



Entrevista com **Silvia Adriana Resnizky***

Entrevista concedida pela Dra. Silvia Adriana Resnizky em 23 de setembro de 2011, na Sala Santiago Wagner à comissão editorial da Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre: Rosane Schermann Poziomczyk, Suzana Deppermann Fortes, Nara Caron, Silvia Adriana Resnizky, Tula Bisol Brum (Editora) e Magali Fischer.



* Psicanalista, professora de Mestrado de Família e Casal do Instituto de Saúde Mental (IUSAM) da APdeBA e ex-vice-presidente da Associação Psicanalítica de Buenos Aires (APdeBA).



RP – *Costumamos fazer esta entrevista para conhecer melhor nossos convidados. Então, para iniciar, poderia nos falar sobre sua trajetória pessoal e profissional, sua formação analítica e que autores e experiências a influenciaram em sua maneira de pensar a mente humana?*

SR – Antes de mais nada, muito obrigada pelo convite. A verdade é que estou muito feliz por estar com vocês, depois das dificuldades que houve pelo caminho, e poder finalmente realizar este encontro, cancelado anteriormente devido às cinzas vulcânicas.

Bem, no ano de 1979, viajei para Israel com a ideia de permanecer nesse país durante uns dois anos e fazer residência em um hospital psiquiátrico, o Hospital Geha, na cidade de Petach Tikva. Para este hospital eram encaminhados os adolescentes de todo o país com problemas sérios, que não podiam ser resolvidos em outro lugar. Fiz residência na Sala de Adolescentes, cujo encarregado na época era o Dr. Tiano, uma pessoa com muita experiência clínica (posteriormente ele veio a ser diretor da Associação de Psiquiatras Infantis e de Adolescentes de Israel).

O ano de 1979, na Argentina, foi muito difícil devido à ditadura militar, que levou muitos psicanalistas a emigrarem e viverem experiências diversas em diferentes pontos do mundo. Em Israel, então, tive a oportunidade de conhecer o Dr. Berenstein, psicanalista didata argentino muito renomado e que estava trabalhando no hospital militar de Israel como psicanalista de família. Fui ao seu encontro e disse-lhe que gostaria de fazer minha formação com ele. Comentei que me formara há poucos anos, mas que estava interessada em fazer formação em psicanálise. Nessa época, ao contrário de hoje em dia, a psicanálise era pouco desenvolvida em Israel; não havia com quem fazer a formação. Eu queria ser psicanalista, sabia disso, mas precisava de mestres.

Então, Isidoro Berenstein propôs que organizássemos grupos de estudo. Ele lidava com o hebraico de maneira bastante precária; assim, os grupos teriam que ser em espanhol e trabalharíamos em conjunto. Foi muito interessante porque no hospital onde eu trabalhava havia muitas pessoas de língua espanhola. Estudei com ele enquanto estive em Israel, fiz um seminário sobre família, um sobre psicose e um sobre os sonhos em Freud. Além disso, eu fazia supervisão com ele. Portanto, de alguma maneira, foi o início da minha formação psicanalítica. Faltava-me a análise, mas eu tinha as outras coisas. Isso durou em torno de dois anos e meio. Ele acabara de publicar um livro sobre terapia psicanalítica familiar, *Família y enfermedad mental*, e nós o estudamos durante esse período. Essa foi minha



primeira aproximação à psicanálise de família e casal, à psicanálise vincular.

Voltamos para a Argentina na mesma época e continuei estudando com ele por mais uns seis, sete anos, ou seja, em um processo de formação bem prolongado. Através dele, alguns anos mais tarde, manifestei meu desejo de ingressar na Associação Psicanalítica para realizar a formação propriamente dita, completa.

É claro, por transferência, acabei entrando para a Associação Psicanalítica de Buenos Aires, da qual ele era membro. Ali analisei-me com a Dra. Janine Puget que é outra analista também formada em vincularidade. Minha supervisão e minha análise foram feitas, portanto, com pessoas que tinham formação vincular.

