

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC/SP

CLAUDIA VANNOZZI BRITO

**QUESTÕES TÉCNICAS EM CONSULTAS COM PAIS NA
PSICANÁLISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
uma visão winnicottiana**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo
2016

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC/SP

CLAUDIA VANNOZZI BRITO

**QUESTÕES TÉCNICAS EM CONSULTAS COM PAIS NA
PSICANÁLISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
uma visão winnicottiana**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Naffah Neto

São Paulo
2016

Banca Examinadora

Prof. Dr. Alfredo Naffah Neto

Profa. Dra. Elisa Maria de Uihôa Cintra

Profa. Dra. Gina Khafif Levinzon

AGRADECIMENTOS

A meu orientador, Alfredo Naffah Neto, pela acolhida do tema de pesquisa e pelas preciosas orientações.

À Fundação CAPES, pela concessão da bolsa de estudos.

À Banca de Exame de Qualificação, Elisa Maria de Uihôa Cintra e Gina Khafif Levinzon, pelas valiosas sugestões.

À Sueli Hisada e Edna Felizardo Maffei, pelo auxílio e acompanhamento no meu amadurecimento pessoal.

À Solange Colello Colognese e Gina Khafif Levinzon, pelos ensinamentos e orientações na minha prática clínica.

Aos meus pacientes, pela confiança depositada no meu trabalho e pelos ensinamentos constantes.

A meus filhos, Vitor e Gabriel, por proporcionarem a vivência da maternidade e ajuda e paciência durante a elaboração desta pesquisa.

Em especial, a meu marido, Américo Brito, pelo apoio e incentivo no decorrer de toda a minha carreira profissional.

BRITO, Claudia Vannozzi. **Questões técnicas em consultas com pais na psicanálise de crianças e adolescentes: uma visão winnicottiana.** 2016. 122f. Dissertação (Mestrado). Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2016.

RESUMO

As consultas com pais são de extrema importância para se obter um bom resultado no tratamento de crianças e adolescentes. Este trabalho tem como objetivo estudar as questões técnicas implicadas nessas consultas, como as múltiplas transferências envolvidas entre pais, analista e paciente e o manejo do *setting* analítico, além de refletir sobre as diversas funções do analista nas consultas com pais. Para a realização da pesquisa foram utilizadas vinhetas de casos clínicos atendidos pela analista em consultório particular. A teoria do desenvolvimento de Donald Winnicott é utilizada para descrever a importância do ambiente para a saúde mental da criança e do adolescente. As consultas terapêuticas que ele realizou com seus pacientes serviram de base para o estudo e a análise da necessidade de se abrir um espaço para os pais. Um espaço que serve para favorecer a saúde tanto do ambiente quanto da criança.

Palavras-Chave: Winnicott. Psicanálise de crianças e adolescentes. Consultas com os pais. Técnica psicanalítica. Transferência. Contratransferência. *Setting*.

BRITO, Claudia Vannozzi. **Technical issues in the consultations with parents in the psychoanalysis of children and adolescents: a Winnicott's view.** 2016. 122f. Dissertation (Masters in Clinical Psychology) - Pontifical Catholic University of São Paulo, 2016.

ABSTRACT

Consultations with parents are extremely important to get a good result in the treatment of children and adolescents. This dissertation aims to study the technical issues involved, such as multiple transfers involving parents, analyst and patient and the management of the analytic setting. It also reflects on the various analyst positions in consultations with parents. For the research, it was used some vignettes of clinical cases attended in private practice. Donald Winnicott's development theory is used to describe the importance of the environment for the mental health of children and adolescents. The therapeutic consultations he held with his patients formed the basis for the study and for the analysis of the need to open a space for parents. A space that serves to promote the health of both the child and its environment.

Keywords: Winnicott. Psychoanalysis of children and adolescents. Consultations with parents. Psychoanalytic technique. Transfer. Countertransference. Setting

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	A IMPORTÂNCIA DO MEIO AMBIENTE E AS CONSULTAS TERAPÊUTICAS DE WINNICOTT.....	19
2.1	Meio Ambiente Como Facilitador	19
2.1.1	A mãe suficientemente boa	21
2.1.2	A função do pai.....	24
2.2	As Consultas Terapêuticas	26
2.2.1	Caso Robin.....	29
2.2.2	Caso Milton.....	31
2.2.3	<i>The Piggie</i>	34
3	QUESTÕES TÉCNICAS: AS MÚLTIPLAS TRANSFERÊNCIAS E O MANEJO DO <i>SETTING</i>	38
3.1	A Transferência.....	39
3.1.1	A transferência em Freud	39
3.1.2	A transferência em Winnicott.....	42
3.2	O Analista Implicado	50
3.3	A Importância do <i>Setting</i> no Tratamento Psicanalítico.....	57
3.3.1	As consultas com os pais: manejo e <i>setting</i>	61
4	CASOS CLÍNICOS	67
4.1	Felipe – 09 anos.....	67
4.2	Paula - 16 anos	76
4.3	Matheus – 12 anos.....	91
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

1 INTRODUÇÃO

No decorrer de minha experiência clínica, venho trabalhando com crianças e adolescentes. Durante o percurso de mais de vinte anos, vários questionamentos causaram inquietudes e algumas mudanças em minha prática.

Quando recém-formada, ao realizar as primeiras entrevistas com os pais, não entendia como, em determinadas situações, eles tinham atitudes que se revelavam muito prejudiciais ao desenvolvimento de seus filhos. Em muitos casos, os pais interferiam de forma negativa no tratamento, colaborando para sua interrupção. Nesses momentos sentia-me impotente frente a tais acontecimentos.

Na época, eu atendia os pais nas entrevistas de anamnese e na devolutiva, após aplicação de testes e sessões lúdicas. No decorrer do tratamento eram realizadas algumas consultas, geralmente semestrais. Preocupava-me apenas em trabalhar com a criança ou adolescente.

Ao receber uma jovem de dezesseis anos com pais separados, me deparei com dificuldades no contato com a mãe. Essa mãe interferia no tratamento, fazia ligações constantes e solicitava horários para conversarmos. Precisei, então, repensar minha técnica de trabalho: abri um espaço mensal para que ela pudesse vir ao consultório. O resultado foi bastante benéfico para o tratamento de sua filha. Este caso será descrito posteriormente, mas foi através das consultas mensais com a mãe que percebi que, ao dar um espaço para os pais, teremos maior possibilidade de continuidade do tratamento.

Com o amadurecimento pessoal e profissional, compreendi como é complexa a relação de pais, filhos e analista. Ao procurar ajuda para os filhos, não recebemos apenas uma criança, mas uma família envolvida no desenvolvimento emocional dela. Ao cuidar da criança e do adolescente, o analista se defronta com a dinâmica familiar, que deve ser levada em consideração.

Diferentemente da psicanálise de adultos, crianças e adolescentes são trazidos para o tratamento por seus pais. A criança é parte dessa família e seus pais passam a fazer parte do tratamento. O analista precisa dos pais para a continuidade do trabalho, como também para estabelecer o contrato, o número e horários das sessões, honorários e férias.

Muitas vezes, no tratamento de crianças e adolescentes, verifica-se a resistência inconsciente dos pais. Se essa resistência não for trabalhada pelo analista, pode levar à interrupção do tratamento de seus filhos.

Freud (1915/1969) abordou os aspectos inconscientes. Tinha como prioridade em sua técnica clínica trazer à consciência o que estava reprimido. Verifica-se que, nas consultas com os pais, as conversas são alimentadas por questões inconscientes. O entendimento da dinâmica inconsciente da família, o lugar ocupado pelo filho, e até mesmo pelo analista, são algumas das prioridades para o tratamento de crianças e adolescentes.

Muitos pais não conseguem enxergar o filho real, pois estão absorvidos por questões inconscientes de sua própria realidade interior. Mannoni (1967/1980) observa que as reações dos pais são parte integrante dos sintomas do filho e, portanto, da cura. Na maioria dos casos, os pais estão implicados no sintoma da criança e adolescente.

No primeiro contato dos pais com o analista já se pode verificar, em muitos casos, o funcionamento da família. As entrevistas são carregadas de culpas, persecutoriedade e dúvidas em relação ao tratamento e à postura do analista. Verificamos que a dinâmica transferencial já é operante.

Na análise de crianças e adolescentes existem diferentes transferências a serem observadas. Podemos afirmar que o analista deve estar atento ao lidar com as múltiplas transferências envolvidas e estudar e entender essa dinâmica transferencial para o bom andamento do tratamento.

Mannoni (1967/1980) afirma que “a analista precisa situar o que a criança representa no mundo fantasmático dos pais e compreender também o lugar que estes últimos lhe reservam nas relações que estabelece com a criança” (p. 74). A autora entende que, em análise de crianças, nos referimos a diferentes transferências: a do analista, a dos pais e a da criança. “Antes que uma análise comece os indícios da transferência podem já encontrar-se localizados” (p. 98).

