviços com orientações muitas vezes bastante diversas.

Mas a evolução científica dos últimos anos acrescenta exigências sempre renovadas: esses tempos de complexidade desafiam, de uma parte, nossa capacidade de integração enquanto apontam simultaneamente numa tensão dialética para a necessidade de maior foco e especialização.

Para circunscrever uma formação que se desdobra em muitas facetas, necessitamos abordar vários vértices: a importância dos aportes da chamada “psiquiatria do bebê”, a necessária pluralidade teórica como base dessa formação, as peculiaridades da avaliação na clínica de crianças e suas famílias, as relações entre funções parentais e funções terapêuticas, as peculiaridades da clínica da adolescência e sua família, o valor dos testes psicológicos e da visão de trabalho em equipe multidisciplinar, a importância da elaboração de trabalhos escritos, além da experiência com setores específicos de trabalho (emergências, interconsultas, capsis, adoção, entre outros).

Tanto para o processo de avaliação diagnóstica quanto no processo de escolha terapêutica, em relação aos sintomas ou falhas apresentadas pelo paciente, a questão do desenvolvimento, examinada sob múltiplos focos, ocupa posição central. A própria psiquiatria infantil (psiquiatria da infância e da adolescência) hoje passou a ser nominada, com toda a adequação, como psiquiatria do desenvolvimento.

Dos bebês à adolescência, com larga passagem pela idade escolar, é certo que os processos afetivos e intelectuais necessários para a nutrição do desenvolvimento humano são inter-relacionais – ou intersubjetivos. É a relação humana que pode cumprir seu papel estruturante ou, ao contrário, pode causar profundas marcas precoces que se mantêm no inconsciente não reprimido, transformando-se em falhas que vão exigir posteriores reparações de modo terapêutico. É interessante (e obrigatório) observar, então, como a clássica equação etiológica de Freud se reatualiza, tornando-se ainda mais

complexa, com os conceitos atuais, por exemplo, de epigenética, que vem se desenvolvendo em ritmo vertiginoso. E mais relevante ainda é considerar a importância do ambiente como motor das interações que podem alterar – epigeneticamente – a expressão da carga genética original.

É o ambiente responsável potencial tanto por promover atividades protetoras (expansão de fatores de resiliência, por exemplo) quanto por engendrar experiências deletérias: as pesquisas atuais demonstram que assistir a violência e maus tratos já é bastante para imprimir uma alteração que pode perdurar nas percepções e sentimentos de crianças que vão se tornar adultos, instaurando-se um ciclo transgeracional capaz de manter – e explicar – as interações patológicas que se realimentam. São forças patogênicas poderosas, muitas vezes somadas ou multiplicadas, que podem impor limitação e impotência ao desenvolvimento de uma criança.

Além da avaliação de prejuízos com instrumentos cada vez mais sofisticados, amplia-se a discussão sobre os recursos terapêuticos que poderiam alterar esses processos patológicos, únicos em cada paciente, em cada núcleo familiar.

Desde 1994, formou-se nos EEUU uma força-tarefa denominada Zero to Three<sup>1</sup>, que publicou a Classificação Diagnóstica 0-3 (de zero a três anos) enfocando “a saúde mental e transtornos do desenvolvimento do bebê e da criança pequena”<sup>1</sup>, revisada em 2005 (sem tradução em português). Organizada segundo o modelo da DSM-4, com cinco eixos compondo o diagnóstico, é interessante comparar o Eixo II das duas classificações. Na DSM-4, o Eixo II corresponde aos Transtornos de Personalidade; na Zero a Três, o Eixo II corresponde à Classificação de Relacionamento dos Cuidadores, enfocando três aspectos: 1. Qualidade comportamental da interação; 2. Tom afetivo; 3. Envolvimento psicológico. Seis grandes categorias se seguem, com várias subdivisões, que devem responder a esses três aspectos: Relacionamento excessivamente envolvido; Relacionamento pouco envolvido; Relacionamento ansioso-tenso; Relacionamento irritado-hostil; Relacionamento misto; Relacionamentos abusivos (verbais, físicos, sexuais). Pode-se, assim, estabelecer diretamente a correlação entre ambos os Eixos II das respectivas classificações: as peculiaridades do relacionamento dos cuidadores da criança pequena (0-3) corresponderão aos futuros transtornos de personalidade (DSM-4), que se diagnosticam a partir dos 18 anos.