Vale lembrar também que, anteriormente, enquanto eu estava na faculdade, começou-se a trabalhar em alguns lugares na Argentina com acompanhamento terapêutico. Fiz acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos e com adição durante a etapa em que fui estudante de psicologia, o que me permitiu um vínculo bastante próximo com pacientes muito perturbados, trabalhando no cotidiano e aprendendo com eles a me posicionar, a manejar a situação. Eram dispositivos de abordagem múltipla, onde o paciente era abordado por um terapeuta, tinha um administrador psiquiátrico e recebia acompanhamento terapêutico. Tentava-se evitar ao máximo as internações. Então, isso também contribuiu para “fazer minha cabeça” com tudo o que se relacionava com a vincularidade, mas isto eu só soube depois. Durante o desempenho desta minha atividade, não o sabia.

Com o passar dos anos foi acontecendo algo muito interessante: minha colega, Susana Mauer, e eu nos transformamos em formadoras de acompanhantes terapêuticos e começamos a escrever sobre o assunto a partir da perspectiva dos dispositivos vinculares. Um dos livros que deixarei a vocês como doação para a biblioteca tem a ver com a perspectiva vincular aplicada ao dispositivo de acompanhamento terapêutico.

Bem, acho que respondi à pergunta, temo alongar-me demais. Na verdade, digamos que em minha formação ficou uma marca muito importante, como uma inscrição, a partir do trabalho com o Dr. Kalina, em acompanhamento terapêutico, e na formação em Israel, em família e casais, com o Dr. Berenstein, dois interesses que foram se entrelaçando e construindo em mim a ideia da abordagem vincular. Também o fato de ser acompanhante fez com que eu tivesse muito contato com as famílias dos pacientes, assistisse a situações familiares acompanhando-os em reuniões, jantares e vendo as trocas entre pacientes e pais. Também aconteceu que, nessa época (eu era uma jovem estudante, morava sozinha e estava praticamente formada), fiz o que em inglês se chama *half way home*, ou seja, casa intermediária: levei um paciente para morar em minha casa a fim de ele fazer o processo de saída da internação e de ingresso novamente na sociedade.



O paciente podia ir a um hospital de dia, mas morava em minha casa; tínhamos reuniões de equipe em que se trabalhava a relação. Isso em Buenos Aires, antes de ir para Israel, quando eu ainda era muito jovem, recém-formada.

Levei pacientes para morar em minha casa, um a um, logicamente. E foi uma experiência de muito contato, de muito vínculo. Além do mais, não era somente o vínculo com o paciente, mas o trabalho em equipe, com o resto dos colegas. Éramos uma equipe de quinze ou vinte pessoas e fazíamos reuniões em que discutíamos o trabalho com os pacientes. Foi uma aprendizagem, na prática, dos dispositivos de abordagem múltipla que me coube viver.

Depois disso é que fui para Israel onde encontrei o Dr. Berenstein e comecei a poder conceitualizar, ou melhor, ele conceitualizava, eu, recém-formada, aprendia.

Então, isso ficou como uma marca na formação, trabalhei muitos anos com ele, e a idéia (que me parecia muito interessante) não era a de ser uma terapia vincular; o que ele e a Dra. Puget trabalharam e tentaram fazer, na verdade, foi uma psicanálise de família e de casal. Então, eles tentaram ver de que maneira poderiam conceitualizar psicanaliticamente as abordagens vinculares e sobre isso também falaremos um pouco na conferência de hoje.

As ideias deles foram se transformando ao longo do tempo. No início, eles trabalharam e desenvolverem sua teoria na Associação de Grupos de Buenos Aires; não tinham “lugar” na APdeBA, seu trabalho não era visto como psicanálise, e por isso não puderam desenvolver seu ponto de vista dentro dessa Associação. Fizeram isso fora da mesma. E há muita gente que trabalha muito bem e que desenvolveu o seu pensamento psicanalítico vincular. Eles fundaram os departamentos de casal e família dentro da Associação de Grupos.

Isidoro Berenstein dedicou-se à família e Janine Puget aos casais. Mas ambos são psicanalistas e tentavam desenvolver isto a partir da perspectiva psicanalítica. Então, a abordagem vincular passou e continua a passar por transformações (é algo relativamente novo), é uma teoria que está sendo gerada o tempo todo. Não há uma teoria já montada, ela vai se fazendo e se enriquecendo ao longo do tempo, à medida que vamos tendo diferentes experiências clínicas que precisamos continuar a conceituar. A clínica também nos leva a desenvolvermos novas conceituações.