A transferência surge como a resistência mais poderosa ao tratamento (Freud, 1912/1969), devendo ser analisada e interpretada para que possa ocorrer a continuidade do processo da psicanálise. É através da transferência que o paciente reedita aspectos inconscientes vivenciados na infância. Aberastury (1982) assegura que o psicanalista de crianças enfrenta duplo problema de transferência: do paciente

e dos pais, e alerta para a importância da questão num ponto fundamental da técnica com crianças: o relacionamento com os pais e sua introdução no tratamento do filho.

Na origem da psicanálise de crianças temos linhas teóricas distintas que implicam práticas clínicas diferenciadas.

O primeiro caso de análise de uma criança foi descrito por Freud. Em 1909, publicou o texto *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*; na introdução deixa claro que:

[...] o caso clínico, estruturalmente falando, não provém de minha própria observação. É verdade que assenti as linhas gerais do tratamento e que numa única ocasião no qual tive uma conversa com o menino, participei diretamente dele, no entanto, o próprio tratamento foi efetuado pelo pai da criança... (1909/1969, p. 15).

Por meio do relato do pai e de sua supervisão, Freud pôde entrar em contato com a dinâmica psíquica do pequeno Hans. Não foi uma análise convencional, pois ele esteve apenas uma única vez com Hans. Apesar de não trabalhar questões relacionadas à técnica de uma psicanálise de crianças, pôde compreender que a criança poderia entender a interpretação e estabelecer o tratamento. Assim, abriu as portas para que outros psicanalistas pensassem numa teoria e técnica para a psicanálise de crianças.

Melanie Klein e Anna Freud foram as psicanalistas que mais contribuíram para a clínica infantil da época, causando, inclusive, uma ruptura na Sociedade Britânica de Psicanálise. Em julho de 1942, as divergências quanto às questões teóricas e técnicas entre os partidários de Melanie Klein e os de Anna Freud atingiram o ápice, iniciando o período das grandes controvérsias. Após intermináveis negociações e a renúncia de Edward Glover à Sociedade Britânica de Psicanálise, surgiram três grupos: os kleinianos, os annafreudianos e os independentes. Foram também criadas duas escolas da psicanálise: A Psicologia do Ego, em que Anna Freud foi precursora, e A Psicologia das Relações Objetivas, com predomínio das ideias de Melanie Klein. Donald W. Winnicott participava do grupo independente ou *middle group*.

Anna Freud, em seu livro *O Tratamento Psicanalítico de Crianças*, de 1927, afirma que o tratamento da criança é diferente do tratamento do adulto. A criança

não tem condições de realizar associações livres, sendo necessário um preparo para a análise; a princípio, um trabalho educativo. Segundo Anna Freud, no tratamento de crianças, a transferência não ocorre, pois ainda não se esgotaram as primeiras relações parentais. Ela tinha convicção da necessidade de uma aliança entre a psicanálise e a pedagogia.

Em contraposição à teoria de Anna Freud, Melanie Klein, em *A Psicanálise de Crianças* (1932/1997), afirma que a psicanálise de crianças difere da psicanálise de adultos apenas na técnica e não no princípio. No tratamento de crianças ocorre a análise da transferência e da resistência por meio do brincar. Desde o primeiro momento, a criança projeta nos brinquedos e no analista suas tendências amorosas e destrutivas. Expressa suas fantasias, seus desejos e suas experiências de modo simbólico, através dos jogos e dos brinquedos.

No transcorrer da história do trabalho da psicanálise de crianças e adolescentes, a questão da participação ou não dos pais na psicanálise de seus filhos é um tema que difere, ainda hoje, nas teorias psicanalíticas.

Melanie Klein e alguns neo-kleinianos afirmam que os pais devem ser mantidos fora do tratamento de seus filhos; o encontro do analista com eles representa uma invasão do espaço psíquico da criança. Os pais a serem trabalhados são os pais fantasiados e introjetados, pertencentes à realidade interna da criança e não os pais reais. A mudança da criança causaria mudanças no meio familiar. Segundo esses teóricos, não haveria necessidade de falar com os pais, caso outro profissional pudesse assumir a orientação deles, pois o analista pode ver a criança sem saber nada dela. Assim o tratamento ocorre sem interferência do mundo real, porque o importante é a análise do mundo interno.

Teóricos franceses seguidores de Lacan, como Françoise Dolto (1939) e Maud Mannoni (1967) acreditam que a criança tem um lugar no mundo externo e que entender a dinâmica familiar é primordial para a psicanálise das crianças e adolescentes. Entendem que o sintoma do filho tem origem nos pais. Estes são considerados a causa do sintoma do filho. Ao encaminhar os pais para análise e ao serem tratadas suas angústias, fica notável a melhora do filho.

Françoise Dolto (1939/1988) apontou a importância da família no sintoma do filho e desenvolveu uma técnica própria para o atendimento de crianças. Nas entrevistas preliminares com os pais, a criança participa como alguém integrante

dessa família. Muitas vezes o analista intervém junto aos pais de forma a ajudá-los nos cuidados do filho.

Maud Mannoni (1967/1980) afirma que o sintoma da criança deve ser analisado dentro do contexto familiar. O analista precisa ouvir os pais, pois está face a uma história familiar de que a criança não pode ser isolada. Segundo a autora:

A criança é marcada, não somente pela maneira como é esperada antes do nascimento, como também por o que representa, após o nascimento, para um e outro dos pais em função da história de cada um. Sua existência real vai chocar-se assim com as projeções paternas inconscientes donde vêm os equívocos (p. 65).

A autora também cita a importância da transferência do analista, que, ao receber uma criança, está implicado com suas próprias questões infantis e sua história pessoal.

Na Inglaterra, Donald W. Winnicott também acreditava que os pais poderiam auxiliar no tratamento dos filhos. Segundo Winnicott (1963/1988), o ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturação. O ambiente não faz a criança, possibilita à criança concretizar seu potencial. Em outras palavras, a mãe e o pai não produzem um bebê como um artista produz um quadro ou o ceramista um pote. Eles iniciam um processo de desenvolvimento do bebê que resulta da existência de um ser no corpo da mãe, mais tarde em seus braços, e, depois, no ambiente proporcionado pelos pais, este ser se tornará algo que está fora do controle de qualquer um.

Existe a necessidade de um ambiente facilitador para o desenvolvimento emocional. O bebê, ao nascer, possui aspectos inatos e hereditários. Para se desenvolver precisa de cuidados maternos (ambiente), tanto físicos como emocionais. É através do olhar da mãe que ele se forma enquanto indivíduo. Para Winnicott, não existe um bebê sem uma mãe. O amadurecimento emocional saudável percorre os conceitos de dependência absoluta à independência.

Segundo Winnicott (1971/1984), os pais funcionam como parte integrante no tratamento de crianças e adolescentes. As consultas terapêuticas possibilitam aos pais orientação e auxílio na reaproximação com o filho como um indivíduo único, abrindo espaço para seu desenvolvimento pleno. Percebe-se que, ao conter as angústias dos pais, eles passam a ser continentes de seus filhos. Essas consultas

terapêuticas permitem criar um espaço para os pais para a obtenção de saúde tanto do ambiente como da criança e do adolescente.

Outros psicanalistas contemporâneos preocuparam-se com questões relacionadas à introdução dos pais no tratamento de crianças e adolescentes. Flesler (2012), em seu livro *A psicanálise de crianças e o lugar dos pais*, afirma que a criança chega ao consultório do analista pelas ressonâncias que gera num adulto e aborda que o lugar dos pais é um dos traços específicos da análise de crianças, contemplando o fato evidente da presença deles em cada uma das consultas. Acredita que a intervenção do analista com os pais no curso do tratamento é indicada quando a resistência se interpõe no tratamento. Assim, segundo a autora, é necessário que o analista identifique esse momento do tratamento no qual encontrar com os pais tem a função de destravar as resistências externas. Esclarece que “trata-se de encontrar com os pais apenas caso eles venham a se erigir em portadores de resistência. As intervenções são de uma pontualidade calculada e devem cessar assim que o movimento recomeça” (p. 201).

Rosenberg (2002), no livro *O lugar dos pais na psicanálise de crianças*, entende que o trabalho com os pais se torna fundamental, uma vez que na psicanálise de crianças eles atuam na transferência, sendo uma variável que deve ser considerada pelo analista. Mesmo que o analista tente manter os pais à distância, a transferência deles opera e precisa ser processada no tratamento e não fora dele. Afirma que, para lidar com as resistências dos pais, é importante que o analista abra um espaço para que o inconsciente deles se manifeste. Eu a cito:

Ouvir o inconsciente significa também permitir uma re-simbolização do lugar que esse filho e esse sintoma ocupam na história dos pais e da criança. No decorrer de um tratamento vemos como a criança se debate em alguns momentos para sair de um certo lugar que lhe foi destinado e como o tratamento se paralisa: a criança deixa de associar quando ameaça produzir alguma mudança que funcione como ataque a seus pais (p. 53).

Segundo a autora, o convite aos pais é pontual e se realiza nos momentos em que é preciso por para circular algo que estava impedindo a rede associativa. São realizadas intervenções pelo analista para permitir que os pais se confrontem com seus desejos e recalques.

