

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

BRUNO ESPOSITO

**Um meio maleável: aportes psicanalíticos para grupos terapêuticos de  
adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação**

São Paulo  
2022

BRUNO ESPOSITO

**Um meio maleável: aportes psicanalíticos para grupos terapêuticos de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação**

**Versão original**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Pablo de Carvalho Godoy Castanho

São Paulo

2022

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE  
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA  
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catologação na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo  
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Esposito, Bruno

Um meio maleável: aportes psicanalíticos para grupos terapêuticos de  
adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação / Bruno Esposito;  
orientador Pablo de Carvalho Godoy Castanho. -- São Paulo, 2022.

150 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) --  
Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

1. Comportamento autodestrutivo. 2. Adolescência. 3. Psicoterapia de Grupo.  
I. Castanho, Pablo de Carvalho Godoy, orient. II. Título.

Nome: ESPOSITO, Bruno

Título: Um meio maleável: aportes psicanalíticos para grupos terapêuticos de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

Prof. Dr. Pablo Castanho

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Isabel da Silva Kahn Marin

Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## RESUMO

ESPOSITO, Bruno. **Um meio maleável**: aportes psicanalíticos para grupos terapêuticos de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação. 2022. 150 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

Este trabalho parte da constatação de que a problemática do comportamento suicida e da automutilação vêm impondo-se entre adolescentes com uma frequência crescente no mundo contemporâneo, inclusive no Brasil, com uma intensificação dos pedidos de assistência, sobretudo nos serviços públicos. No entanto, os espaços de atendimento voltados a essa população são ainda escassos e pouco instrumentalizados, do ponto de vista teórico-técnico, para o manejo de tais situações críticas e complexas. A literatura demonstra que as taxas de abandono de tratamento nessa população são muito expressivas, e nossa hipótese é de que isso se dá pela falta de maleabilidade dos dispositivos clínicos ofertados pelas instituições. Sendo os grupos terapêuticos um recurso privilegiado para a adesão e intervenção com adolescentes, retomamos o conceito psicanalítico de *meio maleável* – proposto inicialmente por Marion Milner e posteriormente desenvolvido por René Roussillon – para analisar um dispositivo de grupo terapêutico de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação, visando a identificar balizas teórico-técnicas úteis para constituí-lo como meio maleável. O método empregado nesta pesquisa é teórico-clínico, articulando um percurso teórico (acerca da adolescência na contemporaneidade e suas famílias, dos aportes da psicanálise de grupo e das características do enquadre à luz de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação), com a experiência clínica do autor, que, por quase dez anos, integrou uma equipe de atendimento a esses adolescentes em um serviço de saúde mental público da cidade de São Paulo. Na discussão, são propostas três balizas que destacam diferentes momentos dos grupos terapêuticos com tais adolescentes, do *grupo fluindo*, do *grupo do silêncio e do corpo*, e do *grupo implodindo*, cada um deles apresentando diferentes características quanto à tarefa, ao enquadre, às dinâmicas transferenciais e principalmente ao trabalho do coordenador. A discussão é permeada por vinhetas clínicas de grupos terapêuticos de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação, que, ao se articularem à teoria, permitem-nos fundamentar as diferentes modalidades de coordenação de acordo com o momento do grupo. Conclui-se que a capacidade do coordenador de compreender as nuances clínicas presentes nas diferentes balizas grupais e de se adaptar às necessidades técnicas de cada momento são fundamentais para que a experiência do dispositivo de grupo se dê enquanto meio maleável, permitindo ao adolescente utilizá-lo também nas suas diferentes dimensões subjetivas, implicando uma melhor adesão e benefícios terapêuticos do dispositivo.

Palavras-chave: Comportamento autodestrutivo. Adolescência. Psicoterapia de Grupo.

## ABSTRACT

ESPOSITO, Bruno. **A pliable medium**: psychoanalytical inputs to adolescents with suicidal behavior or self harm therapeutic groups. 2022. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

This work starts from the observation that the problem of suicidal behavior and self harm has been imposing itself among adolescents with increasing frequency in the contemporary world, including in Brazil, with an intensification of treatment requests, especially in public services. Nonetheless, the health services aimed at this population are still scarce and poorly trained, from a theoretical-technical point of view, to handle such critical and complex situations. The literature demonstrates that the treatment dropout rates are very expressive, and our hypothesis is that this is related to the lack of pliability of the clinical settings offered by the institutions. As therapeutic groups are a privileged resource for adherence and intervention with adolescents, we recuperate the psychoanalytic concept of pliable medium – proposed initially by Marion Milner and later developed by René Roussillon – to analyze a therapeutic group setting with adolescents with suicidal behavior or self harm, aiming to identify theoretical-technical references to constitute it as a pliable medium. This research uses a theoretical-clinical method, articulating a theoretical path (about contemporary adolescence and its families, about group psychoanalysis contributions and about the setting characteristics according to adolescents with suicidal behavior or self harm), with the author's clinical experience, that was part of a treatment team to these patients for almost ten years in a mental health public service in the city of São Paulo. In the discussion, three references are proposed highlighting different moments of therapeutic groups with such adolescents: the group flowing, the group of the silence and the body, and the group imploding, each moment presenting different characteristics regarding the goal, the setting, the transference dynamics and especially to the group coordinator work. The discussion is pervaded by clinical vignettes of therapeutic groups with adolescents with suicidal behavior or self harm that, when articulated to the theory, allow us to substantiate the different modalities of coordination regarding the group moment. We conclude that the capability of the coordinator on comprehending the clinical shades presented in the different group references, and to adapt to the clinical needs of each moment are essential for the group setting experience to be like a pliable medium, allowing the adolescent to use it also in his different subjective dimensions, taking to a better adherence and therapeutic benefits from the group.

Keywords: Self-injurious behavior. Adolescence. Group Psychotherapy.

## RESUMEN

ESPOSITO, Bruno. **Un medio maleable**: aportes psicoanalíticos para grupos terapéuticos de adolescentes con conducta suicida o de automutilación. 2022. 150 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

Este trabajo parte de la constatación de que las problemáticas de la conducta suicida y de la automutilación vienen imponiéndose en adolescentes con una frecuencia creciente en el mundo contemporáneo, incluso en Brasil, con una intensificación de los pedidos de asistencia, sobre todo en los servicios públicos. Sin embargo, los espacios de atendimento dirigidos a esa población son todavía escasos y poco instrumentalizados del punto de vista teórico-técnico para manejar tales situaciones críticas y complejas. La literatura demuestra que los índices de abandono de tratamiento en esa población son muy expresivos, y nuestra hipótesis es que eso se da por la falta de maleabilidad de los dispositivos clínicos ofrecidos por las instituciones. Siendo los grupos terapéuticos un recurso privilegiado para la adhesión e intervención con adolescentes, retomamos aquí el concepto psicoanalítico de *medio maleable* – propuesto inicialmente por Marion Milner y posteriormente desarrollado por René Roussillon – para analizar un dispositivo de grupo terapéutico de adolescentes con conducta suicida o de automutilación con el fin de identificar balizas teórico-técnicas útiles para constituirlo como medio maleable. El método utilizado en esta pesquisa es teórico-clínico, articulando un recorrido teórico (acerca de la adolescencia en la contemporaneidad y sus familias, de los aportes del psicoanálisis de grupo y de las características del encuadre a la luz de los adolescentes con conducta suicida o automutilación), con la experiencia clínica de este investigador, que por casi diez años integró un equipo de atendimento a esos adolescentes en un servicio de salud mental público de São Paulo-SP. En la discusión, son propuestas tres balizas que destacan diferentes momentos de los grupos terapéuticos con tales adolescentes, del *grupo que fluye*, del *grupo del silencio y del cuerpo*, y del *grupo implosionando*, cada uno de ellos presentando diferentes características con respecto a la tarea, al encuadre, a las dinámicas transferenciales y principalmente al trabajo del coordinador. La discusión es permeada por viñetas clínicas de la experiencia regresa con grupos terapéuticos de adolescentes con conducta suicida o de automutilación, que en la medida en que se articulan a la teoría, nos permiten fundamentar las diferentes modalidades de coordinación de acuerdo con el momento del grupo. Concluyese que la capacidad del coordinador en comprender los matices clínicos presentes en las diferentes balizas grupales y de adaptarse a las necesidades técnicas de cada momento son fundamentales para que la experiencia del dispositivo de grupo se dé como medio maleable, permitiendo al adolescente utilizarlo también en sus diferentes dimensiones subjetivas, implicando en una mejor adhesión y beneficios terapéuticos del dispositivo.

Palabras-clave: Conducta Autodestructiva. Adolescencia. Psicoterapia de Grupo.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Pablo Castanho, pela leitura sempre atenta do texto, pela elucidação dos caminhos em pontos obscuros, por me ofertar uma tranquilidade necessária à escrita e pela parceria em nossas diversas atividades de extensão, no complexo contexto de uma pandemia.

Aos queridos colegas de orientação, pelas ricas trocas em relação ao texto, pelas sugestões bibliográficas e pelo suporte mútuo ao atravessarmos momentos difíceis durante a pós-graduação.

Aos funcionários do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), pelo auxílio na resolução de diversas demandas formais durante o mestrado.

A Isabel Kahn Marin e Rosana Onocko Campos, pelas contribuições valiosas no momento da qualificação deste trabalho.

A Lucas Torrisi, pela revisão do texto, e Luís Guilherme Allegro, pela tradução consecutiva de muitos artigos em francês.

Aos colegas do Centro de Referência da Infância e da Adolescência (CRIA) e do Núcleo de Atendimento aos Adolescentes da Universidade Federal de São Paulo (NAD/UNIFESP), com os quais construímos, conjuntamente, algumas formas de tratar adolescentes desafiadores através de grupos terapêuticos. Muito obrigado por tudo que me ensinaram, Alessandra Balaban, Juliana Santos, Lais de Lima e Natalia Rufino, além de todos os outros amigos e colegas que compuseram essa equipe ao longo do tempo.

Aos companheiros do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, em especial aos argentinos que aqui chegaram por força do exílio e que são, para mim, simultaneamente balizadores psicanalíticos, referências culturais e uma família ampliada.

A todos os meus pacientes adolescentes, que tive a oportunidade de atender até hoje. Sem sombra de dúvida, eles foram para mim grandíssimos professores.

A todos os incontáveis amigos e colegas que me acompanharam nesta trajetória, acolhendo, propondo, discutindo, distraíndo-me e me divertindo.

Aos meus queridos familiares, Celeste, Francisco, Guilherme, Jean, Pedro e Silvia, suporte necessário para todo voo que se vislumbre. Pelo mesmo motivo, agradeço à toda a família de minha esposa.



A Carol e Fernando, meu grupo familiar mais íntimo, pelo amor, por estarem ao lado nos melhores momentos e nos mais difíceis, pelo suporte, alegria e esperança que provêm cotidianamente, mas também por tolerarem as ausências que foram necessárias para a escrita deste trabalho.

À CAPES, pelo financiamento.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1. Primeiras aproximações ao tema de pesquisa.....	11
1.2. Delimitando o comportamento suicida e a automutilação .....	13
1.3. Prevalência, adesão e tratamento: dados da literatura .....	17
1.4. Psicanálise e psicanálise de grupo com adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação .....	20
1.5. A trajetória do pesquisador: clínica de grupos e o olhar para os enquadres e manejos .....	25
1.6. Adolescentes com comportamento suicida e de automutilação frente ao grupo e à instituição.....	28
1.7. O meio maleável: uma proposta de compreensão e intervenção em grupos terapêuticos para adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação.....	31
1.8. Considerações formais, éticas e metodológicas .....	34
<b>2. DO CORPO À INTERSUBJETIVIDADE, DA DEPENDÊNCIA AO RISCO: O     ADOLESCENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA OU DE AUTOMUTILAÇÃO     E SUA FAMÍLIA NA CONTEMPORANEIDADE.....</b>	<b>37</b>
2.1. A entrada na adolescência .....	37
2.2. Marcadores socioculturais da adolescência .....	38
2.3. O adolescente: dos pais aos pares .....	41
2.4. Narcisismo, ideais, dependência e autonomia: problemáticas atuais .	43
2.5. Os cortes: automutilação e tentativa de suicídio na adolescência contemporânea .....	45
<b>3. A PSICANÁLISE DE GRUPO: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONTRIBUIÇÕES     À CLÍNICA GRUPAL DE ADOLESCENTES EM GRANDES DIFICULDADES     PSICOSSOCIAIS .....</b>	<b>54</b>
3.1. Breve panorama sobre a história e as concepções dos dispositivos de grupo.....	54
3.2. Da grupanálise à psicanálise de grupo .....	56
3.3. Os grupos operativos de Pichon-Rivière: a centralidade da tarefa .....	65
3.4. Psicanálise de grupo com adolescentes .....	67

<b>4. A PSICANÁLISE FRENTE ÀS SITUAÇÕES-LIMITE: O ENQUADRE E A PERSPECTIVA DO MEIO MALEÁVEL .....</b>	<b>77</b>
4.1. O nascimento da clínica psicanalítica e o enquadre freudiano .....	77
4.2. A psicanálise do enquadre psicanalítico por José Bleger .....	80
4.3. Os estados-limite e os limites do enquadre .....	82
4.4. Os dispositivos clínicos para situações-limite ou extremas de Roussillon.....	85
4.5. O meio maleável de Marion Milner .....	89
4.6. Contribuições de Pinel ao enquadre grupal-institucional de adolescentes em grandes dificuldades psicossociais .....	93
<b>5. DA TEORIA À CLÍNICA: DISCUTINDO BALIZAS PARA A CONSTRUÇÃO DE GRUPOS TERAPÊUTICOS COMO MEIOS MALEÁVEIS .....</b>	<b>97</b>
5.1. Descrição do funcionamento dos grupos terapêuticos no contexto institucional.....	97
5.2. Primeira baliza: o grupo fluindo .....	99
5.2.1. O jogo identificatório.....	100
5.2.2. A ressignificação entre pares .....	102
5.2.3. O grupo em tarefa .....	103
5.2.4. Uma vinheta de um grupo fluindo.....	104
5.2.5. A coordenação .....	106
5.2.6. Transferência e contratransferência .....	107
5.2.7. Adesão e intervenção no grupo.....	108
5.3. Segunda baliza: o grupo do silêncio e do corpo.....	109
5.3.1. O corpo machucado: a única forma de dizer da dor.....	110
5.3.2. Uma vinheta do jogo do esconde-esconde: manejos para encontrar o adolescente em seu sofrimento.....	111
5.3.3. A função da grupalidade no reestabelecimento da tarefa .....	115
5.3.4. A escuta sensível ao corpo do adolescente no grupo .....	116
5.3.5. O uso dos objetos de relação como manifestações não verbais.....	117
5.3.6. A comunicação da equipe institucional: acolhendo a dimensão não verbal do grupo.....	118
5.3.7. A coordenação .....	119
5.3.8. Transferência e contratransferência .....	120
5.4. Terceira baliza: o grupo implodindo .....	120

5.4.1. <i>A ilusão grupal: dos aspectos positivos aos destrutivos</i> .....	121
5.4.2. <i>Uma vinheta do ataque radical ao enquadre</i> .....	123
5.4.3. <i>A coordenação</i> .....	124
5.4.4. <i>Reinstaurando o enquadre: a marca dos limites</i> .....	126
5.4.5. <i>O lugar terceiro da tarefa: distância e triangulação necessária ao estabelecimento dos limites</i> .....	127
5.4.6. <i>Transferência e contratransferência</i> .....	128
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	<b>130</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>139</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Primeiras aproximações ao tema de pesquisa**

Nos últimos anos, acompanhamos um crescimento significativo de pedidos de tratamento por causa de tentativas de suicídio, automutilações ou mesmo ideações e discursos relacionados à própria morte. Majoritariamente, tratam-se de adolescentes, que são levados a psicólogos, psiquiatras ou psicanalistas por seus familiares que, frente a um tema tão sensível, sucumbem também a um estado de aflição e urgência. Para além dos consultórios particulares, a problemática bate à porta dos mais diversos serviços públicos de saúde, que, já em dificuldades técnicas e administrativas, nem sempre conseguem endereçar as questões como desejariam.

Entre meados de 2012 e o início de 2022, portanto, por quase dez anos, integrei uma equipe de saúde mental composta por psiquiatras e psicanalistas em um hospital universitário que acolhia tais pacientes, observando e vivenciando um aumento inegável de encaminhamentos desses adolescentes. Eram demandas espontâneas, ou que provinham de outros serviços de saúde, escolas, assistência social, órgãos jurídicos, serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes (SAICA), ou mesmo profissionais da prática privada, que sentiam a necessidade de um suporte institucional, dada a complexidade e crise desses casos.

Além da busca por tratamento, instituições e profissionais variados de maneira crescente, solicitavam-nos diálogos, supervisões, cursos de capacitação e referências bibliográficas para compreender e atuar com jovens que se automutilavam (que apresentavam cortes e lesões autoprovocadas) e com comportamento suicida (que apresentavam ideias recorrentes de morte e tentativas de suicídio). A literatura científica do campo não é ainda robusta, mas diferentes autores no escopo psicanalítico identificam mudanças na constituição subjetiva dos jovens na contemporaneidade, frente às quais os modelos de tratamento historicamente constituídos precisariam ser repensados (MONTI, 2008; JEAMMET, 2009; DRIEU; PROIA-LELOUEY; ZANELLO, 2011; PINEL, 2011). Tal trabalho de reposicionamento clínico e investigativo está muito longe de estar esgotado, demandando novas pesquisas e formulação de dispositivos clínicos embasados teoricamente e que se aliem às necessidades de tais pacientes.

Pensando especificamente em grupos terapêuticos, considerando as características *gregárias* dos adolescentes, predispostos a se encontrarem e conviverem com pares, mesmo que em contextos de tratamento, poder-se-ia supor a existência de uma literatura que abordasse diferentes práticas grupais voltadas a jovens com histórico de automutilação e comportamento suicida. Mas a realidade demonstra precisamente o contrário, com relativamente pouca teoria e relatos de experiência de grupos terapêuticos com adolescentes de maneira geral, quanto mais com tais comportamentos específicos – e tão característicos dos tempos atuais. Este trabalho, portanto, visa a contribuir com o campo articulando minha experiência prática com produções teóricas na psicanálise que forneçam possíveis aportes ao tratamento desses pacientes, considerando o contexto grupal-institucional. *O objetivo é analisar um dispositivo de grupo terapêutico de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação<sup>1</sup>, visando a identificar balizas teórico-técnicas úteis para constituí-lo como meio maleável.*

Falaremos primeiramente do comportamento suicida e da automutilação na adolescência. Evidentemente, o suicídio propriamente dito e todos os comportamentos que se lhe avizinham – como as tentativas de suicídio, ameaças e lesões autoinfligidas – perpassam toda a história da humanidade, mas o aumento quantitativo e as mudanças qualitativas atuais nos fazem pensar que estamos diante de um fenômeno novo, com dinâmicas peculiares possivelmente relacionadas às próprias mudanças de vida nas últimas décadas. Novos conceitos de família, de interação social, de propaganda e consumo e, por último, mas não menos importante, o advento da internet e das redes sociais virtuais vão atravessando a existência desses jovens e afetando-os muito particularmente, para além do sofrimento que já é esperado pela própria condição adolescente.

Atualmente, não só a intensificação dessa problemática e sua penetração nas diferentes culturas e classes sociais, mas também a violência e seu caráter perturbador envolvidos nos comportamentos suicidas e na automutilação, tem mobilizado diferentes setores da sociedade, e não só pacientes e familiares, de um lado, e profissionais e instituições, do outro. A exposição na mídia tem aumentado,

---

<sup>1</sup> Gostaríamos de destacar que a conjunção “ou” indica alternativa não excludente. Os pacientes sobre os quais nos debruçamos nesta pesquisa incluem as três combinações possíveis: aqueles que apresentam apenas comportamentos suicidas, aqueles que apresentam apenas automutilações e aqueles que apresentam ambos os comportamentos.

estabeleceu-se um mês dedicado à prevenção ao suicídio (Setembro Amarelo), e diferentes filmes e séries vêm buscando significar tal classe de experiências de sofrimento, assim como os fatores que estariam envolvidos no seu advento. Dificilmente, o leitor deste trabalho não tenha escutado falar sobre a série *13 Reasons Why?*, lançada em 2017, ficção que aborda a trajetória até o suicídio (pela via dos cortes) de uma garota adolescente, ou ouvido rumores de um suposto jogo russo intitulado Baleia Azul, que, também por volta de 2017, teria circulado pela internet e desafiado os usuários, sobretudo adolescentes, a efetuarem o suicídio – não sem antes praticarem atos de automutilação.

A significativa e variada presença dessa problemática no campo social demonstra sua relevância nos dias atuais, frente à qual é necessário avançar na produção de conhecimento que ampare a compreensão e sobretudo a intervenção com pacientes e familiares, considerando a experiência *limite* que, a um só tempo, a adolescência e o comportamento suicida e de automutilação representam. Para avançarmos as nossas contribuições ao tema, é necessário, antes de tudo, situá-lo com base em dados, em especial sua incidência na realidade brasileira, partindo da literatura mais geral no campo da saúde em direção às contribuições psicanalíticas até o presente momento. Cabe esclarecer também meu contexto clínico-institucional e minha implicação com o tema.

## **1.2. Delimitando o comportamento suicida e a automutilação**

O primeiro ponto a ser definido é a nomenclatura utilizada para se referir a um determinado espectro de pacientes, escolha que abre, mas também delimita, uma certa população a ser investigada em maior profundidade. No caso, tal escolha não é exatamente fácil, seja do ponto de vista psicanalítico, psicológico ou médico: sabemos que o suicídio ou os atos, ideias e discursos a ele relacionados não correspondem a uma categoria diagnóstica em si.

Cassorla (2017) aponta que existem diversas psicopatologias e contextos que podem culminar em um suicídio ou em uma tentativa: o mais amplamente conhecido seria o suicídio melancólico, que, pela psiquiatria, seria lido como uma associação entre depressão e suicídio, enquanto para a psicanálise seria uma experiência de introjeção psíquica de um objeto perdido (um ente querido que morre, por exemplo, ou uma separação cujo luto não se processa) e, em seguida, estabelecer-se-ia uma

dinâmica de autorrecriminação produzida pelo objeto internalizado em direção ao eu, que, dependendo da intensidade, pode-se configurar na forma de vozes que ordenam que o sujeito tire a própria vida; o contrário também é possível, no sentido de que o suicídio pode ser um homicídio, ou seja, o eu se revoltaria com as recriminações desse objeto perdido e o aniquila – porém, como esse objeto está internalizado, o próprio sujeito é levado embora, configurando um suicídio.

No entanto, existem suicídios ou tentativas que emanam de dinâmicas muito diversas, como o suicídio psicótico, histérico, relativo a uma condição orgânica incurável (eutanásia), os “suicídios de sucesso” (nos quais o sujeito não vislumbra uma vida possível após se ter realizado financeira e profissionalmente, por exemplo) e, o mais importante no escopo de nosso trabalho, o suicídio na adolescência/juventude (CASSORLA, 2017). Como a relação dos adolescentes com o comportamento suicida é correspondente a dinâmicas muito peculiares, em especial no contexto sociocultural atual, não podemos, na maior parte das vezes, colocá-la no mesmo “saco de gatos” que o suicídio de um adulto deprimido, por exemplo.

Observa-se a mesma complexidade conceitual e terminológica com relação à automutilação. Antes da quinta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-V), a automutilação comparecia como sintoma de diferentes quadros psicopatológicos, como, por exemplo, o Transtorno de Personalidade *Borderline*, o Transtorno Dissociativo e Amnésia Dissociativa, no diagnóstico de Estereotipias Motoras e, pela primeira vez a partir do DSM-V, aparece também como um diagnóstico *per se*, com o nome de Transtorno de Escoriação (ARAÚJO *et al.*, 2016). Segundo a psiquiatria atual, portanto, a automutilação poderia tanto ser uma psicopatologia como um sintoma entre outros de diferentes quadros psicopatológicos.

Como sabemos, do ponto de vista psicanalítico, o sintoma não é a doença, e sim um produto derivado de um conflito entre diferentes instâncias psíquicas, ou mesmo de um conflito interrelacional, se quisermos pensar a partir de uma psicanálise vincular contemporânea. Desse modo, a automutilação é tomada como um sintoma fruto de dinâmicas psíquicas e intersubjetivas muito diferentes. Pode-se verificar sua presença em psicopatologias muito profundas, mas também, de forma diversa, em casos com uma estruturação psíquica já mais encaminhada; as características e intensidade dos fatores familiares, microssociais e macrossociais irão variar caso a caso, mas deve-se considerar desde a economia psíquica do sujeito às suas



tentativas de comunicação e significação de sua experiência subjetiva (CIDADE; ZORNIG, 2021; DRIEU; PROIA-LELOUEY; ZANELLO, 2011). A relação com um corpo atravessado pela puberdade e todas as crises identitárias que dizem respeito ao tempo atual da adolescência, mas que evocam feridas muito precoces da vida de um bebê são, para boa parte dos pacientes aos quais nos referimos, dimensões fundamentais a serem consideradas.

Enquanto atos, as automutilações são de qualidades e gravidades muito variadas, partindo de pequenos arranhões intencionais com as unhas na pele, passando pelo uso de instrumentos perfuro-cortantes, até, no extremo, o ato de arrancar uma parte do corpo. Quando falamos em suicídio, em especial no contexto da adolescência, também devemos compreender a amplitude dos fenômenos em jogo, podendo dizer respeito ao suicídio propriamente dito, às tentativas, sejam elas mais ou menos graves, mas também pensamentos intensos sobre se matar, seja de maneira aguda ou recorrente. Interessa-nos, portanto, utilizar os termos que sejam comuns e compartilháveis com outras produções da área da saúde, ao mesmo tempo em que comportem essa amplitude de fenômenos clínicos, que nos coloquem em diálogo com outros pesquisadores e saberes, mas que nos deem liberdade para atender muito mais às dinâmicas psíquicas, familiares e sociais em jogo na produção desses sintomas do que nos fixarmos na minúcia da classificação diagnóstica, como se o sintoma fosse a própria psicopatologia.

Dessa forma, optamos por utilizar os termos comportamento suicida e automutilação por serem ambas definições abrangentes o suficiente para contemplar a maior parte dos pacientes adolescentes que atuam no corpo ou no próprio risco de vida o seu sofrimento e que batem à porta dos serviços de saúde hoje e por serem também classificações coerentes, de certa forma complementares e cada vez mais utilizados nos trabalhos da área. Isso porque a automutilação inclui todas as práticas de autolesão<sup>2</sup>: nesse termo estão incluídos os comportamentos de “[...] *cutting* (cortar-se), *scratching* (arranhar-se), *bruising* ou *hitting* (bater-se) e *burning* (queimar-se),

---

<sup>2</sup> A automutilação equivale ao termo em inglês *self-harm*. Nos últimos anos, as classificações médicas internacionais adotam também o termo *non-suicidal self injury* (NSSI), mas que manteve-se traduzido como automutilação – só esporadicamente aparecendo como “lesões autoprovocadas” ou “autolesão não suicida” (RUFINO, 2021; VENOSA, 2015). A escarificação, além de ser somente uma das possibilidades de automutilação, pode levar a uma confusão semântica, visto que também é compreendida como um ritual presente em diversas culturas, não patológico e socialmente aceito, como se vê no seu verbete da Wikipedia (s.d.).

intencional e deliberadamente, sem – é claro – a intenção de se matar” (VENOSA, 2015, p. 21). Esse aspecto destacado ao final é fundamental; pois, havendo intenção, consideramos o ato como da ordem do comportamento suicida – que, por sua vez, contempla tanto as ideações suicidas (pensar em se matar), as tentativas de suicídio, as próprias automutilações com pelo menos alguma intenção de morte e, por fim, o suicídio completo (RUFINO *et al.*, 2021).

Um pequeno adendo: considerando mais especificamente os estudos psicanalíticos recentes, seria possível pensar talvez em outras formas de nomeação dos pacientes aos quais nos referimos neste trabalho. Se levarmos em conta, por exemplo, que alguns outros comportamentos e sintomas aparecem com grande frequência nesses adolescentes que tanto desafiam os clínicos e as instituições hoje em dia, poderíamos ampliar nossa denominação para “*adolescentes difíceis*” (BOTBOL, 2013), “*adolescentes com patologias do vínculo, do vazio e dos limites*” (PINEL, 2008), “*adolescentes nos extremos*” ou “*nos limites*” (MORAIS; BRASIL; LAZZARINI, 2020), ou mesmo “*adolescentes estados-limite*” (ZIMMERMANN, 2007). Essas denominações abarcam – nem sempre, mas com bastante frequência – o comportamento suicida e as automutilações, mas considerando-as dentro de um padrão de funcionamento subjetivo maior em que se destacam as dificuldades relacionais, dificuldades de simbolização, predomínio de auto ou heteroagressividade, estados afetivos que vão do vazio à intensidade extrema e com oscilações muito marcadas e, por fim, dinâmicas conturbadas com as instituições – como escolas e serviços de atendimento à saúde. A dimensão dos *limites* atravessa radicalmente a experiência desses adolescentes, com relação ao corpo e à própria vivência subjetiva, às interações sociais mais próximas e às ampliadas, inclusive colocando-os nos limites da lei. Ao longo deste trabalho tocaremos diversas vezes nas questões mais amplas que afetam essa adolescência difícil, dos extremos e dos limites, considerando o comportamento suicida e as automutilações como pertencentes à mesma conjuntura psicossocial que promove em muitos dos casos tais atos e sintomas; lançaremos mão aqui das produções teórico-técnicas da psicanálise relativa a esses adolescentes e que buscam justamente dar condições *maleáveis* aos dispositivos clínicos, aos grupos terapêuticos, instituições e ao próprio enquadre analítico, repensando-os em função dos desafios impostos por esses pacientes.

Adolescentes no limite; portanto, isolados e apassivados, ou opositores e por vezes até transgressores, instáveis, apáticos ou excessivamente intensos, que levam

ao limite da ruptura a relação familiar, com a escola, com a lei e a própria relação terapêutica: todos esses são fenômenos que caminham frequentemente juntos aos comportamentos suicidas ou de automutilação. Ainda assim, consideramos que, sob o risco de nos lançarmos em terminologias excessivamente vagas, abordando tantos fenômenos sem conseguir avançar de forma operativa em termos de contribuições teórico-técnicas, optamos por circunscrever como objeto de investigação os *adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação*, características que mais vem impondo demandas aos serviços de saúde mental para jovens atualmente, propondo questões, angústias e desafios variados a terapeutas, pacientes e familiares.

Feita essa ressalva, cabe agora compreender o impacto tanto do comportamento suicida como da automutilação no mundo hoje, em especial na realidade brasileira.

### **1.3. Prevalência, adesão e tratamento: dados da literatura**

É bastante conhecida a estatística de que ocorrem, no mundo, aproximadamente 800 mil suicídios por ano, ou seja, um suicídio a cada quarenta segundos; quase 80% desse número de mortes ocorre nos países mais pobres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). No Brasil, temos atualmente aproximadamente 6,5 suicídios a cada 100 mil habitantes; frente a 3,9, em 1994; e 4.5, em 2004; configurando, portanto, uma curva ascendente (BRASIL, 2006). Estima-se, no entanto, que haja ainda importante subnotificação, visto que variáveis culturais, religiosas ou da própria dinâmica da família podem influenciar a mitigação da causa da morte; também, muitos suicídios podem-se dar de maneira indireta, sendo computados estatisticamente como acidente de carro, por exemplo (CASSORLA, 2017).

Um alarmante dado que concerne à nossa população de pesquisa é o de que o suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019), e, acompanhando o cenário global, houve um aumento de 13% nos suicídios de adolescentes entre 2006 e 2015 no Brasil (JAEN-VARAS *et al.*, 2019). Se, estatisticamente, para cada suicídio completo, ocorrem cerca de quarenta comportamentos autolesivos graves o suficiente para demandar atenção médica (VIDAL; GONTIJO, 2013), a população adolescente é aquela que

mais tem comportamentos suicidas que não se convertem em suicídio efetivo, embora a repetição desses comportamentos intensifica progressivamente a chance de óbito (CASSORLA, 2017) – e esse é um dos motivos para realizar o tratamento em tempo oportuno.

As automutilações que não demandam assistência hospitalar são muito mais frequentes e, evidentemente, mais difíceis de mensurar. Pesquisadores ingleses realizaram um estudo de corte transversal que estimou a prevalência desses comportamentos em 20% da população do sexo feminino entre 16 e 24 anos de idade; entre 2000 e 2014, esse número teria triplicado (McMANUS *et al.*, 2019). Em um mundo globalizado, é natural que a realidade brasileira apresente dados semelhantes. Por fim, uma pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) estima que a ideação suicida ocorra em 17,1% da população em geral (BOTEAGA, 2014), mas tal fenômeno é ainda mais presente na adolescência (RUFINO *et al.*, 2021).

Dessa forma, considerando que, no país, 80% da população é dependente do Sistema Único de Saúde (SUS) (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018), e que há aqui ao menos 50 milhões de pessoas entre 10 e 24 anos de idade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2010, p. 46), urge pensarmos em estratégias assistenciais que ofereçam suporte para adolescentes com automutilações ou comportamento suicida, que despontam como um problema de saúde pública crescente e altamente prevalente. Tal demanda vai além da clínica, implicando a construção de novos dispositivos assistenciais ou a readequação dos já existentes, visto que, pelo menos em teoria, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pouco daria lugar a esses jovens. Entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que se ocupam de casos mais leves e são pouco frequentadas por adolescentes, e os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPS-IJ), que se ocupam de gravidades da infância, como os Transtornos do Espectro Autista (TEA), ou mesmo as demandas dos serviços que se ocupam dos abusos de substâncias e vulnerabilidades sociais, os adolescentes que abordamos neste trabalho acabam ficando em um limbo, no “*buraco negro da RAPS*”<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Expressão cunhada por Rosana Onocko-Campos, médica-sanitarista e psicanalista, na banca de defesa de tese de doutorado de Natalia Rufino, pesquisadora que trabalhou os fatores de risco e proteção para adesão e tratamento de adolescentes com comportamento suicida.

Nossa contribuição com este trabalho limita-se à esfera clínico-institucional com esses pacientes, o que não configura, em absoluto, um problema menor do que o da esfera político-assistencial. Isso porque não se trata somente de *onde tratar*, mas também de *como tratar*, ou seja, como acolher adolescente e família, que tipo de dispositivo propor e, assunto que nos interessa sobremaneira, como conduzir as intervenções clínicas no interior dos dispositivos de grupo, podendo tais dispositivos funcionarem efetivamente como meios maleáveis. Além da carência de serviços especializados, podemos pensar que há em geral pouco preparo para que os tratamentos aconteçam de maneira efetiva, para que se estabeleça vínculo e que as questões possam verdadeiramente emergir no tratamento; um elemento que nos parece evidenciar essa questão é o fato de que, segundo a literatura, *são pacientes e familiares que aderem muito pouco aos tratamentos frequentemente propostos, a saber, psicoterápico individual e psiquiátrico.*

Vejamos brevemente alguns dados compilados que ilustram a realidade da baixa adesão ao tratamento: pesquisas internacionais demonstram que, de 60% a 80% dos adolescentes encaminhados após tentativa de suicídio a tratamentos convencionais de saúde mental, por exemplo, abandonam-nos logo nas primeiras sessões (GRANBOULAN *et al.*, 2001; SPIRITO *et al.*, 1994; TRAUTMAN; STEWART; MORISHIMA, 1993).

Pesquisadores norte-americanos avaliaram a adesão à psicoterapia de adolescentes após tentativa de suicídio: 91% compareceu à primeira consulta; 40% foi desligado por abandono de tratamento; e, em média, os pacientes compareceram somente a seis sessões (PIACENTINI *et al.*, 1995). Outra pesquisa, também realizada nos Estados Unidos, avaliou a adesão a diferentes dispositivos de tratamento: 66,7% mantiveram-se em acompanhamento psiquiátrico e uso de medicação; 50,8%, em psicoterapia individual; e somente 33,3% das famílias vincularam-se a terapia familiar. Segundo os autores, as famílias com dinâmicas mais conturbadas e com características de funcionamento paranoides abandonaram o tratamento mais rapidamente (KING *et al.*, 1997).

Ainda de acordo com as pesquisas que trazem uma perspectiva do ponto de vista quantitativo, há ainda poucas evidências acerca dos métodos mais indicados para abordar a problemática; no entanto, um consenso estabelecido é o de que estar em tratamento diminui a chance de atentar contra a própria vida, ao próprio corpo (CONSOLI *et al.*, 2015). No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde apresentou

dados de que os municípios que dispõem de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm o risco de suicídio na população reduzido em 14% (BRASIL, 2019), mesmo com todas as dificuldades de nossa assistência em saúde mental pública.

Uma revisão sistemática inglesa avaliou a eficácia da intervenção psicanalítica/psicodinâmica em reduzir o comportamento suicida e de automutilação, concluindo que essa modalidade terapêutica é benéfica e produz uma série de melhoras nos pacientes (BRIGGS *et al.*, 2019). Não foram encontradas pesquisas, nacionais ou internacionais, que avaliem quantitativamente especificamente tratamentos em grupos de base psicanalítica para adolescentes com as características descritas; não obstante, uma outra revisão inglesa conclui que o tratamento em grupo (sem delimitar a abordagem) demonstra-se eficaz diante da problemática dos adolescentes com automutilação (WOOD *et al.*, 2001).

#### **1.4. Psicanálise e psicanálise de grupo com adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação**

Freud referia-se raramente à adolescência. Sendo uma construção de certa forma social, nos primeiros anos do século XX, no contexto da Europa Central, a adolescência não fazia nem de perto o “barulho” dos tempos atuais, e sua duração, do ponto de vista etário, era bem menor do que hoje. A referência à puberdade era muito mais presente, embora mais restrita, aos processos de sexuação; mas, uma dessas passagens, é-nos bastante representativa do que seria o processo adolescente como um todo, com Freud escrevendo sobre “[...] a perfuração de um túnel a partir dos dois lados” (FREUD, 2016, p. 121), um deles sendo a infância, e outro, a vida adulta, túnel do qual nunca se sai o mesmo que entrou.

Efetivamente, a única adolescente analisada por Freud foi Dora, um caso de abandono do tratamento no qual ele teria adotado uma postura muito paternal frente à paciente e se deixado influenciar excessivamente pelo desejo de comprovar sua teoria (O. MANNONI, 1996). Por outro lado, a metapsicologia freudiana nos oferece conceitos que operam como ótimas ferramentas de compreensão dos processos psíquicos em jogo na adolescência, como, por exemplo, as pulsões, identificações, o eu ideal, ideal de eu, o supereu, o narcisismo, o Édipo, a castração, o conflito, as ambivalências etc.

No pós-guerra, ou seja, de meados do século XX em diante, vários analistas dedicaram-se a pesquisar a adolescência, que adentrou os consultórios, os adolescentes emergindo como “pacientes analisáveis”. É interessante perceber como as agitações sociais da década de 1960, que tiveram a juventude como protagonista, mobilizaram analistas importantes a interessarem-se por eles, avançando nas produções teóricas e repensando a técnica na clínica (ABERASTURY; KNOBEL, 1989; DOLTO, 1990; ERIKSON, 1976; M. MANNONI, 1996; O. MANNONI, 1996; WINNICOTT, 1975). No geral, passa-se a compreender que a adolescência é um contexto de crise que deve ser acompanhado e manejado, mas não tratado no sentido analítico clássico, a saber, o de vencer as resistências do paciente e acessar a fantasia inconsciente, o sexual infantil.

A psicanálise contemporânea tem-se dedicado a pensar a articulação entre os operadores psíquicos – que perpassam toda constituição subjetiva – e os fatores sócio-históricos que, em sua particularidade, também moldam a subjetividade dos jovens de hoje, o que está intrinsecamente ligado à automutilação e ao comportamento suicida. Joel Birman, por exemplo, fala de uma experiência de desamparo que atravessa a vida desses jovens, seja pela necessidade de se autonomizar precocemente nas periferias, ou pelos cuidados terceirizados nas classes altas (BIRMAN, 2006); o contexto atual de depressão dos engajamentos coletivos, das militâncias, deixa os jovens sem uma filiação possível que não seja a própria família de origem, o que não favorece a autonomia. Na melhor das hipóteses, tatuam seus corpos em busca de alguma marca simbólica que os possa inscrever em uma linhagem, mas as automutilações e tentativas de suicídio seriam as versões psicopatológicas dessa busca frente ao desamparo.

Marcelo Viñar aponta que a realidade atual, quando incide sobre os contextos de pobreza, exclui não só dos bens materiais, como também busca desertificar sua história e cultura; essa exclusão dos laços simbólicos afetaria especialmente adolescentes no seu processo de constituição subjetiva. Incluindo também as classes favorecidas, a virtualidade do mundo contemporâneo também dificultaria a construção de uma identidade mais sólida (VIÑAR, 2009); as questões identitárias-identificatórias desempenham um papel fundamental nas tentativas de suicídio e na automutilação, e muito se tem falado das dificuldades de jovens ancorarem sua subjetividade nesses ordenadores. Frente a isso, um modo desesperado de buscar fazer laço, de pertencer a um grupo, é identificando-se com outros que se cortam e tentaram suicídio, por

exemplo. Com isso, podemos construir a hipótese de que haveria uma busca de vida, de ligação, e não só de morte nesses atos (ESPOSITO *et al.*, 2017).