RP – Quais as peculiaridades teóricas e técnicas da terapia psicanalítica vincular, comparativamente às outras terapias de família? E comparativamente à psicanálise individual?



SR – Muito bem. Há algo que acontece quando vamos adquirindo a formação vincular: essa formação, esse modo de pensar, de abordagem, é também incorporado para aplicá-lo na clínica individual; nossa cabeça vai incorporando conceitos que também podem ser aplicados na abordagem individual. Por exemplo, na APdeBA, no Departamento de Família e Casal, fizemos experiências de selecionar um material clínico individual e lê-lo a partir da perspectiva vincular. Ou seja, toma-se todo o material clínico que foi trabalhado com esse paciente por um analista para ver o que se incluiria na perspectiva vincular. Não precisa tratar-se de um dispositivo vincular, pode ser um material clínico individual. Esse exercício já o fizemos muitas vezes no Departamento de Família e Casal. Vamos assim incorporando pessoas com muita experiência em análise individual e que querem se aproximar deste ponto de vista vincular.

Há algumas peculiaridades teóricas e técnicas, ou seja, o vincular dá muita importância ao que acontece “entre dois”. Há um artigo bastante interessante de Berenstein, do ano 2000, chamado *Transferencia, hecho nuevo o repetición?* Ele afirma, nesse artigo, que todo tempo há uma vacilação em Freud entre considerar a transferência como um fato novo ocorrido nesse lugar, entre esse paciente e esse analista, e considerar a transferência como a repetição de *patterns* infantis que são projetados e inibidos com a personalidade analítica, que é o conceito clássico que conhecemos de transferência.

Então, a partir daí tem início uma série de desenvolvimentos teóricos e técnicos que se nutrem, se sustentam em interlocução com outras disciplinas, por exemplo, com a filosofia. O vincular, nutre-se de conceitos como o de acontecimento de Badiou, da ideia da pluralidade de Deleuze, da ideia de desconstrução de Derrida. Ou seja, nutre-se de vários autores da filosofia porque tenta encontrar diferentes sustentações para dar conta de vários aspectos. Um deles é que encontros significativos podem produzir uma nova subjetividade; então, nem tudo o que vai acontecer entre esse paciente e esse analista será uma repetição dos *patterns* infantis do paciente, mas um encontro significativo que pode dar origem a uma produção subjetiva diferente e a uma mudança no sujeito pelo encontro com esse outro. Já não se fala somente de transferência, fala-se da relação entre esse sujeito analista e esse outro sujeito paciente. E do que ocorre nesse espaço “entre dois”. A ênfase é colocada não somente na repetição (que continua sendo trabalhada, continua recebendo atenção), mas procura-se destacar, além disso, o que é novo, o que é uma novidade radical, inédito (sem nada a ver com a história anterior), que aparece como um acontecimento, uma produção nova. Então, no vincular, trata-se justamente de ver como acontecerá o interjogo entre a repetição e o novo, entre o já existente que é reeditado e aquilo que se

apresenta como acontecimento, diferente, novo, como coisa que não pode ser transformada em representação de algo já existente. Eu diria que essas são as peculiaridades teóricas e técnicas.

RP – E em relação a outras terapias de família?

SR – É isso que eu digo: a ideia é trabalhar psicanaliticamente com famílias. Não é a ideia do behaviorismo, de dar indicações do que é preciso fazer ou deixar de fazer. Não, a ideia é poder trabalhar psicanaliticamente levando em consideração a perspectiva da história dos sujeitos, o modo como essas histórias se entrelaçam no aqui e agora do vínculo, isso é o que deve ser levado em consideração. Então, a ideia também é tentar ver como se monta o relato familiar conjunto; ou seja, não se trata somente do relato de cada um, da história, do que se repete, mas, na realidade, também se observa essa montagem nova, o relato familiar que vai sendo montado e que também vamos ver no material da supervisão, na montagem de um relato familiar conjunto. Consideram-se todos os conceitos psicanalíticos, mas tentando gerar novidades, porque uma das coisas que aconteceu foi que, no início, o vincular era analisado com os conceitos psicanalíticos clássicos. Com o passar do tempo, fomos nos dando conta de que esses conceitos psicanalíticos clássicos não bastavam, que era preciso desenvolver novas conceituações para abordar o vincular. Essa foi a ideia: a partir do vincular, tivemos que produzir uma ampliação da teoria para dar conta dos fenômenos que estavam acontecendo e poder conceitualizá-los. A questão não era somente estar com uma família, com um casal, mas poder conceitualizar o que estava acontecendo, incluir uma visão psicanalítica do que ocorria.