Motta (2006), em seu livro *Orientação de Pais - novas perspectivas no desenvolvimento de crianças e adolescentes*, afirma que é necessário considerar

que, ao procurar ajuda para seus filhos, os pais desejam receber auxílio. O psicólogo pode fornecer ajuda aos pais, ocupando um lugar decisivo em várias crises vividas pela família, principalmente no que se refere ao desempenho das funções parentais.

Segundo a autora, a possibilidade de uma compreensão empática do significado do sintoma do filho é de grande valor para que haja condição de os pais prestarem auxílio ao desenvolvimento mental da criança, com a superação dos obstáculos encontrados quanto à saúde mental. A intervenção do psicólogo visa preparar a família, criança e pais, para que melhores condições de desenvolvimento sejam propiciadas no ambiente natural da criança. Esclarece que:

A possibilidade de contato com a realidade psíquica do filho é necessária e imprescindível, no que se refere ao bom desempenho as funções materna e paterna. Para tanto é necessário que os pais tenham alguma possibilidade de identificação com a criança, poder colocar-se no lugar do filho, a fim de ter alguma compreensão de suas angustias e necessidades, isto é, ter empatia (p. 56, 57).

Conclui que o sucesso ou o fracasso, em resultado melhor ou mais limitado, do trabalho com crianças depende fundamentalmente das condições emocionais dos pais.

Napolitani (2007) escreveu sobre a importância do trabalho com os pais na análise de crianças. Afirma que a criança e cada um dos pais constituem-se a partir do inconsciente. A escuta do analista sobre o que os pais apresentam na fala inicial é fundamental no trabalho, já que, quando falam, eles se referem às próprias posições. Quando os pais podem se reconhecer nas demandas que fazem dos filhos, já é possível um pequeno deslocamento, que acaba por liberar a criança da posição fixa em que se encontrava. Segundo a autora, é necessário incluir para separar, pois será a partir da mínima separação dos conteúdos dos pais em relação ao filho que o analista poderá efetuar um trabalho melhor com a criança.

Castro e Sturmer (2009) afirmam que o lugar ocupado pela família é extremamente relevante na psicoterapia de crianças. Desde o primeiro contato telefônico, pode-se notar no discurso dos pais as fantasias, ansiedades e conflitos. Segundo as autoras, manter encontros com os pais auxilia a diminuição de fantasias persecutórias, como também possibilita ao analista se aproximar da história familiar, entendendo sua dinâmica. Por meio da relação de confiança dos pais com o

analista, podem vir à tona segredos ou aspectos ocultos da família. A participação dos pais é fundamental para a consolidação, manutenção e término do tratamento.

Ferrari (2012) esclarece que o lugar dos pais nos atendimentos dos filhos é algo que precisa ser observado, dada a dependência da criança em relação aos pais e as inter-relações que se estabelecem entre os sintomas da criança e o sofrimento psíquico que acarreta nos pais. É importante que o analista não entenda as queixas dos pais como algo a ser restituído, mas como passível de ser trabalhado nas entrevistas preliminares com os pais e a própria criança.

Finkel (2009), Gonçalves (2009), Goretti, Almeida e Legnani (2014) escreveram artigos que indicam a importância do atendimento dos pais no tratamento de crianças com distúrbios neurológicos, como também citam a necessidade do acompanhamento de pais de crianças hospitalizadas.

Ao levarmos em consideração a importância do ambiente para o desenvolvimento emocional, podemos verificar que as consultas com os pais tornam-se necessárias no tratamento de crianças e adolescentes. É por meio delas que o analista pode entender os aspectos emocionais significativos em relação à dinâmica inconsciente da família: o lugar ocupado pelo filho no ambiente familiar, a fantasia inconsciente dos pais em relação ao tratamento do filho, a diferença entre o filho idealizado pelos pais e a realidade e o lugar que o analista ocupa perante esses pais.

A introdução das consultas com os pais no tratamento de crianças e adolescentes tem como objetivo reduzir a resistência da família e assim proporcionar a continuidade da análise do filho. Essas consultas auxiliam os pais no entendimento da dinâmica emocional de seu filho e possibilitam a sua modificação na relação com ele. Os pais conseguem elaborar, na maioria das vezes, as suas próprias questões e aquelas relativas ao filho.

É importante salientar que o analista não funcionará como um juiz, apontando os erros dos pais, ou como o psicanalista desses pais, mas entenderá a dinâmica inconsciente do sintoma do filho. Para a introdução dessas consultas deve-se levar em consideração questões técnicas, como a transferência, a contratransferência e o *setting* analítico.

Portanto, este trabalho tem como proposta desenvolver um estudo sobre as questões técnicas envolvidas nas consultas com pais no tratamento de crianças e

adolescentes, entender as múltiplas transferências presentes nos atendimentos e a importância do manejo do *setting*. Este estudo se propõe a refletir sobre as seguintes questões:

- a) Como cuidar do *setting* ao introduzir as consultas com os pais, de modo a não prejudicar o vínculo do analista com a criança e adolescente;
- b) Como lidar com as múltiplas transferências envolvidas entre pais, analista e paciente;
- c) Quais as funções do analista no trabalho com os pais.

A teoria do amadurecimento de Winnicott deverá ser estudada e aprofundada.

Será realizada uma pesquisa qualitativa, utilizando o método clínico psicanalítico para análise de casos atendidos.

A psicanálise é uma ciência cujo objeto de estudo é o inconsciente do sujeito. A investigação científica se dá através do método clínico. O encontro entre paciente e analista propicia a associação livre do paciente e a interpretação do analista.

É por meio da interpretação que temos acesso ao inconsciente do paciente. A técnica psicanalítica implica fazer pesquisa; quando o analista está com seu paciente ou na consulta com os pais, ele utiliza a pesquisa para o entendimento do sintoma. Segundo Naffah Neto (2006), existe uma relação interna entre pesquisa e psicanálise:

Falar em pesquisa em psicanálise é quase um pleonasmo, já que o termo psicanálise implica, por si só, o termo pesquisa. Dito de outra forma, quando praticamos psicanálise, estamos sempre fazendo pesquisa; caso contrário não estamos praticando psicanálise (p. 1).

O autor diferencia dois tipos de pesquisa em psicanálise. O primeiro deles é o da pesquisa-escuta, que está relacionada à pesquisa clínica, em que a atenção flutuante do analista e as associações livres do paciente fornecem sentido aos fenômenos inconscientes. A pesquisa-escuta utiliza-se da investigação. Nesse caso, o pesquisador não possui uma postura ativa, seletiva e consciente; a sua postura é

mais passiva, deixando-se afetar pelo outro através da atenção flutuante. A pesquisa-escuta pode adquirir forma escrita, como o relato de um caso clínico ou a interpretação psicanalítica de uma obra de arte, sem problematizar o campo psicanalítico.

O segundo tipo de pesquisa é a pesquisa-investigação, ou seja, a pesquisa teórico-metodológica, que pode ser considerada responsável pelo crescimento e aperfeiçoamento da psicanálise. Essa pesquisa complementa a pesquisa clínica, muitas vezes lhe dando suporte, como também recebe dela o embasamento para o seu trabalho construtivo. O pesquisador tem uma atitude ativa e os seus desejos estão implicados. Esse tipo de pesquisa pressupõe a seleção do campo de conhecimento e a formulação e seleção dos problemas teóricos e metodológicos a serem investigados.

Assim, podemos afirmar que a pesquisa-investigação será utilizada nesse estudo, sendo que a proposta inicial é refletir sobre as questões técnicas de trabalho realizadas nas consultas com pais no tratamento de criança e adolescentes. É importante salientar que a pesquisa-escuta também será utilizada na análise das vinhetas clínicas, dando suporte e embasamento para a pesquisa-investigativa.

Serão analisados três casos clínicos atendidos em meu consultório particular, cujos tratamentos já foram encerrados:

- a) Uma criança de nove anos, do sexo masculino, com atendimento semanal no decorrer de dois anos; as consultas com os pais foram periódicas;
- b) Uma jovem de dezesseis anos que manteve atendimento de duas sessões semanais no período de cinco anos; consultas mensais com a mãe;
- c) Uma criança de doze anos, do sexo masculino, com atendimento duas vezes por semana; consultas quinzenais com os pais. A criança permaneceu em atendimento durante três anos.

Serão utilizadas anotações realizadas pela analista na época dos atendimentos. Os dados pessoais dos pacientes serão alterados para que não

ocorra o reconhecimento deles. Por essa razão, podemos assegurar que serão utilizados casos fictícios embasados em dados reais.

A fundamentação teórica terá como base principal a teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott. Serão estudados conceitos, como ambiente facilitador, mãe suficientemente boa, a função do pai e consultas terapêuticas, e artigos sobre técnica psicanalítica. Também serão abordados conceitos psicanalíticos como transferência, contratransferência, *setting* analítico e aspectos inconscientes da relação analista/paciente.

O desenvolvimento do trabalho se dará em quatro capítulos.