Ainda que contra si próprio, autolesões e tentativas de suicídio são atos violentos, e a forma pela qual a violência se presentifica na atualidade se articula à cultura do narcisismo e à sociedade do espetáculo (MARIN, 2002). O impacto visual e midiático de um ato violento, como um atentado de um jovem a sua escola, por exemplo, em um certo sentido representa uma vitória na lógica em vigor de ter a própria imagem visualizada pelo maior número de pessoas possível, ainda que pela prática do horror. Adolescentes hoje postam nas redes sociais imagens de suas automutilações ou frases características de ideações suicidas; algumas vezes tais manifestações correspondem de fato a um risco psíquico dessa magnitude, outras vezes, menos; mas, para todos os fins, é dramático que um jovem precise lançar mão de tal recurso para sentir-se escutado ou... “curtido”. Essa lógica do espetáculo pela via da ameaça, do risco e da violência é, no entanto, fadada ao fracasso, já que, logo após o sujeito ocupar o centro da cena, com a atenção de uma infinidade de pessoas sobre si, retorna a um anonimato profundamente desolador, visto que as redes precisam mirar sempre um “fato novo” para manterem-se aquecidas.

A palavra sofre um curto-circuito na contemporaneidade, perdendo potência quanto a suas funções comunicantes do sofrimento e de perlaboração, sucumbindo, por um lado, às intensidades – bombardeios de estímulos e expectativas que provêm do mundo em direção ao jovem, junto às próprias intensidades pulsionais que emergem do próprio sujeito e demandam satisfação –; e, por outro lado, a palavra sucumbe ao império do imaginário, figuras que se impõem a todo instante aos olhos dessa geração de um *eu ideal impossível*: um corpo perfeito a ser alcançado, ou a miragem de “ser tudo aquilo que você quiser ser”. As narrativas que se aproximariam de uma construção simbólica não são hoje, na maior parte das vezes, uma costura autoral dos próprios jovens, e sim uma apropriação de discursos hegemônicos: especialistas que “explicam” a adolescência, e sobretudo o discurso psiquiátrico, é impressionantemente absorvido pelos próprios adolescentes, tentando construir ou pautar suas identidades em função de descrições diagnósticas.

Diferentes analistas localizam nas mudanças antropológicas de nossas sociedades ocidentais ao longo das últimas décadas o ponto de inflexão dos modelos subjetivantes das crianças e adolescentes e, portanto, das suas formas de sofrer e adoecer (DRIEU; PROIA-LELOUEY; ZANELLO, 2011; JEAMMET, 2009; MONTI,



2008). Anteriormente, os limites estavam impostos claramente e de diversas maneiras: as altas taxas de mortalidade infantil, quando não o próprio risco de a mãe falecer no parto, as doenças ameaçadoras na infância, o acesso restrito a uma série de recursos, a necessidade de disputar espaço com inúmeros irmãos, as proibições socialmente tão demarcadas (inclusive pela via da religião) e às vezes até a imposição da profissão do jovem em função de um mandato geracional... da biologia à cultura, viviam-se tempos de renúncias, limitações constantes e proibições.

Com o desenvolvimento da ciência e as mudanças socioculturais recentes, o cenário se inverteu completamente. Do ponto de vista estatístico, dificilmente hoje um parto representa um risco de vida dos entes envolvidos, e o que vemos é inclusive uma relação um tanto onipotente com a concepção e a natalidade, na qual os pais tem muitas vezes a possibilidade de controlar quando e como vão ter um filho, e inclusive, *como vai ser esse filho*, através de intervenções genéticas (JEAMMET, 2009). Não se trata aqui, em absoluto, de querer “voltar no tempo”, desvalorizando todos os avanços que tão duramente pudemos alcançar em vários âmbitos da vida, mas sim de compreender os efeitos subjetivos sobre pais e filhos, adultos e jovens na atualidade, em função de todas as transformações que vivenciamos. É evidente que hoje os limites sociais não são tão claramente demarcados, inclusive com uma incitação à superação de qualquer barreira como forma de atingir o “sucesso”. Enquanto que, no paradigma da modernidade, “se você não conseguiu, é porque era proibido”, na contemporaneidade “se você não conseguiu, é porque você foi incapaz”; a primeira denotava um paradigma da culpa, do conflito e da renúncia em prol do coletivo, a segunda denota um paradigma da liberdade, da iniciativa, do desejo e do narcisismo – já que alcançar ou não o que se deseja dependeria sobretudo de si mesmo.

Do ponto de vista da dinâmica familiar, constata-se um estreitamento da diferença geracional entre pais e filhos, uma tentativa de construir uma relação mais fraterna e compreensiva, e na qual se evite a todo custo frustrar a criança ou o adolescente, permitindo ou incitando-o à quase tudo. Mais do que nunca, os pais veem nos filhos um prolongamento do seu próprio narcisismo, como potenciais realizadores de seus desejos reprimidos. A proximidade e idealização excessivas dificultam-nos de exercerem a função de terceiros, que interdita certos gozos e auxiliam de alguma maneira esse sujeito em desenvolvimento a governar sua pulsionalidade tentando

equilibrar-se entre o próprio desejo e o que é possível de realizar, considerando as restrições e dificuldades apresentadas pelo mundo.

Essa excessiva liberdade sustentada pelas famílias hoje não favoreceria o estabelecimento de uma tensão muito produtiva entre pais e filho, que contribuiria para este amadurecer, autonomizar-se e lutar no mundo, como D. W. Winnicott desenvolve tão bem em seu texto sobre a adolescência (WINNICOTT, 1975). Em contraposição, temos hoje jovens que, “sem ter com quem brigar” em casa, atuam sua agressividade no contexto social ou, mais especificamente, brigam consigo mesmo, autoagridem-se com ou sem intenção de morte. Em outras palavras, a excessiva liberdade na contemporaneidade torna os adolescentes muito suscetíveis às próprias ambivalências internas, produzindo neles um grande tensionamento pulsional e, portanto, possíveis passagem ao ato (CARDOSO, 2001).

Na visão de Jeammet (2009), as condutas opositoras e os sintomas corporais, como a automutilação, são, por um lado, a forma que o adolescente encontra de, diante de suas fragilidades narcísicas e a frustração de depender excessivamente de sua família, sentir-se novamente ativo, no controle da situação; por outro, são uma forma de introduzir um terceiro na dinâmica familiar, rompendo a especularidade e a mútua dependência entre pais e filho. Seria como se os cortes na pele ou a ameaça de suicídio, por exemplo, denunciasses a quem do mundo pudesse vê-las ou ouvi-las que “haveria algo de errado no projeto narcísico daquela família”, e, quem sabe, assim introduzir outros agentes interventores na cena familiar, como a própria equipe de tratamento institucional.

Jean-Pierre Pinel aponta outro eixo de subjetivação que desemboca nas mesmas problemáticas da adolescência atual, inclusive automutilações e comportamento suicida. Segundo ele, muitas vezes tratam-se de sujeitos que, em suas relações iniciais, tiveram pouco apoio, pouca possibilidade de desenvolver uma sensação de pertencimento, identificar-se e inserirem-se em uma linhagem geracional. Vigoraria um vazio patológico e um medo do colapso, no qual os adultos não puderam comparecer contendo, nomeando e não retaliando a agressividade natural da criança. Seriam sujeitos mal nomeados na família, de forma a não desenvolverem uma confiança nas palavras e nas relações, sem terem sido com frequência testemunhados em suas experiências de sofrimento; poderiam ocorrer ausências físicas ou psíquicas dos cuidadores, seja por abuso de substâncias ou por uma depressão severa (PINEL, 2008; 2011).

Pinel enfatiza, talvez, mais as faltas e falhas no ambiente familiar primário para com o filho do que os excessos tão característicos da contemporaneidade. É curioso pensar que exageros de presença e as faltas parentais possam desembocar em situações sintomáticas análogas, e, nesse sentido, o próprio Jeammet (2009) aponta como a sintomatologia da automutilação e das tentativas de suicídio comparece da mesma maneira em casos de adolescentes com um superinvestimento familiar e de adolescentes com deprivações ambientais profundas. Seriam os dois extremos, dois lados da mesma moeda? De fato, as duas situações não se poderiam confundir em um mesmo caso clínico? Uma questão complexa, de cunho metapsicológico, que não será totalmente aprofundada devido ao escopo deste trabalho.

O próprio Pinel, em diversas de suas publicações (PINEL, 2003; 2007; 2010; 2011; 2018) articulará precisamente uma compreensão psicanalítica da adolescência com o uso dos dispositivos terapêuticos de grupo em contextos institucionais. Dedicando-se justamente aos adolescentes com patologias narcísico-limites, nas quais vigora essa experiência primordial de vazio, as falhas no processo identitário-identificatório do eu, incorrendo em problemáticas relacionadas aos vínculos, alternando necessidade de presença com violência (seja ao outro, seja a si próprio e ao próprio corpo), o dispositivo de grupo terapêutico e a instituição como um todo desempenham uma função crucial no tratamento, oferecendo a esses pacientes um espaço relacional plural e de identificação, mas possibilitando ao coordenador compreender e agir sobre as “cenas” dramatizadas a partir do inconsciente dos adolescentes. Os grupos serão então dispositivos atratores das falhas primárias dos pacientes, para que então se construam novos desfechos na relação terapêutica coletiva.

### **1.5. A trajetória do pesquisador: clínica de grupos e o olhar para os enquadres e manejos**

Desde meados da graduação, junto ao interesse pela clínica psicanalítica *stricto sensu*, já me via envolvido com o estudo e estágios relacionados a abordagens clínicas grupais e em contextos institucionais. Grupo psicoterapêutico de adolescentes com cardiopatia em uma casa de apoio, grupo psicoterapêutico de adultos na Clínica-Escola da universidade, coordenação de brinquedoteca para crianças em situação de vulnerabilidade social através de uma Organização Não Governamental (ONG) e

grupo operativo com trabalhadores de uma cooperativa foram algumas das experiências que despertaram o interesse em um campo que se vislumbrava na intersecção da clínica e do social, intermediada pela concepção de instituição.

Tal cenário mobilizou o desejo de buscar ainda no fim da graduação um estágio extracurricular, que se deu em um serviço de atendimento a pacientes somatizadores (que adoecem fisicamente sem substrato orgânico, em função de determinadas características de funcionamento psíquico); essa instituição estava situada como um braço ambulatorial do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), mas tal equipe tinha uma base teórico-técnica psicanalítica e com uma proposta clínica grupal. Como coordenador de dois grupos terapêuticos e participando das reuniões de equipe, acompanhei um período de transformação das teorias e práticas grupais na instituição, superando a concepção exclusivamente verbal dos grupos terapêuticos através do uso de objetos mediadores.

Tal mudança correspondia à aproximação dessa equipe ao pensamento de Claudine Vacheret, psicanalista e pesquisadora então ligada à Universidade de Lyon, na França, cuja concepção de trabalho grupal mostrava-se potente diante das idiosincrasias dos pacientes somatizadores: sendo na maior parte das vezes seus funcionamentos psíquicos muito concretos, cindidos das emoções, a dinâmica exclusivamente verbal das sessões impedia o acesso ao material afetivo, inconsciente, dificultando o progresso do tratamento; da mesma maneira, o afeto que não comparecia em palavras era depositado maciçamente nos coordenadores de grupo, promovendo vivências contratransferenciais que sobrecarregavam, também dificultando o desenrolar terapêutico. Os objetos intermediários se colocariam entre analistas e pacientes, dividindo-se como alvo das transferências por depósito (VACHERET, 2015), assim como introduziriam um potencial simbolizante fundamental nesses casos.

Em coautoria com colegas dessa instituição, publiquei um artigo que buscava situar do ponto de vista teórico a experiência clínica grupal com os pacientes somatizadores, agora utilizando objetos intermediários, sobretudo fotografias (ABUD; SILVA; ESPOSITO, 2009). Era o início de uma inquietação cada vez maior em identificar os subsídios teóricos que norteiam práticas de grupo, já que, como sabemos, principalmente no contexto da saúde pública os grupos são muito praticados, porém muito pouco estudados e fundamentados (CASTANHO, 2018), o que pode ter efeitos nocivos – ou mesmo superficializantes – quando a técnica carece

de uma compreensão metapsicológica de fundo. Logo após a graduação, diversas experiências vivenciadas no contexto de saúde pública me permitiram observar o pouco cuidado de muitas equipes de saúde mental nas práticas grupais – evidentemente, não se trata, ou não se trata somente, de um descaso pessoal com a técnica, pois estamos cientes das inúmeras dificuldades com as quais os profissionais esbarram no cotidiano; mas isso não é uma questão a ser aprofundada neste trabalho, somente apontada.

Após a graduação, muito imbuído pelo desejo de trabalhar em instituição e na saúde pública, e fortemente influenciado pelo processo histórico da reforma psiquiátrica brasileira e da criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), construí uma trajetória de atuação em Centros de Atenção Psicossocial para adultos com transtornos mentais graves (CAPS III), no município de Campinas, primeiro através da Especialização em “Saúde Mental em Saúde Coletiva”, na UNICAMP, e depois como psicólogo contratado da assistência. Embora se tratasse de uma rede sólida e reconhecida nacionalmente, era evidente a baixa visibilidade e investimento nas práticas grupais, o que contrastava com o período instituinte da reforma psiquiátrica, em que grupos representavam um recurso fundamental do fazer clínico (LANCETTI, 1993). Com uma colega, refundamos o grupo de psicoterapia de psicóticos daquele CAPS, experiência que perdurou por pelo menos dois anos e teve para mim um sentido muito profundo, ao demonstrar na prática que *os pacientes se apresentam de formas e potências variadas de acordo com o que o terapeuta ou a instituição oferecem a ele (no caso, o grupo terapêutico)*.

Como psicólogos em um CAPS, estamos habituados a exercer o papel de *profissional de referência* para uma determinada quantidade de pacientes, de forma a praticar um cuidado ao longo do tempo pelo menos à média distância, através de atendimentos que não necessariamente configuram algum tipo de psicoterapia. Os psiquiatras, por sua vez, costumam atender a todos os pacientes, de forma mais breve ainda. Com pacientes adultos psicóticos, a marca da cronificação e desvitalização prepondera em ambos os atendimentos, com diálogos superficiais a respeito da medicação, sono, crise ou estabilidade e cotidiano. Minha sensação quanto à experiência psicótica modificou-se inteiramente escutando os pacientes no grupo terapêutico, a partir do momento em que o enquadre grupal se tornou um espaço continente dos participantes.

Tais pacientes, ao sentirem-se protegidos no grupo e podendo interagir mais francamente com os outros, esbarrando em suas semelhanças e divergências, podiam apresentar de outra forma o que eram suas vivências subjetivas. Ao contrário de falas protocolares do tipo “*estou bem/estou mal*”, “*estou dormindo bem/não estou*”, “*estou tomando a medicação direitinho*” etc., sentiam-se autorizados a narrar o que era a vivência de, em uma tempestade na madrugada, ter a sensação da água os invadindo, por exemplo, de vivências fortemente paranoides nas pequenas situações cotidianas ainda que estivessem fora de crise, ou mesmo de tentar parar os remédios praticamente toda a semana, e em seguida voltarem atrás, mostrando que não existiria isso de “*tomar direitinho*” a medicação, que, em atendimentos de referência e psiquiátricos, se escutava.

Em seguida, trabalhando no Projeto Terapêuticos, uma instituição de saúde mental particular baseada exclusivamente em grupos terapêuticos de base psicanalítica, foi possível aprofundar nessa concepção clínica que pensa muito cuidadosamente nos enquadres grupais, em suas propostas, contextos, disparadores, manejo da coordenação, objetos intermediários e de relação (GIMENEZ, 2006). Na linha da psicanálise contemporânea, muito influenciada, por exemplo, pelo próprio desafio de atender pacientes estados-limite, não se pensa mais somente no enquadre como algo neutro e em segundo plano frente aos conteúdos psíquicos e da relação analítica, mas sim como um elemento central do trabalho, sendo o enquadre a materialização de toda a problemática dos limites, das relações primárias, das fronteiras do eu corporal, do dentro-fora, eu-outro etc. (ESPOSITO, 2015). Construir e conduzir um grupo terapêutico frente a boa parte das psicopatologias atuais é olhar tanto para o conteúdo quanto para o continente do grupo, caso contrário não criaríamos sequer as condições de um tratamento possível – por esse motivo, dedicaremos, neste trabalho, um capítulo ao enquadre psicanalítico à luz das psicopatologias contemporâneas e das complexas problemáticas adolescentes.

#### **1.6. Adolescentes com comportamento suicida e de automutilação frente ao grupo e à instituição**

Finalmente, aproximadamente no mesmo período, o trabalho com adolescentes dentro do hospital universitário que mencionamos – e que tem um lugar de disparador para esta pesquisa –, tornava-se cada vez mais uma instituição para

esses jovens com comportamento suicida ou de automutilação. Os grupos terapêuticos eram um dos dispositivos clínicos utilizados, mas ainda sem um enfoque prioritário, caminhando ao lado das intervenções individuais (psiquiátricas e psicoterapêuticas), oficinas e atendimentos de família. Por ser uma instituição não só dedicada à assistência, mas também à formação de novos profissionais (residentes de psiquiatria geral, residentes de psiquiatria infantil e especializando multiprofissionais), havia uma certa prática instituída quanto à chegada dos pacientes e familiares na instituição: um trabalho de avaliação psicodiagnóstica (ainda que em uma perspectiva psicanalítica e da psiquiatria psicodinâmica), que poderia perdurar entre dois e seis meses, muitas vezes conduzidos pelos profissionais em formação com o suporte da equipe, com a finalidade de se apropriar do caso clínico, aprender com ele, mas também com um viés interventivo inicial. Em tese, só ao cabo desse processo ocorreria o encaminhamento interno da instituição, como para o grupo terapêutico, se houvesse tal indicação.

Ocorre que, se a instituição comporta minimamente uma dimensão de saúde interna, ela pode, por seus profissionais, adaptar-se a novas realidades, em vez de cristalizar-se em uma posição ortodoxa imune à passagem do tempo e às mudanças contextuais. Pois bem, diante desses adolescentes e familiares, vivenciávamos o mesmo problema descrito na literatura: o abandono do tratamento durante o período de avaliação psicodiagnóstica; ao mesmo tempo, aqueles pacientes que porventura conseguiram ser inseridos no grupo na maior parte das vezes solidificavam significativamente seu vínculo com a instituição. No caso de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação, é raro vê-los expressarem abertamente um desejo e o sustentarem, seus históricos costumam ser uma sucessão de rupturas, desvinculações e de oposição a qualquer proposta que emane dos adultos, inclusive as de tratamento.

Empiricamente, a equipe foi testando novas formas de conduzir o fluxo dos casos na instituição desde a chegada deles ao tratamento, buscando aproximar a entrada no grupo terapêutico à triagem inicial; o efeito na adesão ao tratamento como um todo foi impressionante, com os próprios adolescentes e os familiares dizendo *“não quererem nada, escola, psiquiatra, curso, fazer esporte... mas sim ir ao grupo”*. Preocupavam-se em não atrasar, não faltar, viviam intensamente a sala de espera entre eles antes de o grupo iniciar, procuravam manter algum contato externo (virtual ou presencialmente) e, nas sessões de grupo, “estavam ali”, quer seja de modo afável

e colaborativo, quer hostil e opositor. Do ponto de vista dos coordenadores, percebíamos logicamente atuando de maneira diversa à clínica individual, mas também alheios ao que seria um manejo de grupo ortodoxo, como formulado pelos primeiros psicanalistas de grupo, ou mesmo como se manejaria hoje um grupo psicoterapêutico de base psicanalítica de pacientes adultos, por exemplo.

Enquanto coordenadores, suportávamos mais a desordem da sala, adolescentes sentados não exatamente em círculo; não proibíamos o uso de celular, mas utilizávamos o conteúdo que eles exploravam no aparelho como material clínico do grupo; ora deixávamos que se autorregulassem, ora intervínhamos incisivamente; poderíamos adotar uma postura acolhedora, mas inúmeras vezes éramos enérgicos, sem receio de assumir um posicionamento e sustentá-lo até o final; nossos corpos, assim como o dos adolescentes, não adormeciam em prol de uma atividade mental e verbal, podendo as sessões contemplar muito movimento, troca de lugares, dramatizações, linguagens gestuais que carregassem expressões, visando a maximizar as dinâmicas. Quais são os substratos teóricos que a psicanálise e a psicanálise de grupo nos poderiam oferecer para compreender o que estava em jogo naquela hora que passávamos juntos – pacientes e terapeutas – naquela sala?

Interessado pelas abordagens grupais-institucionais e cada vez mais especificamente instigado pelo que os diferentes enquadres permitem ou dificultam em termos de adesão e do próprio desenrolar do tratamento, passei a conviver com os seguintes questionamentos: o que ocorre nesses grupos terapêuticos que promove a adesão e os avanços clínicos? O que há neles que não comparece nos outros dispositivos de tratamento? Sobretudo, mais especificamente, o que há nesse enquadre, o que se dá na forma como os coordenadores o manejam, que o diferencia dos grupos terapêuticos tais como estabelecidos classicamente? Por fim, o que podemos aprender com a experiência, de modo a qualificar esses próprios grupos, bem como servir a outros terapeutas de grupo em seus contextos institucionais com esses adolescentes?



### **1.7. O meio maleável: uma proposta de compreensão e intervenção em grupos terapêuticos para adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação**

Do ponto de vista teórico, é evidente que, quando pensamos o comportamento suicida e de automutilação articulados com a própria adolescência, toda a dimensão de enquadre (e de seu manejo) ganham ainda mais destaque. Por definição, o processo adolescente implica uma ruptura com o *enquadre interno* (GREEN, 2008), em múltiplas dimensões: aquele que se reconhecia no seu corpo infantil, o vê transformado completamente, seja pelos famosos “estirões de crescimento”, pelo bombardeio hormonal e a excitação sexual genital que pressiona o sujeito à busca de satisfação e a novas formas de relação; nascem pelos, espinhas, e o tom de voz se altera. Toda a representação de si construída ao longo da infância precisa ser deixada de lado, o que implica um luto, e um trabalho árduo será necessário para forjar uma nova identidade – a adolescência está no meio do caminho, momento justo de incerteza, instabilidade, de abalo do narcisismo e do próprio “Eu corporal” (FREUD, 2011a). É impossível para o adolescente se “reconhecer na própria pele”, e, sendo a pele o limite e continente do eu e do corpo (ANZIEU, 1989), ocorre uma perturbação transitória na relação entre instâncias psíquicas, com o corpo, com o outro e com os espaços e dinâmicas sociais; como nos cuidados primários com o bebê – alguns psicanalistas franceses propuseram inclusive o conceito *bebés-ados* para sublinhar os pontos de convergência do funcionamento psíquico de bebês e adolescentes (CIDADE; ZORNIG, 2021) – é necessário que o ambiente desempenhe um papel decisivo na continência das intensidades pulsionais, da crise representacional e da imagem de si que o adolescente atravessa.

O caso específico de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação, na maior parte das vezes, leva ao extremo tais problemáticas relativas ao próprio corpo, a um lugar narcísico estruturante, à relação com outro, aos projetos identificatórios e aos ideais de eu (MAYER, 2001). Essas dimensões, todas elas fundamentais para a ancoragem de um sujeito no mundo, demandam suporte, continência e trabalho psíquico que dê conta de algo que não se processou satisfatoriamente nas experiências ambientais prévias desses jovens. Ao mesmo tempo, nossa experiência clínico-institucional sugere a hipótese de que tal intervenção não se dá exclusivamente pela via verbal e em um mergulho no infantil recalcado dos

pacientes, mesmo que em grupo; é fundamental pensar nos *meios* pelos quais buscamos essa intervenção, utilizando-nos da polissemia que a palavra meio permite: o meio de tratamento (ambiente), os meios de comunicação (verbal, gestual, escrito, gráfico, musical, humorístico etc.), o meio de campo entre o tudo e o nada (radicalidade muito acentuada nesses pacientes) e entre o adolescente e a família. Lembrando que a pele – onde se dão boa parte de nossas experiências sensoriais de prazer, mas que é também objeto de cortes e machucados, na automutilação – é o entorno que possibilita o meio interno corporal, ao mesmo tempo em que é ela própria o meio, o espaço intermediário entre interno-externo, eu-outro etc.

O conceito de meio maleável, presente no título desta dissertação, foi cunhado inicialmente pela psicanalista inglesa Marion Milner (MILNER, 1991b), na década de 1950, e é recuperado pelo psicanalista francês René Roussillon (2019) – pertencente também ao grupo de pesquisadores de Lyon e muito dedicado à teoria da clínica com pacientes difíceis, com patologias narcísicas precoces e da capacidade de representar, e, por consequência, bastante dedicado à pesquisa dos dispositivos clínicos, das características (meios) que permitem ou não ao paciente fazer um uso terapêutico do tratamento proposto. A nosso ver, tal conceito apresenta uma enorme sinergia com a forma pela qual queremos olhar e fazer avançar as concepções de grupo terapêutico de base psicanalítica com adolescentes nos contextos de automutilação ou comportamento suicida.

Ao longo de sua trajetória, Milner analisava crianças e jovens com uma abertura e atenção significativas aos planos corporal e sensorial e a diferentes formas expressivas na sessão, para além da palavra. Sua disponibilidade em explorar o não verbal devia-se em parte a sua própria relação com a arte (DEVITO, 2015), somada às diferenças que pouco a pouco foi assumindo em relação ao pensamento kleniano; passou a propor que a simbolização tem uma função criadora, e não somente defensiva, e que a brincadeira ou o desenho não são somente equivalentes da associação livre a serem interpretados, mas sim parte dos meios possíveis que o sujeito encontra para reviver em análise os percalços de suas experiências emocionais primitivas e dar a elas um novo destino, desde que o analista se permita receber e conduzir junto ao paciente tal experiência e que o próprio enquadre possa suportá-la (MILNER, 1991a; 1991b).

Nesse sentido, o meio maleável corresponderia a uma série de condições reunidas pelo analista e pelo enquadre – que é por ele sustentado – que possibilitariam

ao paciente *usar* o tratamento da forma que necessite; logicamente, as condições do enquadre e a postura do analista não podem ser excessivamente rígidas e restritivas, tampouco suas intervenções limitadas a interpretações verbais, não alcançando assim o sujeito em seus aspectos mais primitivos, onde habitam os traumatismos precoces, as falhas ambientais, lugar de um corpo atravessado por angústias não pensadas ou nomeadas. Por outro lado, o meio não pode ser excessivamente permissivo, violável e destruível; pois, ao não dar contorno algum ao traumático revivido em análise, não se poderia instituir um caminho criativo, vivaz e simbolizante dessas experiências.

Roussillon, ao retomar o conceito de Milner, usa a imagem da *massa de modelar* como exemplo *princeps* de um meio maleável: pode ser manipulada pelo sujeito da forma que ele quiser, com flexibilidade o suficiente para imprimir nela tudo aquilo que vem de dentro, mas que, ao mesmo tempo, possui uma consistência tal que não se destrói, não deixa de existir, não deturpa sua função de servir essencialmente a uma brincadeira livre e espontânea – se fosse um objeto frágil, por exemplo, a experiência seria interrompida pela aflição do ambiente ou do próprio sujeito em rompê-lo; se fosse um objeto inconsistente, não permitiria ao sujeito deixar nela sua marca, fazer um uso adequado e frutífero do objeto. Na sequência, Roussillon elenca as características da situação analisante como meio maleável, em linhas gerais, pela sua função paraexcitante, reflexiva e discriminadora, e o analista como meio maleável pela sua capacidade de não retaliar, não se retrair e de estar *vivo* na experiência com os pacientes.

A analogia do meio maleável com objetos materiais, como a massa de modelar, não é mero acaso: trata-se de um conceito que pensa seriamente nas variáveis concretas, materiais do tratamento, ainda não necessariamente atravessadas pela dimensão verbal e simbólica. Nesse sentido, passa-se a pensar desde o tom de voz do analista, aquilo que está disposto na sala de atendimento, a maneira como os pacientes a utilizam e as próprias vestimentas e pertences dos pacientes. Se, retomando o exemplo mais acima, o celular do adolescente não for interdito na entrada do grupo terapêutico a partir de uma regra rígida limitante, então qual é o uso que se faz dele durante a sessão? O que é um meio maleável, que ajuda a promover adesão ao tratamento, que compõe o cerne dos processos de simbolização e que não permite que a experiência seja destruída ou perdida, à luz de nossos pacientes adolescentes?

Como mencionamos, a vivência adolescente por si só já é perturbadora dos esquemas referenciais mais primitivos, do corpo e da sensorialidade, por exemplo, assim como da relação consigo próprio e com a alteridade. Nos adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação, a reativação de angústias muito arcaicas, referentes a delicadas passagens do processo de desenvolvimento emocional se impõem. Realmente, nem sempre o trabalho terapêutico com esses pacientes pode “apostar suas fichas” somente na capacidade de pensamento, interação e comunicação dos adolescentes ou mesmo do analista; nem sempre o enquadre será um pano de fundo silencioso, que não fará ruído às dificuldades e tensionamentos provocados no encontro com esses adolescentes. Corpo, movimento, dramatização, objetos palpáveis e vivências concretas, tanto por parte dos pacientes como de terapeutas, são convocados nos grupos terapêuticos como *ferramentas para simbolizar*, e talvez não devam ser tomados somente como situações resistenciais ou “fora do esperado” quanto ao processo grupal.

Nesta pesquisa, portanto, propomo-nos a transitar entre essa ampliação da perspectiva clínica nos grupos terapêuticos de base psicanalítica e a compreensão de seus necessários limites, compreendendo qual seria a condição de meio maleável que corresponderia a tais grupos no contexto institucional. Estaremos diante dessa questão ao longo da exploração teórica, e também em diálogo com a mencionada experiência clínica na coordenação de grupos terapêuticos de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação.

### **1.8. Considerações formais, éticas e metodológicas**

Vale frisar, com a maior clareza possível, que *o nosso objetivo neste trabalho é analisar um dispositivo de grupo terapêutico de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação, visando a identificar balizas teórico-técnicas úteis para constituí-lo como meio maleável*. Esta é uma pesquisa teórico-clínica.

Teórica, no sentido de uma exploração conceitual nos campos da psicanálise contemporânea e da psicanálise de grupo, mas também da teoria da técnica, ou seja, partindo de uma certa compreensão metapsicológica de fundo, identificar quais são as estratégias que podem ser empreendidas no contexto dos grupos terapêuticos que permitem fazer avançar o engajamento e o tratamento dos adolescentes com automutilação ou de comportamento suicida. Nesse sentido, a concepção de meio

maleável tem um papel central, orientando um certo posicionamento técnico dos coordenadores de grupo.

A dimensão clínica desta investigação corresponde a minha experiência coordenando grupos terapêuticos de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação no contexto da instituição anteriormente descrita. De alguma forma, pequenas vinhetas de situações encaradas nos grupos – todas elas anteriores à escrita deste trabalho – nos permitem observar de maneira vívida como certas manifestações dos adolescentes e seus efeitos possibilitam avanços ou impasses no tratamento, assim como os manejos transferenciais e do enquadre por parte dos coordenadores.

O uso pontual de vinhetas clínicas se dá, portanto, dentro dos parâmetros estabelecidos pela Resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 7 de abril de 2016<sup>4</sup>, que versa sobre diretrizes de pesquisa no contexto das ciências humanas e sociais, diferenciando-as dos parâmetros específicos das pesquisas biomédicas (GUERRIERO; MINAYO, 2019). Na resolução, contemplam-se a realização de pesquisas que objetivem o aprofundamento teórico de situações que emergem espontaneamente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar os sujeitos. Não sendo o aprofundamento da história individual de um determinado paciente o enfoque da pesquisa, em absoluto, e considerando que só serão trazidas como vinhetas passagens pontuais e passadas de situações anônimas de interação grupal, temos a clareza de nos ater circunscritos aos parâmetros eticamente estabelecidos.

Este trabalho se estrutura, a seguir, em três capítulos que visam a um aprofundamento da literatura e da composição de um campo compreensivo acerca dos funcionamentos psíquicos de adolescentes, especialmente daqueles com comportamento suicida ou de automutilação e suas dinâmicas familiares na atualidade (capítulo 2); da psicanálise de grupo, brevemente resgatando alguns autores fundamentais e seus conceitos, dando destaque àquilo que contribui à teoria e prática grupal com adolescentes de características próximas ao comportamento suicida ou de automutilação (capítulo 3); e do enquadre e lugar do analista frente às situações limite como dos adolescentes aqui pesquisados e do conceito de meio maleável

---

<sup>4</sup> Disponível em:  
<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)>.  
Acessado em 27.01.21.

(capítulo 4). Em seguida, propomos uma discussão que articule nossa experiência clínica grupal prévia com os elementos teórico-técnicos evocados ao longo dos outros capítulos, utilizando vinhetas clínicas quando oportuno (capítulo 5). Propusemos três balizas – *o grupo fluindo*, *o grupo do silêncio e do corpo*, *o grupo implodindo* – que buscam explicitar diferentes momentos vividos nesse dispositivo de grupo, convocando o coordenador a posicionar-se de maneiras muito diversas em diferentes dinâmicas transferenciais, de tarefa e de enquadre. Utilizamos o termo “balizas” na mesma perspectiva que Silva (2021), enquanto pontos de referência para o sujeito que está realizando um movimento, ou seja, funcionando como um apoio às possíveis movimentações, sem, no entanto, condicionar um único caminho possível. Por fim, a conclusão visa a clarear o caminho percorrido ao longo da dissertação, aquilo que pudemos avançar e as questões que se abrem a partir desta investigação (capítulo 6).

## 2. DO CORPO À INTERSUBJETIVIDADE, DA DEPENDÊNCIA AO RISCO: O ADOLESCENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA OU DE AUTOMUTILAÇÃO E SUA FAMÍLIA NA CONTEMPORANEIDADE

Segundo a perspectiva de René Kaës, “[...] o sujeito psíquico se constitui sobre um duplo apoio (*étayage*), o apoio corporal e o intersubjetivo. Estamos assim destinados a nos constituirmos sobre um corpo e sobre vínculos” (CASTANHO, 2018, p. 54). Tal afirmação, a nosso ver, ganha um relevo ainda mais intenso na adolescência, compreendendo-a como um período da vida radicalmente atravessado pelas modificações corporais e relacionais. Como veremos, adolescentes com histórico de automutilação ou de tentativas de suicídio vivenciam a relação com próprio corpo e com o outro como um impasse, levando a uma produção sintomática preocupante que põe em questão não somente eles como também seus entornos.

A literatura psicanalítica referente a esse ciclo vital associa-o, via de regra, à ideia de *crise*, sendo corrente, por exemplo, a nomeação *crise da adolescência*. Compreendemos crise de acordo com a definição do próprio Kaës, enquanto algo que irrompe de maneira imprevista e massiva (KAËS, 1979), sendo a puberdade o marcador inaugural da crise adolescente.

### 2.1. A entrada na adolescência

A fase que antecede a puberdade é profundamente contrastante com essa experiência biológica intensa, pois corresponde à fase de latência, período no qual a criança desloca suas questões sexuais e edípicas para o conhecimento, geralmente obtendo grandes ganhos no aprendizado escolar e vivenciando uma relativa calma em suas relações familiares e sociais. A puberdade toma o corpo de assalto, situando a sexualidade no âmbito da genitalidade e pressionando o corpo à busca de satisfação. Esse corpo transforma-se muito rapidamente, a produção hormonal influencia no humor, em um tom de voz oscilante e na aparência desagradável de espinhas, por exemplo; vão conquistando-se atributos similares aos dos adultos, como pelos pubianos, seios, barba e altura, transformações que modificam não só a experiência intrapsíquica do sujeito como seus vínculos, já que tenderá a se dirigir ao mundo de uma nova forma, enquanto o próprio mundo o vê diferente.

Muitas vezes tomando-o como objeto de desejo, o outro pode também rivalizar ou se sentir ameaçado pelas mudanças corporais desse novo adolescente. Tais mudanças trazem à tona a experiência da *castração* – de acordo com a psicanálise, uma experiência tão central na subjetividade quanto difícil de ser encarada –, pois “[...] o corpo da criança cresce, o corpo do adulto não cresce mais, envelhece. Entrar na roda do tempo é tornar-se mortal” (PINHEIRO, 2001, p. 73), impondo à família a dura necessidade de aceitar o próprio envelhecimento e frequentemente mobilizando no próprio adolescente atitudes de negação onipotente, agindo como se fosse imortal.

Vemos então que, se é do corpo que emerge a crise adolescente, a partir da puberdade, as relações intersubjetivas que se estabelecem segundo essas mudanças darão o tom de como será vivenciado esse turbulento período. O modo como o entorno receberá as transformações do adolescente dizem respeito às expectativas e experiências inconscientes dos familiares – inclusive de como vivenciaram suas próprias adolescências –, mas também do contexto sociocultural no qual adolescente e família estão imersos, e sobre esse ponto vale tecer pequenas considerações.

## **2.2. Marcadores socioculturais da adolescência**

Se a puberdade é um fato incontestável, a adolescência que a sucede e o seu tempo de duração são absolutamente atravessados pelos modos de vida das sociedades em que se inserem. Vale lembrar que o próprio Freud praticamente não utilizava a nomenclatura adolescência, e sim puberdade; tal como a conhecemos hoje, a adolescência só teria começado a se engendrar após a Segunda Guerra Mundial, sobretudo a partir da cultura norte-americana, e em seguida disseminada pelo mundo ocidental (CALLIGARIS, 2000).

A antropologia teria demonstrado como nas sociedades não evolutivas existe uma clara demarcação entre o mundo das crianças e o dos adultos, passagem estabelecida após a puberdade através de rituais geralmente dolorosos (M. MANNONI, 1996). Sobrevivendo ao ritual, o sujeito seria então aceito entre os adultos sem grandes distinções, podendo trabalhar e relacionar-se afetivamente. Em nossa sociedade, em contrapartida, alguns aspectos, como a maior complexidade no mercado de trabalho teriam exigido um tempo maior de preparação educacional, necessariamente atrelado a uma estendida dependência física e econômica de sua família.



Joel Birman faz a ressalva de que, nos contextos de vulnerabilidade social extrema de nosso país, os sujeitos são arrancados muito precocemente dessa relação de dependência intrafamiliar e alongamento da adolescência em torno da escolarização. Lícita ou ilícitamente, esses jovens precisam lançar-se ao trabalho diante da necessidade de obter renda ou mesmo sobreviver, sujeitando-se a uma realidade potencialmente traumática (BIRMAN, 2006). Nas demais classes sociais, vigora uma marcada presença familiar e uma adolescência que perdura por um tempo muito maior que outrora, com intensificação das relações de interdependência. Em nossa sociedade, o final da adolescência é revisado permanente, ao contrário de seu início, colocando esses sujeitos em uma posição de extremo desconforto: dispõem de desejos e corpos potentes, mas são privados de colocá-los em funcionamento sob a justificativa de não estarem suficientemente preparados.

A tal crise da adolescência é atrelada costumeiramente à psicopatologia ou, no mínimo, a um desajustamento, quando, na verdade, cabe refletir acerca do lugar que esses sujeitos são colocados hoje em dia. Quão perturbadora será essa relação de duplo vínculo (*double bind*) (KAËS, 1979) na qual o jovem é invejado, estimulado e idealizado, ao mesmo tempo em que desencorajado, convocado a suspender suas ambições em prol de uma maturidade que ninguém sabe quando e como virá? Ao deixar de lado a segurança do amor da qual dispõem quando crianças, os adolescentes se questionam, atônitos: “afinal, o que os adultos, o mundo, quer de mim? O que devo fazer para corresponder a eles?”, questões que levam a respostas paradoxais, por isso profundamente angustiantes.

Em nosso trabalho clínico com adolescentes, é recorrente escutar queixas familiares referentes à dependência do filho e uma suposta falta de maturidade, que se expressaria, por exemplo, em pequenas dinâmicas cotidianas: “ele deixa a toalha molhada em cima da cama todos os dias”, “não lava a louça direito”, “fica lá no quarto o tempo todo, mexendo no celular, não quer interagir com a família” etc. Ao mesmo tempo que, quando fazem movimentos em direção ao mundo, em busca de autonomia, são cerceados por esses mesmos familiares: “ele falou que queria começar a trabalhar, entrar no Jovem Aprendiz [programa estadual no qual o estudante trabalha por meio-período e recebe um salário]... Mas eu disse para ele que ainda não, não vejo ele preparado, é melhor fazer uns cursos antes, de inglês, computação, trabalhar só mais para a frente”. Eis o mal-estar dos jovens atualmente em nossa cultura: a adolescência se alonga no tempo, cada vez mais eles são

mantidos em uma etapa de *preparação* para suas realizações – o que implica uma *suspensão* de seus desejos –, ao passo que são paradoxalmente estimulados a terem e não terem autonomia – só podem sair para o mundo quando tiverem maturidade, mas a convivência intrafamiliar não favorece a maturidade, de tal modo que o jovem nunca se encontraria suficientemente apto a buscar seu lugar no mundo. Tal experiência foi descrita e denominada inicialmente por Erik H. Erikson como a moratória do adolescente (ERIKSON, 1976).