E isto gerou uma enorme resistência na Associação Psicanalítica. Agora, em nossa Sociedade, há um Departamento de Família e Casal, bem recente, tem uns dois anos. Também há um Departamento de Família e Casal na FEPAL. Isso não existia antes, pois não se considerava psicanálise, havia uma resistência.

No entanto, o prêmio Sigourney, concedido a Berenstein, é um prêmio da IPA a pessoas que fizeram importantes desenvolvimentos teóricos para a psicanálise. Ou seja, o trabalho havia sido premiado, mas também havia resistência.

RP – Na sua experiência clínica, em que situações, com mais frequência, a senhora indica a terapia psicanalítica vincular? E em que situações contraindica?



SR – Bem, na realidade ocorre o seguinte: cada vez que recebemos uma consulta, monta-se um dispositivo; é uma construção conjunta que se faz no momento em que recebemos o paciente. A partir desse momento, vamos vendo qual é a indicação mais adequada. E quanto mais ferramentas tivermos, mais indicações diferentes poderemos incluir em nossa cabeça. Não quero dizer que tudo seja válido, pois é preciso validá-lo mais adiante, ou seja, *après coup* teremos que ver se realmente a indicação foi pertinente ou não e qual o resultado disso. Eu pretendo apresentar, na conferência que vou proferir logo mais, material clínico de uma menininha de dois anos e meio aproximadamente no qual trabalhei com os pais em psicanálise de casal, em família, digamos, numa abordagem vincular com os pais, às vezes com os pais e a menina e esta com um acompanhante terapêutico também em sua casa. É um dispositivo possível. Também há outro material clínico que eu trouxe sobre o trabalho de psicanálise de um pai e suas duas filhas, que se prolongou durante três anos, outro dispositivo possível. E outro material clínico de um casal que consulta por uma filha de dezessete anos que fugiu de casa. Eles querem que ela venha consultar, que eu faça um diagnóstico, mas ela não está, ela não quer e nem pensa em vir a consulta nenhuma. Trabalhei, então, com os pais. Este é outro dispositivo possível. Ou seja, não sei se há indicações e contraindicações. Há dispositivos que nos vêm à ideia para abordar determinadas situações que apresentam uma problemática complexa. Eu diria que as contraindicações seriam naquelas situações onde há excesso demais, extravasamento, onde o espaço vincular é usado mais como um lugar de escape, de descarga e onde há pouca possibilidade de armar simbolização. Considero que esses são casos de contraindicação. Se o casal vem para o espaço vincular somente para brigar e se há uma espécie de gozo na exibição dessa situação de agressão e de briga, acho que essa é uma contraindicação. Não devemos dar lugar a que aconteça uma situação com predomínio total do impulsivo e onde fica difícil estabelecer algum tipo de elaboração, de representação.

RP – *Mais como uma descarga...*

SR – Como uma descarga, é claro. Quando vemos que há uma exibição do destrutivo e um apego ao destrutivo e à descarga sem disposição para nenhuma outra coisa. Acho que às vezes isso é uma contraindicação, o que não quer dizer que depois não seja possível montar um dispositivo vincular. É preciso ver como se trabalha nessa situação, que medidas tomar para se poder trabalhar nessa situação.



RP – A indicação de terapia psicanalítica vincular pode ser acompanhada da indicação de psicanálise para um ou vários membros da família? Em caso afirmativo, com que frequência isso ocorre?