No próximo capítulo, A importância do meio ambiente e as consultas terapêuticas de Donald Winnicott, abordarei as consultas terapêuticas que Winnicott realizou com seus pacientes e exemplificarei, por meio de dois casos atendidos por ele, a importância do trabalho realizado com os pais. Por meio de algumas consultas com os pais, eles puderam ajudar no tratamento de seus filhos. Alguns desses pacientes eram atendidos no Hospital Psiquiátrico e não teriam a possibilidade de um atendimento tradicional; assim Winnicott desenvolveu uma técnica própria que difere da psicanálise tradicional.

Utilizarei o caso “*The Piggle*” para exemplificar o trabalho de atendimento psicanalítico de acordo com a demanda; neste caso, Winnicott afirma que a ajuda dos pais foi imprescindível para a melhora da paciente.

Também demonstrarei, de forma sintética, a importância do meio ambiente para a teoria do amadurecimento humano de Winnicott, a relevância da função materna e da função paterna para a constituição da criança. O psicanalista de crianças e adolescentes deve sempre analisar o ambiente em que o paciente vive, para que possa ter sucesso no tratamento.

No terceiro capítulo, Questões técnicas: as múltiplas transferências e o manejo do *setting*, abordarei as questões técnicas implicadas nas consultas com os pais. Temas como transferência, contratransferência, manejo e *setting* serão estudados. Utilizarei exemplos de minha prática clínica para ilustrar a importância do manejo do *setting* nas consultas com os pais, de forma a não prejudicar a relação analista e paciente.

No quarto capítulo, Casos clínicos, analisarei três casos clínicos atendidos em meu consultório particular. Como já mencionado, esses pacientes não estão

mais em atendimento, todos encerraram a análise, de forma que utilizarei minhas observações anotadas na época.

Importante salientar que o estudo dos casos terá como tema principal o trabalho da analista com os pais. Utilizarei dois exemplos de casos em que as consultas com os pais favoreceram o trabalho com o paciente. E um caso em que a análise não foi bem sucedida, sendo que, na época do atendimento, eu não utilizava as consultas com os pais como ferramenta de trabalho.

No quinto capítulo, Considerações finais, responderei às questões levantadas no início deste trabalho e realizarei considerações finais sobre as consultas com os pais no tratamento de crianças e adolescentes.

2 A IMPORTÂNCIA DO MEIO AMBIENTE E AS CONSULTAS TERAPÊUTICAS DE WINNICOTT

Ao afirmar que as consultas com os pais são importantes e necessárias para o tratamento de crianças e adolescentes, estamos levando em consideração a teoria do amadurecimento de Winnicott, em que a constituição do indivíduo se dá através de sua interação com o meio ambiente.

É fundamental a importância da função materna e da função paterna para o desenvolvimento emocional do bebê.

Neste capítulo, abordo os conceitos de ambiente facilitador, mãe suficientemente boa e função paterna. Acredito que o analista, nas consultas com os pais, precisa compreender a qualidade do ambiente onde a criança está inserida e analisar aspectos relacionados à função materna e paterna, para que possa auxiliar a criança e os pais.

As consultas terapêuticas que Winnicott realizou com seus pacientes são consideradas exemplos importantes do trabalho do analista com os pais. Cito, neste capítulo, três casos atendidos por ele, em que o trabalho com os pais foi útil para a saúde psíquica dos pacientes.

2.1 Meio Ambiente Como Facilitador

Winnicott afirma “que todo indivíduo ao nascer possui uma tendência inata à integração em uma unidade, ao longo de um processo de amadurecimento, dentro de um tempo determinado” (1988/1990, p. 29). Para ele, o ser humano é uma amostra-no-tempo da natureza humana.

Sua teoria evidencia a saúde, acreditando que todos os indivíduos, ao nascer, têm essa propensão. Esclarece que:

[...] é preciso chegar a uma teoria do amadurecimento normal para podermos ser capazes de compreender as doenças e as várias imaturidades, uma vez que não nos damos por satisfeitos a menos que possamos preveni-las e curá-las... (WINNICOTT, 1962/1988, p. 65).

Para o autor (1988/1990) seria lógico descrever o desenvolvimento do ser humano desde a concepção, prosseguindo gradualmente pela vida intrauterina, o

nascimento, o bebê que aprende a andar e todo o desenvolvimento até a fase de latência; depois, o adolescente e, mais tarde, alcançando o adulto maduro, pronto para ocupar um lugar no mundo, que envelhece e, por fim, morre.

Dias (2012) afirma que todos os fenômenos humanos são um desdobramento temporal da natureza humana, de tal modo que eles não podem ser descritos, em nenhum nível, como algo substancial, sob pena de se desvirtuar a natureza fundamental do homem: a de ser um modo de temporalização. A teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal é a explicitação temporal, na forma de estágios ou etapas, das várias tarefas que a tendência inata ao amadurecimento impõe ao indivíduo ao longo da vida.

A ênfase da teoria winnicottiana recai sobre os estágios iniciais, pois é nesse período que se constituem as bases da personalidade e da saúde psíquica.

Sendo assim, o ser humano constitui-se e desenvolve-se através da interação com o ambiente; é sempre influenciado por um ambiente que está em constante mudança. Para a constituição do si mesmo e da saúde, existe a necessidade da interação do bebê com um ambiente suficientemente bom, que supra suas necessidades de forma contínua e estável.

No processo de amadurecimento, o bebê, ao nascer, apenas se relaciona com objetos subjetivos e, através da interação com o meio ambiente facilitador, desenvolve a capacidade de se relacionar com objetos objetivos. No início da vida não existe diferenciação entre o bebê e o outro; com o desenvolvimento emocional, o bebê começa a se diferenciar e enxergar o outro como um ser diferente dele.

Winnicott afirma que:

[...] de início, o relacionamento é com um objeto subjetivo, e é uma longa jornada daqui até o desenvolvimento e estabelecimento da capacidade de se relacionar com o objeto que é percebido objetivamente, e que tem a possibilidade de ter uma existência separada, uma existência exterior ao controle onipotente do indivíduo (1963/1988, p. 202).

O ambiente não se mantém facilitador durante todo o tempo; as falhas ambientais existem, pois é da natureza humana e são inevitáveis. O reconhecimento delas pelos pais e sua atitude perante essas falhas, no entanto, é o que determina a confiabilidade do ambiente, a crença em uma provisão ambiental.

É importante salientar que, em muitos casos, o indivíduo não atinge o amadurecimento, instalando-se então a doença psíquica. Geralmente são indivíduos que passaram por falhas ambientais de diferentes níveis de severidade.

Efetivamente faz-se necessário um ambiente facilitador para que a criança se desenvolva de forma sadia. O ambiente facilitador é real, composto de uma mãe ou função materna real e de um pai ou função paterna, também real.

Sobre a criança e seu mundo, Winnicott afirma que, “quando o pai e a mãe aceitam facilmente a responsabilidade pela existência da criança, o cenário fica montado para um bom lar” (1964/2008, p. 130).

O sucesso do crescimento e amadurecimento emocional de uma criança depende da existência não apenas do *holding* materno, mas também de um *holding* paterno.

2.1.1 A mãe suficientemente boa

A mãe ou função materna tem uma importância vital para o desenvolvimento e amadurecimento do psiquismo do ser humano. O bebê nasce em um estado de não integração e, mediante tendência inata ao amadurecimento e cuidados da mãe-ambiente, vai se desenvolvendo rumo à integração e à unidade enquanto ser humano.

As bases para a saúde psíquica do ser humano estão relacionadas aos cuidados maternos nos primeiros meses de vida.

Nos primórdios, o bebê é dependente física e emocionalmente da mãe; é no início da vida que o ego começa a se desenvolver. O bebê está fusionado com sua mãe; não existe uma separação entre EU e Não-EU. Podemos afirmar que, neste momento, o ego do bebê é sustentado pelo ego da mãe.

A mãe suficientemente boa aguarda os sinais do bebê, fica de prontidão para satisfazê-lo de acordo com o que necessita. O bebê acredita que o seio dela é parte dele e está sob seu controle; tem uma experiência de onipotência durante o qual vive a ilusão de estar criando e controlando o mundo.

Winnicott chama de preocupação materna primária o fato de a mãe permanecer durante os primeiros meses do nascimento identificada com o bebê. Esse processo tem início no final da gravidez, quando a mãe passa emocionalmente

por um período de preparação para os cuidados de seu filho. A mãe se entrega de forma natural, totalmente devotada à tarefa de cuidar de seu bebê, e consegue se identificar com suas necessidades, satisfazendo-as.

Segundo Winnicott:

[...] a mãe que desenvolve o estado que chamei de preocupação materna primária fornece um *setting* no qual a constituição do bebê pode se mostrar, suas tendências de desenvolvimento podem começar a se revelar e o bebê pode experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase inicial da vida (1956/1982, p. 495).