Além de alongada, a adolescência hoje é hipervalorizada. Em outros tempos, o modelo identificatório era o dos adultos: todos queriam vestir-se e comportar-se como eles para serem reconhecidos socialmente, enquanto hoje a moda, a música e o comportamento, por exemplo, são ditados pela cultura adolescente. Calligaris (2000) nota que as diferentes gerações hoje em dia se vestem iguais, ou seja, como jovens; crianças querem ser adolescentes, assim como os adultos. Como os ideais culturais de realização se transformaram, substituindo o esforço e submissão pela liberdade e transgressão, a adolescência seria a representação maior da superação dos limites, do questionamento do instituído, da ousadia e da ampla possibilidade de escolhas. Hoje, as fantasias onipotentes de imortalidade não pertencem somente aos próprios adolescentes, visto que adultos fazem intervenções estéticas de modo a parecerem cada vez mais joviais, belos, imunes à passagem do tempo.

Enquanto o supereu da modernidade ordenava a repressão dos instintos e submissão aos ditames sociais, o supereu contemporâneo ordena todos a *serem felizes o tempo inteiro*, especialmente a juventude. Ora, se eles dispõem de saúde e vitalidade e não possuem obrigações excessivas, podem ter experiências diversas sem a necessidade de se comprometerem com elas; *eles podem ser quem eles quiserem*, pensam os adultos, e nenhuma hesitação depressiva ou feridas na autoestima deveriam ser vivenciadas. Paradoxalmente, os adolescentes vêm apresentando sintomas psíquicos como nunca antes, em especial no que concerne ao sentimento de si, à própria identidade, às experiências de tristeza e felicidade e à relação com os outros e com as instituições. São problemáticas ligadas sobretudo ao campo do narcisismo e dos vínculos, nas quais se incluem costumeiramente os quadros de tentativas de suicídio e automutilação.

Carregados de enormes e contraditórias expectativas, ao mesmo tempo que “condenados” à felicidade sem que se sintam minimamente autorizados a se realizarem em suas singularidades, a adolescência é hoje sintoma de nossos ideais

existenciais, ao mesmo tempo em que, através de seu mal-estar, esses jovens denunciam e nos permitem questionar tais ideais – desde que nos disponhamos a escutá-los nessas contradições.

### **2.3. O adolescente: dos pais aos pares**

Com a puberdade, impõe-se a tarefa de substituir os objetos primordiais de investimento – principalmente os pais – por outros até então inéditos. A expressão popular “trocar o certo pelo duvidoso” ganha no começo da adolescência sua expressão máxima, visto que as relações de filiação-paternidade são simbolicamente indissolúveis e, na maior parte das vezes, incondicionais, enquanto não existe garantia alguma dos vínculos novos que se estabelecerão – embora a novidade e mistério envolvidos nessa busca sejam igualmente atraentes (PINHEIRO, 2001).

Desinvestir aqueles que amaram esse sujeito primordialmente, aqueles que o conceberam narcisicamente, é uma tarefa e tanto, que se acaba expressando pela via das intensidades e ambivalências. De modelos identificatórios e até heróis, esses pais transformam-se em sujeitos para lá de questionáveis e até vilões, alternando-se momentos de explícita fragilidade e apego a eles. Um sistema narcísico entre pais e filho que se havia estabelecido na primeira infância, de amor e sustentação mútua, fica fraturado; é por isso que se diz que a crise do adolescente não é só dele, e sim de toda a família, lançados todos a um reposicionamento no campo desejante e vincular (ESPOSITO *et al.*, 2017).

Os adultos da família tenderão a ser confrontados incisiva e incessantemente pelo adolescente, como parte do trabalho de luto e desidealização dos objetos que protagonizavam a sua infância. Mais ou menos explícito, deve-se esperar conflito entre o jovem e seus pais, e é fundamental que estes não anulem tal conflito. Em um instigante trabalho escrito no contexto das manifestações de Maio de 68, D. W. Winnicott desenvolve a ideia de que, aos adultos, cabe suportar o confronto do adolescente, sem a expectativa de silenciá-lo, esgotá-lo, muito menos submetendo-se às acusações providas do filho; nesse caso, correr-se-ia o risco de estimular nele uma falsa maturidade (WINNICOTT, 1975). No entanto, a posição de estar em confronto, dissenso e sustentando uma hierarquia não é exatamente fácil de ser praticada pelos familiares em dias atuais, em função dos ideais de liberdade e desierarquização preconizados em nossa cultura.

Portanto, todos os psiquismos da família de um adolescente são colocados a trabalhar: ele porque precisa fazer o luto de seu mundo infantil e da percepção que tinha de si próprio naquela época, enquanto os pais igualmente precisam assimilar que não existe mais – ou quase isso – aquela criança que tanto correspondia ao seu amor. Para todas as partes, não se trata de um trabalho intrapsíquico, em absoluto: trata-se de um trabalho vincular, só possível de ser vivido no conflito entre uns e outros. Como se não fosse complexo o bastante, em paralelo a isso, o jovem vai em busca de si mesmo na inter-relação com os outros, especialmente os pares, além de constituir novos ideais pela via da idolatria, por exemplo, as figuras da música e do cinema, ou dos prestigiados *gamers* e *streamers*, em tempos recentes.

Se compreendermos a identidade como um sentimento de si consciente e pré-consciente (CARDOSO, 2001), pertencente ao campo do eu, e que, portanto, se relaciona em grande parte às identificações do sujeito, o período da adolescência então corresponde a uma reconstrução identitária através da busca de novas identificações (O. MANNONI, 1996). Em situações favoráveis, o adolescente conseguiria fazer um jogo de experimentação com as identificações de modo a perceber quais lhe “vestem” melhor, podendo estabelecer-se no eu de forma mais duradoura. É evidente que o sujeito nunca cessa de retrabalhar suas identificações e, portanto, sua identidade pelo resto de sua vida, mas sabe-se que, por suas próprias características, na adolescência isso ocorra muito mais intensamente.

A vantagem de estar entre pares é a de que não se veem como aqueles que “ainda são crianças” ou “ainda não são adultos”; olham-se uns aos outros enquanto sujeitos, não como projetos ou ocasos de um outro tempo. Entre si, adolescentes se permitem viver um presente, um agora. Ao mesmo tempo, “ser com os outros” sem saber ao certo “quem se é” porta uma complexidade e um desconforto enorme, pois não há garantia nenhuma para o sujeito se ele está podendo “ser ele mesmo” com seus pares ou tomando emprestado deles formas de ser um tanto forçadas, que deverá deixar o quanto antes pelo caminho, inclusive sob o risco de ser julgado pelos outros adolescentes como alguém pouco autêntico. O limite entre poder pertencer ao grupo, pelas possibilidades de identificação e reconhecimento mútuos, e a construção da singularidade do próprio desejo é demasiado tênue, sendo um dos aspectos que promovem as tradicionais instabilidades dos jovens.

Em nossa experiência com adolescentes, em especial nos contextos de grupo terapêutico, é recorrente acompanhar essas “mudanças de pele” dos pacientes.

Transformam-se de skatistas em funkeiros, de *geeks* em militantes políticos, de *otakus* em *rappers*, entre centenas de outras combinações possíveis. Vestem-se de uma determinada maneira, apresentam certos trejeitos e linguagens específicas, de repente vivenciam uma turbulência e ressurgem com novas roupas, novos discursos e novos comportamentos, inclusive relacionando-se de uma forma diferente. Em última instância, trata-se de um processo inquietante, de uma dura negociação, que, em uma ponta, tem o desejo singular – de um *corpo* que pulsa – e, na outra, os efeitos decorrentes dos vínculos – do campo *intersubjetivo*.

Vale ressaltar ainda que, segundo Cardoso (2001), vigora na contemporaneidade um “totalitarismo *soft* da uniformidade”, ou, de acordo com Herzog e Salztrager (2001), uma nova ordem mundial que promove uma massificação, como efeito dos processos de globalização. Ou seja, ao mesmo tempo em que a propaganda e a lógica de consumo tomam como modelo o adolescente em sua singularidade mais radical, do tipo “seja você mesmo”, os produtos almejados e consumidos são exatamente os mesmos, bem como os comportamentos a eles atrelados, mesmo que em diferentes países e culturas. Um discurso de singularidade sendo propagado, contrastando com um cenário de uniformidade, produzindo efeitos de *massa* muito mais do que de *grupo*, ou seja, com pouco espaço para a diferença. Essa dimensão por si só justificaria em grande medida a utilização de dispositivos de grupo terapêutico com adolescentes, buscando criar com eles cenários em que possam ocorrer experiências de diferenças *no* grupo, de heterogeneidade, sem descambar para o isolamento nem tampouco para a massificação. Voltaremos a isso posteriormente.

#### **2.4. Narcisismo, ideais, dependência e autonomia: problemáticas atuais**

Serge Lebovici<sup>5</sup> aponta que a clínica com adolescentes assemelha-se à clínica com bebês (*apud* BOTBOL, 2013); isso se deve, por um lado, ao fato de que o sofrimento do sujeito mobiliza diretamente seus cuidadores, seu entorno, assim como é muitas vezes efeito desse mesmo ambiente. Não se trata na maior parte das vezes de uma experiência no nível da *representação*, da linguagem e do intrapsíquico, e sim relacional, como parte de um sistema mais complexo. Os desafios e impasses aos

---

<sup>5</sup> LÉBOVICI, S. **Éléments de psychologie du bébé**. Paris: [s.n.], 1998.

quais um bebê está sujeito são novamente colocadas à prova na adolescência; estamos falando de problemáticas ligadas a um corpo que se impõe e supera as capacidades do aparelho psíquico em conter tamanha pressão pulsional, estamos falando de processos de fusão e separação, de dependência e tentativas de construção de uma autonomia relativa. Falamos da construção de limites internos e de defrontar-se com limites exteriores; de construir um si próprio, uma fronteira e a alteridade.

Desde o “Proyecto de psicología” (FREUD, 1989), Freud salientava a importância da mãe, ou seja, do outro cuidador, como aquele que desempenha uma função central no desenvolvimento psíquico do bebê. Posteriormente, autores de imensa relevância, como Lacan, Laplanche, Aulagnier, Winnicott e Kaës fizeram avançar os conceitos em torno da relação do outro cuidador com o *infans*, mesmo que com diferenças em suas nomenclaturas ou corpos teóricos. Para nosso interesse específico, cabe pensar no despreparo biológico com o qual o sujeito chega ao mundo, valendo-se do cuidador para suprir suas necessidades orgânicas, mas igualmente psíquicas. O outro dá ao bebê um nome, uma experiência de unidade do ser e lhe reserva um lugar na comunidade. Nesse *contrato narcísico* (AULAGNIER, 1979), o compromisso dos adultos com os cuidados do *infans* caminha com uma submissão a eles, fazendo com que, ao longo da infância, exista uma certa complementariedade narcísica com sua família. Para além de situações específicas, estabelece-se, de modo geral, uma relação de dependência que é, em certa medida, mútua – a criança dá aos pais um lugar especial, respondendo ao desejo deles.

Na contemporaneidade, a ênfase na *imagem* e na *performance* teria influenciado os genitores a uma sobrevalorização da experiência de criar um filho. Talvez de uma maneira única na história, os familiares se impõem a missão de dar a ele “tudo do bom e do melhor”, protegê-lo de experiências adversas, oferecer suporte emocional conjugado com uma relação fraterna (“quero que meu filho seja meu melhor amigo”, dizem boa parte dos familiares de adolescentes que atendemos) e, por fim, semeando a ideia de que se deve ser livre, sem *limites* para o próprio desejo. No fundo, espera-se que o êxito do filho retroalimente o narcisismo dos pais, enquanto seu *produto mais bem acabado*.

Importante salientar que, neste mundo contemporâneo, os laços comunitários estão fragilizados frente ao império da família nuclear e do individualismo, no qual o outro é entendido como um competidor no caminho da realização pessoal. A relação

das famílias de classes sociais mais elevadas com a escola é bastante sintomática desse panorama atual, ao exigir incisivamente dos educadores um olhar *especial* para seu filho, sob a justificativa de pagarem caro por isso.

Em suma, um filho hoje é, em geral, muito investido pela família, investimento que tem como contrapartida uma série de expectativas. Idealiza-se que, através de um amor *sem limites* e empreendendo técnicas inovadoras do campo científico, essa criança no futuro possa atingir resultados fabulosos e espetaculares (parodiando as hipérboles do *coaching* atual), levando a família consigo a esse lugar social de *sucesso*. Além de inflacionada, tal dinâmica é também profundamente contraditória, ao propor liberdade, desde que sem risco, autonomia através de uma profunda e estimulada dependência, cuidados paternos e maternos conjugados com um espírito fraterno e superação de limites sem transgressão.

Os adolescentes hoje se mostram sintomáticos, como mencionamos, exatamente nessa passagem de objeto de desejo para sujeito, do lugar de *ser identificado* por um outro para o de *identificar-se*, de ser uma escolha dos pais para fazer as próprias escolhas. De seguir um caminho prescrito para traçar o seu caminho singular. Para toda uma geração, uma série de desafios se impõe: como abrir mão de um lugar tão investido e idealizado pelos pais, ou seja, como deixar de ser o *eu ideal* deles? Como constituir um *ideal de eu* trófico, que nutra a caminhada do adolescente e que não seja pela faceta de um *supereu* violento, colocando o sujeito sempre muito aquém da realização do prazer? Como sustentar os limites da vida e das relações, tendo sido amado e educado sem limites? Como suportar a alteridade e insegurança presente no encontro com outros jovens, tendo sido tão protegido e dispo de um lugar tão especial na família? Como, enfim, habitar um corpo possível, frente a tantos “filtros” e olhares que não se satisfazem senão com um corpo *perfeito*?

## **2.5. Os cortes: automutilação e tentativa de suicídio na adolescência contemporânea**

O aumento muito significativo nos casos de tentativas de suicídio e de automutilação na adolescência no Brasil e no mundo não são produto do acaso, e podem ser compreendidos a partir de uma leitura dos modos de subjetivação atuais, filtrados e operacionalizados pela singularidade de cada uma das famílias de adolescentes que nos buscam para tratamento. Evidentemente, jovens que chegam

a tentar ou efetivamente acabar com a própria vida, ou mesmo se automutilar, não são algo de todo inédito: tratam-se de experiências humanas já documentadas e pensadas anteriormente. No entanto, há uma virada na contemporaneidade na qual tais sintomas não só crescem vertiginosamente em prevalência, como também denotam outros tipos de conflitos, os quais a psicanálise em certa medida permite compreender. Não estamos falando só de situações melancólicas, depressões profundas frente às quais se buscava acabar com o sofrimento através do suicídio, ou automutilando o corpo enquanto um eu sendo punido (ANZIEU, 1989; BERLINCK, 2000); tratam-se de problemáticas ligadas ao narcisismo, aos ideais, à dependência, aos vínculos e aos limites, aspectos que viemos apontando aqui no escopo da contemporaneidade.

Como mencionamos, as transformações socioculturais engendradas a partir de meados do século passado colocaram em voga valores ligados à liberdade, superação de limites, desierarquização, experimentação e construção de uma imagem exitosa de si apesar do entorno, e não ligado a ele. Os laços fraternos foram em grande medida substituídos pela cultura do individualismo e narcisismo, sendo explorados pelas próprias narrativas midiáticas, nas quais megacorporações buscam vender o mesmo produto para milhões e milhões de pessoas, sob o discurso de que, quem o comprar, será diferente dos outros, autêntico.

Freud falava em “Sua majestade, o bebê” (FREUD, 2010a), em referência à centralidade que ocupa um recém-nascido, ou uma criança ainda pequena, no âmbito familiar, encantando todos que estão à sua volta. Tendo ainda desenvolvido pouco a experiência de alteridade, o próprio *infans* sente-se nesse lugar central, como se o mundo existisse em função dele, experiência que se vai dissolvendo com as castrações progressivamente vivenciadas. Mas o narcisismo não se encontra só do lado da criança, mas também, talvez até sobretudo, dos pais, que concebem o filho como uma continuidade da própria existência e realização de todos os sonhos neles reprimidos.

Em tempos de imposição do êxito individual, que deve ser mostrado ao mundo – sobretudo no contexto das redes sociais –, ter um filho é um ingrediente importante, somando-se às já significativas ilusões de completude que um filho promove, independente da conjuntura histórica. Esse “a mais” em jogo hoje é explorado em fotos, vídeos – e escritos – que são publicizados, frequentemente acrescidos de “filtros” que buscam embelezar a experiência. Não à toa surgem hoje movimentos



como o da “Maternidade Real”, para explicitar como o cotidiano da parentalidade não corresponde em nada à opressora imagem de alegria e perfeição vista nas redes sociais.

No que concerne aos filhos adolescentes, tal dinâmica volta à tona e é testada no seu limite. Como afirmamos, a adolescência é investida de maneira central na contemporaneidade, por representar os ideais tão ambicionados pela cultura atual: liberdade de escolha com pouca responsabilidade atrelada, transgressão, sonho, experimentação, um corpo sexualizado, porém ainda não abatido pela passagem do tempo, etc. Os adultos os invejam, querem estar em sua posição, ao mesmo tempo em que o consideram no momento crucial de definição dos caminhos que irá tomar, se irá ter êxito ou não, visto que, na infância, as coisas se detêm no universo do lúdico, ainda distante do projeto de realização pessoal.

Instala-se uma dinâmica de expectativas – superegoicas, em grande medida, mas não no sentido das proibições, e sim de incitação ao gozo – nas quais se espera do adolescente uma conciliação impossível de prazer sem dor, assertividade e maleabilidade, amizade e submissão aos pais, presença e cuidado parental para o que der e vier e autonomia para fazer escolhas e tomar responsabilidade por elas. O tamanho do investimento, idealização e expectativa sobre a adolescência é o tamanho com o qual ela se faz cada vez mais sintomática; pois, segundo Julieta Jerusalinsky (2018), todo ideal comporta um sintoma, e essa dimensão é fundamental no comportamento suicida e de automutilação.

Paradoxalmente, os adultos hoje em dia supõem que a liberdade e coragem que seus filhos precisam para enfrentar o mundo quando crescerem advém de uma relação intrafamiliar muito próxima, franca, horizontal, ao mesmo tempo em que tutelada. Os pais se desdobram para oferecer as demandas materiais e quaisquer outras que apareçam pelo caminho, sob o temor de que a falta – ou a necessidade de correr atrás com as próprias pernas – introduziria uma frustração e mágoa indelével no futuro, ao contrário eventualmente de uma experiência até constitutiva e trófica para o jovem. Sentindo-se avaliados como pais permanentemente, “dar tudo de bom e do melhor” seria mais gratificante do ponto de vista narcísico do que privar ou delimitar.

Nossa realidade clínica atravessa diferentes classes sociais, e não é só nas famílias abastadas que tal dinâmica se faz presente, mesmo que por meios distintos. Um determinado adolescente, de família humilde, exigia dos pais roupas e adereços

que totalizavam mensalmente o dobro do salário do pai, que, no entanto, se sentia na obrigação de comprá-los. As exigências aumentavam cada vez mais, sem que houvesse limites. A isso, somou-se uma compulsão *sem limites* por se olhar no espelho, desconforme à própria imagem, buscando imperfeições, embora tendo como base um lugar central, belo e perfeito no seio familiar – um filho único superinvestido, olhado e amado. O quadro prosseguiu com ameaças de suicídio, quando finalmente chegaram ao tratamento. Após um início tenso, os manejos de grupo terapêutico e de família foram fundamentais, com melhora clínica, abrandamento dos conflitos familiares, engajamento em cursos e desenvolvimento profissional, com o jovem querendo continuar frequentando os grupos mesmo após os seus dezoito anos.

Outros adolescentes têm pais que passaram privações na infância, são muitas vezes migrantes do Nordeste brasileiro, com muitos irmãos, e que, em determinado momento, decidem tentar a sorte em São Paulo, trabalhando intensamente e alcançando um relativo sucesso. Aqui constituem família e tem um ou no máximo dois filhos. Dizem que não querem que o filho passe pelo que eles passaram na infância, buscando assegurar tudo o que puderem ou mesmo não poderiam materialmente, mas também se impõem a tarefa de se fazerem presentes para o filho, em contraposição ao que sentem de suas experiências infantis: pais às voltas com trabalho e muitas coisas para cuidar, inclusive muitos filhos, não se podendo fazer presentes e afetivos. Outras famílias, de classe mais alta e tendo os próprios pais crescido em condições favoráveis, costumam dizer: “se eu tenho como dar o que ele pede, eu vou dar, não aguento ver ele sofrendo”. Não poupam esforços para investir também em todos os lampejos de desejos que aparecerem por parte dos filhos, como cursos e *hobbies*.

Nesses diferentes contextos, observa-se a mesma classe de fenômenos no desenvolvimento do adolescente. Passam a demandar cada vez mais e sentem-se progressivamente insatisfeitos, revoltando-se com o entorno (suas roupas, adereços, seu lar, família, instituições de pertinência etc.) e consigo próprios (autoimagem e experiências intrapsíquicas de prazer e desprazer). Podem, a certa altura, parar de demandar, ou aparentemente parar de desejar (como é tudo atendido pelo outro, a experiência subjetiva é de que seu desejo é roubado, já não é mais seu, e sim dos pais), situações que frequentemente passam a ser compreendidas pela família, pela psiquiatria e pelo próprio adolescente como *depressão* (MONTI, 2008). Em algumas situações, podem realizar algum ato transgressivo, seja dentro do campo familiar ou

fora dele, e com frequência aparece um pedido de “não”, de limite por parte do próprio adolescente, com uma contundência impressionante. Algumas vezes, presenciamos cenas, por exemplo, de o jovem entregar o próprio celular aos pais para que o repreendam por seu ato; outras vezes seus semblantes demonstram contrariedade por lhe estabelecerem um limite, mas melhoram significativamente nos dias subsequentes, dando a entender que esperavam uma intervenção dessa ordem.

Estariam esses adolescentes buscando a todo preço um limite? Quando pedem o possível, seguido do impossível, e por fim dizem que *se querem matar*, quase que pedindo uma autorização, no fundo estariam buscando um incisivo “não!”? Talvez procurando que os familiares possam ser continentes, no sentido de barrar seus impulsos destrutivos? Praticar um ato suicida seria uma tentativa concreta de experienciar o limite, que tanta falta lhes faz em suas vidas psíquicas e relacionais? O flerte com o risco de suicídio, ou a ameaça discursiva de suicídio, seriam uma busca para um estado fusional, de *nirvana*, ou de separação dos corpos, no sentido de introduzir uma mudança relacional com os familiares que permita sair da dependência narcísica mútua?

Da mesma maneira, o que representariam os cortes na pele? Para além do que se discute enquanto descarga pulsional, da busca de dar representação ao vazio, poderiam atrelar-se também a uma tentativa de outro *corte*, de uma relação excessivamente misturada no âmbito familiar? A tentativa de, sendo os cortes visualizados, permitir a entrada de terceiros, inclusive dos clínicos e instituições de tratamento?

Poderíamos pensar, também, que um corpo automutilado é aquele que demonstra dores, fraquezas e se destitui de um lugar ideal, aos olhos do outro. A admiração a um corpo e uma existência bela e perfeita do adolescente, protagonizada pela família e pela própria sociedade, é denunciada e contraposta. Não se tratam de palavras ou sintomas neuróticos, frutos de uma formação de compromisso desse jovem, mas sim de um ato direto no corpo que tem efeitos imagéticos extremamente impactantes e mobilizadores, implicando imediatamente todos que estão em relação com esse sujeito e demandando deles alguma resposta, quer seja procurando ajuda externa, propondo uma mudança interventiva ou, como vemos muitas vezes, tentando acobertar isso no seio familiar, atitude que costuma incitar uma escalada ainda maior nos atos.

Cortar-se ou mesmo adotar comportamentos suicidas variados podem ser também formas de se vincular, em especial com grupos da mesma faixa etária, por mais paradoxal que isso possa parecer em um primeiro olhar. No contexto do individualismo, familiarismo e virtualidade das relações atuais, o campo horizontal encontra-se bastante pouco desenvolvido; os deslizamentos que se apresentam nas interações entre adolescentes, que são inevitáveis entre esses que estão tendo que “trocar o pneu com o carro andando”, ou seja, estabelecer relações sólidas enquanto internamente estão em transformação radical, tornam-se obstáculos muito maiores para esses jovens. Como é estar entre iguais, sendo que são permanentemente colocados ou muito em cima, ou muito embaixo na dinâmica narcísica familiar, em que devem ser *tudo* para o outro? Ou melhor, como é lidar com a diferença daqueles que estão, em relação a eles, horizontais, em uma lógica tão estabelecida de fusão, do mesmo, da unicidade? Todo o jogo identificatório entre adolescentes que se dá justamente ocupando as brechas das diferenças fica tolhido, lançando cada um deles a um vazio identificatório ou à busca desenfreada de um grupo (massa?) que lhes dê uma identidade, signos que possam ser reconhecidos pelo coletivo e que deem a si próprios uma certa previsibilidade e explicação de como se é.

Antes ou após começarem suas práticas autolesivas, são pacientes que frequentemente ingressam em grupos (a ampla maioria virtuais), em que os participantes se definem como automutiladores ou suicidas. Certas imagens e frases são incorporadas como formas de explicar aquilo que se é e aquilo que se sente; curiosamente, em nossos grupos terapêuticos, o efeito é o contrário. Muitos profissionais e estudantes já nos perguntaram, com certo tom de preocupação, se propor uma abordagem grupal que contenha vários adolescentes com essas características não seria “perigoso”, no sentido de incitarem uns aos outros, compartilhando do que e do como fazer automutilação ou mesmo o suicídio; mas, nos grupos terapêuticos, esses atos são sinais de que o paciente não está bem, ativando uma cadeia de preocupação e cuidado entre eles. Ao contrário dos pais, os adolescentes não sofrem um efeito de choque paralisante ao ver o seu par nessa condição, como se aquilo fosse uma ferida narcísica que lhes dissesse respeito; portanto, são atos que não possuem o mesmo efeito de captura do olhar do outro, mas sim uma preocupação legítima, construída, é claro, com o suporte dos coordenadores e do sentimento de grupalidade que se estabelece com o tempo. Voltaremos a isso quando nos aprofundarmos na situação de grupo terapêutico.

A automutilação e as tentativas de suicídio na adolescência são frequentemente compreendidas como patologias do ato (MAYER, 2001), nas quais há um curto-circuito do processamento simbólico. As tensões internas são traduzidas em um ato que tem a função de descarga, e não seriam trabalhadas em um registro intrapsíquico, que cumpriria justamente uma função de mediação das excitações, transpondo-as ao plano da simbolização. Não à toa, há atualmente uma intensificação das patologias do ato na contemporaneidade, tempo marcadamente *imediatista* (palavra que, etimologicamente, significa “sem mediação”). Com a tecnologia e a internet rápida, temos boa parte das respostas às questões que formulamos em milésimos de segundo. Estaria a geração jovem atual pouco treinada a suportar a *latência* entre uma pergunta e uma resposta, espaço fundamental para o advento do próprio aparelho psíquico? Nesse sentido, como suportar a latência que se propõe a ser a adolescência, no sentido da moratória (adiamento da realização dos desejos) que lhe é imposta, se hoje a internet encurta ao máximo o tempo de espera? Se, como dissemos, os próprios pais sentem-se encarregados de satisfazer o filho assim tão logo a demanda apareça?

Philippe Jeammet traz inúmeros aportes para situarmos a psicodinâmica dos adolescentes na contemporaneidade, em especial esses às voltas com questões identitárias, narcísicas, limites e relacionais, muitos deles com histórico de automutilação e comportamento suicida. O autor evoca o que denomina de uma passagem das sociedades repressivas às sociedades liberais que teria impactado significativamente as formas de organização psíquicas dos sujeitos, sobretudo adolescentes (JEAMMET, 2009). Nas sociedades repressivas, como a Viena freudiana, a moral social em vigor era introjetada psiquicamente desde muito cedo, gerando um conflito intrapsíquico entre o campo desejante e as proibições internalizadas; nas sociedades liberais, o conflito interno é em grande medida substituído por um conflito na relação, no *laço*, com o próprio desejo esbarrando no limite dos outros e das instituições; com efeito, as psicopatologias nessas sociedades centram-se no campo relacional, dos limites e da dependência emocional, cujos sintomas mais destacados são automutilações e tentativas de suicídio.

Automutilações e comportamentos suicidas na adolescência podem também articular-se em uma cadeia familiar transgeracional. Já que o suicídio foi historicamente um tema tabu e, quando acontece, impõe um trauma aos familiares próximos, não é incomum que ele se transforme em um não dito (ROSA, 2001), um

segredo na família que será inconscientemente transferido às gerações subsequentes, nas quais algum ente poderá presentificar o terror em ato, sujeitando-se ao risco de suicídio, por exemplo, assim evocando fantasmas de parentes passados; será necessário que a história venha à tona e possa ser colocada em palavras para que os sujeitos se desidentifiquem daqueles que compuseram as cenas traumáticas (ESPOSITO; CASTANHO, 2021).

Em outras ocasiões, não se trata exatamente de uma repetição do traumático transgeracional, mas sim de um efeito intergeracional acerca do lugar que o adolescente é colocado e nomeado no contrato narcísico familiar. Tratar-se-ia de um filho desejado pelo casal? O que ele representa na cadeia de significação familiar? Qual é o lugar da adolescência, da violência e da sexualidade no seio dessa família? O que está colocado às claras e o que paira nas sombras relativo ao imaginário dos pais sobre esse jovem? São dinâmicas muito específicas, que só ganham sentido no aprofundamento do caso clínico, mas que se podem apresentar inicialmente através de atos autolesivos ou comportamentos suicidas.

Pinel (2011) aponta também para os efeitos psíquicos de falhas e ausências dos primeiros cuidadores na vida inicial desses adolescentes. Para o autor, os *ataques ao próprio corpo* são, ao lado de outros atos violentos, de abusos de substâncias químicas e outras alterações do comportamento, manifestações correspondentes a uma patologia dos limites, efeito de determinadas formas de acolhimento – ou da falta dele – relativas às necessidades psíquicas quando criança pequena. Vivências iniciais invasivas ou de pouca continência dificultam o desenvolvimento de uma tópica interna que dê condições de administrar as próprias excitações, de nomear e significar o que vem de dentro e de fora, de construir identificações tróficas e localizar-se em um encadeamento geracional (contrato narcísico). Em função do receio de colapsar e diante da ressurgência de tais dimensões mal constituídas a partir da puberdade, o sujeito acionará defesas radicais que apontam para uma autossuficiência – impermeabilizando-se à troca comunicacional, mesmo que terapêutica –, para uma pasteurização da diferença geracional, para a desconfiança nos processos de pensamento e simbolização. O corpo e o ato, nesse contexto, roubam a cena, constituindo-se como uma das poucas vias comunicacionais do sofrimento, ou mesmo como escoamento das angústias não pensadas, pela autolesão ou a tentativa de suicídio.

Nesse sentido, se esses adolescentes não poderão dispor diretamente da linguagem para expressar seu mal-estar profundo, se o corpo e os atos tomarão a cena – inclusive do tratamento –, é imprescindível pensar na postura e escuta do analista, e nas condições necessárias aos dispositivos clínicos com tais pacientes, em especial os grupos terapêuticos. Seguiremos em direção a isso.

### **3. A PSICANÁLISE DE GRUPO: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONTRIBUIÇÕES À CLÍNICA GRUPAL DE ADOLESCENTES EM GRANDES DIFICULDADES PSICOSSOCIAIS**

#### **3.1. Breve panorama sobre a história e as concepções dos dispositivos de grupo**

Grupo terapêutico, grupanálise, grupo operativo, psicodrama, sociodrama, dinâmica de grupo, roda de conversa, oficina terapêutica, grupo de apoio, grupo de orientação, grupo de reflexão... São inúmeras as possibilidades de nomeação de dispositivos grupais que se verificam hoje em dia, quer seja nas suas formulações teóricas, quer seja enquanto práticas nos serviços de saúde, públicos e privados.

Tal cenário de abundância é situado historicamente e diz respeito a uma multiplicidade de influências que demandam permanentemente uma reflexão crítica por parte dos trabalhadores, gestores de saúde e pesquisadores – reflexão que frequentemente passa batida, infelizmente. Aquilo que compreendemos como um *grupo restrito* – “[...] número restrito de membros, de modo que cada um possa ter uma percepção individualizada de cada um dos outros [...] e que numerosas trocas interindividuais possam acontecer” (ANZIEU; MARTIN, 2000, p. 36) – não se fez presente desde sempre, tanto como prática que visa a endereçar determinados objetivos, como corpo conceitual e até mesmo como representação social. Antes da virada para a Idade Moderna, não haveria sequer uma nomenclatura estabelecida que desse conta dos grupos com número relativamente restrito de participantes.

A possibilidade de nomear na linguagem e, portanto, representar os grupos na sociedade é fruto de uma organização da vida baseada na família nuclear e na própria concepção de indivíduo enquanto um ser pensante, único, capaz de tomar decisões e gerir em certa medida sua própria existência. Os saberes como a medicina moderna, a psicologia e a própria psicanálise puderam desenvolver-se segundo essas novas concepções de mundo, de sujeito e de família, possibilitando em seguida a pesquisa e a intervenção sobre o campo grupal. As conjunturas psicossociais do século XX foram decisivas para desenvolver o olhar e a prática não somente sobre o indivíduo, como também sobre suas inter-relações, os seus vínculos, seja quando eles obstaculizam o desenvolvimento humano, seja quando justamente permitem potencializá-lo.



Kurt Lewin, psicólogo alemão radicado nos Estados Unidos e um dos principais expoentes da teoria da Gestalt, foi responsável por diversas pesquisas célebres de grupo no âmbito empresarial, educacional e da vida cotidiana ainda na primeira metade do século XX, e é hoje reconhecido como um importante desbravador do campo grupal. Seu trabalho o permitiu desenhar uma teoria específica, a *dinâmica de grupo*, cujo aforismo é normalmente traduzido como “o todo é maior do que a soma das partes”, propondo uma das primeiras concepções de grupo enquanto uma entidade que não seria correspondente à *massa* (coletivo indiscriminado de pessoas), tampouco à pura *soma de indivíduos*. Seu trabalho não era puramente investigativo, tinha a característica de uma pesquisa-ação, de modo que se debruçava nos efeitos produzidos pelas diferentes conformações e conduções grupais (FERNÁNDEZ, 2006).

Na esteira de Elton Mayo, cuja intervenção microssociológica em uma fábrica norte-americana possibilitou atentar à importância da relação entre os trabalhadores em sua produtividade, Lewin avaliou diferentes modelos de gestão e articulação em grupos. No contexto escolar, observou o efeito de coordenações democráticas, autoritárias e de *laissez-faire* sobre os alunos em situação de aprendizado, concluindo que o estilo democrático favorece os objetivos do grupo e o equilíbrio de suas tensões, e, no contexto social trabalhou grupos de donas de casa enquanto um recurso para diminuir a resistência à mudança, permitindo-lhes mudar certos hábitos alimentares em função da escassez de alimentos em contexto afetado pela situação de guerra – através da estratégia grupal, Lewin constatou e justificou como a mudança se dá mais efetivamente do que em abordagem individual (FERNÁNDEZ, 2006).

Seja mirando a produtividade em uma fábrica, a democracia no contexto educacional ou a mudança de hábitos sociais, é necessário reconhecer o viés então presente na instrumentalização dos grupos em função de interesses de consolidação social da democracia liberal e dos avanços do capitalismo (FERNÁNDEZ, 2006). Não à toa, os desdobramentos da dinâmica de grupo de Kurt Lewin na atualidade se veem presentes no campo empresarial, dos recursos humanos e das pesquisas de mercado. Nessa vertente, portanto, o dispositivo de grupo estaria sendo valorizado, mas sua potência muito atrelada a demandas dissociadas de seus próprios participantes, e em terrenos muitas vezes distantes do campo da saúde.

Em paralelo, Joseph Pratt, também nos Estados Unidos, é comumente reconhecido como um precursor na abordagem de grupo com finalidades terapêuticas

(CASTANHO, 2018); embora seu trabalho com tuberculosos envolvesse em grande medida uma perspectiva psicoeducativa relativa à doença e seu tratamento, um grande diferencial à época residia em manejar o grupo visando ao envolvimento dos pacientes com o aprendizado, conseqüentemente produzindo efeitos terapêuticos na doença física e também estimulando afetos relativos à solidariedade intragrupal e de aproximação e idealização do médico (FERNÁNDEZ, 2006).

Na Viena freudiana e depois nos Estados Unidos, também na primeira metade do século XX, J. L. Moreno criou o psicodrama, abordagem terapêutica eminentemente grupal. O paciente é tomado como protagonista que traz à tona o próprio conflito e é convidado pelo terapeuta – que coordena o grupo e dirige a cena – a encená-lo, com a participação de egos-auxiliares e da plateia, papéis que podem ser ocupados por outros pacientes. A transposição de uma narrativa verbal para a dramatização, e da vivência individual para a experiência de grupo seriam decisivas, para Moreno, na elaboração dos conflitos emocionais, bem como no desenvolvimento da criatividade e espontaneidade, fundamentais para a saúde psíquica (BORIS, 2014).

A dimensão não verbal da expressividade em grupo, através da dramatização, da gestualidade e de um reconhecimento e manejo do corpo na situação terapêutica são aportes fundamentais do psicodrama ao campo grupal; diversos psicanalistas de grupo, sobretudo franceses, tinham formação prévia em psicodrama e direta ou indiretamente retrabalhariam tais formas expressivas em suas produções teórico-conceituais, algo que devemos explorar adiante pelo simples e inegável fato de que o corpo, o movimento e a linguagem não verbal pertencem totalmente à dinâmica adolescente, principalmente quando dispostos em situação de grupo. Por fim, vale destacar também que o termo “psicoterapia de grupo”, tão disseminado no nosso campo, foi cunhado pelo próprio Moreno, em 1930 (ÁVILA, 2016).

### **3.2. Da grupanálise à psicanálise de grupo**

Em 1909, quando da visita de Sigmund Freud aos Estados Unidos para uma série de conferências, Trigant Burrow – que pertencia ao mesmo movimento de Pratt – expôs ao pai da psicanálise seu interesse no desenvolvimento de grupos terapêuticos de inspiração psicanalítica, sugestão que Freud buscou desestimular (CASTANHO, 2018). Anos depois, Melanie Klein teria aconselhado Wilfred Bion a abandonar suas pesquisas sobre grupos, as quais mencionaremos a seguir, para

desenvolver sua teoria das psicoses (PERCIA, 2006). Com a participação de figuras centrais da psicanálise, ambas as situações poderiam ser compreendidas como paradigmáticas de uma dificuldade histórica do movimento psicanalítico em conceber o campo grupal como um verdadeiro objeto de intervenção, sucumbindo ao modelo instituído do par analista-paciente.

Os entraves impostos por uma psicanálise “oficial” tensionavam uma demanda social crescente por dispositivos de grupo que dialogassem com os aportes psicanalíticos, tão em voga em meados do século XX. Frente a isso, algumas soluções parciais foram forjadas, apresentando avanços e limitações, como a emblemática teoria e técnica de *grupanálise* de Foulkes.

Na grupanálise, busca-se subtrair da cena qualquer proposta de grupo ligada a uma “tarefa”, um objetivo ou tema central em torno dos quais o encontro aconteceria. A proposta é de realizar uma “discussão livre e flutuante”, com ênfase na manifestação estritamente verbal dos participantes (CASTANHO, 2018). Embora as associações no grupo emergjam costumeiramente em nome próprio dos indivíduos, a escuta e intervenção dos coordenadores deve atender sempre ao grupo total. Historicamente, a grupanálise se estabeleceu sobretudo como prática ambulatorial, com ênfase no atendimento de neuróticos. Nesse contexto, entendemos que há um *setting* padrão, que tende a ser utilizado do mesmo modo em todos os contextos; portanto, sem uma teoria desenvolvida dos ajustes do enquadre em função das particularidades de cada instituição e público-alvo. Destacamos que, nessa abordagem que chamamos de padrão, há um centramento nas trocas verbais em detrimento da consideração do uso de objetos e mesmo do corpo, o estabelecimento de regras bem rígidas sobre o não contato fora do grupo e sobre as entradas e saídas do grupo em cada sessão, além de uma perspectiva de deixar o grupo falar com o mínimo de intervenções do analista. Veremos ao longo deste trabalho como todos esses elementos destacados precisam ser revistos no contexto do trabalho com adolescentes aqui discutido.

Quanto à polêmica do lugar do grupo na psicanálise, pode-se dizer que Foulkes e sua tradição salvaguardaram-se na liberdade e autonomia de disporem de um nome próprio, a grupanálise, inclusive com instituições e modelos de formação próprios, o que de certa forma “driblava” possíveis questionamentos que emanassem de uma psicanálise mais próxima do “*establishment*”. Com seu método próprio e suas associações, a grupanálise conseguiu estabelecer-se significativamente ao redor do mundo, com aplicações terapêuticas em diferentes contextos, e sua relação com a

teoria psicanalítica seguiu existindo em diferentes graus, seja através de alguns afiliados, que eram concomitantemente psicanalistas e grupálistas, seja através da aceitação quase unânime da hipótese do inconsciente como elemento central do trabalho com grupos.