SR – Bem, é difícil saber a frequência. Muitas vezes acontece o contrário. A procura pela psicanálise vincular vem da psicanálise individual. Os pacientes são encaminhados para a psicanálise vincular pelos psicanalistas individuais. Isso é muito comum. Há algo que a psicanálise individual não consegue dirimir, então o analista indica, por exemplo, uma entrevista de casal, ou algumas entrevistas familiares, pede um diagnóstico da situação familiar para ver se há indicação ou não para uma análise de família ou de casal. Isso é bem comum. Também pode acontecer que, no andamento da análise de família, ou de casal, alguém peça uma consulta vincular, surja alguma outra coisa. Por exemplo, aconteceu comigo numa entrevista: os pais vieram consultar sobre seu filho de três anos e meio com a fantasia de que o menino poderia ter sofrido abuso no jardim que frequentava. E começamos a ver do que se tratava, a falar, etc. Na realidade foi se evidenciando que a mãe não pensava que isso pudesse verdadeiramente ter ocorrido. Foi ficando claro que era um assunto que preocupava muitíssimo o pai; e estava numa situação de quase assédio, de perseguição da criança, perguntado se alguém o havia tocado, se isto ou aquilo, produzindo, além do mais, uma situação de excitação no menino, logicamente, mas a partir de um sentimento de angústia e de ansiedade. Isto ocorreu como uma série de entrevistas de casal de pais e, finalmente, a indicação foi de tratamento individual para o pai porque surgiram situações que tinham a ver com experiências homossexuais suas durante a infância na sua família. Isto exigia um tratamento individual do pai nesse momento e o encaminhamento da criança para um diagnóstico em outro espaço, com outro analista. Este é um exemplo de montagem de um dispositivo possível que começa como uma consulta de pais com uma criança, continua com entrevistas do casal trabalhando-se situações familiares e acaba com o pai numa análise individual e com o menino encaminhado para um diagnóstico em outro consultório. Ou seja, as maneiras de montagem do dispositivo vincular são múltiplas porque vão acontecendo coisas diferentes. Há pessoas que chegam com muita experiência de análise pessoal e, no entanto, há situações vinculares que não foram vistas com a clareza que permite a abordagem vincular, apesar de todos os anos de experiência em análise individual. Há certos conflitos vinculares que não conseguem ser resolvidos no espaço do dispositivo individual e por isso os analistas decidem encaminhar os pacientes para o espaço vincular.



RP – *Concomitantemente com a análise?*

SR – Sim, a análise individual continua.

RP – *Que desafios as novas configurações familiares impõem à terapia psicanalítica vincular?*

SR – Há uma parte da conferência que se dedica justamente a isto, às novas configurações familiares. Eu vejo que estamos assistindo a mudanças muito importantes na maneira de conceber a família. Hoje nem toda família inclui um casal e, no entanto, existe família. Hoje as configurações familiares das famílias montadas dão origem a múltiplas formas de convivência: há os casais de homens homossexuais; há a possibilidade da mulher de ter filhos com fertilização assistida, com doação de esperma, levando adiante uma gravidez sozinha; há os casais homossexuais de mulheres nos quais, através da doação de esperma, uma engravida e ambas registram a criança. Vocês sabem que, na Argentina, temos, há pouco tempo, a lei do matrimônio igualitário, pela qual se reconhece a união homossexual e, portanto, os filhos podem ser registrados como filhos do casal. A partir daí ambas as mulheres têm direitos sobre a criança, o que também representou um amparo, já que houve muitas situações em que os casais se uniam e uma das mulheres era a mãe portadora da criança. Teoricamente essa criança tinha duas mães; se surgissem conflitos e a conseqüente separação, a mãe biológica era quem tinha direitos sobre a criança, a outra não existia, perderia a criança, caso a mãe biológica assim o decidisse, pois não havia lei que a amparasse; agora a lei ampara esses indivíduos; se a decisão é terem um filho em comum, esse filho é registrado como de ambas. Claro que tudo isso é um desafio para nós. Acho que o melhor a fazer, hoje, é ter-se abertura mental para o que vemos na clínica. Não sei, já vimos crianças tão perturbadas, filhas de famílias heterossexuais e monogâmicas e, mesmo assim, com alto grau de perturbação... Não sabemos como vão ser estas crianças. Penso que o importante é não se ter uma postura preconceituosa diante destas mudanças que estão acontecendo, despir-se de qualquer preconceito e permitir-se ver como chegam em nossa clínica.