Essa condição de preocupação materna primária pode ser considerada uma doença natural; a mãe passa a se identificar com seu bebê, sendo necessário que ela seja saudável para atingir esse estado e, com o passar do tempo e o amadurecimento de seu bebê, possa sair dele e se recuperar:

[...] preocupação materna primária como uma condição psiquiátrica, acerca da mãe onde esta condição gradualmente se desenvolve e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante, e especialmente no final da gravidez e continua por semanas após o nascimento da criança. Não é facilmente recordada, uma vez tendo a mãe se recuperado dela e a recordação que a mãe tem deste estado tende a ser reprimida (WINNICOTT, 1956/1982, p. 493).

Para que a mãe possa permanecer neste estado de preocupação materna primária é essencial a presença do pai ou da mãe da mãe, para que ela possa sentir-se amparada e segura para cuidar de seu bebê. Essa condição psicológica da mãe está relacionada mais com a empatia do que com a compreensão intelectual.

A mãe suficientemente boa é a mãe que ingressa em estado de preocupação materna primária. Podemos afirmar que, quando a mãe consegue permanecer neste estado de preocupação materna primária, propicia ao seu bebê uma experiência de onipotência, anulando sua real condição de fragilidade e insuficiência. A possibilidade de experimentar a onipotência é essencial para o amadurecimento humano, pois essa experiência vai criar a ilusão necessária para o desenvolvimento saudável.

A mãe suficientemente boa utiliza-se do *holding* para dar continência ao seu bebê. *Holding* inclui a provisão ambiental proporcionada durante o estágio de dependência absoluta e representa tudo o que a mãe proporciona ao seu bebê. É

através da função de *holding*, de sustentar adequadamente o seu bebê, que a mãe faz a função de ego auxiliar, de forma a fortalecer o ego frágil do bebê, favorecendo, por meio dessa vivência, a integração do ego do bebê. O *holding* inclui especialmente o cuidado físico do lactente e é sentido pelo bebê como amor. A mãe ama através dos cuidados prestados ao bebê. Winnicott afirma que “o *holding* é a única forma em que uma mãe pode demonstrar ao lactente o seu amor” (1960/1988, p. 48).

O *holding* inclui a rotina completa de cuidados do bebê, dia e noite, um cuidado constante, que vai favorecer o amadurecimento tanto físico como psicológico.

Winnicott afirma:

[...] apenas se tiver uma mãe suficientemente boa poderá o bebê iniciar o processo de amadurecimento. Uma suficientemente boa proteção do ego do bebê pela mãe em relação às ansiedades inimagináveis vai possibilitar ao novo ser humano construir uma personalidade no padrão de continuidade do ser (1962/1988, p. 59).

É natural que a mãe falhe enquanto provisão ambiental; ao serem percebidas e corrigidas essas falhas, a mãe proporciona uma sensação de segurança. Mas se essas falhas ocorrem de forma contínua, sem possibilidade de reparação, pode instalar-se a doença psíquica. Os fracassos maternos são sentidos pelo bebê como invasões e produzem reações que interrompem o “continuar a ser” do bebê.

Quando esse cuidado materno se revela suficientemente bom e se mantém numa continuidade, dia após dia, o bebê experimenta a continuidade do ser e vai amadurecendo e desenvolvendo-se enquanto um ser único diferenciado de sua mãe.

É a capacidade de a mãe se identificar com seu bebê que permite dosar as possibilidades de ele suportar a sua ausência, o que vai acontecendo gradativamente. O bebê, no decorrer do tempo, passa de um estágio em que se fundia com a mãe para um estágio de diferenciação do ego, em que seu próprio *self* passa a existir.

Winnicott afirma que “com o cuidado que o lactente recebe da mãe é capaz de ter uma existência pessoal, e assim começa a construir o que pode ser chamado de continuidade do ser” (1960/1988, p. 53).

2.1.2 A função do pai

A teoria winnicottiana também nos aponta a importância do pai para o amadurecimento do indivíduo, de forma que valoriza a função paterna na posição dual (mãe-bebê), diferentemente da leitura da psicanálise clássica, que afirma a importância do pai no Complexo de Édipo, ou seja, na tríade.

Para Winnicott, o pai é o pai real e não uma imagem da mãe. Ele funciona como uma camada protetora e possibilita à mãe entrar e permanecer no estado de preocupação materna primária. É importante para o desenvolvimento da criança que possa existir um pai forte, que possa ser respeitado e amado: “uma das coisas que o pai faz para seus filhos, é estar e permanecer vivo durante os primeiros anos da criança” (Winnicott, 1964/2008, p. 131).

A presença paterna começa desde o início da vida do bebê. Nos primórdios do desenvolvimento mãe e bebê formam uma só unidade; mesmo indiretamente, o pai torna-se essencial, pois participa do ambiente familiar. A qualidade da presença do pai no ambiente é de extrema importância, pois ao cuidar das necessidades da esposa, estará proporcionando auxílio para que ela possa ser uma mãe suficientemente boa.

O pai é valioso para que a mãe possa sentir-se bem em seu próprio corpo. Ao sentir-se amada e desejada pelo marido, conseguirá ser uma mãe melhor para seu bebê. A criança é sensível e, ao perceber que existe um casal que está bem, sente-se mais tranquila.

Winnicott afirma que:

[...] o pai enriquece a vida dos filhos, as crianças formam seus ideais, pelo menos em parte, como base no que veem ou pensam que veem, quando olham para o pai. Um novo mundo se abre quando o pai gradualmente desvenda a natureza do trabalho para onde sai todas as manhãs e do qual regressa todas as tardes... Olhar para a vida do pai amplia os horizontes infantis do mundo (1964/2008, p. 131).

Segundo Winnicott, “é mais fácil para as crianças estarem aptas a contarem com dois pais; um dos pais pode ser encarado como a permanência do amor, enquanto o outro é detestado, e isso constitui em si uma influência estabilizadora.” (1964/2008, p. 129-130).

Naffah Neto afirma que:

[...] muito embora o pai seja visto pelo bebê, nos primeiros tempos, como um aspecto da mãe, é necessário que ele possa, de fato, permanecer no seu lugar, distinto, de esposo e pai, por várias razões. A primeira delas é para que, enquanto tal, ele possa dar suporte material e afetivo à esposa, dando-lhe condições de cuidar do filho pequeno durante o tempo que for preciso. A segunda razão considera que somente o pai permanecendo na posição própria, no seio da família, dará a oportunidade de percebê-lo como uma terceira figura, distinta da mãe. E, assim, durante todo o desenvolvimento do complexo de Édipo, poder ser a figura de rivalidade... Isso, além de poder aparecer para o filho como uma referência única: exemplo de integração, de totalidade pessoal, em um período em que a criança ainda está em busca de sua própria individualidade, confundida que está com a mãe (2014, p. 327).

A criança precisa do pai em função de suas qualidades positivas e das coisas que o distinguem de outros homens. Durante os primeiros meses, a criança aos poucos começa a enxergar o pai, podendo estender ou não os braços para ir até seu colo; o pai precisa aguentar e se fazer presente, pois aos poucos ele vai fazendo parte do olhar da criança e a auxilia para que ela possa ampliar seu mundo.

Segundo Winnicott:

[...] o pai entra no quadro geral de duas maneiras. Até certo ponto, ele é uma das duplicações da figura materna. Nos últimos cinquenta anos os pais se tornaram muito mais reais para seus filhos no papel de duplicação da mãe do que eles eram, parece, décadas atrás. No entanto, isso interfere com a outra característica do pai, segundo a qual ele acaba entrando na vida da criança como um aspecto da mãe que é duro, severo, implacável, intransigente, indestrutível, e que, em circunstâncias favoráveis, vai gradualmente se tornando alguém que pode ser temido, odiado, amado e respeitado (1966/1999, p. 126-127).

O pai colabora para a saúde e também para as perturbações decorrentes de suas falhas.

Ele é fundamental no estágio do concernimento, em que o bebê experimenta o conflito entre amor e ódio e é o pai que protege a mãe, permitindo à criança a expressão instintiva, o desenvolvimento do senso de culpa e a responsabilidade para com o outro.

No conflito edipiano o pai é fundamental como homem real, que exerce ações concretas de proteção, intervenção e sustentação das relações familiares. Ele é importante como integrante da família, marido da mãe e homem, e por representar para a criança um terceiro que exerce a função de interditor sexual ou objeto de desejo. A criança passa a perceber que entre o pai e a mãe existe uma relação especial, da qual ela não faz parte.

Dias Rosa (2014) esclarece que:

Por mais doloroso que possa ser o sentimento de exclusão que esse fato ocasiona na criança, gerando nela uma série de fantasias agressivas, de ódio e de vingança, é exatamente esse dado da realidade – a existência do casal parental unido amorosa e eroticamente – que fornece à criança um ponto de referência e de estabilidade em relação ao qual ela poderá enfrentar e experimentar todos os sentimentos e impulsos que dizem respeito às relações triangulares e/ou edípicas (p. 35-36).

Na adolescência, em que todos os conflitos serão revividos, o pai representará a ordem, a lei e os limites. Importante que ele possa lidar com a ambivalência e suportar, e não entrar em competição com o filho.