Em geral, as aplicações iniciais da psicanálise propriamente dita aos grupos têm como raiz as tradições analíticas inglesa, argentina e americana, e dividem-se em duas correntes, nomeadas por Ana María Fernández (2006) “terapia interpretativa individual *em grupo*” e “psicoterapia *de grupo*”. A primeira, tendo como expoentes Slavson e Klapman, buscava aglutinar pacientes de psicopatologias e contextos individuais e sociais muito semelhantes, em seguida propor um tema no início das sessões de grupo – favorecendo ainda mais uma perspectiva homogênea – e oferecer interpretações individuais que pudessem servir a todos ou quase todos os participantes. O princípio era replicar, de certa maneira, uma análise individual, mas na qual os demais pacientes se pudessem beneficiar indiretamente, visto que as características e as circunstâncias pessoais seriam semelhantes em todo o grupo.

A segunda corrente desenvolveu-se fortemente na Argentina, por analistas como Grinberg, Langer e Rodrigué, no período em que o kleinismo predominava enquanto linha teórica no país. Partindo do princípio gestáltico de conceber o grupo como uma entidade, radicalizava-se a proposta de intervenção sobre o todo grupal, mas aplicando-lhe a técnica e compreensão psicanalíticas: interpretação, transferência, fantasias inconscientes e o próprio enquadre analítico. Os teóricos dessa psicoterapia de grupo frisavam a importância de escapar às tentações individualizantes, como os riscos envolvidos no grupo como um todo quando se toma um paciente em sua história individual para interpretação; portanto, propunham sempre tomar a transferência no aqui-agora e enquanto um produto grupal na sua totalidade.

No entanto, um olhar mais atento acaba evidenciando como tanto a psicoterapia “*em grupo*” como a “*de grupo*”, embora aportem contribuições, apresentam dificuldades de superar certos paradigmas de uma psicanálise bipessoal que não necessariamente correspondam à realidade grupal na prática. A primeira, ao tomar o indivíduo como objeto de interpretação e os demais como beneficiários indiretos, acaba por limitar todas as nuances que a inter-relação de pacientes permite emergir, principalmente em suas diferenças, a tão importante *heterogeneidade*. Já a segunda corrente acaba efetuando uma transposição quase literal do que se

apresenta na dimensão individual para o grupal, trocando em miúdos, como se o grupo fosse um “grande indivíduo”, apagando também as propriedades particulares de uma vinculação de grupo, ou seja, as leis próprias do campo grupal (FERNÁNDEZ, 2006). Ao não avançarem nessa proposição, tais correntes se assemelham a uma psicanálise “pura”, certamente assim evitando alguns atritos institucionais, mas aplicando-a a um contexto diverso, cheio de particularidades que deveriam ser tomadas em conta, algo que a teoria psicanalítica de grupo irá realizar posteriormente.

Mas é o psiquiatra e psicanalista Wilfred Bion quem desbravou em grande medida os grupos terapêuticos de inspiração propriamente psicanalítica, ainda que tenha abandonado suas pesquisas no campo, como mencionamos. No contexto de uma aglomeração um tanto anárquica de soldados ingleses durante a Segunda Guerra Mundial e na impossibilidade de atendê-los individualmente (Bion ocupava a função de psiquiatra do exército), pensou em unir os soldados com o intuito de que efetivamente trabalhassem em grupo e pudessem assumir a gestão de seus problemas na convivência diária. Bion então coordenou grupos nesse contexto, amadureceu-os no pós-guerra com grupos de ex-combatentes e ex-prisioneiros e, por fim, foi convidado pela Clínica Tavistock para desenvolver grupos terapêuticos com a clientela da instituição (FERNÁNDEZ, 2006).

O pensamento bioniano supõe dois níveis em que o indivíduo e os grupos se relacionam com uma tarefa, um deles consciente, racional, muito ligado a como as variáveis externas se presentificam e se articulam pelos envolvidos na tarefa, e outro nível no qual preponderam emoções muito primitivas e fantasias inconscientes. Ocorre que, para Bion, a situação grupal favorece a emergência dessas emoções primárias, ansiedades arcaicas que seriam observadas em estado puro na psicose e frente às quais os indivíduos reagem com formações defensivas denominadas de *supostos básicos* (BION, 1970). Uma das riquezas do trabalho do autor com relação aos grupos é justamente a percepção de dimensões inconscientes que se expressam *por ocasião da grupalidade*, ou seja, Bion identifica que o dispositivo de grupo permite identificar e trabalhar dinâmicas que ele próprio faz com que sobressaiam e que, se não forem tomados em conta, podem obstaculizar qualquer possibilidade de relação produtiva com a tarefa do grupo.

Muito sinteticamente, os supostos básicos são o de *dependência* (utilizar a situação grupal como forma de obter uma segurança imaginária depositada em uma figura exterior, frequentemente o líder), o de *luta e fuga* (identificar um inimigo e atacá-

-lo ou evadir diante da ameaça que ele representa) e o de *acasalamento* (expectativa idealizada de uma união ou um nascimento que, advindo, trarão a resolução dos conflitos). Do ponto de vista da coordenação do grupo, a perspectiva bioniana propõe identificar e interpretar quando emergem tais modalidades defensivas, para que os supostos básicos cedam lugar ao *grupo de trabalho* (BION, 1970): quando o coletivo consegue produzir e interrelacionar-se de modo mais orgânico em torno de seus objetivos; no entanto, no geral, o coordenador participa efetivamente pouco, abdicando de qualquer papel de liderança que o grupo lhe pudesse atribuir – de fato, as descrições de Bion acabam apontando o contrário, uma verdadeira movimentação do grupo em revolta à passividade do coordenador. Dessa forma, vai ganhando forma uma certa especificidade dos grupos terapêuticos de base psicanalítica, pouco a pouco compreendendo a dinâmica inconsciente na especificidade da situação grupal e democratizando-a ao deslocar o coordenador de um papel de líder ao qual deveria haver uma adesão imaginária.

Em “O pequeno grupo como objeto” (PONTALIS, 1972), o psicanalista Jean-Bertrand Pontalis revisita o percurso de Bion, Moreno e Lewin e propõe uma série de reflexões, problematizando os vieses então presentes nas tradições grupalistas vigentes; o texto também pode ser compreendido como uma convocação dos analistas no contexto francês a se debruçarem na temática dos grupos e, por esse motivo, é reconhecido como uma certa inauguração da psicanálise de grupos francesa.

Na visão de Pontalis, o grupo deve ser entendido como uma produção fantasmática de seus membros; atribuir ao grupo um lugar de fantasia não é um desmerecimento, tampouco uma descrença em sua potência real e efetiva, muito pelo contrário: tudo aquilo que deriva no comportamento humano provém justamente do campo da fantasia, que corresponde a uma realidade psiquicamente modelada e em seguida encenada na inter-relação, o que, por sua vez, refluirá no campo fantasmático.

Pontalis abre novos flancos de pensamento que serão desdobrados por outros autores e colocados à prova em diferentes dispositivos grupais, visto que o grupo enquanto produção fantasmática pode ser justamente um espaço estratégico de apresentação e modificação dessas fantasias, recompondo vínculos e movimentando psiquismos. Eis a leitura de Pablo Castanho acerca das contribuições aos grupos terapêuticos aportadas por Pontalis:

Nessa linha de raciocínio, o grupo é ele mesmo uma fantasia comum ou partilhada por seus membros. Entendemos que essa instituição imaginária do grupo ainda o habilitaria a mobilizar e conter outras fantasias que poderiam ser objeto de trabalho psíquico. Estamos aqui diante de uma visão do grupo como um artifício para o trabalho psíquico (como, aliás, é o caso de todo dispositivo psicanalítico). (CASTANHO, 2018, p. 255-256)

Inspirado por Pontalis, com conhecimento psicanalítico vasto, mas também muito apropriado do psicodrama, da dinâmica de grupo e do grupalismo de Bion, Didier Anzieu desenvolve a partir da década de 1950 sua versão da teoria psicanalítica de grupo. Nela, o imaginário possui centralidade através do postulado de que a fantasia individual, enquanto uma cena psíquica habitada por diversos personagens, tem no grupo um caminho privilegiado para impor-se, expressar-se, materializar-se. Para Anzieu, cada participante traria inconscientemente sua fantasia que “disputaria” com as dos demais para ganhar corpo no plano afetivo e intersubjetivo do grupo; a fantasia singular seria portanto o primeiro e mais importante organizador grupal (FERNÁNDEZ, 2006). Segundo as ideias do autor, é possível observar como o individual e o específico do grupo vão entrelaçando-se e de certa forma desprendendo-se das teorizações que criavam uma antinomia indivíduo-grupo, que propunham o grupo ora como um grande indivíduo, ora como uma entidade totalmente descolada do plano individual. Com Anzieu, por exemplo, temos, de um lado, o reconhecimento da *ilusão grupal* como um fenômeno característico da situação coletiva – e potencialmente ansiógena – que o grupo impõe, e, do outro lado, o rechaço da ideia de um modelo explicativo *antropomórfico* do grupo, como se o grupo fosse “um grande psiquismo”, como se o todo se regesse por analogia com o plano individual.

Além de aportar com uma compreensão psicanalítica muito fluida do sujeito ao grupo e do grupo ao sujeito, que nos parece mais condizente com a realidade prática que verificamos no modo de funcionamento dos grupos terapêuticos, Anzieu embasa sua teoria e estabelece diálogos com dimensões muito pertinentes ao campo da adolescência: além evidentemente do *imaginário*, que povoa a situação grupal com *imagens* e *cenas* extremamente produtivas para trabalhar a intersubjetividade e o intrapsíquico dos pacientes, o lugar do coordenador passa a ser compreendido em um papel um pouco mais ativo, participativo, e que intervém algumas vezes de forma mais direta e concreta. Nas suas palavras, “[...] o grupo poderia ser, para os psicanalistas individuais, uma boa escola de formulação da interpretação, treinando-

-lhes a encontrar uma linguagem a meio caminho *entre o vivido concreto e a conceitualização*” (ANZIEU, 1972<sup>6</sup>, *apud* CASTANHO, 2018, p. 284, itálico nosso). Por último, vale destacar que, na teorização de Anzieu, o *corpo* se faz presente na situação grupal, seja enquanto metáfora (o grupo é vivenciado inicialmente como um corpo despedaçado pelos participantes, por exemplo), seja na sua dimensão de presença e comunicação dos pacientes entre si e para com a coordenação.

Em suma, o grupo enquanto espaço por excelência de presentificação e trabalho do imaginário, a coordenação um pouco mais ativa, participativa, direta, e o corpo sendo *encarnado* no contexto coletivo podem ser contribuições importantes de Anzieu para a teoria e prática de grupos terapêuticos para adolescentes, em especial com comportamento suicida ou de automutilação.

René Kaës, que foi inicialmente um discípulo de Anzieu, é sem sombra de dúvidas o maior expoente da teoria psicanalítica de grupo na França, com uma vasta obra dedicada ao tema e uma imensa capacidade não só de sistematizar o conhecimento do campo como também de desenvolver um corpo conceitual que responde a muitos dos impasses teóricos e técnicos vividos por aqueles que se aventuram na prática grupal. Na linha do que afirmamos inicialmente no capítulo anterior, o grupo é vislumbrado por Kaës como um *intermediário* entre o sujeito individual, às voltas com seu próprio corpo e suas pulsões, e o campo social, com seus valores, sistemas de relação e de produção etc. (KAËS, 1999).

Em diversos momentos de sua obra, Kaës recorre a Freud como uma base compreensiva fundamental dos processos de subjetivação presentes nas situações grupais e coletivas, mesmo que o pai da psicanálise não os tenha pensado aplicados ao dispositivo de grupo. Nas clássicas primeiras páginas de “Psicologia das massas e análise do eu” (FREUD, 2011b), postula-se que toda psicologia deve ser compreendida imediatamente como uma psicologia social, visto que o outro sempre comparece na vida anímica do sujeito, por exemplo, como modelo identificatório, rival ou objeto de investimento.

No mesmo texto, revisitando o trabalho de Le Bon, Freud pensa os processos identificatórios à luz do que ocorre nas massas, imensos conglomerados humanos que se mantém surpreendentemente coesos e pacíficos, dinâmica que só se poderia

---

<sup>6</sup> ANZIEU, D. Le moniteur et la fonction interprétant. In: ANZIEU et al. (Org.). **Le travail Psychanalytique dans les groupes**. Paris: Dunod, 1972. v. I, p. 141-216.



justificar pela presença de um líder da massa, ao qual todos os sujeitos o tomarão como seu *ideal de eu*, identificando-se entre si e enlaçando-se libidinalmente por esse traço em comum – se o líder porventura cai, a massa imediatamente se desorganiza radicalmente. A figura do líder segue presente em pequenos grupos e nos grupos terapêuticos de tradições variadas, inclusive pela própria dinâmica de funcionamento do inconsciente, que tenderá a investir alguém (em geral, o coordenador) ou alguma ideia (uma ideologia, por exemplo) no lugar de liderança. No entanto, de modo geral, nos grupos de base psicanalítica, o coordenador procura compreender, dosar e manejar, de acordo com os pacientes e o momento do grupo, o quanto uma transferência imaginária, que o toma no lugar imaginário de liderança, deve ser acolhida ou devolvida, retrabalhada, diluída. O mesmo valeria para as demais adesões imaginárias dentro do grupo.

Kaës evoca com frequência também “Totem e Tabu” (FREUD, 2012), situação grupal que representaria a passagem da horda primitiva à civilização justamente na destituição e incorporação parcial do pai tirano, com a contrapartida de um pacto intersubjetivo nos quais se sacrificam liberdades e abdica-se da violência cruel em prol da segurança e proteção garantidos pelo grupo. É interessante observar como o grupo se faz presente e é convocado a encontrar caminhos estruturantes para si próprio e para o coletivo maior justamente quando a sociedade vivencia momentos de crise e ruptura de seus sistemas referenciais; segundo Kaës, a *invenção psicanalítica do grupo* responderia à necessidade sócio-histórica de (re)construir funções metapsíquicas “[...] sobre as quais repousam os apoios e pactos de renúncia, a eficácia de proibições estruturantes, os referenciais identificatórios, as crenças e representações compartilhadas” (KAËS, 1999, p. 10-11, tradução própria), em função da absoluta quebra e reinauguração dos modos de interação subjetiva e social após as duas grandes guerras do século XX.

Se Kaës nos permite vislumbrar o campo grupal como um possível articulador que busca responder a crises engendradas no social mais amplo, de outra parte nos possibilita também pensar o dispositivo de grupo como uma resposta a demandas psicopatológicas que não seriam acolhidas (ao menos não o suficiente) e bem encaminhadas por um dispositivo de cura bipessoal, terapeuta-paciente. Frente a patologias vinculares, os grupos terapêuticos despontam como uma estratégia precisa, justamente por colocarem em evidência o vínculo intersubjetivo; dentre essas psicopatologias, incluir-se-iam alguns quadros da adolescência, como, a nosso ver,

os de comportamento suicida e automutilação devido às dinâmicas relacionais levantadas no capítulo anterior. Nas palavras do autor,

[...] o tratamento em um dispositivo de grupo psicanalítico de crianças muito gravemente perturbadas, *de certas patologias da adolescência*, dos sofrimentos da adicção e das sequelas traumáticas, mostram a eficiência da função pensante do outro (de mais de um outro) na restauração das atividades da memória, da linguagem e da interpretação. De um ou de outro modo, todos esses transtornos incidem na estruturação e na atividade do pré-consciente. (KAËS, 1999, p. 16, itálico nosso, tradução própria)

A potencialidade do dispositivo grupal de restaurar a função pré-consciente, que seria crucial para transformar intensidades pulsionais em linguagem e pensamento – ir da representação-coisa à representação-palavra – é uma das inúmeras contribuições de Kaës à teoria psicanalítica de grupo. Vale destacar também o conceito de *alianças inconscientes*, “[...] fundamento de todas as configurações vinculares” e “[...] elemento teórico fundamental para pensar a passagem entre o intrapsíquico e a realidade psíquica presente nos vínculos e na cultura” (CASTANHO, 2018, p. 68), os conceitos de *pacto denegativo* e de *contrato narcísico*, subsidiários das alianças inconscientes, e especialmente o conceito de *aparelho psíquico grupal* (APG), que seria responsável pela intermediação das diferentes instâncias: intrapsíquica, intersubjetiva, intergrupal e social, talvez representando o ponto máximo da superação das concepções de uma só via, que atribuiriam ao indivíduo ou ao grupo toda a determinação dos processos subjetivos em curso.

Por último, retomando seu olhar da dimensão grupal na obra de Freud, Kaës aponta que as referências aos grupos estão presentes desde os textos freudianos pré-psicanalíticos, mas não necessariamente fazendo referência só ao campo intersubjetivo e social, e sim à própria dinâmica intrapsíquica. O inconsciente é definido no “Projeto de Psicologia” como *grupo de pensamentos clivados* (KAËS, 2006), no sentido de que determinadas ideias se *agrupam* no psiquismo por afinidade; o eu, enquanto instância psíquica, seria ele próprio preenchido de outros sujeitos pela via da identificação – “[...] o eu é um outro [...] ou simultaneamente vários outros”, dizia Octave Mannoni (1996, p. 33). A própria concepção de fantasia como uma cena interna de múltiplos personagens, já presente em Anzieu, demonstra a grupalidade que compõe internamente cada sujeito. “Dentro de cada indivíduo existe a humanidade inteira”, diz Lazlo Ávila (2016, p. 61). Tal concepção de indivíduo radicalmente grupal, desde as heranças que nos habitam dos grupos dos quais somos herdeiros, passando pelos grupos intrapsíquicos, pelo imaginário povoado de outros,

até o eu como um grupo de identificações com outros sujeitos... todos eles influenciam a maneira de ler e pensar os grupos terapêuticos; mas, mais do que isso, acabam dando um novo rumo à forma de enxergarmos o próprio sujeito, e isso também é um aporte da psicanálise de grupo kaësiana.

Nesse sentido, é instigante poder pensar os próprios adolescentes a partir de Kaës, em especial aqueles com comportamento suicida ou de automutilação, nas suas constituições psíquicas marcadas de fio à pavo pelos seus vínculos e grupos, sejam internos ou externos, atuais ou pregressos, conscientes ou inconscientes. Da mesma maneira, poderíamos pensar o chamado impulso gregário desses jovens – do qual falamos no capítulo anterior – como uma tentativa de responder às crises que os atravessam, e o dispositivo de grupo terapêutico como um artifício utilizado pelos terapeutas, equipes e instituições para induzir os adolescentes a posicionarem-se frente a frente com sua problemática vincular e construir coletivamente novos modos de relação entre instâncias psíquicas, entre gerações, entre membros do grupo e até no social mais amplo.

### **3.3. Os grupos operativos de Pichon-Rivière: a centralidade da tarefa**

Pichon-Rivière, psiquiatra e psicanalista franco-argentino, desempenhou um papel muito relevante no pensamento grupalista, conceitualizando práticas que se tornaram amplamente conhecidas e são replicadas até os dias de hoje – embora nem sempre com o rigor que merecem. Trata-se sobretudo do *grupo operativo*, ou *grupo centrado na tarefa*. Pichon-Rivière parte de sua experiência institucional como médico, dos estudos de Kurt Lewin, da leitura marxista de Sartre, de sua destacada formação psicanalítica kleiniana, além de outras referências, para propor intervenções grupais guiadas por uma tarefa explícita com a qual os participantes deveriam lidar, o que implicaria relacionar-se. Tal interação evocaria ansiedades bastante arcaicas – vemos então ecos de Bion – frente às quais os sujeitos acionariam defesas, caracterizando um estado grupal de *pré-tarefa*, em que se paralisa o movimento operativo ou se dissocia o pensar do agir e do sentir, fazendo com que a atividade esteja alienada da vida subjetiva, um grupo “*como se*” (CASTANHO, 2018).

A história relacionada ao desenvolvimento dos grupos operativos remete a diferentes experiências interventivas de Pichon-Rivière, solidificando seu pensamento ao longo do tempo, mas tem pontos preciosos em função dos efeitos terapêuticos e

de mobilização por elas proporcionados. Ainda na primeira metade do século XX, Pichon-Rivière trabalhava sob condições degradadas no Hospício de las Mercedes, quando uma greve dos enfermeiros o mobilizou a organizar grupalmente os pacientes que se apresentavam psiquicamente melhores para cuidarem dos mais graves (ELVIRA, 2007). Sua percepção foi de que tanto quem cuidou quanto quem foi cuidado apresentou melhoras de suas condições psíquicas.

Pichon-Rivière fala em diferentes papéis que estariam presentes na situação dos grupos operativos – o de líder, bode expiatório, porta-voz e sabotador – representando uma de suas importantes contribuições ao campo grupal, auxiliando na leitura clínica do coordenador. Os papéis representam o entrecruzamento de aspectos da história pessoal do sujeito (verticalidade) com o momento do grupo (horizontalidade), permitindo revelar algo do coletivo que estava inconsciente – vemos aí a maneira singular com que Pichon-Rivière procura dar conta do dilema indivíduo-grupo, parte-todo. Para ele, o coordenador não se caracteriza por ocupar o papel de líder. Alguns dos participantes inclusive podem, no processo grupal, investir-se do papel de liderança, mas isso pode representar uma resistência à tarefa; cabe a quem coordena apontar esses movimentos, para que os papéis circulem entre os participantes e não se estabeleça uma relação estereotipada com a tarefa. Para que o grupo produza de “corpo inteiro”, através de associações e inter-relações que gerem movimento, é fundamental, aliás, que *a liderança seja colocada na própria tarefa*, no sentido de operar como um norte que todos podem investir.

Para Castanho, podemos hoje problematizar a “[...] exclusividade da discussão verbal como recurso e a interdição à participação do coordenador na tarefa” (2018, p. 173), já que a postura um tanto passiva da coordenação no grupo operativo, pontuando somente as obstaculizações à tarefa, poderia limitar a potência do dispositivo, tal como o predomínio do verbal em detrimento do mimogesto-postural, da dramatização ou de objetos intermediários no grupo; se tais reconsiderações são especialmente válidas no campo grupal da adolescência, em contrapartida, vale a pena destacarmos a importância de um “espírito operativo” ao coordenar grupos com jovens, especialmente aqueles com comportamento suicida ou de automutilação – tal atitude operativa implicaria uma postura ativa que “não deixa a peteca cair” em relação à tarefa, permitindo aos pacientes olhar adiante, continuar associando e produzindo em direção a um futuro possível, e não a um passado que os inibe, bloqueando o movimento grupal.

Vale mencionar que na obra e na própria trajetória profissional de Pichon-Rivière por vezes há uma tensão com as correntes grupais que visavam a atender aos interesses do poder instituído (como ocorria no trabalho empresarial de Lewin), e são um marco de um movimento grupalista sintonizado com uma proposta de transformação social que emane da base em direção ao poder. Mudar a si próprio, através do grupo, não se separava de mudar o entorno, as condições de vida, as relações, as práticas institucionais e, no limite, o social mais amplo. Não à toa, jovens profissionais *psi* sul-americanos, politicamente engajados nas décadas de 1960 e 1970, praticavam intensamente grupos operativos no espaço público e na atenção aos mais vulneráveis, articulando produção de saúde e um desejo de transformação social – por isso, foram também perseguidos e censurados pelos regimes autoritários que se impuseram à época. A marca indelével de tal pensamento e prática de grupos é a consideração do entorno influenciando o grupo, desde fenômenos político-sociais até as instituições nas quais pacientes e equipe se inserem. Assim, põem-se em xeque as tentações de enxergar o grupo isoladamente: o *grupo-ilha* (FERNÁNDEZ, 2006).

### **3.4. Psicanálise de grupo com adolescentes**

Como ficou evidente ao longo do percurso histórico revisitado neste capítulo, a população adolescente não foi paradigmática no surgimento dos dispositivos de grupo – e de seus desenvolvimentos teóricos – ao longo do século XX. Na trajetória de Lewin, Foulkes, Bion, Pichon-Rivière, Anzieu e Kaës, observamos experiências de grupo inaugurais com adultos, em situações variadas, como empresas, internações, tratamentos ambulatoriais e situações de aprendizado, e, mais raramente, experiências com crianças. Não obstante, pelas características intrínsecas à adolescência e por responderem tão bem a intervenções terapêuticas mediadas pela grupalidade, naturalmente instituíram-se grupos terapêuticos voltados aos adolescentes, verificando-se bons resultados dessas práticas; a produção de uma literatura teórica que dê conta das especificidades dos dispositivos grupais aplicados a diferentes situações e cenários da adolescência, em contrapartida, é consideravelmente pequena.

Como vimos, René Kaës considera que os adolescentes com patologias vinculares são, assim como algumas outras populações, propulsores de uma

demanda pelo desenvolvimento de práticas grupais que poderiam dar respostas aos impasses vivenciados na clínica individual (KAËS, 1999). Sendo o grupo um espaço necessariamente de vínculos, seria colocada em evidência nele a problemática relacional dos jovens e, portanto, a possibilidade de intervir nessa dimensão, seja do ponto de vista do coordenador, seja dos demais participantes.

Lembrando que, como apontado no capítulo anterior, a puberdade – que representa a entrada na adolescência – provoca uma desorganização no plano do eu-corporal, pela via da invasão arrebatadora da excitação sexual genital e pela transformação veloz do corpo em direção à vida adulta, pondo em questão os apoios que antes proviam certa segurança e estabilidade à vida psíquica, como as identificações a imagos familiares e certas narrativas e valores dados na intergeracionalidade.

A crise vivenciada pelo adolescente, que atravessa desde o seu corpo concreto ao seu corpo enquanto unidade imaginária vai implicar, por um lado, um mal-estar relacional, cuja mediação é imprescindível para que o indivíduo possa *suportar* a adolescência sem maiores agravos, até que ela finalmente termine (O. MANNONI, 1996).

Por outro lado, além (ou aquém) do trabalho vincular, o espaço de grupo se coloca como possibilidade de projeção de um corpo imaginário integrado, através da *ilusão grupal*, conceito formulado por Anzieu (1993), na qual se recompõe – ainda que de um ponto de vista imaginário – uma unidade narcísica frente ao desamparo e despedaçamento que a condição adolescente provoca. Para Ávila, “[...] o grupo é construído como uma prótese e uma extensão do corpo do sujeito, que lhe permite, através da fantasia de um corpo ampliado (‘grupo-corpo’) escapar às angústias da finitude, da limitação e da morte” (2016, p. 108). Sendo o corpo adolescente tão ameaçado nessa experiência de continência e integração, o investimento no grupo pode prover uma segurança significativa para o atravessamento dessas angústias tão primordiais. Desse ponto de vista, é compreensível o porquê de os adolescentes espontaneamente se unirem em *bandos*, mas o grupo terapêutico pode ser instrumentalizado para prover temporariamente tal sensação de coesão e segurança, esperando-se que, com o tempo, se possa prescindir dela em prol das diferenças, de um conflito possível de ser vivido, da singularidade que se produz na tensão com o coletivo. Primeiro um movimento necessário de homogeneização do grupo, portanto, e pouco a pouco a possibilidade de heterogeneidade entre os adolescentes sem que

se tema tanto pela dissolução do sujeito e do coletivo. Nos termos de Kaës, iríamos de um *polo isomórfico* a um *polo homomórfico* quanto às modalidades de vínculo no grupo (KAËS, 2006).

Uma das dinâmicas mais marcadamente presentes em grupos de adolescentes, não à toa, é a da designação de um *bode expiatório* – papel tão bem descrito por Pichon-Rivière (2009) – dentro ou fora do grupo. Ao escolher um alvo sobre o qual se deposita toda sorte de afetos e significações negativas, protege-se a coesão imaginária da maioria. No horizonte, descristalizar os papéis no grupo é, sem dúvida, uma direção terapêutica fundamental, mas a insistência em consolidar um bode expiatório, por exemplo, nos momentos iniciais do grupo, deve ser compreendida como uma tentativa de se proteger e assegurar a própria integridade através do coletivo, em que os aspectos negativos estariam apartados e localizados no bode expiatório. Uma situação observada em um de nossos grupos terapêuticos com os adolescentes demonstra com bastante clareza, a nosso ver, as motivações em jogo na eleição de um bode expiatório.

*Em determinada sessão do grupo, composto por sete adolescentes entre 15 e 18 anos idade, de psicopatologias variadas, mas com quatro jovens com histórico de tentativa de suicídio ou de automutilação, ocorreu a entrada de um novo integrante, Yuri (nome fictício). Era um adolescente já conhecido pela coordenação, pois havia sido tratado anteriormente na instituição e integrara um grupo de pré-adolescentes no qual tinha vínculos muito intensos com os outros participantes, fazendo um bom uso desse espaço terapêutico. Sua entrada nesse novo grupo foi, no entanto, muito diferente; pois, talvez motivado pela ansiedade de pertencer ao grupo rapidamente, tentando mostrar-se “adolescente”, acabou sendo inadequado em suas colocações, insistente e provocativo. Criticou o cabelo de um dos participantes, questionando se não seria homossexual; criticou o olhar de outra jovem, perguntando se ela “usava drogas”; e assim por diante. O grupo se mantinha quieto diante dos comentários agressivos de Yuri, produzindo na coordenação uma vontade de o contrapor, defender o grupo; optou-se por dar a palavra ao grupo, perguntando como eles estavam recebendo os comentários dele, se queriam responder etc., mas eles se mantinham quietos; a certa altura, uma das participantes falou algo do tipo: “Yuri, você está chegando agora, não nos conhece bem, mas aqui tem gente de todo tipo, hétero, homossexual, bissexual, raças diferentes, classes sociais diferentes, cada um está aqui por um problema diferente, e ninguém julga ninguém, a gente busca*

*compreender e respeitar o próximo, que é para se ajudar”. O efeito foi imediato, com Yuri rapidamente se reposicionando e assumindo uma postura mais resguardada e de respeito aos demais. No entanto, o grupo fez daqueles primeiros movimentos de Yuri uma condição perene, com ele representando para sempre a intolerância, o preconceito, um caráter desprezível, com o qual não se poderia conviver. Yuri acabou não ficando no grupo por dificuldades suas e de sua família, logísticas e socioeconômicas, para vir ao tratamento, uma problemática, portanto, extragrupo; mas, para sempre, e com alguma frequência, Yuri era retomado no discurso do grupo, com falas do tipo: “gosto muito de todos que passaram por aqui, menos do Yuri”, e assim por diante. Qualquer tentativa de pontuar que Yuri possa ter sido muito mais inadequado do que ser propriamente um preconceituoso, tanto é que rapidamente passou a mostrar-se muito mais alinhado ao espírito do grupo quando este interveio, parecia não ter efeito, o grupo precisava mantê-lo nessa condição de bode expiatório. De alguma maneira, essa dinâmica coloriu toda uma dimensão do grupo, que se entendia como um lugar de tolerância, compreensão e respeito, e que Yuri era alguém de fora, que representava o contrário, como muitas outras pessoas que estariam “lá fora”; no discurso do grupo, Yuri não se teria mantido no grupo pelas divergências, pelo que teria aparecido de diferente e ruim nele, e não por dificuldades pessoais práticas, de outra ordem. Na coordenação, passou-se a compreender tal narrativa como uma necessidade transitória do grupo, que não deveria ser totalmente desconstruída, representando a figuração do grupo como um ambiente “bom”, e o “mau”, personificado na ausência de Yuri.*

Com o transcurso dos grupos, espera-se que tais dinâmicas de experienciar o grupo como um corpo, bom, coeso e protetor, possa decantar-se, tornando-se fundo, e não mais figura, uma dimensão silenciosa na qual os sujeitos se apoiam e se sentem fusionados: um *fundo sincrético* (ÁVILA, 2016) que é uma dimensão fundamental do enquadre psicanalítico, como veremos no próximo capítulo. Com a ilusão grupal saindo de cena, diminui-se também o ímpeto de construir um bode expiatório, enquanto um papel rígido e estereotipado, dando lugar a uma relação mais fluida e dinâmica de papéis no grupo.

Do que se trata quando o grupo é vislumbrado como um espaço potencial de movimento e experimentação de papéis e de relações variadas? Trata-se de reconhecer que os grupos terapêuticos propiciariam, a um só tempo, um campo mediado de *trocas intergeracionais extrafamiliares* (FERNANDES; FERNANDES;



ROBERT, 2016), ou seja, uma relação com o mundo adulto diferente daquela vivida com os pais, representado pela figura do coordenador de grupo, marcando uma possibilidade de diferença e elaboração da dimensão geracional, e também uma relação de *pares* na qual se ensaiam papéis com os quais se pode identificar, testar a empatia e a agressividade e jogar com a sexualidade: o que se deseja, como se deseja, e em que medida se recebe e se é correspondido pelo desejo dos outros. A identidade, em construção na adolescência, põe-se à prova no laboratório grupal, em uma intensa dialética entre o que dá prazer, segurança e fluência no plano individual e suas ressonâncias e correspondências no plano relacional, intersubjetivo. O que se denomina *trabalho subjetivo do adolescente* (COUTINHO; ROCHA, 2007), sobre o qual falamos no capítulo anterior, tem no grupo terapêutico um espaço privilegiado de realização e desenvolvimento.

Para Coutinho e Rocha (2007), “[...] é consenso entre os psicanalistas que trabalham com adolescentes a importância do espaço de grupo como espaço de fala, de reconhecimento e de *suporte para novas identificações*” (p. 76, itálico nosso). Já mencionamos a importância do jogo identificatório no período da adolescência, já que o eu é basicamente composto de identificações, e boa parte delas foi perdida – ou transformada – com a crise do adolescente, em que as imagos parentais e fraternas mudam de *status*. Octave Mannoni (1996) situava a análise individual com adolescentes como um espaço de jogo em que se testam, consolidam e descartam identificações, e, no grupo terapêutico, faz-se o mesmo, com o evidente privilégio de o adolescente dispor de uma pluralidade identificatória muito maior no grupo, com seus pares. Ana María Fernández faz uma interessante observação acerca dos aspectos identificatórios no grupo psicanalítico: para ela, ao se enfatizar o grupo na sua dimensão ameaçadora à integridade do eu, como é comum nessa leitura dos aspectos primitivos que o grupo evoca nos sujeitos, pode-se deixar de pôr em evidência um outro aspecto fundamental, o da importância do grupo como suporte identificatório (FERNÁNDEZ, 2006), o que é absolutamente central nos grupos terapêuticos de adolescentes; tal dinâmica já era pensada por Foulkes e Anthony (1967), ao se referirem ao grupo terapêutico como uma *galeria de espelhos*, refletindo uns aos outros, recebendo uma visão de si próprio diferente da que se tinha, através do olhar do outro, e assim por diante.

É importante salientar que as identificações dos adolescentes são trabalhadas em grupos terapêuticos não na perspectiva de uma unidade massificante, convergindo

para uma única forma de ser, de pensar, de se apresentar dos jovens; pelo contrário, trata-se de caminhar na dialética entre os processos mais narcísicos e primitivos, de fusão e indiferenciação, como na ilusão grupal, e os processos de diferenciação, discriminação, singularização dos pacientes, sem que isso ameace a possibilidade de estar junto. Nesse sentido, como apontam Sato *et al.* (2017), seguindo o pensamento de Pichon-Rivière, a homogeneidade da tarefa e a potência de trabalho no grupo está relacionada à heterogeneidade dos participantes, de tal modo que, nos grupos centrados na tarefa, retiram-se do líder e de uma ideologia que unificasse todos o lugar principal, focando-se na tarefa, que dá suporte ao grupo para caminhar em direção à mudança *através* das diferenças.

Talvez esse seja um dos aspectos que justifique a “química” existente entre pacientes adolescentes e a proposta de grupo centrado na tarefa. Revisitando a pequena literatura de grupos terapêuticos com jovens, impressiona a adesão, envolvimento e o caminho que se pode trilhar por parte dos pacientes nesses grupos, e os relatos de sessão demonstram bastante vivacidade e ressonâncias intersubjetivas (BROIDE, 2006; COUTINHO; ROCHA, 2007; FERNANDES; FERNANDES; ROBERT, 2016; VERZIGNASSE; TÉRZIS, 2008). Nessas experiências, verifica-se por parte dos adolescentes a frequência às sessões, a disposição à inter-relação, momentos de unificação imaginária e de diferenciação, de resistências e engajamento com a tarefa. Ou seja, apresentam-se as condições para o trabalho psíquico dos adolescentes que, mesmo operando em torno da discussão de um tema social, por exemplo, põem em movimento seus psiquismos em sua articulação com a dimensão grupal.

Do ponto de vista do coordenador, em um grupo operativo de adolescentes deve-se buscar interpretar os *emergentes*, ou seja, processos implícitos que estão impedindo o pensar coletivo, que denotam um outro sentido subjacente à fala dos participantes, que bloqueiam a realização da tarefa (FERNANDES; FERNANDES; ROBERT, 2016). Muitas vezes, é o próprio participante que está no papel de porta-voz que enuncia algo que esteja latente acerca do funcionamento do grupo. Interessante é a observação de Castanho de que “[...] não devemos nos enganar pelo termo ‘voz’, pois o trabalho do porta-voz não se realiza necessariamente por esta via” (2005, p. 75). Como o que se enuncia é da ordem do patológico, é bem possível que não se encontrem facilmente palavras que traduzam o conteúdo pela verbalização; outros meios expressivos podem entrar em cena. Uma das possibilidades

fundamentais de trabalho com a tarefa, tanto pela coordenação como pelos próprios participantes, estaria, portanto, relacionada à *dimensão não verbal no grupo*.

Ao referir-se ao atendimento psicanalítico individual de adolescentes, Mauricio Knobel falava da *atuação terapêutica* como um recurso importante com esses pacientes, como uma forma expressiva do analista, fisicamente movimentando-se, rindo, expressando-se como pessoa real (KNOBEL, 1980<sup>7</sup>, *apud* VERZIGNASSE; TÉRZIS, 2008); imbuídos de uma maior liberdade pessoal e técnica do coordenador de grupo em relação ao analista individual, podemos pensar que, na situação grupal com jovens, tal presença, corporal, gestual e franca da coordenação seja parte importante na sustentação do processo grupal.

Ainda em relação às modalidades de presença e intervenção nos grupos de adolescentes, vale frisar, acerca das manifestações não verbais dos próprios participantes, que a coordenação precisa ter uma escuta desses movimentos, intervindo e extraíndo o seu máximo valor, em pé de igualdade com as manifestações estritamente verbais – ao menos enquanto as palavras ainda não existem ou estão sufocadas. Essas manifestações não verbais são entendidas em uma psicanálise mais tradicional como *acting outs* (VERZIGNASSE; TÉRZIS, 2008), mas ganham um novo colorido com as contribuições da psicanálise contemporânea e da psicanálise de grupo: René Roussillon fala de conjunturas transferenciais que impõem a necessidade de outros meios de escuta e intervenção, para além de uma sustentação no pensamento e linguagem, como “[...] certas formas de ‘dramática mimo-gesto-postural’ [...] ou de toda forma de ‘representação motora’” (ROUSSILLON, 2019, p. 142).

Os adolescentes em grupo podem ser vistos, graças à disposição lado a lado das cadeiras, e muito frequentemente não se atêm a uma roda, sentando em outros lugares, ou movimentando-se pela sala; dão-se a ver, com seus movimentos, seus corpos, suas vestimentas, seus gestos – mesmo que discretos – e ações no grupo – estas sim podem ser bem menos discretas. Às vezes, tentam-se esconder, debaixo de moletoms ou escapando ao olhar, o que paradoxalmente captura ainda mais o olhar do coordenador e até do próprio grupo, colocando-os no centro da cena. Movimentos entre adolescentes, nos quais seus corpos se cutucam, provocam-se, de forma

---

<sup>7</sup> KNOBEL, M. A. Inclusão do “*acting-out*” terapêutico na interpretação durante a psicanálise de adolescentes. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 14, p. 47-57, 1980.

agressiva ou sexual, fazem parte da rotina desses grupos, assim como cenas dirigidas à coordenação, sejam feições tristes e um aspecto contido, ou uma postura hostil, onipotente, como uma pretensa resolução maníaca dos problemas, dentre outras muitas formas expressivas. Esse ponto é fundamental de ser retomado na discussão, compondo-se com as contribuições do capítulo do enquadre e dos dispositivos clínicos, porque, para nós, é algo muito marcado em grupos de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação e deve ser tomado como uma *ferramenta de trabalho* essencial, e não como uma resistência negativa, que impossibilite o trabalho clínico.

Especificamente sobre os adolescentes enfocados neste trabalho, com comportamento suicida ou de automutilação, a literatura sobre grupo mais condizente que encontramos provém das investigações de um único autor na perspectiva psicanalítica, Jean-Pierre Pinel, toda em língua francesa. Retomando o que dissemos no capítulo 2, Pinel fala em *pré-adolescentes e adolescentes sem limites* (PINEL, 2008), *adolescentes em grandes dificuldades psicossociais* (PINEL, 2011) e em *patologias do processo adolescente* (PINEL, 2010), mas, em geral, sempre se referindo a um modo de configuração subjetiva desses jovens que, relembramos, pode ser assim caracterizado: nem neuróticos, nem perversos, nem psicóticos, com um funcionamento oscilante, de difícil classificação, impondo dificuldades à recepção desses jovens no tratamento institucional e ao manejo clínico; uma problemática dos limites, dos vínculos, do contato e da presença, que se manifesta em alterações do comportamento, dependências químicas, comportamentos violentos e ataques ao próprio corpo; experiência de um vazio interno e uma errância subjetiva em função de ancoragens e pertencimentos que não se estabeleceram; dificuldade de se historicizar, assumir-se como parte de uma linhagem geracional; dificuldade extrema de utilizar a linguagem para expressar sofrimentos e angústias, evacuando-os como atos; acionamento de defesas maníacas/onipotentes; supereu sádico, não protetor do sujeito, e ideal de eu que sucumbe a um eu ideal; têm uma problemática do pré-consciente, dificultando o pensamento para além do processo primário, o que também leva a atuações enquanto descargas raivosas e violentas.