Há coisas muito interessantes. Elizabeth Roudinesco, uma psicanalista francesa, que escreveu um livro chamado *A família em desordem*, trabalha sobre a transitoriedade do laço familiar. Justamente, a transitoriedade do laço familiar faz referência a que, independentemente da configuração da família, as pessoas buscam situar-se num entorno familiar, inclusive os homossexuais, tão “fora”, tão rejeitados que foram pela tradição familiar. Eles também querem formar uma



família, em vez de ficarem “de fora”, e querem legalidade para isso. Então, há algo que tem a ver com a apropriação, com o cuidado dos filhos, com a criação e que arma situações familiares de maneiras diferentes, com configurações inéditas. Na verdade, atualmente há uma série de vínculos que não têm nome, que estão baseados nas funções, porque a questão é saber quem desempenha certas funções. Por exemplo, o marido de uma mulher poderá cumprir a função paterna com os filhos dela, que não são seus filhos, mas sim de um casamento anterior dessa mulher. Ele também tem seus próprios filhos, que se sentem mais irmãos do que os irmãos de verdade, porque vivem juntos e desenvolvem vínculos de irmandade e fraternidade com a convivência. Hoje, há inúmeros casos de irmãos que não têm o mesmo sobrenome e que se sentem irmãos sem importar o sobrenome diferente. São filhos de pais diferentes e convivem.

Digamos que uma mulher casa, tem um filho de um marido que vamos chamar de 1. Separa-se, depois tem outro filho com outro marido, o marido 2. Este marido também traz seus filhos de uma relação anterior, seja porque a mãe não quis ficar vivendo com os filhos, seja porque saiu do país, ou porque está vivendo com outro, ou por qualquer outra hipótese. Então aqui vivem estes filhos, um tem um sobrenome, outros têm outro, e o casal tem outro filho que tem outro sobrenome. Os três são criados juntos, convivem, sentem-se irmãos e têm sobrenomes diferentes. É uma configuração familiar. Assistimos a isso o tempo todo: diferentes tipos de montagem familiar.

Assim, o que está em jogo é a função que cada um desempenha: há uma função materna, há uma função paterna; mas isso não quer dizer que a mãe biológica ou o pai biológico desenvolvam essa função.

RP – Tampouco o gênero em si. O pai pode ter uma função materna...

SR – Sim, é claro. Elizabet Roudinesco é até mais contundente e diz que um filho pode ser de três mães: a mãe do ovócito, a mãe portadora (que o carrega na barriga, faz o parto) e a mãe da criação. São três possibilidades. A da criação vai ser aquela que exercer a função materna. Então, poderá haver uma mãe que doou o ovócito, outra mãe portadora e assim irão se montando diferentes configurações.

Hoje assistimos a configurações familiares absolutamente novas. E, na realidade, temos que ver se o que predomina nesses vínculos é o desejo, a possibilidade de construção, a possibilidade de complexização vincular. Se houver predomínio de Eros, essas serão relações em que haverá produção de subjetividade, se forem relações com predomínio de Thanatos, essas empobrecerão os sujeitos



do vínculo. Veremos o que predomina e tentaremos trabalhar com o que vai surgindo. Há famílias em que há representação, há articulação da história; nós podemos ir e vir com as histórias de cada um, com a forma como essas foram montando o relato familiar conjunto. E há famílias em que vemos que é preciso construir algo, porque há pouca representação, há predomínio do impulsivo, há ainda uma situação de muita concretude. Então vamos montando o que chamamos (juntamente com outros autores com quem trabalhamos, como Silvia Bleichmar) de simbolização de transição. É como se ofertássemos simbolizações de transição; não havendo simbolizações, nós as ofertamos e vemos se assim o paciente pode tomá-las e montar sua própria simbolização. Oferecemos algo que nesse momento não tem palavra, para ver se, através de uma palavra oferecida, o paciente pode compor suas próprias palavras. É mais ou menos isso.

RP – *E agora nossa última pergunta: como a senhora vê o futuro da terapia psicanalítica familiar?*

SR – Bem, eu estou no Comitê de *Outreach* da IPA, ou seja, Comitê de Extensão. Vocês sabem que o atual presidente da IPA, Dr. Hanly, dá uma enorme importância ao *outreach*. É como se o desenvolvimento da extensão fosse a bússola da sua gestão, já que ele está muito preocupado com o número decrescente de pessoas que procuram formação psicanalítica. O *outreach* é uma maneira de chegar a mais pessoas que queiram fazer formação psicanalítica e também fazer atendimento psicanalítico.