Verifica-se que a teoria winnicottiana trouxe contribuições significativas para o entendimento da função paterna em todas as fases do desenvolvimento emocional do indivíduo.

2.2 As Consultas Terapêuticas

Em seu livro *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil* (1971/1984), Winnicott descreve vários de seus atendimentos em consultas terapêuticas, em que realizou, dependendo da demanda do paciente, um ou mais encontros com o paciente e contato com os pais. Muitas dessas comunicações com os pais eram únicas e seguidas por contatos telefônicos ou cartas. Observa ele que, nas consultas terapêuticas, não existe uma técnica única como na psicanálise tradicional; os casos são distintos e existe um intercâmbio mais livre entre pacientes e terapeuta. São consultas que auxiliam os pacientes e os pais, sem que necessitem entrar em tratamento psicanalítico.

Segundo Winnicott (1971/1984):

[...] neste trabalho, o terapeuta cobra da capacidade da criança o crédito na confiabilidade humana. O terapeuta permanece um “objeto subjetivo” e o trabalho é diferente daquele da psicanálise, no aspecto em que isso não é feito em termos de exemplos de transferência de neurose (p. 226).

A criança que apresenta condições saudáveis e um ambiente favorável pode, através de uma pequena ajuda terapêutica, ingressar no processo de desenvolvimento natural. Em muitos casos, as consultas terapêuticas proporcionam a melhora do sintoma; as interpretações não produzem o resultado, mas ajudam a criança a descobrir o que já havia nela mesma.

A interpretação do inconsciente não é o ponto mais importante. Ao fazer uma interpretação, o analista deve levar em consideração a reação da criança, se ela discorda ou se omite da resposta, talvez não tenha sido uma interpretação correta. Importante respeitar o paciente.

Segundo o autor (1971/1984), “com suporte do ego fornecido pelo terapeuta, a criança se torna capaz, pela primeira vez, de assimilar essas experiências-chave na personalidade global” (p. 227).

As consultas terapêuticas consistiam, na maioria das vezes, em dois contatos com os pais, uma entrevista e uma devolutiva, e duas ou três sessões com a criança. Winnicott utilizou o método de consultas terapêuticas para que pudesse atender um número maior de pacientes. Geralmente, ele via a criança primeiro, mas não era uma regra de sua técnica; trabalhava de acordo com a demanda. Cita alguns exemplos em que fez primeiro a entrevista com os pais.

Para entrar em contato com a criança, utilizava o jogo dos rabiscos, que consiste em fazer um traço no papel e solicitar à criança um desenho a partir daquele risco; a criança também deveria fazer outro risco para que Winnicott desenhasse. Para Winnicott, foi uma maneira de entender o que a criança estava sentindo. Após alguns desenhos, solicitava um sonho e geralmente o material indicava o sintoma que a criança apresentava.

A análise do material nas consultas terapêuticas sempre leva em consideração a teoria do amadurecimento emocional e a relação da criança com o ambiente familiar.

Os desenhos também são importantes nas entrevistas com os pais; são utilizados para descrever o que a criança sente. Para Winnicott, faz mais sentido

para os pais visualizarem o desenho real do que apenas ouvir o relato sobre a consulta. Esses pais já conhecem o desenho da criança, que oferece desenhos para eles e os traz da escola, mas geralmente eles se surpreendem quando observam os desenhos em sequência, que revela o funcionamento da dinâmica emocional da criança.

Winnicott mostra o quanto é importante observar o uso que os pais fazem dessas entrevistas. Para que as consultas terapêuticas possam ter efeito, são necessárias figuras parentais sensíveis que, ao serem informadas sobre a dinâmica emocional do filho, possam colaborar para um desenvolvimento emocional sadio. A consulta terapêutica proporciona aos pais um espaço para falar de suas dificuldades e de trocar experiências. Se o tratamento produz mudanças significativas na criança, o terapeuta é colocado na posição de alguém em quem os pais confiam.

Muitas vezes os pais auxiliam o filho colaborando com o tratamento, mas outros não conseguem elaborar a devolutiva do analista de forma positiva e atrapalham o contato do terapeuta com o filho. O analista deve estar atento a esses fatores inconscientes.

Segundo o autor, é importante que o analista aceite as opiniões dos pais nas consultas terapêuticas; são eles os responsáveis pela história e por levar o paciente às consultas. Mas o relato deles nunca deve ser visto como verdade absoluta e objetiva; em alguns casos, o sintoma da criança reflete a doença de um ou ambos os pais e o analista deve estar atento a essas questões. A criança é quem melhor explicita a deficiência do meio em que vive.

Assim, é bastante claro como Winnicott participa do tratamento apenas como um observador da história trazida pelos pais e paciente; não como o analista que detém o poder sobre o paciente e a família.

Há casos em que, na primeira entrevista, é realizado um trabalho profundo e as mudanças podem ser utilizadas pelos pais, auxiliando o filho no seu processo de desenvolvimento. Mas há também situações em que as consultas terapêuticas não são eficazes ou o ambiente em casa não é facilitador e as consultas não produzem o efeito desejado, sendo necessário o encaminhamento para o tratamento psicanalítico tradicional.

Segundo Winnicott, a ausência de melhora pode estar relacionada com a dificuldade dos pais e a ausência de ajuda da família. Geralmente, nestes casos, a

criança está envolvida em uma situação familiar doente, em que o sintoma da criança representa a doença da família.

Para que ocorram mudanças provenientes dessas consultas é necessário que exista um ambiente saudável; caso contrário, o processo de desenvolvimento é interrompido:

[...] a principal dificuldade na avaliação dos casos para esse trabalho de consultas terapêuticas é a de avaliar o meio ambiente imediato da criança. Onde há um poderoso e contínuo fator externo adverso ou ausência de consistente cuidado pessoal é preciso evitar essa espécie de procedimento, devendo-se sentir inclinado a explorar o que pode ser feito mediante tratamento cuidadoso ou ainda instituir uma psicoterapia que possa dar à criança a oportunidade para um relacionamento pessoal do tipo geralmente conhecido como transferência (Winnicott, 1971/1984, p. 14).

O trabalho que Winnicott realizou através das consultas terapêuticas pôde dar condição para a melhora do paciente e, em muitos casos, também contribuiu para melhora do ambiente familiar.

Fica bastante clara a importância que ele dava ao ambiente, aos contatos frequentes com os pais e até contatos com a escola para melhor orientação sobre a forma de agir com o paciente.

Como exemplo, cito dois atendimentos de consultas terapêuticas realizados por Winnicott e o trabalho psicanalítico realizado com Gabrielle (*The Piggie*).

2.2.1 Caso Robin

Robin tinha cinco anos; era o filho mais novo da família, seus irmãos estavam na puberdade.

O sintoma de Robin era a rejeição à escola; apresentava ainda alguns comportamentos regressivos, como maior dependência da mãe. Tinha uma vida rica em família e ir à escola marcava um estágio importante; estava resistente em iniciar o ciclo escolar.

Como filho mais novo e o último da família, o conflito da criança em relação à escola era sobreposto pelo conflito pessoal da mãe. Com a ida dele à escola, ela estaria sendo destituída de suas tarefas de mãe; por outro lado, para ela, o fim das funções maternas da primeira infância poderia também significar liberdade para

cuidar de seus projetos pessoais. Portanto, existia um conflito na própria mãe, em que ingressar num momento novo de projeto de vida representava se ausentar da função materna que tinha realizado até o momento.

Winnicott fez a primeira entrevista com a mãe e um novo contato com os pais após a consulta terapêutica com Robin. Afirma tratar-se de um caso saudável e que talvez o próprio desenvolvimento pudesse favorecer a eliminação do sintoma, sem necessariamente precisar de ajuda profissional. Mas, segundo os pais, o trabalho com Robin e a família foi importante para que pudessem auxiliá-lo no seu desenvolvimento. Após a entrevista com Robin, houve uma facilitação desse processo.

Winnicott inicia a entrevista com o jogo dos rabiscos, deixando claro que poderia não ter o resultado esperado, pois Robin tinha apenas cinco anos.

No início, Robin ficou sem saber o que fazer, mas a entrevista foi transcorrendo e o contato entre paciente e analista, se formando. Grande parte da entrevista dependeu de Winnicott e da maneira como procedeu; somente no final do trabalho ocorreu a manifestação do si mesmo do paciente.

O jogo do rabisco transcorreu com a ajuda de Winnicott. Inicialmente ele segurou a folha para que Robin pudesse desenhar. Sem a sua interferência provavelmente a entrevista seria superficial.

Uma sequência de desenhos foi elaborada: um peixe com cabelos encaracolados, sobancelhas e olhos, uma jarra, uma cobra, um porco, um ganso, uma cobra enrolada feliz. Robin afirmou que gostava desta cobra que está enrolada. Enquanto prosseguia começou a tocar no rosto e brincar com o lápis. Winnicott lembrou que sua mãe havia informado que, quando ele era bebê, não usava objetos transacionais, tocava o rosto dela e acariciava-o até dormir. Na sequência, Winnicott verbalizou que a cobra feliz representava ele mesmo, enrolado no colo da mãe, sentindo-se salvo e protegido do mundo.