Do ponto de vista interacional (ambiental), pode-se avançar a ideia de que os cuidados precoces com o ambiente a que estão sujeitas as crianças

---

<sup>1</sup> Zero to Three - 2000 M ST NW, Suite 200 - Washington DC 20036. [www.zerotothree.org](http://www.zerotothree.org)

pequenas constituem medidas preventivas essenciais para o desenvolvimento de transtornos da personalidade – afirmativa confirmada pelas variadas pesquisas neurocientíficas (em animais e humanos) em curso na atualidade – considerando-se especialmente o potencial de múltiplas (e ainda imprevisas) alterações epigenéticas.

Destaca-se a intensidade de interações terapêuticas, tanto com os pais como com as crianças, trabalhadas por equipes multiprofissionais, que são propostas pela Força Tarefa Zero a Três, evidenciando a aposta na reversão precoce de processos interativos patogênicos através da transformação que novas experiências – programadas individualmente – podem proporcionar para modificar e regular percepção, emoções e conduta das crianças atendidas.

Funções parentais a serem desenvolvidas precocemente, funções terapêuticas que incluam os pais em suas experiências como cuidadores convocam elementos de múltiplos vértices de compreensão subjetiva e intersubjetiva: conscientes (cognitivos e comportamentais) e inconscientes – conflitos muitas vezes transgeracionais, cuja abordagem terapêutica nos foi relatada por Selma Fraiberg<sup>2</sup>, por exemplo, em um trabalho hoje clássico e possivelmente suscetível de ser reatualizado.

Assim, se não existe um bebê sozinho, como nos afirmou Winnicott, não existirá uma criança sozinha que busque ajuda terapêutica: o que torna os pais, se não parceiros no processo terapêutico, indispensáveis participantes do diagnóstico psicológico psicanalítico de cada criança, cabendo aos terapeutas obterem sua anuência mínima aos projetos propostos, sejam terapêuticos ou preventivos.

Sabemos quanto é desafiadora a formação em psicoterapia: treinamento clínico supervisionado, estudos teóricos múltiplos e a análise pessoal como forma de afinar o nosso singular instrumento de trabalho: nossa própria percepção dos processos psíquicos que se desenrolam no campo transicional único que se forma em cada encontro terapêutico desde a avaliação.

Nos tempos de hoje, podemos pensar que, quanto mais oportunidades houver de trocas de conhecimento e informação, mais avançamos em direção ao enriquecimento de possibilidades para desenvolver e praticar a psicoterapia em suas diferentes modalidades: nosso instrumento pessoal também se treina diante de leituras que despertam sentimentos e inquietações num fluxo contínuo de renovação.

Diante da inevitável afirmativa de que mente e cérebro são descrições de um mesmo fenômeno, com compreensões ou abordagens complementares, podem-se entender as psicoterapias como condutas terapêuticas relacionais (em geral diádicas), mobilizadoras dos aspectos funcionais mente-cérebro integrados, em qualquer etapa do ciclo do desenvolvimento humano.

Esta seria uma afirmativa dos tempos atuais que se sobrepõe tanto às diferenças nas práticas psicoterápicas quanto à diversidade das pesquisas, incluindo a área das neurociências, o que exige intenso processo de trocas de informação, diálogos e debates, como é a proposta da BBP, para que se possa promover a ampliação de nossa fascinante ciência.

## Referências

1. Classificação Diagnóstica: 0-3. Classificação diagnóstica de saúde mental e transtornos do desenvolvimento do bebê e da criança pequena. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
2. Fraiberg S et al. Fantasmas no quarto do bebê: uma abordagem psicanalítica dos problemas que entram a relação mãe-bebê. Tradução de Ester M. Litvin. Publicação CEAPIA. 1994;(7):12-34.

## Correspondência

*Norma U. Escosteguy*  
Av. Venâncio Aires, 1191/72 - CEP 90040-270  
Porto Alegre - RS - Brasil  
nescosteguy@terra.com.br