Do ponto de vista familiar, Pinel fala em falhas nas funções subjetivantes primárias, sobretudo para tolerar e não retaliar a agressividade; ausência de um respondente ao mal-estar do *infans*; predomínio de uma confusão geracional e

incestuosidade; invasão narcísica e má nomeação na linguagem; e problemáticas transgeracionais prévias (PINEL, 2008; 2011).

Tais características desses adolescentes e de seu ambiente primário foram retomadas e enfatizadas acima, pois, tal como veremos na teoria de Roussillon (2019), Pinel pensa os dispositivos clínicos como necessariamente adaptáveis às problemáticas que se propõem a acolher (PINEL, 2003), ou seja, capazes de possibilitar o engajamento dos pacientes, de receber seus depósitos emocionais mais radicais, e de oferecer possibilidades de relação, mediação e trabalho de simbolização que possam efetivamente transformar situações clínicas que estejam longe de se adequarem a um dispositivo psicanalítico tradicional. Nesse sentido, Pinel teoriza sobre algo que colocou à prova em sua experiência clínico-institucional: grupos terapêuticos para esses adolescentes sem limites e em grandes dificuldades psicossociais, levando em conta aquilo que esses jovens carregam em si de suas relações intersubjetivas mais primitivas, dispositivos grupais que visam a acolher e responder a necessidades emocionais complexas e específicas.

Pinel supõe que tais grupos podem configurar um recurso inestimável ao tratamento desses adolescentes, desde que possam atender a certas características de funcionamento: que sejam *meios maleáveis*, no sentido de poderem ser utilizados (transformados) pelos pacientes segundo suas próprias características, porém sem serem destruídos; que os coordenadores possam acolher sem retaliar a agressividade dos jovens; que a coordenação acolha elementos arcaicos sem bombardeios interpretativos, inclusive *privilegiando mais intervenções do que interpretações* (PINEL, 2003); que o grupo funcione como um apoio e um contenedor, não incitador de uma excitação retraumatizante; que forneça condições para a figurabilidade, a representação e a simbolização; e, em última instância, que o agir disruptivo e o vazio patológico possam progressivamente dar lugar a uma capacidade pré-consciente compartilhada de pensar, historicizar e, agora sim, pôr em palavras tudo aquilo que se impõe por outras vias expressivas.

Utilizando recursos técnicos do psicodrama, lidos à luz da psicanálise, e eventualmente objetos de relação (GIMENEZ, 2006) e objetos intermediários (ROUSSILLON, 2019), Pinel busca avançar a possibilidade de o grupo terapêutico poder favorecer um encontro intersubjetivo com sujeitos que repetem violentamente os ataques ao contato e ao vínculo, quando colocados em relação pela via da instituição (PINEL, 2011). Sua hipótese é de que a atuação dos adolescentes que

necessariamente aparece na realidade institucional e dos grupos terapêuticos incitaria uma contra-atuação dos terapeutas, possivelmente tornando os coordenadores de grupo reativos, desesperançosos, rígidos e impenetráveis, ameaçados em sua capacidade de pensar; essa dimensão *intercontratransferencial* (PINEL, 2003) precisa ser trabalhada para ganhar outra qualidade, conduzindo a situação coletiva a um novo desfecho, e não à realização da cena primitiva familiar de cada um dos adolescentes em sofrimento.

No grupo terapêutico, um desafio fundamental, portanto, seria conseguir acolher as cenas que provêm da experiência emocional primitiva desses adolescentes – compostas, por exemplo, pelo colapso do respondente, pela sua expulsão genealógica e por todas as defesas erguidas ante tal experiência – e poder descolar-se, liberar-se das tentações reativas em que o coordenador se vê convocado a operar no mesmo registro da vivência emocional traumática, para então buscar construir coletivamente uma narrativa possível: nomeações, figurações e historicizações que levem a um novo ponto aquilo que emerge em estado bruto e inominável.

Isso dependeria, em grande medida, de o coordenador de grupo poder utilizar a instituição como apoio, já que o transcurso favorável do grupo terapêutico para Pinel (2011) envolveria um trabalho plurissubjetivo da equipe em espaços de supervisão e reuniões, por exemplo. Para seguir avançando, é, portanto, importante inserir a temática dos enquadres, das características e condições do tratamento e de seu entorno, para finalmente discutir os operadores que avaliamos estarem presentes nos grupos terapêuticos para adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação.

## **4. A PSICANÁLISE FRENTE ÀS SITUAÇÕES-LIMITE: O ENQUADRE E A PERSPECTIVA DO MEIO MALEÁVEL**

Tal como a moldura que circunscreve um quadro de arte, o enquadre oferece a sustentação necessária para que um tratamento transcorra. No desenvolvimento da psicanálise, Freud estabeleceu alguns princípios fundamentais para o estabelecimento do espaço analítico e as formas básicas de operar sobre ele – no entanto, hoje sabemos como pacientes de diferentes idades, expressões clínicas e contextos de tratamento demandam formas diversas de enquadramento. Os adolescentes, mais especificamente aqueles com histórico de comportamento suicida ou de automutilação, incluem-se indubitavelmente entre aqueles pacientes que questionam e demandam reposicionamentos quanto à forma tradicional de estabelecimento e condução do tratamento analítico, especialmente quando batem à porta das instituições.

Dessa forma, entendemos que explorar a temática do enquadre – ou do *dispositivo clínico*, como prefere Roussillon (2019), oferecendo uma maior amplitude ao termo – é parte fundamental do trabalho de depuração daquilo que constitui um grupo terapêutico para adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação. O que permanece e o que precisa ser transformado em tais grupos? Por que, para que e com qual embasamento teórico-técnico são feitas tais modificações em relação ao *setting* tradicional? Para avançar tais questões, resgatamos a seguir muito brevemente alguns princípios básicos relativos ao enquadramento.

### **4.1. O nascimento da clínica psicanalítica e o enquadre freudiano**

Durante sua estadia em Paris, antes de desenvolver seu próprio método, Freud acompanhava os trabalhos de Charcot no setor de epiléticos e histéricas do Hospital da Salpêtrière. Segundo Birman (1991), Charcot baseava-se no método hipnótico para, através de apresentações públicas, produzir e desfazer sintomas histéricos em suas pacientes, proporcionando um espetáculo visual àqueles que acompanhavam a apresentação. A observação era o cerne daquela prática, escrutinando os efeitos da sugestão hipnótica em crises que se manifestavam através do corpo e movimento dos pacientes.

Freud desenvolveria progressivamente uma nova abordagem da histeria, justamente suprimindo o olhar (tão arraigado na clínica médica) em função da escuta. As luzes, tão proeminentes no contexto cênico ou no laboratório biomédico, são significativamente diminuídas no consultório do analista, assim como as demais variáveis que caracterizam a clínica baseada na observação, ferramenta central do modelo anatomopatológico (BIRMAN, 1991); o contato face a face, os toques físicos e a postura ativa do médico, por exemplo, são substituídos pelo uso do divã e uma posição mais resguardada do analista, *escutando*, algo que se tornaria uma ferramenta central na clínica psicanalítica, ao destacar as associações produzidas pela linguagem verbal.

A histeria seria a primeira categoria clínica a ser abordada psicanaliticamente, considerando a particularidade de que tais pacientes, frequentemente, “oferecem-se” ao olhar do médico, protagonizando uma cena visual impactante, gestual e corporal. Freud acaba por mitigar tal movimento ao propor uma intervenção baseada na fala-escuta, livre da encenação não verbal. Segundo Kaës,

[...] enquanto a histérica de Charcot encontrava nesse último e no espaço grupal espetacular uma predileção pela representação visual da coisa inconsciente, a histérica de Freud deverá converter ao espaço psíquico seu olhar aos objetos internos. (KAËS, 2006, p. 58, tradução própria)

Nas palavras de Roussillon, “[...] o enquadre havia sido uma maneira de reduzir as potencialidades sedutoras do ‘mostrar’ histérico e de sua dramatização, obrigando-a a funcionar apenas pela fala” (2019, p. 140). A associatividade verbal tornara-se então o instrumento privilegiado do trabalho analítico, em detrimento de outras formas de expressão subjetiva.

Nos artigos sobre técnica, Freud busca oferecer parâmetros à comunidade psicanalítica quanto às condições e formas de inaugurar e conduzir uma análise. Em “Recomendações ao médico que pratica a psicanálise” (FREUD, 2010c), justifica-se a importância de uma escuta na forma de *atenção flutuante*, sem privilegiar um conteúdo em detrimento do outro, e a proposição de uma *associação livre* para o paciente, estimulando-o a falar tudo que lhe venha à mente, mesmo que aparentemente um pensamento não tenha o menor nexos com o anterior, e assim por diante. A imagem clássica proposta por Freud com respeito a essa proposta associativa é a de um viajante na janela de um trem, descrevendo a paisagem que progressivamente se apresenta, tais como um sujeito pode discorrer sobre os



pensamentos que lhe ocorrem espontaneamente quando o analista lhe oferece um espaço-tempo para tal experiência: o enquadre psicanalítico.

De fio à pavio, as recomendações feitas por Freud no texto vão demonstrando como o inconsciente não é somente objeto de exploração e intervenção acerca dos conflitos que configuram a situação sintomática do paciente, mas é também o instrumento de trabalho do próprio analista. A atenção flutuante, por exemplo, é a própria escuta com o inconsciente, em contraposição ao esforço de foco da consciência, e certos cuidados com o enquadre visam a preservar o próprio analista de ver seu inconsciente conduzindo o processo terapêutico a eventuais desvios. Por essa razão, Freud propõe aos analistas não tratarem seus parentes, buscarem uma certa opacidade quanto aos seus próprios conteúdos (recolocando sempre em evidência o paciente), atentarem a uma condução não pedagógica dos desejos do paciente liberados durante a análise e submeterem-se eles próprios à análise pessoal, de modo a não distorcer o processo analítico do paciente em função de seus vieses inconscientes.

Em “O início do tratamento” (FREUD, 2010b), o seguinte texto sobre técnica, Freud justifica o uso do divã também como uma forma de *isolar a transferência*, ou seja, ao preservar o paciente de reações espontâneas não verbais do analista, sejam manifestações corporais-gestuais de conteúdos trazidos pelo paciente, seja o próprio cansaço que se acumula após horas seguidas de atendimentos, o material da sessão ficaria circunscrito à própria subjetividade do analisando. Voltaremos a isso; pois, a nosso ver, as manifestações não verbais tanto de pacientes quanto dos analistas, influenciando-se mutuamente, tem um papel significativo – e potencialmente positivo – nos grupos terapêuticos com adolescentes, especialmente com comportamento suicida ou de automutilação. Seria possível, necessário, ou até mesmo desejável “isolar” as produções não verbais de terapeutas e pacientes, em todos os contextos clínicos?

Em suma, a situação psicanalítica freudiana institui uma ruptura com a abordagem médica arraigada naquele momento histórico, ao substituir um dispositivo baseado na observação e intervenção objetiva, com características de uma exibição pública, para um dispositivo de muita discrição e reserva, luzes baixas, poltrona e divã (que instituem uma dimensão quase onírica de tratamento), privilegiando fantasias em detrimento de dados objetivos e coerentes, realçando os processos de fala e escuta frente ao olhar e o mostrar-se, adotando como instrumento de trabalho a transferência

e o inconsciente – tanto do paciente quanto do analista –, ou seja, dimensões subjetivas, poluídas de afetos.

Reconhecer não só a existência do inconsciente, mas também propor tomá-lo como objeto de intervenção analítica e de ferramenta de escuta – por parte do analista – configuram mudanças radicais quanto aos métodos clínicos da época, situando Freud como um sujeito à frente de seu tempo. Em contrapartida, nos textos sobre técnica, podem-se perceber algumas expectativas de resguardo do analista e de uma certa “asepsia” psíquica que não correspondem muito à realidade clínica com adolescentes difíceis, especialmente em grupo. A afirmação de Freud “[...] recomendo enfaticamente aos colegas que no tratamento psicanalítico tomem por modelo o cirurgião, que deixa de lado todos os seus afetos e até mesmo sua compaixão de ser humano” (FREUD, 2010c, p. 154), parece um tanto situada historicamente e ligada a uma realidade clínica específica. Pode-se ponderar que o dispositivo clínico tal como desenvolvido por Freud foi desenvolvido em resposta às necessidades apresentadas por um determinado tipo de pacientes, sobretudo adultos e neuróticos, mas nada impediria sua adaptação ou mesmo reformulação a situações clínicas diversas – ele mesmo reconhece que se faz tanto recomendações e não postulações quanto a definição do trabalho analítico, já que

[...] a extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos anímicos e a riqueza de fatores determinantes resistem à mecanização da técnica e permitem que um procedimento em geral correto permaneça eventualmente sem efeito, e que um outro, normalmente errado, conduza ao objetivo. (FREUD, 2010b, p. 164)

#### **4.2. A psicanálise do enquadre psicanalítico por José Bleger**

O texto “Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico” (BLEGER, 2002) é precioso pela clareza com a qual é definido o enquadre, sua relação com a dimensão mais primária da personalidade do paciente e sua correspondência com o próprio corpo, a família, grupos de pertencimento e instituições primordiais. Se o enquadre se apresenta como condição para o tratamento e, quando bem estabelecido, poderia passar até despercebido, fatalmente o percurso analítico movimentará questões que trarão à tona tais dimensões arcaicas do paciente, colocando em xeque aquilo que estava sustentado pelo enquadre; por esse motivo, é necessário saber pensá-lo, possibilitando respostas clínicas às situações desafiadoras em que a moldura do

quadro ameaça romper-se, levando a obra consigo – algo frequentemente constatado no percurso clínico-institucional de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação.

Segundo Bleger, o enquadre seria um *não processo*, uma constante, sobre a qual ocorreria a análise propriamente dita, que, por sua vez, corresponderia ao *processo*, aquilo que se apresenta como uma variável. Do lado do enquadre, estariam contidos um determinado papel do analista, um conjunto de fatores temporais-espaciais para a ocorrência da análise e uma parte da técnica – estabelecimento e manutenção de horários, honorários, interrupções programadas etc. Cabe ao analista propô-lo e dar a ele sustentação, mas o autor salienta que não tarda para que o próprio paciente utilize-o como alvo de projeção daquilo que habita de mais arcaico em seu eu, sua parte psicótica, não diferenciada, fusionada ao corpo materno (BLEGER, 2002).

Bleger propõe um paralelo direto entre o enquadre e uma *instituição*, entendida como um conjunto de normas e atitudes que se mantém ao longo do tempo. O autor chega a afirmar que

[...] cada institución es una parte de la personalidad del individuo. [...] siempre la identidad – total o parcialmente – es grupal o institucional, en el sentido de que siempre por lo menos una parte de la identidad se configura con la pertenencia a un grupo, una institución. (BLEGER, 2002, p. 104)

Portanto, considerando que as instituições desempenham um papel fundamental na estruturação da identidade, estando inclusive introjetadas em sua raiz, é inevitável considerar os efeitos e depósitos psíquicos em uma situação clínica que se repete ao longo do tempo, seja num enquadre analítico tradicional, seja em uma abordagem clínica-institucional propriamente dita.

No texto, o autor se esforça em discorrer sobre situações analíticas “ideais”, nas quais o enquadre se manteria sustentado; portanto, operaria em silêncio frente ao processo de análise efetivamente. Ele mesmo reconhece a dificuldade extrema em isolar tais situações – sabemos todos como, mesmo em uma análise potencialmente adaptada ao enquadre proposto, a certa altura, aquilo que era “fundo” transforma-se em “figura” e exige dos clínicos um trabalho criativo e consistente para recolocar o enquadre como uma constante silenciosa, tirando proveito ao mesmo tempo das questões profundas que estavam depositadas no enquadre e emergiram junto à ameaça de ruptura.

Se o enquadre – e as instituições, que lhe são análogas – representam a fusão mais primitiva com o corpo da mãe, se aludem aos limites do esquema corporal e são também parte do núcleo fundamental do eu, como propõe Bleger, o trabalho clínico consistiria em, a um só tempo, dar sustentação e continuidade a essas experiências, mas também permitir que elas se modifiquem, para que dependência e fusão deem lugar à simbolização e singularização. As condições para efetuar esse tratamento profundo – finaliza Bleger, abrindo questões muito mais do que as respondendo – dizem respeito à “[...] ruptura que el psicoanalista introduce o admite en el encuadre” (BLEGER, 2002, p. 111).

Anteriormente, discutimos como a adolescência, sobretudo dos que apresentam comportamento suicida ou de automutilação, reatualiza e expõe problemáticas profundas nas relações primordiais, especialmente a passagem da fusão e dependência à autonomia, na construção de uma identidade e assunção da singularidade, o que passa também por uma apropriação de um eu corporal que possa então dialogar com os limites que organizam e acarretam frustrações ao sujeito. É curioso como tais dimensões são compreendidas por Bleger como pertencentes à ordem do enquadre/instituição, que operariam em silêncio, garantindo a continuidade do tratamento, emergindo só quando algo “cutuca” tais organizadores relativos à simbiose, corpo, identidade. *Ocorre que, no atendimento clínico-institucional de tais adolescentes, vemos o enquadre ser colocado em xeque muitíssimo frequentemente, tornando-se praticamente “processo”, em vez de “não processo”. E, ao mesmo tempo, os grupos terapêuticos despontam como dispositivos a um só tempo em que se presentificam as ameaças de ruptura, mas se garantem sustentações de continuidade e elaboração psíquica dessas crises.* Parece haver uma proximidade entre problemáticas adolescentes de comportamento suicida ou de automutilação, aquilo que se deposita no enquadre/instituição e grupos terapêuticos, estes enquanto espaços de sobrevivência e elaboração do que se vê ameaçado quanto a aspectos primordiais da constituição do eu, do corpo e das relações.

#### **4.3. Os estados-limite e os limites do enquadre**

Quando Freud propôs determinados parâmetros para a situação analítica relativos a tempo, funcionamento, pagamento, condições ambientais do tratamento etc., ele o fez de acordo com determinadas necessidades e características de seus

pacientes. Quando Bleger discute o enquadre, por sua vez, já o considerava à luz de pacientes psicóticos, fazendo menção, por exemplo, ao quanto tais pacientes são sensíveis a mudanças muito concretas e sutis no tempo-espaço da análise. Ao longo do tempo e diante de determinados obstáculos, foram necessárias adaptações e reposicionamentos quanto à análise frente a diferentes faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos), modalidades de atendimento (individual, familiar, grupal) e psicopatologias. Nesse sentido, vale dedicar algumas linhas aos pacientes estados-limite (*borderlines*), por representarem crucialmente a necessidade de “colocar o enquadre em trabalho”, ou seja, não o supor somente como uma entidade estanque e silenciosa, e sim como algo passível de movimentação diante das encruzilhadas em que é diretamente colocado.

Isso se deve ao fato de pacientes estados-limite atacarem o *setting* quase como uma regra, e não como exceção, ao longo do tratamento. Tratam-se de pacientes que transpõem suas instabilidades psíquicas para a relação analítica, em especial o enquadre. Ausentam-se de sessões combinadas na mesma medida em que exigem horários adicionais com tons de urgência; atrasam, dificultam o término da sessão, demandam atenção fora do horário proposto, fazem com que o analista os “leve para casa” – ou seja, mantenha-se pensando de maneira aflita no paciente mesmo à distância. Por outro lado, quem conduz as sessões costuma frequentemente se sentir impotente em relação ao proposto pelo dispositivo analítico: na mesma medida em que o paciente associa pouco em termos de pensamento e linguagem, atuando maciçamente seu afeto ou simplesmente detendo-se num vazio improdutivo, o analista também sofre intensas dificuldades para pensar, historicizando ou construindo uma elaboração secundária do sofrimento do paciente, o que desempenharia uma contenção e alívio à angústia (ESPOSITO, 2015).

No contexto clínico-institucional, que tais pacientes não raramente precisam acessar, se, por um lado, as múltiplas possibilidades de intervenção e os recursos de contenção à crise ofereceriam repertório e segurança aos clínicos, por outro lado, os desafios assistenciais não são dirimidos, e inclusive podem-se intensificar. A angústia e instabilidade vivida internamente pelos estados-limite seriam transpostos para uma dinâmica inter-relacional, inclusive explorando as fissuras da equipe de tratamento, criando atritos e jogando os profissionais uns contra os outros. A cena da *turbulência emocional* (BOLLAS, 2003) vivenciada internamente é transposta para a instituição, muito longe de algo pensado e nomeado, mas sim atuado. É comum constatar, diante

disso, não só interrupções de tratamento abruptas, como também tensões e crises institucionais, fragmentações entre profissionais, reproduzindo a dinâmica psíquica do próprio paciente<sup>8</sup>.

Isso se deve ao funcionamento psíquico dos pacientes estados-limite, cujas falhas no desenvolvimento remetem a experiências precoces de abandono ou de intrusão do cuidador primário, alterando os ritmos de presença-ausência que são decisivos na constituição psíquica e prejudicando a experiência de proteção, paraexcitação e nomeação que o cuidador ofereceria diante das intensidades e vulnerabilidades às quais o bebê fica sujeito em função de suas excitações pulsionais internas e descoordenadas e da violência com que os estímulos do mundo se apresentam ao aparelho perceptivo incipiente. Tal suporte do cuidador, frequentemente nomeado como a mãe, seria subseqüentemente internalizado, funcionando como um *enquadre interno* (GREEN, 2008).

As dificuldades precoces na relação com os cuidadores perturbam a construção do eu do paciente estado-limite. Trata-se do eu-corporal (FREUD, 2011a), uma imagem do corpo transposta para o psiquismo e que delinea os limites entre as instâncias psíquicas, entre eu-outro, que possibilitaria a contenção e representação dos afetos. Nos estados-limite, esse eu-corporal ficaria “poroso” (ESPOSITO, 2015), débil quanto à possibilidade de manejar e representar os afetos, escoando-os pela via do processo primário. Green define como *estrutura enquadrante* o “[...] resultado de interiorização do suporte materno primário”, do “[...] enquadre materno carnal, corporal, constituído no corpo a corpo da relação” (URRIBARRI, 2010, p. 33). A qualidade da relação e o ritmo de presenças e ausências da mãe, que cuida também através de seu próprio enquadre interno, é internalizada no eu primitivo do bebê, inclusive o constituindo, transformando-se na estrutura enquadrante que criaria as condições de desenvolvimento psíquico, de representação e singularização; a possibilidade de suportar e lidar em termos relacionais ulteriormente, inclusive com diferentes formas de enquadre que se apresentam ao longo da vida – como o próprio enquadre analítico – depende desse enquadre interno previamente constituído.

---

<sup>8</sup> No campo da psicoterapia institucional, os efeitos de fragmentação e tensionamento nas equipes que tratam, em função da psicodinâmica do paciente, são nomeados como o *Efeito Stanton e Schwartz* (MOURA, 2003), o que contempla igualmente as alterações sintomatológicas do paciente decorrentes dos atritos entre a equipe, portanto a necessidade de cuidar do relacionamento e da comunicação dos envolvidos na situação de tratamento.

Por essa via, Green discute a insuficiência do enquadre analítico tradicional para tais casos, sendo tarefa do clínico trabalhar com o próprio enquadre interno – construído ao longo de sua vida e de suas análises – para dar sustentação ao tratamento. A disposição de diferentes analistas e pesquisadores quanto ao avanço das fronteiras de analisabilidade de pacientes estados-limite promoveu um legado à psicanálise e clínica-institucional como um todo, assim como as proposições de Bleger, permitindo a compreensão do enquadre como algo interno do analista e a ser ativamente construído na relação terapêutica, e não só em sua materialidade externa.

Definitivamente, nem todos adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação podem ser considerados pacientes estados-limite, mas é preciso considerar, em primeiro lugar, que mesmo a adolescência dita normal possuiria um certo parentesco com tal dinâmica psíquica, por representar uma etapa de borramento de fronteiras, impulsividade, governo dos afetos sobre a representação etc.; no caso específico dos adolescentes em questão nesta pesquisa, destacam-se analogias possíveis quanto à problemática da construção da imagem corporal de base (eu-corporal), da dificuldade dos processos de fusão-separação com o cuidador primário, do funcionamento calcado no corpo e no ato em detrimento da representação-pensamento-linguagem. Portanto, é importante reconhecer o valor do enquadre repensado à luz dos estados-limite na psicanálise, e refletir acerca da operacionalização de tais concepções frente a adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação.

#### **4.4. Os dispositivos clínicos para situações-limite ou extremas de Roussillon**

No livro *Manual da prática clínica em psicologia e psicopatologia*, René Roussillon (2019) se propõe a examinar os fundamentos da prática clínica psicanalítica na medida em que ela expande seus territórios, saindo do enquadre analítico clássico – de pacientes adultos, neuróticos, utilizando o dispositivo divã/poltrona, enfim, aquilo que foi denominado de cura-tipo – e colocando-se à prova frente a pacientes e contextos diversos e desafiadores. A hipótese do autor é que os fundamentos da psicanálise, especialmente enquanto modalidade de tratamento, afirmam-se e se clarificam justamente nesse desafio de expansão às situações clínicas inusuais, possibilitando-nos identificar tanto aquilo que perdura (e deve

perdurar sempre), independente do dispositivo proposto, como aquilo passível de flexibilização ou radical modificação diante da situação clínica que se apresenta.

A tarefa levada à cabo por Roussillon contrasta em alguma medida com o lugar ocupado por muitas associações psicanalíticas de relevo, que, em tempos idos, olharam com ceticismo e desconfiança para as aplicações da psicanálise fora do enquadre tradicional, sendo muitas vezes contrários a nomear tais intervenções enquanto “psicanalíticas”. Essa é uma ampla questão que diz respeito ao movimento psicanalítico desde sua fundação, que implica conflitos entre aqueles que propunham tensionar as fronteiras da psicanálise, expandindo-a, mas necessariamente colocando em questão muitos fundamentos teórico-técnicos arraigados, e aqueles outros que buscam manter o instituído; nas palavras de Luis Hornstein<sup>9</sup>, “[...] el psicoanálisis de frontera avanza sobre nuevos territorios, y el psicoanálisis ‘puro’ administra y legisla sobre lo ya conquistado” (*apud* LERNER, 2009). Aqui cabe somente compreender algumas reverberações em torno do enquadre psicanalítico quando revisto em função de situações clínicas diversas – como seriam, por exemplo, grupos terapêuticos de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação.

Roussillon (2019) compreende a transferência como um fenômeno humano, mas que se intensifica na situação psicanalítica pelas características do enquadre. Este, por sua vez, deve buscar assegurar um certo conforto para os personagens envolvidos no tratamento e uma certa repetição e neutralização de variáveis, na mesma linha em que propunha Bleger; se tudo varia o tempo todo em um dispositivo analítico, fica muito difícil para o clínico discernir o que no paciente se repete, e o que se transforma, por exemplo. A transferência em um determinado enquadre, investindo não só os corpos e psiquismos de analistas e pacientes, mas também investindo o próprio enquadre – aspectos primordiais da constituição psíquica que são depositados no próprio *setting*, como vimos – são condições para um trabalho associativo e de simbolização, que possibilitam transformação e cura. O analista deve operar sobre esse terreno, que é propriamente o trabalho clínico:

[...] trabalho de análise/síntese, de decomposição/recomposição; é um trabalho de metaforização/desmetaforização, de construção/desconstrução, de identificação/desidentificação etc. Ele só pode ser pensado na articulação e na dialética de dois movimentos – um de desligamento, outro de religamento – que produzem, no fim das contas, um efeito de simbolização e de atribuição de sentido da experiência subjetiva. (ROUSSILLON, 2019, p. 91)

---

<sup>9</sup> Hornstein, L. **Narcisismo**: autoestima, identidad y alteridad. Buenos Aires: Paidós, 2002.



Para levar adiante esse difícil processo que conjuga articular e decompor variáveis – e que, como veremos a seguir, não são somente necessariamente produtos verbais-linguísticos –, é necessário garantir condições de enquadramento, mas que não dizem respeito a uma rigidez quanto ao dispositivo analítico tradicional. Roussillon dá o exemplo do pedido de tratamento, condição habitual para instauração de um enquadre analítico, que, no entanto, não se presentifica na maior parte das situações clínicas extremas. Os próprios adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação que recebemos em nossa instituição chegam à triagem de braços cruzados e olhares esquivos, frequentemente dizendo que é a “primeira e última vez que estarão ali”; portanto, não configuram um pedido de ajuda que justificaria a instauração de um tratamento, com as condições de um enquadre. Para Roussillon (2019), não responder a esse tipo de situação que se apresenta, mesmo que não se formule um pedido, configura “omissão de socorro”, e não “impossibilidade de análise”.

Outro exemplo que discrimina a possibilidade de ter um enquadre sem que seja um enquadre tradicional é a forma pela qual se pode ou não garantir uma certa estabilidade no encontro clínico, algo fundamental no estabelecimento e aprofundamento do vínculo. Isso pode passar longe de uma sala de análise clássica, disposta para receber o paciente com a manutenção de um cenário bastante neutro, controlando estímulos. A estabilidade pode-se dar, em contrapartida, pela própria ação do clínico, ativamente buscando o paciente e cuidando do entorno, introduzindo um ritmo de presença e ausência em que predominam intensidades desgovernadas – nossos adolescentes em questão, caso não façamos frente a isso pela própria ação clínica, são capazes de tentar desaparecer por semanas do tratamento, alegando simplesmente estarem “bem” e “não precisarem”, situações que poderiam ser compreendidas como um mero abandono de tratamento –, em uma instituição mais burocratizada – ou como “ausência de demanda” –, pela via de uma psicanálise tradicional; da mesma maneira, pode ser preciso que os clínicos e o próprio grupo terapêutico demonstrem ressonância e continência para uma descarga afetiva gigantesca, fazendo-a caber no enquadre, reestabilizando o vínculo.

A aposta de diferentes analistas em distender as fronteiras do enquadre psicanalítico tradicional, depurando o que era necessário manter e o que (e como) modificar para responder às necessidades de diferentes pacientes difíceis e situações adversas, levou necessariamente à retirada do divã – quando não da própria poltrona.

Eis um aspecto fundamental para pensar nossos grupos terapêuticos: *se o olhar foi retirado da psicanálise em seu início para condicionar o encontro clínico com neuróticos, fazendo a palavra funcionar como veículo de simbolização, ele foi reinserido na psicanálise a partir dessas situações e pacientes adversos.* Afirma Roussillon (2019):

[...] se reestabeleceu a visão e a possibilidade de acompanhar a fala de mensagens “visuais” em certas formas de trabalho clínico “face a face” ou “lado a lado”; assim *certas formas de motricidade e de mensagem sensório-motoras são utilizadas na dramatização, na psicodramatização, do trabalho de colocação em signos e colocação em sentido que possibilita a simbolização. A linguagem não verbal conquistou assim, pouco a pouco, tanto direito de cidadania quanto de análise.* (p. 115, itálico nosso)

Estar frente a frente, ou lado a lado, com adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação, sem sombra de dúvidas “pede” o olhar, que se torna ferramenta, e não barreira clínica. Com enorme frequência, tais pacientes trazem consigo à situação clínica um hiato entre o que dizem e o que apresentam seus corpos, suas vestimentas, seus gestos e movimentos. Vejamos na vinheta a seguir.

*M. era um adolescente que se apresentava no grupo de maneira discreta, porém integrada, ressoante aos conteúdos trazidos pelos demais adolescentes. Costumava falar mais quando convocado pelos pacientes ou coordenadores, em geral sorridente e cuidando da forma com que se apresentava. Nesse grupo em específico, sentou-se mais ao fundo, no formato razoavelmente em roda em que estávamos todos. Estava alheio ao grupo, vê-lo foi fundamental para convocá-lo, perguntar “como estava hoje?”, “o que estava acontecendo?”. Ele dizia que estava bem, que não tinha acontecido nada. Com o suporte dos próprios adolescentes do grupo, fomos nomeando a forma como ele se apresentava, a forma como se encontrava: vestido todo de preto, com calça e casaco, em um dia particularmente quente; mais do que isso, tinha posicionado sua cadeira em direção à janela, que estava fechada, e o sol incidia direto nele. Depois de falarem que iria “cozinhar”, tirando sarro, passamos a dizer para ele que estava muito frio, quase congelando, de tão triste que ele estava, e que estava no sol tentando esquentar-se, alegrar-se, e então qual seria o motivo para estar tão triste assim. Então ele começou a contar de uma desilusão amorosa, reconectou-se com o grupo, e o assunto de relacionamentos frustrados circulou também com as contribuições dos demais. Ele saiu sorridente, aliviado, com um contato altivo.*

Para nós, tal exemplo demonstra como o olhar foi fundamental para sair de uma fala restrita do paciente, mas também para produzir uma possibilidade de nomeação por parte da equipe e demais participantes que significasse a sua experiência afetiva e a colocasse em outro registro.

Para Roussillon, é muito importante a ideia de que nem todos simbolizam da mesma maneira. Dessa forma, a diversidade de enquadres seria fundamental, visando a atender às necessidades e condições psíquicas de cada sujeito, entre eles o dispositivo de grupo, resgatando, entre outras coisas, a dimensão visual no encontro clínico. Reintegrar o olhar positivamente no *setting* traz consigo outras dimensões que são neutralizadas/amortecidas no enquadre tradicional em prol da palavra: o *comportamento*, a *ação* e a *gestualidade*, respectivamente, dimensões pouco prestigiadas na clínica tradicional, então compreendidos como recursos mais primários ou resistenciais frente à simbolização verbal. Como vimos, os adolescentes sob investigação neste trabalho apresentam-se por essas vias expressivas, sobretudo quando estão angustiados, em detrimento da linguagem verbal; silenciar tais dimensões seria não só inócuo, como um tremendo desperdício da comunicação e intervenção clínica.

De tal modo, pensamos que o esforço de Roussillon em fazer caber no território psicanalítico uma série de dispositivos clínicos diversos do modelo tradicional atende significativamente às nossas demandas de situar, em termos teóricos e técnicos, a maneira com que adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação se apresentam em nossos grupos terapêuticos e que qualidade de intervenção demandam de nossa parte, sem que precisemos sentir-nos “atuando” de maneira extrapsicanalítica em diversas situações clínicas. “A reflexão sobre os modos de comunicação não verbais, sobre as formas de linguagem que eles supõem e suas particularidades – aparece como pedra angular dessa extensão da competência da atenção clínica e do vértice que a organiza” –, afirma Roussillon (2019, p. 121). Discutiremos tais aberturas trazidas pelo autor mais à fundo.

#### **4.5. O meio maleável de Marion Milner**

Marion Milner escreveu, em 1952, o artigo “O papel da ilusão na formação simbólica” (MILNER, 1991b), baseada em sua experiência clínica com crianças e na intersecção da psicanálise com a arte – algo que atravessa boa parte de suas

contribuições à teoria e técnica psicanalítica. Milner busca avançar na compreensão dos fenômenos da *ilusão* e da *simbolização*, atribuindo a esta um caráter relacional e estético, no qual o *corpo* e a *sensorialidade* estariam plenamente envolvidos (DEVITO, 2015). Do ponto de vista da ilusão, suas formulações precedem as de Winnicott (1975) – bastante conhecidas no meio psicanalítico –, mas guardam muita proximidade, tal como a própria autora reconhece no pós-escrito de seu artigo (MILNER, 1991b).

A ilusão restituiria o narcisismo primário, onipotente e infantil, em que eu e outro, interno e externo não se diferenciam suficientemente, sendo tudo imaginariamente criado e manipulado pelo próprio sujeito. Em um primeiro momento, a análise poderia dar sustentação à ilusão do paciente, se tanto o espaço analítico quanto o próprio psicanalista puderem funcionar enquanto um *meio maleável*, no qual o sujeito pode manipular (às vezes, no sentido concreto; outras vezes, no sentido metafórico do termo) o espaço, os objetos e o próprio analista à sua maneira, sem que precocemente o meio externo se imponha na sua diferença e independência – o que levaria diretamente a uma perda radical da ilusão, profundamente frustrante. Pouco a pouco, o meio demonstra-se para o sujeito em suas nuances, como algo ligeiramente diferenciado e descontínuo em relação à sua experiência emocional primitiva, permitindo assim o trabalho de simbolização.

Para tanto, Milner parte justamente do reconhecimento da importância do enquadre na situação psicanalítica, demarcando um cenário de intensificação transferencial que potencializa a ilusão, a criatividade e a mudança psíquica; função análoga àquela desempenhada pela *moldura* no contexto da pintura, que delimita os espaços dentro-fora, dando ao artista um lugar para expressão de algo diferente, da ordem de uma *ilusão criativa*. A contribuição inédita dessa autora e a ênfase de seu trabalho é possivelmente na forma de pensar o enquadre e o papel do analista, enquanto *meios* que não só demarquem, mas também possibilitem um uso da análise pelo sujeito adequado às suas necessidades, em especial a aparição e modificação dos percalços nas dimensões mais primitivas de seu desenvolvimento infantil. Meio que possa ser moldado e manipulado pelo sujeito à luz de suas fantasias, sem ser retaliado por isso, e que progressivamente possa ser reintrojado psiquicamente portando alguma heterogeneidade, de modo que se instaure uma dialética entre eu-outro, sujeito-objeto, interno-externo, fusão-diferenciação, e assim por diante, o que corresponde efetivamente à simbolização.

Assim como pincéis, tintas e outros artefatos são meios para o artista vivenciar – na moldura – sua ilusão e dela extrair uma criação inédita, o paciente precisa dispor de meios na análise para – no enquadre – poder expressar-se e reproduzir uma situação ambiental análoga a suas angústias primitivas, e isso pode ocorrer através de formas de verbalização, mas igualmente através de brincadeiras livres com objetos e dramatizações, além de uma postura “plástica” do analista, adaptando-se à situação proposta. A mudança estaria em conceber o espaço analítico para além de um enquadre no qual se comunica de uma maneira específica, ou em que a própria brincadeira é uma associação livre a ser interpretada, mas como um meio em que, desde que não seja destruído, seja maleável o suficiente para ser utilizado pelo paciente como ele necessitar; uma ilustração dessa mudança de concepção teórico-técnica se faz presente quando Milner problematiza que, certas manifestações agressivas que são costumeiramente tomadas como objeto de interpretação pelo analista, são na verdade desconfortos com relação à ausência de um meio maleável para expressar-se adequadamente e que, quando esse meio se faz presente, tal agressividade tende a diluir-se (MILNER, 1991b).

No artigo de 1955, “A comunicação da experiência sensorial primária” (MILNER, 1991a), Milner segue avançando em seu trabalho e teorização da clínica segundo sua concepção de meio maleável. Observando a produção gráfica de diferentes pacientes, crianças e adultos, percebiam-se alterações nas *fronteiras* dos corpos desenhados. À luz do que apresentamos até aqui nesta dissertação, pensamos ter deixado claro o quanto tal problemática de fronteiras e limites se presentifica nos adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação, tanto na dimensão relacional – o *entre* o eu e o outro, o sujeito e o objeto – como na dimensão sintomatológica, com as fronteiras do corpo sendo atacadas pelo próprio sujeito através de automutilações e determinados atos suicidas.

As fronteiras do corpo, em nossos adolescentes, transmitem mensagens aos clínicos e ao ambiente como um todo; com seus desenhos, os pacientes de Milner também lhe transmitiam uma representação incipiente de seu funcionamento psíquico, seja com o borramento dos limites entre eu e outro, traduzindo uma experiência oceânica primitiva de ilusão e indiferenciação com o mundo, ou com o limite excessivamente destacado, demarcando uma ruptura ou hostilidade, como uma fronteira “dentada” (DEVITO, 2015). Na visão de Milner, portanto, nos desenhos aparecem tanto os anseios e angústias relacionadas a uma ilusão fusional – etapa

inicial necessária do desenvolvimento psíquico, que mencionamos acima – como as angústias de *mutação*, de queda no vazio e no desamparo, quando a ilusão é rompida de maneira abrupta ou fora do tempo que era psiquicamente necessário. É nesse sentido que a autora propõe, em uma “moldura analítica”, que essa ilusão possa ser vivida e retrabalhada, através das potencialidades de um meio maleável.

Milner (1991a) fala, nesse mesmo artigo, de uma paciente de dez anos que era verbalmente hostil na análise, ou escrevia frases em papéis e em seguida atirava-os na analista; cena que só pode ser tomada como uma forma possível de comunicação em um meio maleável, e que não é nada alheia ao tipo de situação que se poderia apresentar nos grupos terapêuticos que coordenávamos. A disponibilidade interna da analista – condição também pertencente ao meio maleável – possibilitou suportar os ataques e atentar às confusões e recursos potenciais que apareciam nas margens do discurso e do comportamento disruptivo da paciente. O processo de simbolização na análise, que parte da possibilidade de viver uma ilusão dentro do enquadre, envolveu necessariamente, como propõe Milner, a dimensão do corpo e do movimento, em suas intensidades e ritmos, fusões e diferenciações, afetos ternos e agressões, sem que possam ser silenciados ou suspensos nas análises de casos difíceis.