Os desenhos eram postos no chão perto da mesa, de forma que poderiam ser vistos todos de uma única vez. Robin, então, afirmou que era uma fazenda. Ao ser questionado se ele gostaria de ser fazendeiro, respondeu que gostaria, mas teria muito trabalho a ser feito numa fazenda. Frente a essa resposta, Winnicott verbalizou para Robin: “você quer saber se vai para o mundo, ser um fazendeiro e trabalhar ou se fica onde possa voltar para o colo da mãe para se enroscar como a

cobra e tocá-la quando quiser, por prazer” (1971/1984, p. 46). Robin aceitou a ideia sem dificuldade.

Através do jogo, Robin pôde perceber seu conflito, que estava relacionado a sair para o mundo e crescer, ou permanecer na dependência da mãe. Robin não era uma criança doente, mas dependeria da ajuda dos pais para a superação do sintoma e para frequentar a escola, sem que houvesse a rejeição.

Após a explicação de Winnicott aos pais, eles puderam entender o que estava acontecendo com o filho e o auxiliaram para que ficasse bem. Organizaram uma dinâmica familiar de forma que o pai se propôs a levá-lo à escola e o sintoma foi resolvido. A mãe pôde entender o seu próprio conflito e aceitar a ajuda do pai para que o desenvolvimento de Robin pudesse transcorrer naturalmente.

Este foi um caso bem sucedido. Dois fatos importantes ocorreram: o próprio paciente pôde entrar em contato com seu conflito em uma única consulta, demonstrando-se uma criança saudável emocionalmente, e o esclarecimento para os pais da dinâmica emocional de Robin possibilitou a ajuda deles para a remissão dos sintomas.

Verifica-se, portanto, que o trabalho de Winnicott com os pais foi essencial para o resultado positivo do tratamento. Importante salientar que os pais de Robin tinham condições de proporcionar um ambiente facilitador para o filho.

Winnicott afirma que “não há dúvida de que, embora se receba pagamento por esse trabalho, um grande prazer deriva-se do encontro, neste método profissional, com uma criança que está bem dentro do significado da palavra normal” (WINNICOTT, 1971/1984, p. 37).

2.2.2 Caso Milton

Milton tinha oito anos. Era o filho mais velho, com irmãos gêmeos de seis anos na ocasião e uma irmã de quatro anos.

A mãe escreveu a Winnicott contando, de seu ponto de vista, que Milton nunca havia aceitado a chegada dos gêmeos. Escreveu que o nascimento dos irmãos gêmeos criou uma grande confusão e ele ficou dependente da mãe. Havia sintomas como a predileção por situações sadomasoquistas, sentia prazer com a

ideia de apanhar. Em casa, era agitado e agressivo; na escola era nervoso; não tinha muitos amigos, tirava notas boas, apresentando interesse por História e Inglês.

A mãe passou por um processo de psicanálise, que, apesar de ajudá-la com os outros filhos, não resultou em nenhum progresso com Milton.

Na primeira consulta, os pais e Milton entraram na sala. Winnicott conversou com os três por poucos minutos e os pais se retiraram e aguardaram durante uma hora e quinze minutos.

No início da consulta terapêutica, Milton permaneceu inquieto; durante o jogo dos rabiscos ficou mais de pé do que sentado. Revelando dificuldade de entender os sentimentos, não conseguiu de imediato entrar no jogo dos rabiscos e tentava sempre realizar jogos de ganhador e perdedor.

Winnicott precisou jogar outros jogos, como jogo da velha, para mais tarde conseguir ingressar com Milton no jogo dos rabiscos. Milton associou o primeiro desenho feito por Winnicott com um oito e informou que tinha oito anos. Neste caso, de imediato, Winnicott faz um comentário sobre o seu desenho, informando que era ele, pois tinha oito anos. Milton então pôde entrar em comunicação e desenhou um rabisco vigoroso, olhou para o desenho e disse que este desenho era ele novamente: “é um nove e eu farei nove anos na semana que vem”.

O jogo dos rabiscos prosseguiu e Milton continuava inquieto pela sala. Fez um vulcão e Winnicott afirmou que era ele novamente. Na sequência, Milton fez dois traços, que Winnicott transformou em uma cabeça e uma menina com uma bolsa, mas Milton falou que, na verdade, era uma lanterna. Para Winnicott essa afirmação representava que ele não conseguira contato com os pensamentos de Milton.

O desenho seguinte, Winnicott transformou um traço que Milton havia desenhado em um vaso e uma flor; Milton de imediato falou que estava errado, na realidade era um furacão. Frente a tal afirmação, Winnicott falou: “parece que todos eles são sobre você, exceto talvez a garota, mas é claro, fui eu quem o fez” (p. 212). Nesse momento Milton parecia estar satisfeito em jogar com Winnicott, fez um livro e se identificou falando que era ele novamente, pois adorava ler.

Ao ser questionado sobre os sonhos, Milton se lembrou de um, assustador, que aconteceu por volta dos três anos. Winnicott associou a idade do sonho com nascimento dos gêmeos, apesar de lembrar que os irmãos nasceram quando ele tinha dois anos.

O sonho contado por ele era confuso. Primeiro havia um candelabro e uma mulher vermelha; também havia tobogãs que desciam na areia e escorregavam para a praia e para o mar. Eram muitas as mulheres vermelhas, o vermelho era a cor do sangue. Winnicott percebeu que a lembrança estava assustando Milton e começou a perguntar sobre outros assuntos, como literatura e qual a profissão que gostaria de seguir.

Após determinado tempo, quando pôde adquirir confiança em Winnicott, Milton retornou ao tema dos sonhos e começou a verbalizar os seus sentimentos. Ele afirmou que foi um choque quando os gêmeos nasceram, causando uma mudança em sua vida. Também pôde expressar que não gostava do mundo, não gostava de viver e a escola era horrível porque era obrigado a acreditar em Deus. Queria ser filho único e por isso batia em seu irmão. Pôde lembrar-se de outros fatos do sonho, que o candelabro era um peito, o tobogã e o escorregador para o mar tinham relação com o nascimento, e também tinha um homem que agarrava todas as mulheres juntas no pênis. Lembrou que era muito pequeno quando teve o sonho e ficou muito assustado, pois tudo era vermelho.

Para Winnicott, Milton, neste momento do trabalho, manteve contato com as fantasias e seu impulso sádico. O sonho representava uma mistura de nascimento e ataque sádico. Através da consulta terapêutica, pode lembrar o sonho assustador e também reviver a época próxima do nascimento dos irmãos.

Verifica-se que Winnicott cuidou do manejo da sessão. Preocupado com as ansiedades das lembranças, pôde, em determinado momento, tranquilizar Milton falando de outros assuntos, para que, posteriormente, após adquirir confiança, o paciente pudesse reviver o momento traumático.

Um mês após o contato com o menino, Winnicott fez a entrevista com os pais. Relatou detalhes da consulta e eles sentiram que a visão que tinham do filho se enriqueceu. Segundo Winnicott, é importante lembrar que os pais não têm conhecimento do que está acontecendo durante a psicoterapia; talvez a sintam como um grande mistério. Quando ouvem uma avaliação sobre o filho, do que aconteceu na consulta terapêutica, podem utilizar as informações sobre determinados aspectos emocionais dele que não são evidentes na vida familiar. Durante as entrevistas com os pais podem aparecer detalhes significativos que auxiliam e enriquecem o entendimento do caso.

A família, após a primeira entrevista, foi capaz de auxiliar Milton nas semanas e meses seguintes, reconhecendo que, sem a consulta terapêutica, eles não conseguiriam tal resultado. Ocorreram mudanças significativas no ambiente familiar e o resultado foi benéfico para o desenvolvimento de Milton.

O pai afirmou que, após a consulta terapêutica, Milton encontrou a chave de todo o adoecimento. Voltou para casa e conseguiu demonstrar para os pais o seu sentimento em relação aos irmãos.

Em outra ocasião, a mãe escreveu para Winnicott informando que a mudança em Milton produziu outras mudanças favoráveis em todo o ambiente familiar. Milton estava podendo usufruir do que a família podia oferecer, estava mais solto e menos dependente da mãe.

Em um ano, Winnicott viu Milton quatro vezes a pedido da própria criança e teve contatos telefônicos com a mãe, mas acredita que o acontecimento significativo ocorreu no decorrer da primeira entrevista e do trabalho realizado com os pais.

2.2.3 *The Piggle*

Winnicott (1977/1987) concedeu um relato bastante rico do tratamento de uma menina de dois anos e quatro meses, apelidada de *Piggle*. Logo na apresentação do trabalho informa que o livro, apesar de ser de sua autoria, também foi parcialmente escrito pelos pais da pequena Gabrielle.

A seguir farei um breve relato do trabalho que Winnicott realizou com a paciente e a importância atribuída aos pais.