Dr. Hanly criou esse comitê, que está trabalhando com representantes em diferentes partes do mundo. Digo isto porque uma das coisas que trabalhamos neste comitê é que, para haver *outreach*, a primeira coisa necessária é que haja *inreach*, ou seja, é preciso trabalhar com os membros das sociedades e isso implica, em primeiro lugar, avaliar a transferência desses membros para com a sociedade a que pertencem. Pensamos que a diminuição de pessoas que procuram formação psicanalítica também tem a ver, às vezes, com essa transferência não ser a melhor devido a estarem decepcionados ou não receberem respostas para a clínica. Algumas vezes, também, sua formação é para uma clínica mais tradicional e o que lhe chega da rua é algo que precisa de novas ferramentas.

Então, a ideia deste comitê é tentar trabalhar com os membros para ver do que realmente precisam, de que maneira se sentiriam mais enriquecidos e melhor contidos pela sociedade a que pertencem e pela IPA em geral. A partir desta perspectiva, a resposta a esta pergunta sobre as perspectivas futuras da terapia psicanalítica familiar seria que eu acredito que a abordagem vincular abre portas,



abre possibilidades de se contar com mais ferramentas para se lidar com os desafios atuais da clínica; na medida em que nos sentirmos melhor preparados para dar respostas à clínica, na medida em que nós como psicanalistas possamos entabular diálogos importantes com a sociedade, dar opinião sobre a fertilização assistida, os casais homossexuais, as mães solteiras, a doação de ovócitos ou de esperma – lembro esses itens porque foi os que abordamos –, faremos parte da sociedade e poderemos opinar sobre esses temas. A ideia é gerar um movimento, uma circulação diferente: que deixemos de ser psicanalistas elitistas e que estejamos mais em contato com o que acontece. Nessa perspectiva, julgo que os dispositivos vinculares nos dão as ferramentas necessárias.

Em um dos trabalhos que escrevi com Moscona e Mauer, *Lo fraterno en la tramitación de lo traumático*, mostramos a abordagem de um grupo de irmãos que pede para ser atendido somente como grupo de irmãos. Esses três irmãos haviam perdido a mãe no atentado ocorrido há alguns anos na Associação Mutual Israelita (AMIA). A mãe foi encontrada morta entre os escombros da AMIA, o pai já havia saído de casa há muitos anos e tampouco tomou conta das crianças naquele momento; e ficaram aos cuidados de uma avó. Nesse momento, havia muitos movimentos solidários de psicanalistas que abriram seus consultórios para atender as vítimas do atentado. Essas crianças disseram que somente queriam ser atendidas como grupo de irmãos. Foram atendidos assim, mas isso gerou a necessidade de conceituação porque a ideia não era simplesmente reuni-los, era ver como poderíamos trabalhar psicanaliticamente com tais crianças e ajudá-las a elaborar o impacto traumático, para que pudessem começar um trabalho de luto. Depois de muitos meses, foram pedindo análise individual e ignoro como continuaram. Mas de início foram abordados como grupo de irmãos porque era a única maneira de aceitarem receber qualquer tipo de ajuda. Para isso precisávamos de ferramentas. Acho que o interessante no vincular, em minha opinião, é que não está tudo dito, há muito a fazer, muitas conceituações a serem desenvolvidas. É como uma teoria em germinação: vai aflorando produção teórica o tempo todo enquanto vamos à clínica e dela voltamos.

RP – *Os desafios novos da clínica também estimulam...*

SR – Exatamente! E às vezes nós iremos vendo a situação quando chegarem para a consulta. Porque agora há consultas, mas não tantas. Mas haverá, e vamos ver como vai ser quando os filhos de casais homossexuais, por exemplo, chegarem para a consulta. Como chegarão? Quais os problemas que trarão? Como viverão essas crianças?



Então, precisamos abrir a cabeça para ver o que vai surgir.

RP – *Muito obrigada.* □

Tradução de **Beatriz Affonso Neves**
Revisão técnica de **Rosane Schermann Poziomczyk**

Silvia Adriana Resnizky
Julián Alvarez 1555,
1414 Buenos Aires – Argentina
e-mail: resnisilvia@fibertel.com.ar

© Revista de Psicanálise – SPPA