Roussillon (2019) retoma Milner e seu conceito de meio maleável ao desenvolver sua teoria acerca dos dispositivos clínicos; para ele, o ambiente primário do sujeito deveria portar determinadas características que atendam às necessidades do eu para se desenvolver, e cabe ao clínico – e ao entorno clínico, ou seja, às vicissitudes do enquadre – provê-las posteriormente, no contexto do tratamento, quando ocorrerem as falhas iniciais. O entorno (meio maleável) deveria apoiar o processo de simbolização pelas funções *paraexcitante* e *diferenciadora*, a primeira delas dosando as excitações, e a segunda introduzindo passo a passo as diferenças geracionais, sexuais, entre outras, estruturantes do psiquismo. Cabe ao meio maleável a tarefa de conter os impulsivos excessivos e destrutivos e, ao mesmo tempo, trabalhá-los qualitativamente pela via de uma *função reflexiva*, devolvendo ao sujeito uma tradução melhor elaborada de seus estados internos.

Não se retrair, não retaliar e mostrar-se criativo e vivaz (ROUSSILLON, 2019) são características fundamentais do analista para transformar a ilusão e a destrutividade em representação e simbolização – em última instância, pode-se dizer que o clínico, funcionando como um meio maleável, é fundamental para que o tratamento de casos difíceis ocorra. No entanto, o essencial no conceito de meio

maleável é o ponto de vista do paciente, não somente do analista e do entorno, como algo que possa ser efetivamente *usado* por ele. Tal como uma massinha de modelar, o sujeito deve sentir no enquadre que pode imprimir no ambiente sua forma de ser e reeditar a ilusão – como dizia Milner –, atribuindo-lhe forma, modificando-o, depositando nele sua agressividade e, aos poucos, permitindo que o outro também intervenha sobre essa “massa de modelar” – a matéria-prima psíquica – transformando-a qualitativamente.

O conceito de meio maleável se desdobra em contribuições técnicas à clínica, como o uso de objetos mediadores (ROUSSILLON, 2019), ou seja, a introdução no atendimento de artifícios concretos que possam ajudar a simbolizar, mas também nessa postura compreensiva maior do enquadre analítico, considerando as propriedades do analista e do entorno que possibilitam sua utilização e apropriação produtiva por parte do paciente; nesse sentido, a própria linguagem verbal pode ser pensada no enquadre como um meio maleável (ROUSSILLON, 2019), passível de ser manuseada e transformada, especialmente por pacientes que operam no campo da simbolização secundária. No entanto, com pacientes que funcionam predominantemente em um registro primário – menos ligado às representações-palavra –, o meio maleável pode comportar bem um campo ampliado de possibilidades expressivas por parte do paciente e de uma escuta e intervenção também flexíveis.

No próximo capítulo, poderemos pensar, portanto, o que seria um meio maleável de tratamento de adolescentes que vivem a atualização de angústias tão primitivas, com dificuldades relacionais e intergeracionais tão agudas, desembocando em sintomas de automutilação ou tentativas de suicídio. Quais são as características de funcionamento do grupo terapêutico, as dinâmicas intersubjetivas nele presentes, seu enquadre e a posição do coordenador e dos pares que possibilitam ao adolescente um verdadeiro *uso* do grupo, traduzindo-se em uma adesão mais efetiva ao tratamento e permeabilidade à mudança psíquica a partir dele?

#### **4.6. Contribuições de Pinel ao enquadre grupal-institucional de adolescentes em grandes dificuldades psicossociais**

Concluimos o capítulo novamente com as contribuições de Jean-Pierre Pinel acerca do trabalho institucional com adolescentes com patologias vinculares,

narcísico-identitárias, sem limites, em grandes dificuldades psicossociais, entre outras nomeações que Pinel utiliza para referir-se a um espectro de pacientes muito condizente com os adolescentes com que realizamos nossa pesquisa.

Um dos aspectos mais destacados nas elaborações teóricas do autor referem-se justamente ao enquadre, fazendo uma leitura de que dispositivos clínicos como o grupo terapêutico – além de atender a uma demanda subjetivante fundamental para esses jovens – representaria um *espaço intermediário* entre dois campos: em primeiro lugar, o das dificuldades impostas pelos próprios pacientes ao tratamento, em função de atuações que presentificam falhas em seu ambiente e desenvolvimento emocional primitivo, dinâmica que o grupo terapêutico pode “atrair” para, em seguida, transformar; e, em segundo lugar, quase como um contrapeso aos desafios impostos pelos jovens no grupo, está a *instituição* enquanto espaço de articulação da equipe de tratamento, tirando o clínico que coordena o grupo de uma posição reativa e defensiva, criando as condições efetivamente *terapêuticas* do dispositivo com tais adolescentes.

Pinel relata que esses adolescentes, quando no contexto institucional, tendem a atacar os vínculos, as relações, impondo à instituição o *medo do colapso*, algo que no fundo replica os temores internos do próprio adolescente: de colapso subjetivo em função das falhas na estruturação de sua tópica psíquica (PINEL, 2010). Ou seja, no contexto do grupo terapêutico, muitas vezes é imposta pelos pacientes uma agressividade destrutiva, decorrente das falhas nos processos primários que culminam em descargas ansiosas e na instantaneidade, com predomínio de angústias arcaicas e defesas ligadas à onipotência e rejeição radical ao cuidado do adulto (coordenador do grupo). Em última instância, o adolescente estimularia inconscientemente um sentimento de rejeição a si por parte da instituição, e a equipe deve trabalhar isso coletivamente para impedir que a rejeição se efetive através de um fechamento, indisposição dos terapeutas ou mesmo a expulsão do jovem do tratamento. Pinel segue Bleger ao pensar o ataque ao enquadre como efeito da desorganização interna, supondo que o adolescente transporta para a instituição o conjunto de seu mundo interno, com seus modos de relação primários, suas experiências traumáticas de invasão, rupturas de vínculos, abandonos, dependência excessiva, dificuldades de significação afetiva, e isso provoca um tensionamento, com *patologias do enquadre interno colidindo com o enquadre institucional* (PINEL, 2008).



Evidentemente, as situações relacionais na instituição despertam tais conflitos dos adolescentes, inclusive nos grupos terapêuticos, acionando defesas contra a pluralidade e contra uma dependência emocional em potencial. As abordagens de atendimento individuais, tão em voga nos tempos atuais de hiperindividualismo, não representariam a solução, ao reduzir o espectro de vínculos intersubjetivos, pois apresentariam um risco enorme de fixar o sintoma e mesmo de selar essa forma de patologia arcaica, de vínculos conturbados e rompidos, negando a pluralidade (PINEL, 2010). Apesar das intensidades em jogo, o grupo terapêutico é, sim, um espaço valioso e central de transformação psíquica e relacional para esses pacientes, caso o coordenador consiga estabelecer uma *dupla-identificação*:

[...] por um lado, uma identificação às leis institucionais – representando as renúncias necessárias ao trabalho da cultura – que exerce uma função de apoio [*étayage*] na medida em que oferece um limite às derivas, às transgressões e aos conluios. Por outro lado, essa clínica pressupõe uma identificação ao sofrimento inconsciente desses jovens sujeitos, sem que isso implique o estabelecimento de uma aliança inconsciente, ou mesmo consciente, com suas atuações. (PINEL, 2011, p. 24, tradução nossa)

Ou seja, é fundamental que o coordenador possa situar-se no enquadre grupal com base nesses dois polos, o da instituição e o dos próprios adolescentes, identificando-se até certo ponto com o sofrimento destes e expondo-se a uma transferência que arrisca, em alguma medida, repetir a cena traumática arcaica da vida desses pacientes – condição necessária para que o adolescente sinta o espaço grupal condizente com sua realidade interna –, mas balizado pela estrutura institucional que se dá nas articulações da equipe clínica (supervisões, análise institucional, reflexões informais entre trabalhadores etc.), que permite um relativo distanciamento e diferenciação dos pacientes, apoiando-se nas leis, limites e demais componentes desse meta-enquadre institucional; o tênue equilíbrio entre a identificação e diferenciação, com os pacientes e com a instituição, possibilita o estabelecimento de uma *ressonância intersubjetiva moderada* (PINEL, 2008), em que o enquadre grupal se pode recolocar como um pano de fundo em certa medida estável, em oposição a um desequilíbrio grave do conjunto grupal – a implosão efetiva do grupo implicaria na realização das próprias fantasias arcaicas destrutivas desses adolescentes e em seus sentimentos de abandono.

Assim como os demais autores mencionados neste capítulo, Pinel enfatiza também que tais adolescentes com patologias vinculares e dos limites apresentam-se muito impedidos quanto à utilização da linguagem verbal como forma de expressão

de suas angústias, de seu vazio interior (PINEL, 2011); as dificuldades de pensar e significar o mal-estar transformam-se em atuações brutas, ou em movimentos passivo-agressivos do adolescente em relação ao grupo e ao coordenador, ou até em sinais muito indiretos de sofrimento que pedem decifração. Nesse sentido, são necessárias certas características de escuta e intervenção por parte do analista envolvido na tarefa grupal, além da mencionada dupla-identificação com o paciente e a instituição; é preciso estar atento a esses materiais afetivos, clivados da linguagem e de significação, que surgem periféricamente no grupo; é fundamental também buscar formas de figurar esses afetos, ou criar possibilidades de pensamento compartilhado pelo grupo, de forma a instalar um certo funcionamento pré-consciente em sujeitos que os têm tão comprometidos. Para tanto, Pinel lança mão dos aportes da psicanálise e da psicanálise de grupo, incluindo também recursos psicodramáticos e de meios expressivos diversos que possam intermediar o encontro coletivo.

Nessa linha, em referência ao conceito de Milner já trabalhado aqui, Pinel pensa que a postura da instituição como um todo e do coordenador de grupo terapêutico em específico devem ser *suficientemente maleáveis*. Deve-se pensar o enquadre grupal como uma configuração que suporte ataques emocionalmente violentos, que não se destrua nem provoque retaliações, ao mesmo tempo ultraflexíveis, que componham, por exemplo, um processo muito além da fala e da escuta (verbalização); um *setting* que permita a identificação e aproximação com o adolescente e seu sofrimento na mesma medida em que se possa ter distância e respaldo institucional, introduzindo limites e diferenciações em sujeitos que, via de regra, não dispõem deles. Por fim, Pinel fala na importância da qualidade de presença do analista nesses contextos grupais com adolescentes em grandes dificuldades psicossociais, uma presença que deve ser *encarnada*, que conjugue *firmeza* e *solicitude* (PINEL, 2011) – bastante diferente da versão clássica do psicanalista cujo corpo se faz discreto no enquadre, e cujas intervenções se apresentem costumeiramente mais moduladas do que uma alternância tão marcada entre os díspares *firme* e *solícito*.

Cabe passar agora à discussão, com base nas elaborações teóricas dos capítulos desenvolvidos até aqui, em diálogo com nossa experiência clínico-institucional em grupos terapêuticos de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação.

## **5. DA TEORIA À CLÍNICA: DISCUTINDO BALIZAS PARA A CONSTRUÇÃO DE GRUPOS TERAPÊUTICOS COMO MEIOS MALEÁVEIS**

### **5.1. Descrição do funcionamento dos grupos terapêuticos no contexto institucional**

Iniciamos este capítulo com uma breve descrição, um pouco mais ilustrativa, do funcionamento dos grupos terapêuticos na instituição da qual fiz parte por um período aproximado de dez anos. Tais informações são relevantes seja para conceber uma certa organização grupal-institucional possível em função das necessidades de atendimento a adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação, seja para colocar em perspectiva certas intervenções e características de funcionamento grupal mencionados, que só eram possíveis ou só faziam sentido nesse modelo e contexto institucional.

Tratava-se de um serviço inserido em um hospital federal, visando ao atendimento público à população adolescente e seus familiares, encaminhados pela rede do SUS ou por escolas, serviços de assistência social ou jurídica, bem como profissionais de saúde particulares. O serviço fazia parte também do processo formativo de residentes de psiquiatria infantojuvenil e especializando em psicologia, que entravam como observadores nos grupos e efetuavam paralelamente atendimentos – psiquiátricos ou psicoterapêuticos – dos adolescentes ou familiares. A equipe fixa era composta por psicólogos e psiquiatras, todos com formação em psicanálise, ainda que em linhas diferentes; em grande medida, o saber psicanalítico guiava desde os atendimentos e grupos até as supervisões, discussões de caso e a concepção institucional mais ampla.

Não havia delimitação ou restrição diagnóstica para a inclusão de adolescentes no tratamento, mas a maior parte dos encaminhamentos recebidos apresentava as tais patologias do narcisismo e dos vínculos, dentro do seguinte espectro: isolamento ou queixas ansiosas e depressivas; dificuldade, abandono ou fracasso escolar; histórico de auto ou heteroagressividade; tendências opositoras ou transgressivas; conflito e um contexto de crise familiar; e dinâmicas conturbadas nas famílias. *Boa parte dos pacientes apresentava um histórico de automutilação ou de comportamento suicida.* Como já mencionamos, a confluência desse perfil de adolescentes em proporção tão significativa devia-se desde a disposição da equipe de receber tais

casos e organizar sua estrutura institucional para tanto até ao contexto social mais amplo, ocorrendo uma clara intensificação dessas problemáticas adolescentes e familiares no presente momento histórico em nossa sociedade.

Os grupos terapêuticos de adolescentes eram compostos por, em média, oito pacientes. Eram grupos considerados por nós como heterogêneos, pois, embora as dinâmicas psíquicas e relacionais tivessem muitos pontos de convergência, definitivamente não apresentavam todos o mesmo diagnóstico; a classe social, raça e gênero dos jovens eram diversificados. Em geral, os pacientes eram dispostos nos grupos dos mais novos (12 a 15 anos, aproximadamente) ou dos mais velhos (15 a 18 anos, aproximadamente). Poderíamos considerá-los grupos lentamente abertos (*slow open groups*), com alguma variabilidade de participantes ao longo do processo (através de altas do tratamento, abandonos esporádicos ou ingresso de novos pacientes) e sem número estipulado de sessões; eram grupos contínuos, que só pausavam por quinze ou vinte dias nas férias de começo e meio do ano. Os grupos aconteciam uma vez por semana, com uma hora de duração, e, nos grupos coordenados por mim, realizava-se uma *análise da intertransferência* (KAËS, 2004) por aproximadamente 15 minutos, com a participação dos coordenadores e observadores. O número de profissionais envolvidos em cada grupo era de dois – um coordenador e um observador, em grupos de aproximadamente seis adolescentes – a quatro – dois coordenadores e dois observadores, em grupos de aproximadamente dez adolescentes.

Concebemos esses grupos como *grupos centrados na tarefa*, conforme a já mencionada proposta de Pichon-Rivière. A tarefa era *tratar-se*, sendo nomeada e renomeada pelo coordenador inúmeras vezes no grupo, em uma linguagem mais informal, condizente com a dinâmica desses pacientes. Como era de se esperar, os movimentos resistenciais frente à tarefa se colocavam com enorme frequência, exigindo do coordenador um manejo ativo para ressituar o trabalho grupal.

Os grupos terapêuticos de adolescentes faziam parte de uma engrenagem institucional maior, com alguns outros atendimentos para esses pacientes: individuais, além de grupo de familiares e, eventualmente, atendimentos pontuais do adolescente com sua família nuclear, quando a equipe identificava que um certo *emergente* no transcurso do tratamento demandava uma intervenção nesse coletivo específico. No entanto, como já mencionamos, os grupos terapêuticos eram efetivamente o *carro chefe* do tratamento institucional, compondo-se de encontros muito intensos,

responsáveis em grande medida pela adesão e engajamento dos adolescentes no tratamento, e nos quais apresentavam-se situações tão ricas quanto complexas de serem manejadas, cujos efeitos se desdobravam no próprio grupo e nos demais dispositivos institucionais. A equipe fixa e os residentes e especializandos realizavam uma *bricolagem* dos casos clínicos e do funcionamento dos diferentes dispositivos clínicos, em especial dos grupos terapêuticos, nos espaços de supervisão e de reunião clínico-institucional.

Por fim, é relevante informar que o contrato de tratamento com o adolescente e a família costumavam ter alguns pontos bem claros, salvo raríssimas exceções ou adaptações: 1) o tratamento como um todo (atendimentos individuais, de família, suporte psiquiátrico etc.) estava condicionado à participação do adolescente e da família nos seus respectivos grupos; 2) as faltas eram absolutamente contraindicadas e, caso ocorressem, deveriam ser justificadas à equipe; 3) especificamente quanto aos grupos terapêuticos, as comunicações e interações extragrupo dos participantes deveriam ser restituídas ao grupo; e 4) o uso do celular, cadernos, fones de ouvido, entre outros objetos e dispositivos, não eram proibidos durante o grupo; porém, ao usá-lo durante a sessão, dever-se-ia ter clareza de que pertenciam ao grupo como um todo, podendo ser olhado e interferido por qualquer outro que o quisesse.

## **5.2. Primeira baliza: o grupo fluído**

É verdade que o transcurso dos grupos terapêuticos, se olhados num escopo bastante ampliado, tendiam a um progresso em direção a uma maior verbalização e fluência associativa entre os participantes; no entanto, quando olhados mais de perto, esses grupos estavam longe de apresentar um progresso linear. Momentos leves e prazerosos eram sucedidos de momentos pesados e desafiadores, e vice-versa, alternância que se dava algumas vezes dentro de uma mesma sessão de grupo. A melhor analogia seria, talvez, a de um território geográfico de clima muito instável, oscilando ao longo dos dias e até no mesmo dia entre tempestades e sol, brisa suave e furacões, mar revoltado e calmo. Mas, para fins didáticos, recortamos a seguir a experiência grupal com esses adolescentes partindo das dimensões mais leves e perceptíveis vivenciadas no dispositivo em direção às mais complexas, ocultas e desafiadoras. Tal recorte corresponde a balizas – pontos de referência que auxiliam na movimentação e direcionamento – que servirão aos clínicos interessados em

pensar a condução dos grupos terapêuticos de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação, no que diz respeito à coordenação, enquadre, transferência, entre outros aspectos. A primeira baliza destacada neste trabalho diz respeito, portanto, a momentos grupais relativamente leves, permeados por associações verbais, um significativo trabalho psíquico dos adolescentes, funcionamento do grupo em tarefa, muita ressignificação entre os pares e um intenso jogo identificatório, do qual partiremos nesta discussão.

### *5.2.1. O jogo identificatório*

No capítulo dois, relativo à adolescência, descrevemos um processo tão inerente quanto necessário a esse período da vida: paralelamente ao luto do sujeito da infância, o adolescente busca uma nova identidade, e tal busca passa muito por um exercício identificatório constante, no qual se coloca em perspectiva diferentes formas de ser, agir, pensar e se apresentar com relação ao próprio desejo e aos efeitos intersubjetivos – inclusive os efeitos do olhar do outro. Coisas aparentemente singelas, como a maneira de se vestir, falar e os gostos e convicções pessoais denotam um processo maior de tentativa de construção de uma nova pele desses jovens, que dessa vez deve ser mais autoral, singular, e que lhe poderá prover algum sustentáculo ao eu corporal e às profundezas internas e sombrias, bem como à qualidade da relação intersubjetiva com outros adolescentes.

Em nossos grupos terapêuticos, percebíamos um movimento de ligação dos pacientes desde a sala de espera, onde espontaneamente se aproximavam e buscavam uma interação. Quando convocados para a sala da sessão de grupo, já se mostravam “aquecidos” na relação entre si, frequentemente apresentando um tom afetivo leve, com predomínio de brincadeiras. Ao longo da sessão, o coordenador presenciava os pacientes “ensaiando” diferentes formas de agir, experimentando e dramatizando com seus discursos e seus corpos. Percebiam-se olhares e comentários de uns adolescentes sobre os outros acerca dessas diferentes maneiras de falar, vestir-se, comportar-se, algo que, quando se dava em um plano razoavelmente contido – sem um desbordamento da agressividade, mantendo-se no plano do chiste –, surtia um efeito significativo na construção e consolidação de novas formas de se pensar e se identificar, ou mesmo de denúncia das formas de identificação que já caducaram ou não se mostravam efetivas para esses sujeitos aos olhos dos pares.

Na literatura de grupo, relembramos, tal fenômeno corresponde ao que Foulkes e Anthony (1967) denominavam *galeria dos espelhos*: os participantes refletem e têm refletidos diversos aspectos de suas imagens corporais, sociais e psíquicas, permitindo ao sujeito introjetar partes de si antes não reconhecidas, colocar à prova o efeito que sua própria imagem produz no outro e, ao lidar com outros pacientes que por vezes apresentam dinâmicas psíquicas mais conturbadas que a sua própria, ou simplesmente diferentes, podem colocar a própria identidade em trabalho, em movimento.

Um exemplo para nós muito significativo dessa dinâmica foi quando uma adolescente com episódios prévios de escarificação e que se apresentava com uma ansiedade social, sendo aversiva ao ambiente escolar e estando muito identificada com o lugar de emocionalmente dependente da família, teve exposta no grupo o fato de que dormia na cama com seus avós. Já haviam sido feitos atendimentos familiares para trabalhar a questão, sem nenhuma mudança concreta, mas o assunto no grupo repercutiu bastante e de uma forma muito diferente daquela dos atendimentos. Para os outros adolescentes, aquilo não foi significado como patológico ou inadequado, mas como algo bizarro, profundamente desagradável e motivo de brincadeiras: “*como é que você consegue dormir com sua avó!? Tenho certeza que ela tem bafo e solta pum!*”, comentou um dos pares no grupo, fato que a adolescente, constrangida, confirmou acontecer. Daquele momento em diante, ela passou a dormir em sua própria cama sozinha, e o grupo foi por ela utilizado como um espaço de exercício de uma postura sua realmente mais adolescente, “encorpada”, que reivindica autonomia.

Como já mencionamos, todo esse percurso identitário, que passa fundamentalmente pelo jogo identificatório, vê-se restrito e despotencializado com muita frequência nos dias atuais. Isso se dá em função de dinâmicas sociais que afetam todos os adolescentes, como a fragilização dos laços comunitários e os efeitos *massificantes* da produção de subjetividade do capitalismo e da propaganda no mundo ocidental, que incita o sujeito a ser único, mas que, para tanto, precisaria ter o conteúdo e forma homogêneos, serializados mesmo em muitos cantos do mundo e nos diferentes contextos sociais.

Mas o jogo identificatório está particularmente abalado nos adolescentes com patologias do vínculo e do narcisismo, em função de seus descompassos no processo de subjetivação. A passagem da dependência à autonomia nos adolescentes de hoje, tão bem descrita por Jeammet (2009), pressuporia certas condições de suportar a

diferença, a divergência e a frustração, tanto do jovem quanto de seus pais, algo que não se dá quando se impõem expectativas imensas uns sobre os outros, quando o olhar não alcança os outros, pois está tingido dos próprios ideais.

### 5.2.2. A ressignificação entre pares

Lembremos que nem todos os adolescentes que apresentam comportamento suicida ou de automutilação têm falhas arcaicas no cerne de seus percursos subjetivantes, e, mesmo os que as têm, não ficam resumidos a isso. É certo que o *arcaico* diz respeito às inscrições fundantes do psiquismo, não se apagando pelo resto da vida, embora permaneçam inconscientes e não necessariamente representadas (CIDADE; ZORNIG, 2021); mas o que cabe frisar é que alguns adolescentes recorrem a escarificações leves em suas peles ou a discursos sobre morte que correspondem na realidade a uma *tentativa de identificação, de encontrar um lugar subjetivo de pertencimento grupal para além da família, recorrendo a um sintoma que faz parte hoje da cultura jovem* (ESPOSITO et al., 2017). Com esses pacientes, o dispositivo de grupo pode oferecer um espaço protegido o suficiente, com as características de uma galeria dos espelhos, para redistribuir o peso e a forma das identificações relativas ao sofrimento e aos atos autoagressivos em suas economias psíquicas, e em última instância deslocar o próprio lugar subjetivo que estão ocupando. No grupo, dizer ou mostrar que se cortou ou falar sobre se matar pode ter uma ressonância intersubjetiva muito diferente entre os pares, visto que outros jovens eventualmente têm problemáticas semelhantes, ou ainda maiores, ou mesmo porque enxergam esse paciente sob outra perspectiva, completamente diferente do lugar familiar. Algo que tenha sido significado na família de uma dada maneira, por exemplo, como uma experiência de colapso, pode ganhar um novo lugar no grupo, reverberando no funcionamento subjetivo.

Inúmeras vezes presenciamos no grupo terapêutico alguns deslocamentos, ou ao menos questionamentos, em relação ao modo do adolescente apresentar-se, à forma de se identificar com o sintoma e com o papel que ocupa na família ou nos demais espaços sociais. Algumas vezes isso se dá espontaneamente, pela própria situação grupal e sua dinâmica: uma paciente que se apresentava cabisbaixa e monossilábica na triagem, junto com a família, alegando ter depressão e ideias de suicídio, apresentou-se imediatamente de um modo completamente diverso no grupo,



falando bastante, mostrando potencialidades e fazendo contato físico com outros adolescentes, demonstrando uma força significativa de ligação com o outro. Uma posição que estava cristalizada no seio familiar parecia não valer a pena de ser mantida em um grupo novo de pares, que lhe dava a oportunidade de construir toda uma nova constelação identificatória.

Em outro grupo, uma participante dizia que “*pensava em se matar, mas que sua mãe tinha encontrado os comprimidos em cima da mesa, de novo*”; foi uma outra jovem que marcou essa repetição, sugerindo que a insistência em deixar pistas era uma outra coisa que não querer matar-se efetivamente, como talvez pedir ajuda, procurar um olhar, limite ou preocupação do outro, mudar alguma coisa no ambiente etc. Cenas de grupo singelas como essa nos mostram que aquilo que poderia estar sendo lido previamente como doença ou impotência frente ao sofrimento, por exemplo, pela família, escola ou a própria instituição, podia ser relido no grupo pelos próprios pares como um movimento ativo daquele sujeito, com alguma intencionalidade, de mudar a própria vida ou o entorno, sendo portanto reconhecido alguma potência e movimento de vida do adolescente.

### 5.2.3. O grupo em tarefa

Quando o grupo terapêutico estava operando nessa modalidade fluida de funcionamento, ou seja, associando, verbalizando, incidindo uns sobre os outros discursivamente, com um claro investimento libidinal no grupo – e, no pano de fundo, davam-se trocas não necessariamente verbais que incidissem no plano das identificações –, podemos considerá-lo *em tarefa*, no sentido pichoniano do termo. Os participantes do grupo estavam pensando, agindo e sentindo concomitantemente, engajados com a tarefa de se tratar. Nesse contexto, o coordenador poderia permitir-se uma posição em alguns momentos mais resguardada, deixando que as trocas fluíssem naturalmente, ou introduzir algumas associações de sua parte que estimulassem o grupo a seguir a mesma dinâmica.

Nesses momentos, a perspectiva da centralidade da transferência com a tarefa, e, portanto, da tarefa como depositária do ideal de eu, permitia ao coordenador se deslocar, ainda que temporariamente e relativamente, de seu lugar transferencial assimétrico. Eram ocasiões em que o coordenador não falava exatamente de si, de suas próprias vivências passadas, tal como se fosse um dos pacientes, mas falava

como se fosse um adolescente, no sentido de se colocar ao lado, com pequenos comentários que teriam a função de fazer a ligação entre uma fala e outra dos jovens, de demonstrar sua consonância com o momento do grupo e de mantê-lo *animado*<sup>10</sup>. Em uma posição já discretamente mais diferenciada do plano dos adolescentes, o coordenador poderia também ressoar vivências que lhe pareciam pertinentes quanto às associações trazidas pelo grupo, criando imagens e cenas ou tecendo interpretações que auxiliassem o coletivo no trabalho de figuração, significação ou simbolização das experiências que estão sendo discutidas.

#### 5.2.4. Uma vinheta de um grupo fluindo

*No começo do grupo, todos reparam no novo cabelo de A., agora comprido e com tranças bem trabalhadas. Ele aparenta alegria por terem reparado e comenta que está “se achando”. Quando faz determinadas intervenções estéticas, como essa aplicação no cabelo, sente-se muito bem, caminha na rua querendo ser olhado etc., sente-se “perfeito”. Vamos circulando a palavra, como é para cada um mexer na aparência, o que tem a ver com como se sente por dentro, ser perfeito ou com defeitos etc. B. fala que é insuportável quem se acha, mas que é bom cuidar da aparência para si próprio. Retomamos que, em outros tempos, ele mesmo já descoloriu cabelo e fez alguns detalhes no corte, e ele salienta que tem que ser para si próprio, não para se exibir. C. também estava mais presente e perceptível no grupo; em outras sessões, costumava-se “esconder-se” mais dos olhares e já havia dito sentir-se muito feia, que ela mesma procurava defeitos no espelho e, quando os encontrava, sentia-se a pessoa mais horrível do mundo... Dessa vez, ela fala de se sentir muito bem também em alguns momentos, “perfeita”. Digo que é impressionante como a aparência mexe com nosso estado emocional, mas que o contrário deve acontecer também, o estado emocional “maquiando” a aparência, e que deve ser difícil para caramba ficar bem consigo sem ter ainda a confiança de ter namorado, sofrendo pressões na escola, às*

---

<sup>10</sup> O que denominamos no Brasil “coordenador de grupo” é frequentemente traduzido das obras grupalistas francesas como “animador de grupo”. Ao longo da minha formação de grupos, fez muito sentido a reflexão trazida em aulas pelo psicanalista Moisés Rodrigues da Silva Jr., ao brincar livremente com esses termos. Segundo ele, em determinados grupos de jovens, esse papel de *animador* por parte do coordenador é fundamental, em contraposição a um modelo mais frio, impessoal e interpretativo; mas, aclarava ele, não se trata de animação no sentido do humor, e sim no sentido libidinal, do coordenador poder investir o grupo, ajudá-lo a seguir pulsando.

vezes da família, e tudo o mais... D. chega atrasada, bronzada do verão na praia, diz estar-se sentindo bem também em relação a isso, e emenda uma história de que foi “xavecada” na praia por um hippie, mais velho, que a convidou para viajar com ele... Estava acompanhada da irmã e da tia na ocasião, deram muita risada. Pergunto o que o grupo achou da história que ela estava trazendo, falam de uma certa inconveniência do cara, questionam quantos anos ele teria, se seria meio “pedófilo” isso que estava fazendo... Faço uma intervenção no sentido de que para nós, acompanhando ela ao longo do tempo no grupo, o que aconteceu dessa vez e o jeito que o vivenciou foram diferentes, porque ela estava acompanhada, ou seja, protegida e testemunhada, e, ao mesmo tempo, teve um certo tom de brincadeira a história toda, mantendo a fronteira do respeito, diferente da forma como essas coisas da sexualidade/afetividade se apresentaram a ela em outros momentos até agora, em que se sentia muito desrespeitada, não se apresentavam as coisas de uma maneira possível para acontecer um certo “jogo” e algum tipo de prazer, divertimento. Mas pedimos a ela que tentasse fazer um link entre essa história e o assunto que o grupo vinha trabalhando quando ela chegou (atrasada), de como cada um se sente na própria pele, com seu corpo e sua aparência. Ela fala de como está tentando ficar melhor com relação a isso, como já foi difícil, como as pessoas criticam... Disse que já sofreu pelo nariz, que chamavam de “nariz de batata”, mas que hoje ela própria o acha bonitinho, e então mostra o nariz de perfil para o grupo. Conta da irmã mais velha (que, segundo ela, é alguém muito atravessada pela estética, pela aparência, e elas rivalizam entre si de alguma forma) que foi fazer uma intervenção estética e teve um piripaque com a anestesia, correu risco de vida. Circulo a palavra, chamo E., que é nova no grupo, estava mais ouvindo, e ela fala também de dar importância para cabelo, estética, e como isso mexe com o interior, de críticas na escola... Iniciamos uma conversa de que às vezes as pessoas nem criticam diretamente, mas inferimos que a pessoa pensou determinada coisa mesmo sem dizê-lo, e isso tudo acaba deixando muito difícil dizer se é uma crítica do outro, ou se é uma autocrítica, por supor que o outro não gostou, mas não necessariamente é isso... E também, por outro lado, talvez se arrumar para ficar bem consigo mesmo é relativo, porque a gente quer estar junto do outro e ser aprovado pelo outro também, então é para si próprio, mas também para o outro, ninguém quer ficar sozinho... Fomos fechando com uma ideia de que eles caem bastante em extremos, do tipo “ser perfeito”, ou “ser completamente defeituoso”, e, dependendo dessa percepção, sentem-se excessivamente bem ou excessivamente

*mal, saindo na rua desfilando, ou não conseguindo sair da cama, numa questão de “vida e morte”, como a irmã de D., querendo atingir a perfeição...*

A passagem acima, referente a um grupo terapêutico com sete adolescentes, quatro deles com histórico de automutilação ou comportamento suicida, é, para nós, bastante ilustrativa de uma dinâmica grupal fluida e produtiva, estando a maioria dos participantes envolvida na tarefa de tratamento, falando e escutando, expondo em alguma medida suas fragilidades e com certa porosidade à intervenção do outro; abordam-se temas fundamentais da adolescência, como a sexualidade – tanto pela via do desejo como de suas evitações –, a relação consigo mesmo e com o próprio corpo, o olhar do outro, os ideais e suas derrocadas. Na inter-relação, transmite-se algo além das ideias contidas nas falas, pois se colocam “na mesa” as lutas internas de cada um na construção de si próprio e os entraves que se apresentam, expõem-se sentimentos profundos na dialética corpo-sujeito-outro, que consideramos central no contexto da adolescência, de tal forma que processos inconscientes de identificação e desidentificação vão-se estabelecendo a todo instante, em paralelo a uma atividade de simbolização – ou justamente como parte dela.

#### 5.2.5. A coordenação

Do ponto de vista da coordenação, a vinheta acima demonstra um trânsito entre uma posição bastante equiparada a dos adolescentes, e outras diferenciadas, intervindo mais como adulto – assumindo um saber fruto de uma experiência maior de vida – e como analista –, no sentido de portar um saber sobre o inconsciente e sobre as relações –; porém, nenhuma das intervenções mencionadas foram da ordem de uma assimetria verdadeiramente demarcada, através do estabelecimento de um limite incisivo ou de uma palavra que se valesse do reconhecimento do lugar de uma hierarquia inegável para operar.

A fala do coordenador (“*é impressionante como a aparência mexe com nosso estado emocional*”) denota um tipo de intervenção mais empática, colocando-se ao lado dos adolescentes, inclusive pelo uso da primeira pessoa do plural (“nós”). Outras intervenções, como a circulação da palavra e a retomada do tema emergente daquele grupo (quando se convoca a paciente que havia chegado atrasada a discutir a aparência, a relação com o próprio corpo e o olhar do outro), dizem respeito ao lugar de coordenação propriamente dito, assumindo uma relativa diferença frente aos

jovens e incumbindo-se de manejar o grupo, compreendendo sua dinâmica subjacente e sua ligação necessária com a tarefa; por fim, algumas intervenções são de cunho mais interpretativo, seja sobre um paciente em específico – mas sempre tendo em conta o grupo como um todo –, como quando se aponta a B. que ele também já mexeu e cuidou de seu cabelo e seu visual quando ele estava criticando isso, ou interpretações que visam ao processo grupal, como aquela que encerra aquela sessão do grupo, apontando que os pacientes “*caem bastante em extremos, do tipo ‘ser perfeito’ ou ‘ser completamente defeituoso’, e, dependendo dessa percepção, sentem-se excessivamente bem ou excessivamente mal, saindo na rua desfilando, ou não conseguindo sair da cama, numa questão de ‘vida e morte’, como a irmã de D., querendo atingir a perfeição*”. Essa fala em específico cutuca o cerne das dinâmicas psíquicas dos adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação, como já apontamos.

Propomos que, nessa dimensão grupal que funciona em tarefa, fluindo enquanto um trabalho associativo, de simbolização e de experimentação de papéis de identificação, não caberia ao coordenador intervir no lugar da diferença radical e da lei, e sim nesse trânsito entre *estar ao lado* dos adolescentes e *suficientemente diferenciado*. O coordenador se autoriza a adotar um tom mais coloquial, contribuindo para o estabelecimento de um clima leve, horizontal e lúdico no grupo, assemelhando-se a uma conversa despreziosa, mas apostando que, de modo implícito no enquadre, estão operando as diferenças geracionais e de papéis entre os envolvidos. Aos poucos e conforme a necessidade, a coordenação intervém com manejos e interpretações que emanam da própria cadeia associativa grupal, reapontando sutilmente para a tarefa quando necessário e produzindo ligeiros desvios, diferenças nas narrativas, sem que soe como uma ruptura ou um limite drástico do coordenador em direção aos jovens. Por último, algumas das interpretações tem a função de atribuir um maior estofo à experiência emocional trabalhada no grupo, amplificando o arcabouço representacional dos adolescentes, através do trabalho do pré-consciente. Uma experiência simbolizante efetivamente se realiza enquanto eles têm a sensação de estarem apenas *conversando*, com as intervenções terapêuticas algumas vezes quase passando despercebido pelos adolescentes.

#### 5.2.6. *Transferência e contratransferência*

Do ponto de vista transferencial, nesses momentos grupais os adolescentes investem o coordenador de um lugar próximo a eles próprios, ou o reconhecem como um adulto que possui uma função diferente, mas com o qual não sentem a necessidade de tensionar. São comuns nessas ocasiões certos comentários dos adolescentes como “*fico imaginando como você era na adolescência*”, “*você entende a gente*”, “*olha como ele fala, que cringe<sup>11</sup>!*”, ou seja, predomina um afeto terno, um tom empático, e mesmo a diferença para com o coordenador é exposta através do humor.

Do ponto de vista da contratransferência, o coordenador pode-se sentir remetido à própria adolescência, às experiências inéditas, receios e desconsertos que vivenciou naqueles tempos; sente-se brincando com as palavras, os gestos, vê-se mais espontaneamente tomado por afetos, reagindo às gargalhadas, por exemplo. Pode eventualmente ser atravessado por pensamentos de tom superegoico, como se “*não estivesse trabalhando*”, ao estar ali tão despojado, ao mesmo tempo tentado a “*soltar e caneta*” e render-se completamente à experiência franca e igualitária com os adolescentes. Entre todos esses empuxos, seria interessante poder reequilibrar-se constantemente entre um pensamento clínico que se mantém fazendo a leitura do momento e dos processos grupais, concomitante a uma presença mais franca, próxima aos pacientes.

#### 5.2.7. Adesão e intervenção no grupo

Compreendemos, portanto, que toda essa dimensão do trabalho de grupo centrado na tarefa, fluindo, quando sustentada por um certo manejo da coordenação, tem um lugar importante no processo grupal e representa uma série de *oportunidades* que precisam ser aproveitadas. Uma delas sendo a própria adesão ao tratamento, questão difícil com adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação, adesão que tende a se intensificar pela via do grupo, pois esse dispositivo composto por pares, que se oferecem como uma sala de espelhos, devolvem uma série de elementos que o jovem busca para constituir-se; da mesma forma, aderem também porque sentem uma disponibilidade do coordenador de se colocar ao lado deles,

---

<sup>11</sup> Termo muito utilizado por jovens de hoje, referindo-se ao jeito de ser daqueles que cresceram na década de 1990, que seriam para eles “cafonas”.

empático, não cristalizado em um lugar adulto e moralizante. O dispositivo grupal, quando funciona nesses moldes, não só permite a adesão, mas também um contexto de *intervenção* valioso, possibilitando manejos e interpretações que emanam tanto do coordenador como dos próprios pacientes. São momentos em que se simboliza e se realiza o trabalho de (re)construção identificatória, representando saltos qualitativos no tratamento e desenvolvimento do adolescente, tendo uma função muito importante do ponto de vista psíquico e relacional para esses pacientes. No entanto, o processo grupal como um todo não se mantém sempre com essa fluência, comportando também desafios muito maiores, que, sem os atravessar, não se realizariam uma continuidade do tratamento e as transformações psíquicas dele decorrentes.

### **5.3. Segunda baliza: o grupo do silêncio e do corpo**

Inúmeros momentos nos grupos terapêuticos com esses adolescentes comportam outro tipo de dinâmica que demandam compreensões e intervenções por parte do coordenador bastante diferentes das até aqui mencionadas. Vale lembrar que os grupos dos quais estamos falando estão muito distantes de se apresentarem como um *continuum* linear e previsível, com períodos de grupo claramente demarcados e tendendo sempre ao progresso; os estados grupais se intercalam, irrompem, sobrepõem-se, e um deles que insiste em se apresentar com tais pacientes é aquele que se refere ao silêncio e ao corpo, ou seja, à dimensão não verbal do processo grupal, exigindo de quem o coordena uma atenção e manejos peculiares.

Adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação sofrem tanto do ponto de vista interno como relacional. Podem, como mencionamos, apresentar impasses no processo identificatório, na passagem adolescente entre o campo familiar e o social, incorrendo em atos e sintomas que dizem respeito a uma tentativa de ligação com o outro, seja um pertencimento com os seus pares, seja uma busca de vinculação extrafamiliar, com o sintoma culminando em um pedido de ajuda que permita instaurar um campo relacional de cuidado, quando se estabelece a situação de um tratamento institucional. Mas automutilações e comportamentos suicidas na adolescência podem muitas vezes dizer respeito a problemáticas arcaicas, de tempos muito iniciais do desenvolvimento infantil, que se soma a essa problemática propriamente adolescente identitária-identificatória. Essa composição de dimensões relacionais adolescentes com arcaicas não são plenamente atendidas através do jogo

identificatório e da associatividade verbal; os pacientes introduzem fenômenos no grupo que dificultam um funcionamento em tarefa, restringindo a verbalização, esvaziando seu sentido, apresentando um corpo e ações que contradizem o discurso, testando a atenção e a disponibilidade do coordenador e dos pares.

A dimensão arcaica, retomando, “[...] diz respeito a problemáticas mais narcísicas do início da vida, de construção do eu-corporal e da dimensão sensorial” (CIDADE; ZORNIG, 2021, p. 133). Embora se constitua na relação do ambiente primário com o bebê e evoque relações ainda anteriores através da intergeracionalidade, o arcaico não se encerra no tempo inicial da vida do sujeito e segue atravessando toda sua existência, e, quanto mais conturbada, tenham sido essas relações primeiras, mais o corpo adolescente as presentifica no grupo terapêutico através de marcas, sinais, gestos ou mesmo silêncios, omissões, não comparecimentos. O coordenador precisa ter uma escuta sensível a tais modos de expressão (ou de não expressão), intervindo de um modo que o adolescente se sinta percebido e acolhido, para que então o grupo volte a um funcionamento centrado na tarefa.

### *5.3.1. O corpo machucado: a única forma de dizer da dor*

Destacamos primeiramente os discretos sinais emitidos pelos adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação que devem ser trazidos da periferia ao centro do grupo, sinais que compreendemos como formas de comunicação não verbais de sofrimentos relacionados à dimensão arcaica da existência. O exemplo mais singelo é o de um adolescente que apresentava condutas auto e heteroagressivas, que se colocava bastante em risco e se envolvia frequentemente em confusão. Não tinha relação próxima com o pai, e sua mãe era muito instável, pouco continente e sempre atravessada por turbulências emocionais e muita raiva e agressividade. No grupo, o paciente despertava inicialmente medo nos coordenadores, que temiam uma explosão violenta ou um abandono radical do grupo. O jovem ia ao grupo de *skate* e apresentava muito frequentemente machucados em seu corpo relacionados a esse esporte; aos poucos, os coordenadores passaram a observar que, em seus movimentos na cena grupal, o paciente buscava mostrar seus machucados, ainda que fosse esquivo e reativo quando se tentasse pautar o assunto no grupo. A coordenação optou por um gesto bem concreto, maternal de certa forma,



ao mostrar sempre preocupação com os machucados e oferecer cuidado a eles (limpeza, medicação, curativo). O paciente se “desarmava” imediatamente, demonstrando afeto e mudando sua relação com o grupo. Consolidou-se um ritual de demonstrar atenção e cuidar do seu corpo no grupo, única abertura que foi dada por ele à coordenação para dar a ver de forma genuína as falhas nas suas relações iniciais de cuidado, relações que se dariam justamente sobre o corpo, a sensorialidade. A possibilidade de vê-lo no grupo, em seu corpo e sua dramatização, e a possibilidade de abordá-lo também numa perspectiva corporal e gestual – *cuidar de seus machucados* sem ser pela via da palavra enquanto interpretação – foram cruciais para escapar ao modo defensivo onipotente e agressivo do adolescente, algo que só pôde acontecer em função da maleabilidade do grupo terapêutico.

### 5.3.2. *Uma vinheta do jogo do esconde-esconde: manejos para encontrar o adolescente em seu sofrimento*

Enquanto machucados e outros fenômenos no corpo são sinais não verbais ao menos perceptíveis, os adolescentes com comportamento suicida ou histórico de automutilação, sobretudo aqueles com dinâmicas psíquicas e familiares mais conturbadas, colocam com enorme frequência para os grupos terapêuticos sinais que são da ordem do *negativo*, ou seja, da não presença, da ausência de queixa, ausência de fala e ausência de *marca*. É demasiadamente comum que digam que “está tudo bem” e tenham uma presença apagada justamente nos dias em que estejam piores, nos quais coisas sérias aconteceram, aparentemente tentando passar incólumes ao foco do coordenador e evitando a todo custo um papel de liderança ou protagonismo na sessão do grupo; muitas vezes, efetivamente se ausentam do grupo, justificando ou não a falta, e, caso não sejam inquiridos com alguma persistência, tentam tratar essa ausência com indiferença – quando, na verdade, representam uma grande intensidade de conteúdos.

Entendemos que essas faltas e tentativas de silenciamento ou neutralização do olhar do coordenador sobre si e a própria paralisia da tarefa grupal que se daria ao não se colocar “sobre a mesa”, ou seja, em tratamento as angústias que estão sendo vividas, não são da ordem – ou não somente – de uma *resistência*, no sentido habitual do termo na clínica psicanalítica das neuroses; trata-se de uma dinâmica muito primitiva relativa à dimensão narcísica da existência, como se as angústias vividas

referente a algum acontecimento do tempo presente tivessem colocado em questão se esse adolescente representaria algo para o outro, se tem um lugar no mundo sustentado por um determinado conjunto familiar e social, e, conseqüentemente, se ele *fará falta* no grupo em que faltou, se irão à busca dele e serão capazes de detectar seu sofrimento – sem que ele seja manifestado inicialmente em palavras.

*V. estava com um sorriso discreto e constante, talvez um pouco forçado, e tinha faltado na última sessão, a princípio sem avisar. Penso na entrada recente dela no grupo e no tratamento, e do quanto se colocou pouco ainda. Aprecia o grupo, mas mais pela via da escuta. Como as tentativas de suicídio dela haviam sido “no silêncio” (não tinha deixado muitas pistas, recolheu-se para ingerir medicações, e, quando familiares se deram conta, ela já estava intoxicada), penso na necessidade de ir dando um lugar maior para ela, principalmente após seu ligeiro sumiço. O grupo diz que ela pode estar feliz, pergunto se não pode ser também um sorriso que esconda lágrimas, como W., que havia dito no contexto da despedida dos antigos residentes que observavam o grupo, que “não gosta de chorar na frente dos outros”. Falamos do desejo de a escutar mais, e X. também, que novamente estava bastante quieta e sem trazer conflitos. Alguns comentários aparecem no grupo sobre “não forçar, deixar cada um falar no seu tempo”, pergunto se às vezes vale dar uma “empurradinha”, W. diz que sim, pois isso é dar coragem, digo que ele me fez pensar que “tem empurrões que são para derrubar, outros para dar força para a pessoa enfrentar”. Então V. desenvolve que tentou suicídio duas vezes, mas Deus deu a ela outra oportunidade, e ela precisa aproveitar. Na primeira, 20 comprimidos de paracetamol; na segunda, um vidro de Rivotril. Pergunto se cada comprimido é uma lágrima não chorada, e quantas lágrimas cabem num vidro de Rivotril, ela diz que “um montão”. Fala de um relacionamento amoroso, um namorado que é um tanto abusivo, faz chantagem quando ela tenta terminar, Y. brinca que ela tem que se impor, W. diz que ela tem que “meter o louco com ele”, “ser ela mesma”, brinco que isso de “ter que se impor” e “ter que meter o louco”, como ir para a porrada, podem ser lágrimas transformadas em porrada da parte de W. (além das automutilações, ele tinha episódios de explosão agressiva, que passamos a compreender como uma expressão da sua angústia), e que também fico pensando que “ser ela mesma” às vezes é difícil, às vezes não se sabe quem se é, e se acaba apegando a uma coisa ruim como um namoro assim, talvez pelo medo de que não consiga nada melhor se terminar... Eles brincam que amor próprio é importante, que eles vão até a casa de V. para ter uma conversa com*

*ela sobre isso, sobre se gostar mais. Sobre a história de chorar ou não, W. diz que é o jeito dele, que ele quer mudar, mas seria como se chorar fosse algo ruim, que mesmo quando está vendo uma série ou filme, se houver mais gente, fica desconfortável... Fala do que andou assistindo que lhe chamou a atenção, Crepúsculo e um outro de renascimento, que Y. diz que gosta muito também. Falamos do “renascimento” de Y., do quanto se transformou no ano anterior, ela vai falando de como a vida mudou, melhorou, Z. diz também que sente sua vida melhorando, menos tímido, menos mimado, percebemos ele com melhor autocuidado, colocando-se melhor na comunicação. Ao final, proponho falarmos mais um pouco da despedida dos residentes, brinco que podem chorar se quiserem, que não tem problema, e eles se despedem.*

A vinheta acima mostra uma sessão que se inicia com a necessária atenção do coordenador ao silêncio, tomando-o como uma forma de expressão, uma *marca*, não o aceitando como algo neutro e periférico frente ao conteúdo verbal – que seria dado naturalmente como o central. O coordenador recusa o silêncio como uma ausência de angústia. Isso se dá por um raciocínio clínico voltado à singularidade da paciente V., cujas passagens ao ato progressas se dão em silêncio – portanto, o silêncio representando um sinal de risco –, mas também levando em conta a dinâmica de grupo terapêutico com adolescentes com essas problemáticas, em que a experiência demonstra que muitas vezes quem mais precisa falar e ser situado no centro do olhar grupal não são os que mais demandam, mais gritam; pelo contrário: são os que se posicionam à margem, nas sombras, visando a serem encontrados a partir desse desafio. Caso encontrados, teriam acalmadas suas angústias relativas ao plano narcísico e vincular; caso não, tê-las-iam intensificadas, impondo novos riscos às passagens ao ato. É impossível aqui não se recordar da célebre frase de Winnicott: “é uma alegria estar escondido, mas um desastre não ser achado” (WINNICOTT, 1983, p. 169).

Parte dos demais participantes inicialmente advogam pelo “direito ao silêncio” da adolescente, descrito na vinheta como *“alguns comentários aparecem no grupo sobre ‘não forçar, deixar cada um falar no seu tempo’”*, cena aliás que se costumava repetir com bastante frequência nos nossos grupos. *“Deixa ela, se ela não quiser falar ela não fala, ué?!”, “se não está falando é porque não precisa, né?!”,* tais frases foram por nós ouvidas inúmeras vezes nessas situações, e cabe ao coordenador ter a tranquilidade de que seu movimento e eventualmente até uma certa insistência em

trazer à tona o paciente silente não seja chatice, erro ou inadequação de sua parte, pois recuar nesse caso poderia representar um conluio com uma defesa do grupo e uma resistência à tarefa. Nessa sessão acima descrita, o coordenador propõe ao grupo ver por outro ângulo, discernindo uma intromissão agressiva e inadequada na vida de cada um, como se o livre-arbítrio e a intimidade da adolescente fossem feridos, de uma aproximação que visam à parceria e ao cuidado (*“tem empurrões que são para derrubar, outros para dar força para a pessoa enfrentar”*). Parte dos participantes acolheu a narrativa, e o clima grupal deu condições a V. de trazer as suas angústias.

Em seguida, vemos um trabalho de figuração por parte do coordenador, criando imagens para aquilo que comparece só pela via do horror do ato suicida (*“Pergunto se cada comprimido é uma lágrima não chorada e quantas lágrimas cabem num vidro de Rivotril”*). A intervenção visava a aproximar a paciente e o grupo da experiência de sofrimento presente no ato suicida, tirando-o do efeito chocante e paralisante que o relato bruto do ato provoca; nesse sentido, também vislumbra trazer a conversa a um plano comum aos demais adolescentes, visto que a dificuldade de lidar com o sofrimento, e as atuações a ele relacionadas, são um ponto de intersecção na experiência subjetiva de vários daqueles participantes. Esse trabalho de figuração é por nós compreendido no caminho entre, de um lado, corpo, pulsionalidade e ato, e, de outro, a simbolização já consolidada, que se refletiria em uma cadeia associativa articulada e situada pela linguagem e processo secundário; dificilmente se passa do corpo e das experiências primitivas à experiência de simbolização sem se valer da via da construção imaginária, e o dispositivo de grupo é um espaço privilegiado desse jogo – tal como afirmamos no capítulo três.

A cena seguinte da vinheta opera da mesma maneira, agora com outro adolescente, ao pensarmos os seus atos heteroagressivos (embora W. também tenha histórico de automutilação) como efeitos de escoamento das suas angústias, que não se dão à elaboração por meios intermediários, como a palavra, o pensamento, a dramatização, ou mesmo mais especificamente o choro, o luto e o suporte do outro. As lágrimas são *“transformadas em porrada”*, instaurando uma dinâmica em W. do espetáculo da violência, do mostrar-se poderoso (fálico) por ela e da própria inserção em uma linhagem geracional, visto que os pais costumam ter reações violentas e inclusive se separariam após uma cena agressiva chocante entre eles. As associações do grupo e intervenções do coordenador vão trazendo-o para outro campo, de um sofrimento que pode ser vivido, contido e elaborado na coletividade,

inclusive no aqui-agora do grupo, através da experiência até então não processada da saída dos residentes-observadores por ocasião do fim de seus estágios.

As cenas finais da vinheta demonstram também o efeito de grupo e uma convergência rumo à tarefa; quando algum dos adolescentes disse, no plural, que “*eles vão até a casa de V. para ter uma conversa com ela*”, e a fala ressoou muito entre os pares naquele momento, compreendemos que a solidão e silêncio de V. eram superados pela disposição à companhia, engajamento e parceria dos demais para com ela, como se, na brincadeira de ir até a sua casa, produzissem uma marca de presença afetuosa, mesmo quando ela estivesse sozinha, além de dar a entender a importância que estar junto ao grupo todo tem para eles naquele momento. As associações em torno do *renascimento*, produzidas por diferentes participantes, mostram-nos um retorno ao funcionamento em tarefa do grupo, deslocando o risco de morte e a solidão que se apresentou em meados da sessão (através de V.) para um processo de reinvenção e melhora psíquica de diversos dos adolescentes naquele momento, efetivamente simbolizando as mudanças que ocorriam em suas vidas com o apoio do sentimento de pertencimento grupal – que os oferecia um sustentáculo identitário, narcísico, relacional. Compreendemos que a atenção ao não verbal, aos sutis sinais do silêncio de V., foram fundamentais para o desenrolar da sessão nesse sentido trófico, instaurando uma sensação de que a coordenação e o próprio grupo não cedem às aparências e encontram o adolescente em sua angústia, em seguida colocando-se ao lado dele.

### 5.3.3. *A função da grupalidade no reestabelecimento da tarefa*

Algumas vezes, as faltas, os silêncios, as esquivas e as sutis manifestações não verbais caminham junto a novos comportamentos suicidas ou de automutilações nesses adolescentes. Mesmo no grupo, é necessário estar atento às expressões bastante indiretas de ideações suicidas e à forma de apresentação das autolesões nesses jovens (em geral, escarificações, sobretudo nos antebraços); lembrando que pensamos tais atos muitas vezes também como uma forma de comunicação, ainda que primitiva – já que se dá pela via do corpo e dos limites da vida.

Destaca-se que, em nossa experiência, a construção da grupalidade contribuiu para que os próprios adolescentes avisassem a coordenação e os pares quando algum deles referisse autolesões ou comportamento suicidas. Lembremos da situação

grupal descrita no subtítulo do grupo fluindo, em que os pacientes se encontram na sala de espera e iniciam uma intensa interação prévia ao grupo, na qual podem inclusive se sentir mais confortáveis para expor a um outro adolescente de sua confiança o que se tem passado em suas vidas e os riscos aos quais se expuseram; talvez também possamos pensar que o adolescente assim se expõe para também colocar à prova o vínculo com outro adolescente; pois, embora possa solicitar sigilo ao colega, aliviar-se-ia se ele pudesse ser seu “porta-voz” no grupo, pedindo ajuda por ele.

Naqueles grupos terapêuticos que se constituíram com uma intensa força de ligação entre participantes e com a coordenação, identificamos que diversas vezes os adolescentes puderam funcionar como porta-voz daquele que estivesse em sofrimento e sujeito aos atos autolesivos e de risco. É certo que, ao longo do processo grupal, recontratávamos permanentemente a ideia de que a tarefa de tratamento envolvia que cada um procurasse cuidar de si, mas também se implicasse no cuidado do outro, mas nos surpreendeu esse movimento de expor na sessão que um outro colega – ali presente, na maior parte das vezes – não estava bem, precisaria falar, precisaria ser cuidado, estivesse-se cortando ou falasse em suicídio... Algumas vezes, dizia-se também de mensagens trocadas entre eles por redes sociais nos dias anteriores, nas quais esses conteúdos de risco compareciam (o que também era parte do contrato). Mais do que essa atitude, muito bem-vinda, aliás, surpreendia-nos que o adolescente em sofrimento não se ofendesse por ter sido “delatado” por um par, pelo contrário, parecia aliviar-se, o que endossa mais ainda nossa compreensão de que o verdadeiro desejo é ser descoberto e cuidado, e não o contrário.

#### *5.3.4. A escuta sensível ao corpo do adolescente no grupo*

Quando a coordenação não dispunha desse auxílio proveniente dos próprios adolescentes, sua escuta atenta era fundamental para trazer ao centro do grupo esses sinais não verbais, que por trás escondiam – ou tentavam mostrar indiretamente, dependendo do ponto de vista – novas automutilações ou pistas discretas de uma intencionalidade suicida. Víamos que, algumas vezes, marcas de escarificação eram menos difíceis de perceber, enquanto em outras constatava-se um esforço em escondê-las, por intermédio de blusas com mangas longas, por exemplo. Essas tentativas de esconder eram frequentemente paradoxais, pois esses jovens

gestualizavam de uma maneira que atraía o olhar da coordenação para esse *esforço de esconder algo em seus braços*, dando a ver que havia algo de sintomático ali. Nossa reação de perceber as automutilações, colocá-las em evidência no grupo e tomá-las como um fenômeno muito sério, nada trivial, costumava ter efeitos muito interessantes para eles, sobretudo produzindo uma sensação de se estar sendo cuidado, contido.

Boa parte das vezes, isso se desdobrava em intervenções para além do grupo, envolvendo a instituição mais ampla em um cuidado intensificado – o que também gerava uma sensação de alívio no adolescente, além de implicar os familiares nos seus respectivos papéis frente ao filho. Mas, no grupo em específico, as intervenções enérgicas que aliavam cuidado com a demarcação de um limite – que teria sido extrapolado na passagem ao ato – ajudava-nos a reconstruir as formas de expressão do mal-estar, que se deveriam ater à palavra e a outros modos de dizer que não falando, porém sem se colocar ou colocar o outro em risco.

#### 5.3.5. *O uso dos objetos de relação como manifestações não verbais*

Outras vezes, as automutilações e indícios de comportamento suicida compareciam de uma maneira diversa: como dissemos, os adolescentes levavam ao grupo e eventualmente usavam celulares e cadernos, entre outros objetos pessoais, e tínhamos contratada a possibilidade de olhar, comentar e mexer nos conteúdos ali presentes. Do ponto de vista teórico-técnico, compreendíamos esses objetos como *objetos de relação*, meios utilizados de maneira completamente improvisada na dinâmica da relação com a finalidade de atingir a simbolização (GIMENEZ, 2006). Embora houvesse queixas relativas a uma suposta “invasão de privacidade”, o que percebíamos de fato era que esses pacientes se valiam muitas vezes desse “olhar intrometido” para dizer indiretamente como estavam, o que vinham fazendo ou pensando recentemente: já nos deparamos com adolescentes que estavam olhando fotos de automutilações gravíssimas na internet pelo celular, ou escreviam no papel durante a sessão conteúdos mórbidos – de novo, tomávamos aquilo como algo nada trivial, que revelava um mal-estar inegável, e que tínhamos o dever enquanto grupo de buscar formas de expressão que não implicassem risco e não deixassem paciente, coordenação ou os demais adolescentes de mãos atadas – pelo contrário, que pudessemos juntos efetivamente cuidar do sofrimento ali presente.

### 5.3.6. *A comunicação da equipe institucional: acolhendo a dimensão não verbal do grupo*

Vale mencionar que a instituição, através dos dispositivos que promovam a comunicação e articulação da equipe clínica, também pode ajudar o coordenador a transformar o não verbal do sofrimento e dos atos de risco dos adolescentes em um tema central do grupo. Algumas vezes, por exemplo, o coordenador insistiu no rastreamento dos sentimentos negativos e das condutas de risco em função da circulação prévia de informações intraequipe, por exemplo, de que um determinado adolescente mostrou estar muito mal no atendimento psiquiátrico individual, mas no grupo até então dizia que estava tudo bem; nessa ocasião, o coordenador perguntava, a cada tanto, *“gente, vocês estão bem?”*, *“vocês estão realmente bem hoje?”*, *“tem certeza que todo mundo está bem?”*, até que o paciente pôde dizer *“estou bem mal, isso sim”*, e, em seguida, o tema foi acolhido e trabalhado na perspectiva do grupo. Essa articulação da equipe, que deve estar bem fluida e estabelecida, é fundamental para oferecer a continência necessária a esses pacientes que tão pouco dizem espontaneamente de seu sofrimento; na linha do que desenvolvemos no capítulo do enquadre, de acordo com Pinel (2011), a identificação do coordenador de grupo com o resto da equipe e com a instituição como um todo – com suas leis, fundamentos e potencialidades – é central para estabelecer o contrapeso necessário às armadilhas contratransferenciais que esses adolescentes nos propõem quando incorremos no risco de não enxergar aquilo que peça continência, de trivializar fenômenos e situações muito graves e de cair em um certo conluio com uma posição defensiva, onipotente e pretensamente autossuficiente desses pacientes.

Em resumo, estamos falando de momentos grupais que apresentam, assim como aqueles propriamente em tarefa, uma potência de intervenção clínica e de mudança psíquica e intersubjetiva dos adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação, mas que tais momentos exigem condições e manejos específicos que precisam ser tomados em conta e muitas vezes coconstruídos no processo grupal.



### 5.3.7. A coordenação

Nesses momentos em que o silêncio, os corpos e demais manifestações não verbais dizem mais do que a própria fala, o enfoque da condução não se deveria ater ao que está sendo efetivamente dito e sobre os participantes que estariam liderando o grupo, já que não se estaria funcionando na maior parte das vezes em tarefa: a desarticulação entre o que estaria sendo falado e a experiência de pensar, sentir e agir de um ou mais participantes fariam o grupo, nesses momentos, não passar de um “*como se*”, nos termos propostos por Pichon-Rivière, havendo dissociação da tarefa de tratamento. É necessário que o coordenador possa identificar nas sutilezas e traga à tona as crises e experiências de sofrimento que os adolescentes aparentam querer passar batido, mas que, na realidade, desejam que seja escutado; tal apreensão se dá a partir de indícios corporais e gestuais dos jovens, pelo conteúdo presente em seus celulares ou papéis, pela denúncia dos pares, que se colocam como porta-vozes – no caso da grupalidade estar operando bem –, e, por último, pelo apoio da própria equipe clínica. O que vier à tona será propriamente tratado como o *emergente grupal*, conectando-se com o sofrimento dos demais pacientes e fazendo-os trabalhar novamente em tarefa, implicados no cuidado de si e do próximo e construindo um processo de simbolização apoiado pela coordenação.

O trabalho do coordenador, nesse sentido, deve ser mais ativo, atento, implicado do que quando o grupo se encontra fluindo, como no jogo identificatório. O coordenador se torna um guardião do enquadre, evocando os contratos previamente estabelecidos no grupo e balizando-se por eles para escutar e intervir, autorizando-se inclusive a fazer movimentos para além da fala-escuta – como, por exemplo, levantar-se, ir em direção a um adolescente com feições de indiferença e ler o que ele escreveu, dizer ao grupo o que está sendo visto em seu celular, sempre se remetendo ao combinado prévio em relação a essa possibilidade. Nesses momentos grupais, portanto, o enquadre não está sendo posto em xeque frontalmente, mas tampouco se pode dizer que ele opere no silêncio, totalmente estável; podem-se produzir nele algumas fissuras, caso a coordenação não sustente os contratos, não atente à dimensão não verbal que porte os sofrimentos arcaicos desses adolescentes, e não se valha do respaldo do próprio grupo e da equipe por trás para dar continência aos desbordamentos violentos, provocativos, ou mesmo às indiferenças e inércias desses jovens que, sob uma roupagem de que “está tudo bem e não tenho nada a dizer”

opõem-se à tarefa e deixam no limite a continuidade do tratamento como também intensificam os riscos de uma passagem ao ato.

### 5.3.8. *Transferência e contratransferência*

Por fim, do ponto de vista dos processos transferenciais, vemos um outro tipo de relação, também diferente daqueles descritos anteriormente. Os adolescentes mais comumente investem os coordenadores em um lugar parental, não mais em um lugar fraterno ou de líder que conduz o grupo; enquanto supostos pais, são por vezes queridos, respeitados e até idealizados, mas também hostilizados e desprestigiados. Acima de tudo, o que mais se percebe no discurso dos adolescentes nesses momentos grupais é um investimento ambivalente na coordenação como aquela que protege e persegue, sendo comuns falas como “*nossa, ele repara em tudo, não deixa escapar nada*”, “*você está me vigiando, é? Sai para lá!*”, “*como você sabe que não estou bem?*”, e assim por diante.

Há, portanto, o reconhecimento da assimetria com o coordenador, da diferença geracional, e o que se vê é esse “jogo de esconde-esconde” no qual o adolescente tenta esconder-se, e o coordenador se mantém ativo e atento para conseguir encontrá-lo – ou seja, desvendar o estado emocional em que o jovem se encontra. Tal como um filho que tenta esconder de seus pais algum comportamento nocivo, autodestrutivo que esteja praticando, mas ao mesmo tempo deseja ser descoberto para se sentir cuidado e contido, esses adolescentes tentam em um primeiro momento escapar aos olhos do coordenador e, se isso se confirmar, a experiência de desamparo se intensifica; no fundo, ter faltado no grupo e ter sido notado, ter provocado estranheza a partir de sua inércia e quietude, ter sido escutado nas manifestações indiretas de sofrimento (gestos, movimentos, escritos, desenhos, músicas, conteúdos no celular), tudo isso lhes é reconfortante e possibilita o reinvestimento libidinal no grupo e na própria tarefa.

## 5.4. **Terceira baliza: o grupo implodindo**

Falemos agora de momentos grupais menos frequentes em nossa experiência, porém de uma intensidade radical e decisivos para os processos subjetivantes dos adolescentes e a continuidade da função terapêutica do grupo, ou efetivamente sua

*implosão* – no sentido da impossibilidade de continência e manejo dos ataques provindos do grupo, especialmente quando os adolescentes estabelecem entre si um pacto de indiferenciação e de autossuficiência, cindindo com a coordenação. Isso decorreria de um determinado desdobramento da ilusão grupal e das necessidades de transpor ao enquadre o próprio terror vivenciado internamente por muitos desses adolescentes, como veremos a seguir. Compreender as vicissitudes desta baliza, que não são simples de serem pensadas no contexto de urgência de um grupo sob risco de implosão, podem dar aportes aos clínicos interessados na lida com situações-limite em grupos terapêuticos de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação.

#### 5.4.1. *A ilusão grupal: dos aspectos positivos aos destrutivos*

A ilusão grupal em alguma medida sempre estaria presente em estado silencioso nos grupos; mas, em alguns momentos, poderia impor-se na superfície pela via dos extremos, demandando um trabalho da coordenação para que o grupo e seu enquadre sobrevivam à experiência de ameaça que são colocados. Remetemos o leitor ao conceito de *ilusão* trabalhado por Milner, retomado no capítulo anterior no contexto do meio maleável, à *ilusão grupal* de Anzieu, descrita no capítulo três, aos limites e ataques ao enquadre a partir do trabalho com psicopatologias difíceis e às teorizações de Pinel sobre o trabalho grupal-institucional com esses adolescentes, também mencionados nos dois últimos capítulos.

O *enquadre interno* está, ao menos temporariamente, em questão na subjetividade de qualquer adolescente; mas, naqueles que sofreram dificuldades iniciais na sua constituição psíquica, nas suas experiências inaugurais com o ambiente, nas relações de cuidado que se dão pela via da sensorialidade e do corpo e nas delicadas vivências de desamparo e dependência, do narcisismo primário à alteridade, a adolescência é um tempo de reviver angústias muito primordiais e ameaçadoras.

Quando as coisas vão relativamente bem na constituição psíquica, a ilusão – enquanto experiência de onipotência, sensação de criar o mundo à sua volta – perdura pelo tempo necessário, sem que se rompa precocemente nem se alongue excessivamente. Esse momento subjetivo e sua superação – embora uma certa dose de ilusão sempre se mantenha em estado latente ao longo da vida – são fundamentais

para a passagem da dependência à autonomia, tarefa que se recoloca muito concretamente na adolescência.

Sabendo que muitos dos adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação sofreram privações ou excessos nesse tempo do *arcaico*, primordial, e se veem na adolescência pressionados pelo seu corpo e pelo *socius* frente ao desafio da autonomização, sua vivência interna é a de uma ameaça ao eu, sendo que esse eu já se experiencia na sua fragmentação, despedaçamento, na falta de uma unidade narcísica ao *eu corporal*. Por isso a vivência sofrida desses sujeitos com a escola (recolhendo-se ou atuando agressivamente nela), os espaços comunitários e demais interações com *grupos de pertencimento secundários*, fora da matriz familiar.

Os grupos terapêuticos despontam para esses adolescentes justamente como um recurso que reconhece as dificuldades e riscos nessa passagem adolescente, mas que, por suas características de *meio maleável*, pode eventualmente possibilitar uma experiência mediada, protegida, simbolizante, sem que se abstenha do desafio da interação social e de um trabalho subjetivo pautado pela tarefa, com uma clara perspectiva de mudança psíquica. Ou seja, os grupos impõem um desafio a esses sujeitos logo de início, pois envolve diferença, compartilhamento, desconhecimento inicial dos demais participantes, além, é claro, de uma proposta de “cutucar a ferida” no sentido de que, no transcurso grupal, serão trabalhadas questões narcísicas, vinculares, dimensões do corpo, do eu e do mundo muito significativas para esses jovens. Ao mesmo tempo, o grupo terapêutico pode proporcionar uma nova vivência de ilusão, e, em alguma medida, é em função dela que todo o trabalho intersubjetivo pode acontecer; se a ilusão grupal, em contrapartida, *toma conta de tudo*, ou seja, sai do fundo da experiência intersubjetiva para roubar a cena, deixa de ser uma experiência parcial para uma total, o próprio grupo, o enquadre e o tratamento como um todo fica ameaçado. O manejo preciso e assertivo da coordenação, no tempo justo, são cruciais para que se possa sobreviver ao risco da ruptura e das passagens ao ato.

Lembrando que a ilusão não é, necessariamente, algo ruim; ela é uma dimensão fundamental e sempre presente nos grupos terapêuticos, na medida em que provê sensação de unidade, pertencimento e sentimentos narcísicos tróxicos; a questão iria mais na linha de “a diferença entre o remédio e o veneno é a dose”. Gostaríamos, portanto, de trazer uma vinheta que expressa uma forma pela qual a ilusão grupal deixa de ser trófica e passa a representar um risco, evocando

sentimentos nos adolescentes de onipotência e desamparo, fusão e ruptura radical, que não à toa fizeram muitas vezes parte de suas experiências subjetivas precoces; na linha das proposições já mencionadas de Roussillon (2019) e Pinel (2011), o grupo terapêutico precisará ser *atrator* dessas vivências arcaicas, por mais que impliquem em um risco, e o coordenador e a instituição precisarão envolver-se nessa experiência crítica para então as desviar, possibilitando um redesenho interno e vincular da subjetividade desses adolescentes.

#### 5.4.2. *Uma vinheta do ataque radical ao enquadre*

*Era um momento do grupo terapêutico bastante cheio, com dez participantes, vários com histórico de comportamento suicida ou de automutilação, por vezes esquivos ou provocativos frente à coordenação; pela conjuntura, na época tínhamos três coordenadores da equipe fixa. Uma determinada sessão começou com os adolescentes já muito sintonizados entre si, aquecidos pelas interações prévias na sala de espera. Davam risadinhas, cutucavam-se, sussurravam uns nos ouvidos dos outros e desdenhavam ou rebatiam nossas perguntas, dizendo que quem éramos nós para invadirmos a intimidade deles, que nada deles era da nossa conta, que eles estavam bem e não precisavam de nós. Era impressionante a hostilidade com que se dirigiam à equipe. Após um bom tempo de sessão, não haviam desenvolvido nenhum diálogo aberto e produtivo, somente provocações diretas ou indiretas, em um tom de arrogância, deboche e desrespeito. Desconfortáveis, os coordenadores passaram a fazer uma intercomunicação pelo olhar, procurando transmitir-se a preocupação de que se omitir diante do comportamento deles era fazer um conluio com esse funcionamento patológico deles e deixar de lado a tarefa do grupo, que era a de se tratar, juntos; e que, por outro lado, uma postura verbal poderia soar como uma “bronca” no estilo escolar, de “professor chato que não é respeitado pela classe”, deslegitimando-nos ainda mais. Nessa comunicação mimogestual, decidimo-nos levantar os três e nos retirar da sala, dizendo a eles que “só retornaríamos se eles mudassem a postura, e que teriam que justificar muito bem isso; caso contrário, o grupo estaria encerrado para sempre, porque não iríamos assinar aquilo que estava acontecendo, não era a proposta do grupo”; de corpo inteiro e num movimento orgânico dos três coordenadores, retiramo-nos assertivamente, rumo a outra sala livre do corredor. No movimento, já percebemos uma expressão de susto e apreensão*

*deles, que permaneceram alguns minutos lá dentro da sala, eventualmente enviando algum “emissário” dos adolescentes que vinha checar onde estávamos, se estava tudo bem e se recuaríamos espontaneamente de nosso movimento, o que deixamos claro que não. Passados uns dez minutos, um desses jovens, um dos mais opositores costumeiramente, aliás, veio convocar-nos para retornar, que eles estavam dispostos a fazer o grupo direito. Voltamos, ainda secos e firmes, propondo que, de nossa parte, só estaríamos dispostos a retomar fazendo uma rodada de falas em que cada um justificasse o porquê de querer o grupo, porque estava ali e como achava que poderia ser ajudado pelo grupo. Eles foram bastante sinceros em suas falas, e, na sequência, o grupo fluiu de modo produtivo, trabalhando questões da vida deles.*

#### 5.4.3. A coordenação

A sessão mencionada acima contém evidentemente alguns sinais não verbais dos adolescentes e uma nítida resistência à tarefa que denotam angústias mais arcaicas, difíceis de serem colocadas em palavras e trabalhadas coletivamente; no entanto, não podemos compreender esse momento grupal na mesma linha do que pleiteamos anteriormente, como se o enquadre estivesse razoavelmente estável e que o coordenador poderia com alguns movimentos interventivos, que vão além de interpretações, resgatar o funcionamento em tarefa, recolocando o grupo em um movimento terapêutico produtivo.

Estamos falando agora de uma experiência muito mais radical, na qual o grupo como um todo, ou quase todo, investe-se de uma onipotência e de uma indiferenciação extrema, aparentando uma *massa* que sai do controle e é capaz de destruir tudo aquilo que se coloca à sua frente. Os coordenadores – e o fato de, nesse grupo específico, ser mais de um foi fundamental para dar força a intervenção, aliás – são convocados muito diretamente, e tanto a qualidade quanto intensidade da resposta podem ser decisivos para o andamento grupal. Não se poderia nessa situação ter sido violento, evidentemente, tampouco passivo. Uma postura que abordasse a situação de modo interpretativo, através da verbalização com o corpo sentado, apontando as resistências do grupo diante da tarefa não surtiria qualquer efeito de desvio positivo do processo grupal; uma atitude de tutela, pedindo um certo “bom comportamento” dos jovens, seria inócuo ou ainda mais danoso, diminuindo ainda mais a confiança deles na capacidade de os coordenadores lidarem com

situações difíceis – na vinheta nomeamos essa posição como a de um “*professor chato*”.

O movimento orgânico entre os coordenadores parece ter sido fundamental naquele momento. Essa coesão, que não era rígida, mas sim bem alinhada, atendeu à necessidade da ocasião, assim como o *timing* da intervenção, nem precipitada, nem permitindo que o confronto adolescentes-coordenadores escalonasse. O corpo e o movimento dos coordenadores foi, talvez, o que mais cabe ressaltar da intervenção, já que operou no mesmo ritmo de intensidade da atuação que provinha dos adolescentes, e *encarnou* toda a dinâmica de presença e ausência, bem como *corporificou* a dimensão do contrato e da tarefa – tão cruciais na esfera do enquadre –, transmitindo muito concretamente aos pacientes que existiam *condições* para se estar junto naquele momento e naquele contexto, que existiam limites muito claros e que, caso essas condições não fossem aceitas, o “jogo não poderia ser jogado”.

O efeito alcançado pela intervenção, que poderíamos certamente compreender como um já mencionado *acting out terapêutico*, demonstra o quanto ele era justo e necessário frente ao momento do grupo, embora certamente a intervenção soe radical ou muito heterodoxa de um ponto de vista psicanalítico tradicional, ou mesmo em determinadas práticas grupais. Mas vale destacar, em primeiro lugar, que o efeito da *novidade* e da *espontaneidade* da intervenção parecem ter sido decisivos, se os adolescentes soubessem de antemão a reação dos terapeutas, não temos certeza de que seu efeito teria sido o mesmo; portanto, não caberia congelá-la enquanto um certo “protocolo” interventivo. Em segundo lugar, destaca-se novamente que o ocorrido não foi exatamente um “problema inesperado” diante de um processo grupal “normal”; pensamos aqui com Milner (1991b), Roussillon (2019) e Pinel (2011) que o dispositivo de grupo deveria exatamente atrair esse tipo de situação, que nossos grupos terapêuticos deveriam ser maleáveis o suficiente para fazer caber em seu escopo essas situações-limite, visto que estamos lidando com patologias-limite e com os limites constantes com os quais nossos adolescentes flertam. Sem ter atravessado essa experiência, é difícil pensar que o processo grupal teria sido verdadeiramente terapêutico, abordado as vivências dos pacientes ali onde eles estão psiquicamente; de novo, não foi um “erro”, foi parte necessária do processo.

A vinheta ilustra a passagem da ilusão grupal em seu caráter trófico ao potencialmente destrutivo, convocando a coordenação igualmente a uma passagem, da constatação e consentimento à intervenção aguda, que promova um deslocamento

na cena grupal. No limite de seus aspectos positivos, a ilusão grupal corresponderia à superação das angústias evocadas pelo ineditismo e diferença radical que entrar em um grupo de adolescentes representaria, em um contexto de vida já experienciado como ameaçador, ao estabelecer inconscientemente o pacto de que “todos somos iguais” e, portanto, protegemo-nos mutuamente; na vinheta, o grupo acrescenta a esse sentimento uma nova esfera, a de que “somos iguais e nos bastamos”, podendo abrir mão dos coordenadores, atacando-os, sendo eles os “diferentes”. Caminha-se para produzir uma *cisão* no grupo, expulsando a diferença geracional representada pelos coordenadores – e todas as demais diferenças que não poderiam ser anuladas por uma ilusão que homogeneíza – através de qualquer movimento que impeça o grupo de funcionar enquanto espaço plural. Na medida em que os adolescentes se posicionavam quase uníssonos, “*quem éramos nós para invadirmos a intimidade deles, que nada deles era da nossa conta, que eles estavam bem e não precisavam de nós*”, ficava ameaçada a um só tempo a existência do grupo, a possibilidade de coexistência na diversidade e as próprias pactuações relativas à tarefa, ao enquadre e ao contrato institucional – sendo este representado pelas leis e diretrizes relativas ao tratamento como um todo.

#### 5.4.4. *Reinstaurando o enquadre: a marca dos limites*

Do ponto de vista mais específico do enquadre, tal situação clínica mostra com clareza que, nesses momentos grupais, ele deixa de operar no silêncio, deixa de ser fundo de uma experiência para assumir o protagonismo. Assim como na passagem ao ato, em que a existência do sujeito é posta em questão, o próprio dispositivo de grupo está “nas cordas” quando os adolescentes questionam a função e os lugares ocupados pelos diferentes sujeitos, e mesmo o sentido do dispositivo como um todo. Se há algo que não deveria ser feito, seria seguir conduzindo o grupo baseando-se em seus conteúdos, no que acontece nele, negligenciando a ênfase necessária no continente grupal, no enquadre, naquilo que dá sustentação a qualquer possibilidade de condição de relação entre adolescentes e entre adolescentes e coordenadores.

Diante da situação limite em que tais jovens se encontram em muitos aspectos da vida, pôr em xeque o tratamento grupal pode realimentar as fragilidades narcísico-identitárias, já que, se o dispositivo não serve para ele, ele não serve para o dispositivo... e para muitas outras coisas. Diante do histórico de abandonos,



confrontos, rupturas e frustrações de tais pacientes com as instituições, e sendo o tratamento grupal uma das possibilidades residuais de reposicionar o sujeito na sua relação com os pares, com a alteridade e com os limites, seria fundamental que ele pudesse apropriar-se dos efeitos de seu ataque, que se possa produzir uma marca acerca desse desbordamento, dessa linha que se cruzou, ressoando aos adolescentes sobre aquilo definitivamente “não ser um dia normal” do grupo. Responder sem retaliação, mas responder à altura: eis o desafio proposto.

#### *5.4.5. O lugar terceiro da tarefa: distância e triangulação necessária ao estabelecimento dos limites*

Com efeito, a tarefa sucumbe automaticamente com a afronta ao enquadre. Não há possibilidade de trabalho em tarefa sem um contrato básico em relação ao tempo-espço compartilhado entre coordenação e pacientes. Ao mesmo tempo, ela precisa ser evocada na sua radicalidade para inclusive restaurar o enquadre: “*só estaríamos dispostos a retomar fazendo uma rodada de falas em que cada um justificasse o porquê de querer o grupo, porque estava ali e como achava que poderia ser ajudado pelo grupo*”. A tarefa desloca qualquer ênfase narcísica nos adolescentes ou nos coordenadores, depositando-a em um lugar terceiro; “*não estamos aqui nem por nós, nem por vocês, estamos aqui pela tarefa, para se tratar*”. Esse lugar de alteridade que a tarefa possibilita (CASTANHO; VIEIRA, 2021) tem um valor inestimável nesses grupos terapêuticos, especialmente nos momentos críticos, pois permite sair de um conflito que se impõe como *tudo ou nada, nós ou eles*; quando os adolescentes se voltaram contra a coordenação, propunham um duelo direto, para medir forças com os adultos, e seria nocivo tanto saírem derrotados quanto vencedores desse duelo. Após o primeiro momento em que foi sublinhado o ataque ao grupo, a coordenação retorna e remete à tarefa, propõe recontratar o grupo pela via da tarefa, o que ajudava decisivamente a sair do embate de uma possível submissão dos adolescentes aos adultos, ou vice-versa, restaurando o tratamento pela via do grupo como norte de todos os sujeitos – pacientes e coordenadores.

#### 5.4.6. *Transferência e contratransferência*

No que diz respeito ao depósito transferencial maciço dos adolescentes em direção aos coordenadores nesses difíceis momentos grupais, observamos uma transposição dos aspectos primitivos da personalidade relativos a afetos inomináveis e incontíveis, vivências de fusão e desamparo radicais, que se expressam por um apelo intenso ao outro que se configura como cuidador – os jovens bradavam por independência, mas, no fundo, testavam a qualidade da reação da coordenação grupal, se seria ou não capaz de mostrar-se viva e ativa no cuidado da situação. Se, de um lado, os adolescentes experimentavam uma posição *isomórfica* entre si, sentindo-se plenamente iguais, inacessíveis ao outro e bastando-se; por outro lado, buscavam flertar com a experiência do *colapso*, que se faz presente em sua vivência emocional arcaica, testando se o grupo e a instituição iriam sucumbir da mesma forma que eles se viam internamente ameaçados.

Esse depósito transferencial precisava ser acolhido, no sentido de ser recebido e trabalhado pela coordenação – primeiramente através uma função delimitadora (*paraexcitante*), marcando o limite que havia sido transposto pela via do ataque ao grupo terapêutico, e depois pela função *diferenciadora*, buscando reinstaurar um terceiro (a tarefa) na relação entre coordenadores e adolescentes. Os manejos se deram pela via do corpo, do movimento, do jogo de presença e ausência, e depois efetivamente pela verbalização, pelo diálogo entre terapeutas e pacientes, representando um trânsito entre diferentes registros da experiência psíquica, inclusive as mais arcaicas. Em suma, a transferência apresentou-se maciçamente, portando afetos muito primitivos e tingidos pelas primeiras relações intersubjetivas, em busca de um novo destino no aqui-agora da relação grupal.

Possivelmente, poderíamos dizer que os coordenadores eram investidos transferencialmente em um lugar parental, mas mais especificamente como simulacros dos pais que acolhem (ou não acolhem) os momentos mais precoces ou limites da vida de um sujeito, como na primeira infância, em que a sobrevivência está em jogo, a própria existência psíquica, o “ser ou não ser”. Poderão os terapeutas desempenhar suas funções de modo que o sujeito se sinta cuidado, contido, percebido? Haverá respondente ou, como em tempos precoces, a vivência da *ausência do respondente* (KAËS, 2015)? Ao mesmo tempo, os coordenadores seriam nesses momentos grupais investidos como portadores e representantes das leis da

cultura, que se expressam pelos limites institucionais. Sendo convocados pela via do ataque, os coordenadores respondem demarcando limites, impedindo a implosão grupal de se concretizar, buscando recontratar as condições (enquadre e tarefa, por exemplo) do encontro intersubjetivo que se dá no grupo terapêutico. Nesse momento, é fundamental para o coordenador ter a clareza de que ele não é a lei, que está em um lugar terceiro, mas sim quem faz as mediações necessárias para evocá-la no contexto grupal.

Do ponto de vista contratransferencial, os coordenadores são invadidos pelo impulso de contra-atacar, sendo tomados pela agressividade do ataque dos adolescentes e, no final das contas, reproduzindo uma experiência interna deles, na qual o cuidador não dá conta de suportar a agressividade e iguala-se na impossibilidade de pensar e elaborar a experiência. Uma certa dose de reatuação por parte dos terapeutas é inevitável e deve ser contabilizada, conforme pensa Pinel (2011); no entanto, seria ideal justamente que a coordenação possa usar a energia desse afeto contratransferencial, em toda sua intensidade, para devolvê-lo em algum movimento mais criativo e construtivo, que mobilize indícios de simbolização nesses pacientes. Para tal tarefa desafiadora, a instituição desempenharia um papel muito importante, seja pelo suporte mútuo dos coordenadores, da equipe em geral, ou pela boa comunicação e pactuação relativas aos limites e direções dos tratamentos e do próprio funcionamento terapêutico grupal com esses jovens. Como afirmamos anteriormente, a dinâmica institucional é aquilo que representa um verdadeiro contrapeso às atuações extremas de tais pacientes, sendo fundamental que a própria instituição esteja então em dia com suas próprias práticas de reflexão, formação e diálogo interno (PINEL, 2010).

## 6. CONCLUSÃO

Partimos neste trabalho de uma experiência clínico-institucional minha em um serviço público de São Paulo com a população adolescente e seus familiares. Ao longo de quase dez anos vivenciados nessa instituição, constatou-se uma intensificação progressiva nas problemáticas relativas ao comportamento suicida e à automutilação nos jovens, com aumento significativo dos encaminhamentos a elas relacionados e muitos pedidos, por parte de outros profissionais e serviços, de assessoramento no enfrentamento do tema, através de supervisões, capacitações ou sugestões de literatura científica especializada.

O conhecimento científico no campo aponta também para um aumento na juventude, no Brasil e no mundo, de tentativas de suicídio e quadros de ideação suicida e automutilação, e detecta-se um problema considerável quanto à adesão ao tratamento, sendo o abandono após poucas sessões o percurso preponderante desses adolescentes nas instituições – que tendem, em geral, a oferecer a eles atendimentos psicoterápicos e psiquiátricos individuais, e eventualmente modalidades de suporte familiar. Do ponto de vista dos grupos terapêuticos, não há uma literatura científica robusta relativa à sua aplicação com adolescentes de modo geral, menos ainda em quadros de automutilação e comportamento suicida. Tal lacuna contrastaria com a potência desse dispositivo para a população adolescente, que busca constantemente agregar-se entre pares, e mesmo em relação a esses comportamentos e sintomas de risco e de autolesão, que estariam relacionados às problemáticas do *vínculo* – enfoque preciso dos grupos terapêuticos.

A experiência institucional do pesquisador demonstrava progressivamente uma melhora na adesão ao tratamento dos adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação, muito em função da proposta de grupo terapêutico. Estar com outros de sua mesma geração, que também vivenciam impasses em seus processos de subjetivação, em um ambiente mediado e circunscrito, parecia fazer muito sentido para esses pacientes, que, na maioria das vezes, recebiam favoravelmente o convite ao dispositivo grupal. Mas, mais do que isso, a forma pela qual a equipe buscava conduzir esses grupos terapêuticos parecia decisiva não só para a adesão, como também para os próprios efeitos transformadores das vivências emocionais e relações desses sujeitos.

Assim, através do resgate de um conceito psicanalítico cunhado por Milner (1991a; 1991b) e aprofundado por Roussillon (2019), neste trabalho partimos da hipótese de que o funcionamento de um dispositivo de grupo terapêutico enquanto *meio maleável* seria de suma importância para que os adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação o utilizem de acordo com as suas necessidades emocionais e vinculares; da mesma maneira, tal concepção poderia orientar os clínicos através de balizas teórico-técnicas, na perspectiva psicanalítica, que configuram o dispositivo de grupo também para o coordenador enquanto um meio maleável. Em última instância, determinadas características, quando presentes em um dispositivo de grupo terapêutico, oferecem a abertura necessária para acolher tais pacientes de difícil adesão e manejo, assim como a sustentação e os limites necessários ao desenvolvimento grupal. Diferentes aspectos relativos aos momentos grupais, às características dos adolescentes, à coordenação, ao enquadre e à transferência, por exemplo, poderiam funcionar como aportes de alguma relevância ao trabalho clínico nesse dispositivo.

Dessa forma, este trabalho *analisou um dispositivo de grupo terapêutico de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação, visando a identificar balizas teórico-técnicas úteis para constituí-lo como meio maleável*. Para tanto, percorremos diferentes aportes teóricos do campo psicanalítico e da psicanálise de grupo que, conjugado às vinhetas clínicas relativas à minha experiência pregressa com esses grupos terapêuticos, possibilitaram elencar as três balizas apresentadas na nossa discussão. Segue um apanhado daquilo que pudemos percorrer ao longo desta investigação.

A adolescência está hoje profundamente atravessada por mudanças nos modos de relação entre pares e nos modelos familiares pelo advento da internet e das redes sociais, pela propaganda e pela cultura do narcisismo. Nos tempos atuais, as automutilações e o comportamento suicida intensificam-se na juventude de modo reativo às exigências e aos ideais contraditórios que se impõem enfaticamente a essa faixa etária, que já é definida por sua condição de *crise*. A clínica psicanalítica identifica falhas nos processos constitutivos de muitos desses sujeitos desde a mais tenra infância, seja pela via dos excessos de presença e proximidade no núcleo familiar quanto por privações muito acentuadas, instituindo marcas do *arcaico* relativas à fusão e ao desamparo, problemáticas dos limites, dificuldades no funcionamento pré-consciente (capacidade de pensar, simbolizar e articular pela via

da linguagem, por exemplo), além de uma experiência interna do *vazio*, do não pertencimento social e geracional e, por fim, da dificuldade de autonomização e singularização. Podem estar também presentes *não ditos familiares* e *fantasmas inter e transgeracionais*, expressos pela via do corpo e do ato do adolescente, sem intermediação psíquica.

Quanto às abordagens de grupo, constata-se que a adolescência não é frequentemente pesquisada, não sendo tampouco uma clientela paradigmática de alguma técnica grupal de que tenhamos conhecimento. Depurando a teoria psicanalítica de grupo e a dos grupos operativos, encontramos aspectos que dialogam de modo profícuo com a clínica do adolescente, tais como: o grupo como espaço de trabalho identificatório, através da *galeria de espelhos*; o grupo como terreno do *imaginário*; o grupo na sua disposição lado a lado, com a presença do olhar, possibilitando uma *dramática mimogesto-postural*, tanto dos pacientes como do próprio coordenador; o grupo, portanto, como dispositivo de abertura privilegiado ao *não verbal*; o grupo como uma representação de corpo unificador, propiciador da *ilusão grupal*; e, por último, o grupo restaurando o *trabalho do pré-consciente*.

A partir de Kaës (1999), pudemos pensar que os impulsos gregários da adolescência são uma tentativa de responder coletivamente à crise de referências que a atravessa, e também reconhecer a importância do dispositivo grupal para certas patologias da adolescência, enquanto um artifício para lidar exatamente com as questões vinculares dos sujeitos. Além da interação entre os pares, a literatura que aborda diretamente grupos terapêuticos com adolescentes fala deles como espaço de *trocas intergeracionais extrafamiliares*, ou seja, com a diferença geracional necessariamente presente entre os jovens e os adultos que os coordenam, possibilitando uma interação diferente daquela com os adultos da família. Os grupos operativos adaptam-se muito bem à adolescência, permitindo deslocar a liderança à tarefa, e introduzindo uma dinâmica que movimenta o grupo através de um objetivo em comum – olhar para uma perspectiva futura costuma compor-se melhor com jovens do que propor um mergulho no passado, na infância, algo que a todo custo querem evitar.

Quanto ao enquadre, vimos como as patologias-limite incidem exatamente sobre ele, ameaçando-o com muita frequência. A correlação entre as partes primitivas da personalidade e os ordenadores silenciosos do tratamento (contrato e variáveis temporais e espaciais, por exemplo) faz com que aqueles sujeitos que apresentam

falhas precoces em seu enquadre interno ataquem precisamente o enquadre grupal-institucional, e, com muita frequência, adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação incluem-se nessa dinâmica. Será preciso repensar o enquadramento diante dessa clínica dos extremos, dos limites, substituindo sua rigidez por elasticidade, atentando às formas pelas quais ele possa operar, oferecendo uma continência muito particular, sem, no entanto, dissolver-se – além, é claro, de ajudar a construir meios possíveis de simbolização. É por esse caminho, portanto, que se pensam os atributos do meio maleável.

A discussão se inicia a partir de momentos grupais efetivamente centrados na tarefa, fluindo, que por vezes se fazem presentes na realidade clínica desses dispositivos. Nesses contextos, predominam trocas verbais, associações que dão dinâmica e significação a um processo que se desenrola também em um plano sensorial e corporal; os adolescentes se identificam e se desidentificam, põem à prova suas crenças e experiências, simbolizam e se singularizam. Relacionam-se entre pares de formas razoavelmente positiva, um emprestando o próprio pensamento ao outro, ensaiando e trocando papéis, construindo novas significações para as dimensões identitária e relacional de cada um; nomeamos tais dimensões grupais, portanto, como *jogo identificatório* e *ressignificação entre pares*.

Uma vinheta nos permitiu discutir o papel da coordenação nesses momentos grupais, por vezes muito distensionada, aproximando-se muito aos adolescentes, buscando catalisar os processos já em curso, com pequenas interpretações e intervenções – buscando não perder de vista a tarefa do coletivo. Tratam-se de momentos nesse dispositivo em que o enquadre se mantém estável e silencioso, facilitando o trabalho do coordenador. Transferencialmente, o terapeuta é investido como alguém próximo aos próprios adolescentes, e cabe a ele próprio conseguir dosar os empuxos contratransferenciais que ora convocam-no a entregar-se aos jovens como mais um deles, indiferenciado e, sem perceber, abdicando de sua função terapêutica, e ora sendo empurrado a um lugar superegoico, “querendo mostrar serviço”, recusando essa vertente mais descontraída da adolescência e, para tanto, conduzindo a interação para um “papo sério” – porém, desprovido do afeto, que é importantíssimo na dinâmica de tais grupos. Evidentemente, quando conseguem manter-se centrados na tarefa, os grupos são oportunos à adesão e ao tratamento propriamente dito dos adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação.

Em seguida, abordamos momentos grupais que apresentam dinâmicas muito específicas dessa população que compõem o grupo. Aqui temos uma baliza fundamental do trabalho do coordenador, visto que são momentos em que *aparentemente* o enquadre funciona bem, e, de modo desatento, alguns poderão crer que o grupo estaria em tarefa, pois vários participantes estão falando e propondo questões; não obstante, o coordenador deve estar atento e intervir sobre o que se dá mais claramente no nível não verbal do grupo. Com base em cenas que vivenciei nos grupos, discutimos um paciente que se apresentava cheio de hematomas, intencionais ou não, provindos de suas andanças de *skate*, e que só uma abordagem gestual da coordenação efetivava-se como abertura para uma possível relação de cuidado. Em seguida, discutimos uma adolescente que buscava “sumir” no silêncio – mesmo cenário no qual se deu suas tentativas de suicídio –, faltando no grupo, ficando quieta, tentando evadir-se a todo custo do centro da cena. Compreendemos o quanto tal dinâmica corresponde às questões narcísicas bastante precoces dos pacientes, na qual um sujeito se esconde necessariamente para ser encontrado, o que resultará em uma experiência divertida, alivante e terapêutica, porém profundamente desesperadora caso ninguém o encontre – tal como afirmava Winnicott (1983).

O jogo de esconde-esconde repete-se com bastante frequência nesse dispositivo, e, vale frisar, parece-nos algo muito atinente a esses pacientes em específico. Vemos a necessidade de reenfoque do grupo terapêutico e do trabalho do coordenador, olhando à periferia do grupo, aos sutis sinais não verbais (ou mesmo a ausência deles), não se rendendo ao embalo de uma comunicação grupal aparentemente funcional, mas que era *como se*. O barulho das vozes eram “cortina de fumaça” frente ao verdadeiro emergente do grupo – o risco, a fragilidade narcísica, a impossibilidade de comunicar o mal-estar –, que, quando posicionado, no centro da cena, permitia um rearranjo nas inter-relações grupais como um todo, assim como na dinâmica do próprio paciente porta-voz.

Desde a vinheta mencionada no capítulo quatro, do adolescente em trajes pretos e de inverno, diante dos raios de sol em uma janela fechada no canto do grupo, até os pacientes mencionados na discussão que tentavam esconder suas marcas de automutilação com suas mangas, estamos frente a situações em que decisivamente as características do dispositivo – lado a lado, profundamente visual – adaptam-se muito bem às necessidades psíquicas desses adolescentes, que se expressam pelo corpo, pelo gesto e pela dramatização. A própria situação plural do grupo, muito



convitativa à montagem de cenas com diversos personagens, correspondentes à fantasmática interna do sujeito, bem como a própria disputa das várias fantasias possíveis entre os vários participantes para as expressarem na cena grupal, incitam à dimensão espontaneamente dramatizadora dos adolescentes no grupo. Não se encena só para um analista, mas para e com uma série de arranjos vinculares possíveis. Mais do que nunca, o dispositivo grupal para adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação funciona como *meio* de expressão não verbal (além ou aquém da palavra), como espaço potencial de encenações dramáticas de conteúdos imaginários que habitam núcleos psíquicos bem distantes de uma articulação simbólica pela via verbal. Tais fenômenos, quando emergem no grupo, devem ser acolhidos, nomeados, vivenciados pelo conjunto, e não tratados como algo inferior ou “desviante” de um processo grupal “superior”.

Outros aspectos, ainda no que diz respeito à dimensão não verbal do grupo, são relativos à grupalidade e ao uso dos objetos de relação. A primeira corresponde ao uso da potência do vínculo entre os adolescentes, que não é nada desprezível em se tratando dessa população tão gregária, e que, se trabalhada ao longo do processo grupal, possibilita que sejam ativadas potências de cuidado fraternas entre eles, uns pondo em pauta os mal-estares identificados no outro. Já os conteúdos nos celulares dos pacientes, nos seus cadernos, rabiscos, o que toca nos fones de ouvido, enfim, tudo aquilo que comparece a partir de alguma matéria concreta no enquadre é tomado também como meio expressivo fundamental de suas angústias, disparando conversas, interesses e aflições que podem ser conectados à tarefa. Lembrando que era parte do contrato com os adolescentes no grupo a possibilidade de acessar tais conteúdos, já que tudo que eles fizessem durante a sessão poderia ser transposto da esfera privada à coletiva.

A discussão acerca dos processos transferenciais nesses momentos grupais mostra que eles se dão de modo diverso, sem tantos tons de fraternidade, e sim de parentalidade, na lógica do esconde-esconde, que, por sua vez, difere algo da transferência nos momentos mais radicais e complexos nos nossos grupos terapêuticos, os dos ataques ao enquadre, do *grupo implodindo*, em função da ilusão grupal e das falhas precoces nos processos subjetivantes desses adolescentes. Os “pais” convocados na transferência são aqueles dos momentos decisivos da primeira infância, que devem dar continência à angústia, à destrutividade, ao desbordamento psíquico e aos limites de sua sobrevivência, mas também é testada a capacidade do

coordenador de portar a lei, através dos limites institucionais, limites que são também constituintes e organizadores do psiquismo.

Apontamos que, nessa terceira baliza, do grupo sob risco de implodir, estaríamos diante de momentos grupais relativos ao transbordamento da ilusão entre os adolescentes. Nesse contexto, caminha-se próximo àquilo que Pinel descreve a partir de sua própria experiência em grupos terapêuticos e instituições para adolescentes limites, que, por sua vez, ecoa aquilo que acompanhamos nas teorizações de Milner (1952a), Bleger (2002) e Roussillon (2019). A potência maleável do dispositivo é posta à prova e ao mesmo tempo se mostra o recurso necessário à sobrevivência do grupo – e, quiçá, vez ou outra, de algum dos próprios sujeitos, que usou do desafio e da violência contra a coordenação como um dos últimos recursos visando a produzir um desvio e uma possível simbolização das experiências relacionais precoces, relativas ao temor do colapso.

Alguma possibilidade de simbolização ou ao menos de produzir uma marca e uma ligeira diferença diante do ataque adolescente vem a partir do que se possa primeiro ser vivo e criativo, e, em seguida, ressituar o enquadre e a própria tarefa. A possibilidade de o clínico ser respaldado pela instituição, para não se sentir pessoalmente afrontado diante da agressividade dos jovens dirigida à coordenação, mas ao mesmo tempo sensibilizando-se suficientemente com o conteúdo desses ataques – tornando-se empático e não frio a vivências arcaicas tão desoladoras –, são essenciais para suportar o afeto em jogo e devolvê-lo em um novo plano.

Para isso, o coordenador é convocado em sua corporeidade e dramatização, como vimos, e deve estar sensível a isso. A capacidade do clínico de dispor do seu próprio corpo enquanto recurso interventivo, bem como da movimentação, dos gestos e da potência de produzir uma cena parecem desempenhar um papel fundamental no transcurso grupal, diante do seu risco e limite. A intensidade do ataque adolescente, relativa a uma repetição da dimensão arcaica de sua existência, deve ser respondida também com intensidade, mas sem sucumbir totalmente a uma reatividade: o corpo e as próprias capacidades simbolizantes do coordenador podem introduzir um desvio criativo, um “susto” em meio à dinâmica destrutiva, impedindo que as fantasias de colapso, de implosão subjetiva se materializem no grupo, transformando-se em novidade, em marca, em possibilidades de um outro caminho subjetivante.

Como dissemos, frente aos momentos críticos do grupo, tal como aquele descrito na última vinheta, o coordenador precisa ser vivo, intenso e criativo, mas, em

seguida, apontar para uma reordenação grupal pela via do reestabelecimento do enquadre e da tarefa – esta desponha como um artifício fundamental para descolar-se de um conflito de dois polos, *nós e eles, tudo ou nada*, pois pode ocupar um lugar terceiro, um lugar ideal ao qual todos podem fazer referência, razão pela qual se está em grupo: para se tratar e sair dali melhor, projetando um futuro possível frente aos impasses da adolescência.

A síntese acima, percorrendo rapidamente as diferentes balizas e momentos grupais, visa a ilustrar o grande espectro de situações que se apresentam nos grupos terapêuticos de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação, desde aquelas em que o grupo produz com relativa autonomia, assemelhando-se a um dispositivo mais convencional de terapia de grupo, até situações desafiadoras e extremas, não sem antes passar por toda uma dimensão bastante idiossincrática como a do silêncio e do corpo, no regime do não verbal. Os diferentes momentos solicitam que a coordenação se adapte, através de uma flexibilidade bastante considerável, podendo reposicionar-se frente aos adolescentes, frente à instituição que lhe dá cobertura, frente ao enquadre e à tarefa; da mesma maneira, do lado do paciente, deve-se poder experimentar o grupo nas suas diferentes formas de organização também, ressoando suas variadas dimensões internas – desde sua casca identificatória-identitária até as profundezas do seu arcaico.

O adolescente deve poder “caber” no grupo através de sua fala, de seu corpo, gesto, dramatização, de seus objetos de relação, ou através do suporte de um colega que age como seu porta-voz. Poderiam ser elencadas outras tantas formas expressivas, que nós não colocamos ainda à prova nos grupos, mas que devem ser tanto ou ainda mais potentes nisso que entendemos como o desafio no tratamento de tais pacientes: a possibilidade de se sentir pertencente ao grupo, de viver nele uma certa dose de *ilusão*, de fazer o jogo identificatório, mas também o jogo do esconde-esconde, e, por que não, eventualmente testar a sobrevivência do dispositivo no seu extremo.

O coordenador conversa sentado com os pacientes, ou se levanta, dramatiza ou se dirige a algum participante para espiar o que está fazendo; pode-se retirar da sala e pedir ajuda da equipe, se for necessário, pode fazer uma brincadeira ou ser firme e sério, se avaliar que seja um meio interessante, entre tantos outros recursos de que dispõe, muitas vezes para além de sua fala. Ele não pode dar como certo um modo de fazer grupal em detrimento de outros; os momentos grupais se alternam, e

as três diferentes balizas desenvolvidas aqui nos dão pistas de por onde intervir. Quanto mais rígido ele for em relação ao enquadre, ao dispositivo como um todo, maior a chance de os adolescentes não se sentirem contemplados na experiência e a abandonarem; mas, se for excessivamente passivo e permissivo, também poderão ocorrer abandonos de tratamento, assim como atuações que portem diferentes níveis de risco.

Caso a coordenação possa dispor de uma maleabilidade significativa e orientando-se por diferentes balizas das quais estiver suficientemente apropriado, poderá ter um caminho promissor no manejo dos grupos com tais pacientes, que, aliás, quando se sentem suficientemente acolhidos e pertencentes ao dispositivo, demonstram uma capacidade de melhora psíquica extremamente surpreendente. Os diferentes recursos interventivos no interior do grupo poderão ser utilizados por pacientes e terapeutas, jovens e adultos, servindo como meios bastante efetivos para a simbolização. Por fim, destacamos novamente a importância da articulação institucional, junto aos aportes teóricos, supervisões, entre outras estratégias, todas elas funcionando como um apoio fundamental ao coordenador de grupo nessa delicada posição que propomos a ele, visando sempre a situações *meio maleáveis*.

Este trabalho se propôs avançar em um tema muito pouco explorado no âmbito psicanalítico, e mesmo fora dele. A adolescência, somada às situações de comportamento suicida e de automutilação, no contexto específico de um dispositivo de grupo terapêutico, acaba sendo objeto de uma produção teórica e técnica restrita na literatura, muito embora o tema se tenha mostrado, ano após ano, de enorme relevância já que as pressões assistenciais aumentam nos serviços públicos e privados, talvez devido às conjunturas micro e macrossociais que apontamos nesta pesquisa. Muitas outras investigações são necessárias para ampliar a discussão relativa aos recursos técnicos disponíveis, para consolidar um campo teórico bem fundamentado sobre o tema, ou mesmo para avançar na discussão das balizas e da proposta de tomar tais dispositivos enquanto meios maleáveis. Por enquanto, esperamos ter dado nossa contribuição ao campo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ABUD, C.; SILVA, J.; ESPOSITO, B. Perspectivas sobre processos de somatização. **Percorso**, v. 43, p. 73-86, 2009.

ANZIEU, D. **O Eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

ANZIEU, D.; MARTIN, J.-Y. **La dynamique des groupes restreints**. Paris: Presses Universitaires de France, 2000.

ARAÚJO, J. F. B. de *et al.* O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. **Estilos da Clínica**, v. 21, n. 2, p. 497-515, 2016.

AULAGNIER, P. **A violência da interpretação**: do pictograma ao enunciado. Rio de Janeiro: Imago, 1979.

ÁVILA, L. **Grupos**: uma perspectiva psicanalítica. São Paulo: Zagodoni, 2016.

BERLINCK, M. T. **Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Escuta, 2000.

BION, W. **Experiências com grupos**: os fundamentos da psicoterapia de grupo. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

BIRMAN, J. **Freud e a interpretação psicanalítica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1991.

BIRMAN, J. Tatuando o desamparo. In: CARDOSO, M. R. (org.). **Adolescentes**. São Paulo: Escuta, 2006. p. 25-43.

BLEGER, J. Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. **Revista FEPAL – Cambios y permanencias**, p. 103-113, 2002.

- BOLLAS, C. O desejo borderline. **Revista Percurso**, v. 30, p. 5-12, 2003.
- BORIS, G. D. J. B. Elementos para uma história da psicoterapia de grupo. **PHENOMENOLOGICAL STUDIES – Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 20, n. 2, p. 206–212, 2014.
- BOTBOL, M. Psicopatologia da violência de adolescentes difíceis: no âmago de situações iniciadas precocemente. **Psicanálise**, v. 15, n. 1, p. 23–37, 2013.
- BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: Epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRIGGS, S. *et al.* The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: Systematic review and meta-analysis. **British Journal of Psychiatry**, v. 214, n. 6, p. 320-328, 2019.
- BROIDE, J. **A psicanálise nas situações sociais críticas**: uma abordagem grupal à violência que abate a juventude das periferias. 2006. 203 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.
- CALLIGARIS, C. **A adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000.
- CARDOSO, M. R. Adolescência e violência: uma questão de “fronteiras”? In: CARDOSO, M. R. (org.). **Adolescência**: reflexões psicanalíticas. Rio de Janeiro: NAU, 2001. p. 41-53.
- CASSORLA, R. S. **Suicídio**: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Blucher, 2017.
- CASTANHO, P. **Uma introdução psicanalítica ao trabalho com grupos em**

**instituições**. São Paulo: Linear A-barca, 2018.

CASTANHO, P. de C. G. **Entre línguas e afetos**: uma investigação psicanalítica da língua em grupos multilíngües. 2005. 472 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CIDADE, N. de O. de P.; ZORNIG, S. M. A.-J. Automutilações na adolescência: reflexões sobre o corpo e o tempo. **Estilos da Clínica**, v. 26, n. 1, p. 129-144, 2021.

CONSOLI, A. *et al.* Risk and Protective Factors for Suicidality at 6-Month Follow-up in Adolescent Inpatients Who Attempted Suicide: An Exploratory Model. **Canadian journal of psychiatry**, v. 60, n. 2, p. S27-S36, 2015.

COUTINHO, L. G.; ROCHA, A. P. R. Grupos de reflexão com adolescentes: elementos para uma escuta psicanalítica na escola. **Psicologia Clínica**, v. 19, n. 2, p. 71-85, 2007.

DEVITO, J. **Marion Milner e a clínica da criatividade**: estilo, ética e técnica. 2015. 173 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

DOLTO, F. **A causa dos adolescentes**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

DRIEU, D.; PROIA-LELOUEY, N.; ZANELLO, F. Ataques ao corpo e traumatofilia na adolescência. **Agora**, v. 14, n. 1, p. 9-20, 2011.

DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, p. e00100018, 2018. doi: 10.5123/s1679-49742018000100018.

ELVIRA, O. A. Una mirada resignificada, a la luz de los aportes de Pichon Rivière. **Psicoanálisis**, v. XXIX, p. 661-678, 2007.

ERIKSON, E. **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1976.

ESPOSITO, B. Superfície do corpo, continentes do eu: sobre o Eu poroso dos pacientes estados-limite. **Revista Percurso**, v. 54, n. 1, p. 50-61, 2015.

ESPOSITO, B. *et al.* Suicídios. **Revista Percurso**, v. 59, p. 125-130, 2017.

ESPOSITO, B.; CASTANHO, P. “Minha filha tem um atraso”: considerações sobre uma (pseudo) deficiência intelectual e sua dinâmica familiar. **Estilos da Clínica**, v. 26, n. 2, p. 328-341, 2021.

FERNANDES, E. B.; FERNANDES, M. I. A.; ROBERT, P. O desenlace da ilusão grupal em um grupo de adolescentes. **Vínculo**, v. 13, n. 2, p. 24-36, 2016.

FERNÁNDEZ, A. M. **O campo grupal**: notas para uma genealogia. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOULKES, S. E.; ANTHONY, E. J. **Psicoterapia de grupo**. Rio de Janeiro: Biblioteca Universal Popular, 1967.

FREUD, S. Introdução ao narcisismo (1914). In: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010a. p. 13-50.

FREUD, S. O Eu e o Id (1923). In: FREUD, S. **O Eu e o Id, “Autobiografia” e outros textos (1923-1925)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011a. p. 13-74.

FREUD, S. O início do tratamento (1913). In: **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010b. p. 163-192.

FREUD, S. Proyecto de psicología (1895). In: FREUD, S. **Obras Completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1989. v. 1, p. 323-436.



FREUD, S. Psicologia de massas e análise do Eu. In: FREUD, S. **Psicologia das massas e análise do Eu e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011b. p. 13-113.

FREUD, S. Recomendações ao médico que pratica a psicanálise (1912). In: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010c. p. 147-162.

FREUD, S. Totem e tabu (1912-1913). In: FREUD, S. **Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. p. 13-244.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, Análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos (1901-1905)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 13-172.

GIMENEZ, G. Les objets de relation en situation individuelle, groupale et familiale. **Le Divan familial**, v. 16, n. 1, p. 77, 2006.

GRANBOULAN, V. *et al.* Predictive factors of post-discharge follow-up care among adolescent suicide attempters. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 104, n. 1, p. 31-36, 2001.

GREEN, A. **Orientações para uma psicanálise contemporânea**. Rio de Janeiro: Imago, 2008.

GUERRIERO, I. C. Z.; MINAYO, M. C. A aprovação da Resolução CNS nº 510/2016 é um avanço para a ciência brasileira. **Saude e Sociedade**, v. 28, n. 4, p. 299-310, 2019.

HERZOG, R.; SALZTRAGER, R. O sentido da revolta adolescente na

contemporaneidade. In: CARDOSO, M. (Org.). **Adolescentes**. São Paulo: Escuta, 2001. p. 77-88.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Atlas do Censo Demográfico 2010**. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

JAEN-VARAS, D. *et al.* The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: A 10-year retrospective ecological study.

**Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 41, n. 5, p. 389-395, 2019.

JEAMMET, P. El yo frente a la libertad: evolución social y adolescencia. **Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente**, v. 13, p. 31-39, 2009.

JERUSALINSKY, J. A melancolização na infância contemporânea: entre o linchamento virtual e a política do “no touch”. **Cadernos de Psicanálise – SPCRJ**, v. 34, n. 1, p. 26-33, 2018.

KAËS, R. **Crisis, ruptura y superación**. Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1979. v. 1.

KAËS, R. **El grupo y el sujeto del grupo**: elementos para una teoría psicoanalítica del grupo. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.

KAËS, R. Intertransfert et analyse inter-transférentielle dans le travail psychanalytique conduit par plusieurs psychanalystes. **Filigrane**, v. 13, n. 2, p. 5-15, 2004.

KAËS, R. **Las teorías psicoanalíticas del grupo**. Buenos Aires: Amorrortu, 1999.

KAËS, R. Le maître dans la culture de notre temps. In: KAËS, R. **Crisis et traumas à l'épreuve du temps**. Paris: Dunod, 2015. p. 17-42.

KING, C. A. *et al.* Suicidal adolescents after hospitalization: parent and family impacts on treatment follow-through. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 36, n. 1, p. 85-93, 1997.

LANCETTI, A. Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In: LANCETTI, A. (org.). **SaúdeLoucura**. São Paulo: Hucitec, 1993. v. 4, p. 155-171.

LERNER, H. La clínica psicoanalítica convulsionada. In: LERNER, H.; STERNBACH, S. (org.). **Organizaciones fronterizas, fronteras del psicoanálisis**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009. p. 19-43.

MANNONI, M. Apresentação do texto de Octave Mannoni. In: CORRÊA, A. I. (org.). **Mais tarde... é agora!** Ensaio sobre a adolescência. Salvador: Ágalma, 1996. p. 13-19.

MANNONI, O. A adolescência é analisável? In: CORRÊA, A. I. (org.). **Mais tarde... é agora!** Ensaio sobre a adolescência. Salvador: Ágalma, 1996.

MARIN, I. da S. K. **Violências**. São Paulo: Escuta, 2002.

MAYER, H. Passagem ao ato, clínica psicanalítica e contemporaneidade. In: CARDOSO, M. R. (org.). **Adolescência**: reflexões psicanalíticas. Rio de Janeiro: Nau, 2001. p. 81-102.

McMANUS, S. *et al.* Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000–14: repeated cross-sectional surveys of the general population. **The Lancet Psychiatry**, v. 6, n. 7, p. 573-581, 2019.

MILNER, M. A comunicação da experiência sensorial primária (1955). In: **A loucura suprimida do homem são**: quarenta e quatro anos explorando a psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 1991a. p. 118-169.

MILNER, M. O papel da ilusão na formação simbólica (1952). In: MILNER, M. (org.). **A loucura suprimida do homem são**: quarenta e quatro anos explorando a psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 1991b. p. 89-117.

MONTI, M. R. Contrato narcisista e clínica do vazio. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 11, n. 2, p. 239-253, 2008.

MORAIS, R. A.; BRASIL, K. T.; LAZZARINI, E. R. **Adolescência**: psicoterapias e mediações terapêuticas na clínica dos extremos. Brasília: Technopolitik, 2020.

MOURA, A. H. DE. **A psicoterapia institucional e o clube dos saberes**. São Paulo: Hucitec, 2003.

PERCIA, M. Instalación política de los grupos (decepciones de Bion). **Tramas**, v. 25, p. 223-258, 2006.

PIACENTINI, J. *et al.* Demographic Predictors of Treatment Attendance Among Adolescent Suicide Attempters. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 63, n. 3, p. 469-473, 1995.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

PINEL, J.-P. Clinique de l'agir durant la latence et la préadolescence: le rôle des groupes d'expression psychodramatique. **La psychiatrie de l'enfant**, v. 46, n. 2, p. 521-548, 2003.

PINEL, J.-P. Les préadolescents et les adolescents sans limites et l'institution. **Le Journal des psychologues**, v. 263, n. 10, p. 23, 2008.

PINEL, J.-P. Adolescentes, agirs délinquants et convocation du répondant. **Adolescence**, v. T.361, n. 1, p. 133, 2018.

PINEL, J. P. Violences adolescentes en institutions: report de configurations de liens familiaux incorporees. **Dialogue**, v. 176, n. 2, p. 23-35, 2007.

PINEL, J. P. Pathologie du processus adolescent et attaques de la groupalité. **Cliniques Méditerranéennes**, v. 82, n. 2, p. 287-298, 2010.

PINEL, J. P. Les adolescents en grandes difficultés psychosociales: errance subjective et délogement généalogique. **Connexions**, v. 96, n. 2, p. 9-26, 2011.

PINHEIRO, T. Narcisismo, sexualidade e morte. In: CARDOSO, M. R. (org.). **Adolescência**: reflexões psicanalíticas. Rio de Janeiro: Nau, 2001. p. 69-79.

PONTALIS, J.-B. **A psicanálise depois de Freud**. Rio de Janeiro: Vozes, 1972.

ROSA, M. D. O não-dito familiar e a transmissão da história. **Revista Psychê**, v. 5, n. 8, p. 123-137, 2001.

ROUSSILLON, R. **Manual da prática clínica em psicologia e psicopatologia**. São Paulo: Blucher, 2019.

RUFINO, N. C. *et al.* Treatment compliance and risk and protective factors for suicide ideation to completed suicide in adolescents: A systematic review. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 43, n. 5, p. 550-558, 2021.

SATO, F. G. *et al.* O dispositivo grupal em psicanálise: questões para uma clínica política do nosso tempo. **Revista Psicologia Política**, v. 17, n. 40, p. 484-499, 2017.

SILVA, G. V. da. **Duas cabeças pensam melhor do que uma?**: um estudo psicanalítico sobre a consulta conjunta no âmbito da atenção primária em saúde. 2021. 202 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

SPIRITO, A. *et al.* Emergency department assessment of adolescent suicide attempters: factors related to short-term follow-up outcome. **Pediatric Emergency Care**, v. 10, n. 1, p. 6-12, 1994.

TRAUTMAN, P. D.; STEWART, N.; MORISHIMA, A. Are adolescent suicide attempters noncompliant without patient care? **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 32, n. 1, p. 89-94, 1993.

URRIBARRI, F. Andre Green: paixão clínica, pensamento complexo. Em direção ao futuro da psicanálise. **Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade**, n. 10, p. 11-43, 2010.

VACHERET, C. Os tempos do grupo: o primário, o secundário e o terciário. **Jornal de Psicanálise**, v. 48, n. 88, p. 289-311, 2015.

VENOSA, V. S. **O “ato de cortar-se”**: uma investigação psicanalítica a partir do caso Amanda e do caso Catarina. 2015. 138 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

VERZIGNASSE, V.; TÉRZIS, A. Acting out em um grupo de adolescentes. **Vínculo – Revista do NESME**, v. 5, n. 2, p. 129-149, 2008.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 108-114, 2013.

VIÑAR, M. **Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio**. Montevideo: Trilce, 2009.

WIKIPÉDIA. Escarificação. **Wikipédia**, s.d. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Escarifica%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 11 maio 2022.

WINNICOTT, D. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

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

WOOD, A. *et al.* Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 40, n. 11, p. 1246-1253, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide in the world**: global health estimates.

Genebra: World Health Organization, 2019. p. 32.

ZIMMERMANN, V. B. **Adolescentes estados-limite**: a instituição como aprendiz de historiador. São Paulo: Escuta, 2007..