Segundo Clara Winnicott, no manuscrito do livro havia um lembrete de Winnicott afirmando que deveria fazer um comentário sobre sua maneira de trabalhar com os pais da paciente. Infelizmente ele não chegou a escrever sobre o assunto, mas deixou as seguintes anotações: “dividir o material com os pais – terapia familiar não – psicanálise compartilhada. Nenhuma quebra de confiança da parte deles e eles não interferiram” (1977/1987, p. 10). Assim, podemos verificar a importância que Winnicott atribuiu aos pais no trabalho com *Piggle*.

Deus (2014) esclarece que, durante todo o tratamento de *Piggle*, Winnicott contou com o auxílio dos pais em termos de ambiente facilitador, sendo que a

confiança depositada no analista pelos pais foi um aspecto importante na relação transferencial.

Esse tratamento não foi um tratamento psicanalítico clássico. Ela morava longe e não poderia frequentar o consultório diariamente. Winnicott recebeu uma carta da mãe solicitando que marcasse uma consulta para a filha, pois, após o nascimento da irmã, quando Gabrielle tinha vinte e quatro meses, apresentou sintomas de ansiedade, ocorrendo uma mudança de comportamento.

Gabrielle não conseguia dormir à noite. Durante o dia apresentava depressão e apatia. Muitas vezes não se referia a ela mesma; sempre que questionada, falava que era outra pessoa.

A mãe contou para Gabrielle que havia escrito para o Dr. Winnicott. Segundo a mãe, Gabrielle pediu: “mamãe, me leva ao Dr. Winnicott”.

As consultas ocorreram durante dois anos e oito meses, ao todo foram quatorze consultas.

Na primeira consulta, a mãe precisou entrar com Gabrielle na sala, sendo que no corredor ela afirmou que era tímida demais; pouco tempo depois, estabeleceu comunicação com Winnicott e puderam brincar. A mãe, então, saiu da sala e aguardou na recepção.

Winnicott entendeu que, ao afirmar que era tímida, ela demonstrou uma força e organização do ego. Também pôde perceber que os problemas iniciaram com o nascimento de um novo bebê e que, por meio da regressão, tornando-se um bebê no berço, tentava uma resolução temporária. Gabrielle estabeleceu uma relação com o analista de modo que ele representava uma “pessoa papai”.

Um mês após a primeira consulta, o pai escreveu uma carta para Winnicott agradecendo o seu telefonema. Fez vários comentários sobre o comportamento da filha e comunicou que Gabrielle solicitava ver o “Dr. Winnicott”.

O tratamento transcorreu de acordo com a demanda de Gabrielle e cartas dos pais esclarecendo o seu comportamento em casa.

Nas consultas, a pequena Gabrielle era comunicativa e se preocupava em demonstrar para Winnicott o que realmente estava acontecendo com ela; por meio das brincadeiras, Winnicott pôde realizar o tratamento.

Segundo Winnicott, o trabalho foi possível pois contou com a ajuda dos pais. Utilizou-os como parte do tratamento; trocou várias cartas e telefonemas com eles.

O contato possibilitou aos pais confiar no terapeuta, evitando interferências negativas e tornando a colaboração e a participação deles importantes para o êxito do tratamento. Winnicott afirma que introduziu os pais, inclusive, para manter-se “vivo” para Gabrielle. Em determinado momento do tratamento, Gabrielle solicita uma consulta com o “Dr. Winnicott”, mas ele não pôde atendê-la. Ele escreve para a mãe: “aflige-me não poder marcar uma hora para Gabrielle... Seria possível a vocês dizerem a ela que pretendo vê-la, embora não possa fazê-lo de imediato...” (Winnicott, 1977/1987, p. 99).

A mãe esteve apenas uma vez no consultório; o pai participou de todo o tratamento, muitas vezes fazendo a função da mãe. Em algumas sessões, ele foi solicitado a entrar na sala; Gabrielle fez uma brincadeira como se nascesse das pernas de seu pai. Winnicott afirma que foi importante o pai aguentar com paciência todos esses jogos. Gabrielle usou-o no momento da regressão e o pai pôde suportar e permanecer junto no tratamento.

Segundo Winnicott, o tratamento, de acordo com a demanda e o contato com os pais, possibilitou a Gabrielle iniciar um desenvolvimento natural.

Em nota no posfácio do livro *“The Piggle, relato do tratamento psicanalítico de uma menina”* (1977/1987), os pais de Gabrielle narram:

O fato de os pais poderem participar de um processo de crescimento e reparação foi-lhes de grande valor. Tal participação evitou o que se pode frequentemente observar: os pais sentem que foram ignorados e, desta forma, talvez se predisponham a sentimentos de rivalidade e competição com o terapeuta; talvez tenham inveja do terapeuta e da criança, ou, alternadamente, para evitar tais sentimentos penosos, assim como para evitar a conduta obstrutiva insidiosa que pode desses resultar, os pais se retraem, saindo do campo de influências de um relacionamento vivo com a criança, simplesmente entregando-a a um profissional com mais conhecimento de prática.

Assim, apesar de Winnicott ser alvo de muitas críticas de psicanalistas da época, que alegavam que esse tipo de tratamento por demanda não poderia ser denominado psicanálise, afirmava que o que importava era o resultado do trabalho junto aos pacientes:

Em minha opinião, nossos objetivos no exercício da técnica padrão não são alterados, no caso de interpretarmos os mecanismos mentais que pertencem aos tipos psicóticos de desordem e aos estágios primitivos nas fases emocionais do indivíduo. Se nosso objetivo continua a ser o de

verbalizar o consciente incipiente em termos da transferência, então estaremos fazendo análise; caso contrário seremos então analistas fazendo outra coisa que consideramos apropriada à ocasião. E por que não? (Winnicott, 1977/1987, p. 15).

Verifica-se, portanto, que Winnicott introduziu os pais no tratamento de crianças e adolescentes atendidos por ele. Nos casos apresentados acima, o auxílio dos pais foi necessário para o bom resultado do tratamento.

As consultas de Winnicott com os pais proporcionaram o entendimento da dinâmica da criança e da dinâmica familiar, facilitando a modificação do ambiente e a retomada do desenvolvimento da criança.

Podemos citar o caso de Robin como um exemplo de que o sintoma da criança pode estar relacionado ao sintoma de um dos pais. A sua dificuldade de crescer tinha relação com questões inconscientes da própria mãe em se ausentar de suas funções maternas e cuidar dos projetos pessoais. A família pôde entender e proporcionar mudanças no ambiente familiar; o pai ficou mais presente e começou a levá-lo à escola, como se autorizasse o crescimento do filho.

Também fica evidente o auxílio dos pais no caso do paciente Milton. Seus pais, após as explicações de Winnicott, compreenderam o funcionamento do filho e através de um olhar diferenciado proporcionaram mudanças importantes no ambiente familiar, possibilitando o seu desenvolvimento.

Em *Piggle*, também verificamos a importância do trabalho de Winnicott com os pais. Ele considerava essencial a confiança dos pais depositada nele para que o tratamento pudesse transcorrer de forma satisfatória. A comunicação frequente entre pais e analista foi primordial no tratamento de Gabrielle.

É importante salientar que Winnicott, ao tratar de seus pacientes, levava em consideração a sua teoria do amadurecimento, em que o ambiente facilitador, que inclui a mãe suficientemente boa e o pai exercendo adequadamente a função paterna, é essencial para o desenvolvimento da criança.

3 QUESTÕES TÉCNICAS: AS MÚLTIPLAS TRANSFERÊNCIAS E O MANEJO DO *SETTING*

A introdução dos pais no tratamento de crianças e adolescentes implica questões técnicas bastante complexas, visto que o manejo do *setting* e as questões transferenciais diferem da psicanálise de adultos.

As transferências ocorrem desde o primeiro contato telefônico. Cito como exemplo uma mãe que trocou o meu nome pelo nome da pediatra. Talvez o desejo dessa mãe fosse que a pediatra pudesse acolhê-la, porque tinha mais intimidade e afetividade com a mesma do que comigo, que não conhecia.

Nos casos de pais separados, verifica-se que as questões transferenciais são mais complexas ainda. Muitas vezes tentam colocar o analista no lugar de um juiz e é extremamente importante que o analista possa entender e não ocupar este lugar.

Assim, ao analisar as múltiplas transferências, também adentramos na questão técnica referente ao manejo do *setting*.

O *setting* se diferencia do tratamento de adultos, sendo que nas consultas com os pais existem importantes variáveis a serem consideradas. Cito como exemplo a periodicidade das consultas, a solicitação de mudança de horário, a particularidade das consultas de pais separados, como também o cuidado com o paciente, informando-o sobre as consultas para que ele não se sinta invadido e desrespeitado. Portanto, o manejo do *setting* é necessário e pode variar de acordo com o caso.

Neste capítulo abordo o conceito de transferência na teoria psicanalítica, como também questões relacionadas ao manejo do *setting*. Para tanto, uso como ponto de partida alguns textos de Freud sobre a transferência, com um breve relato das principais questões tratadas por ele. Na sequência, analiso o conceito na teoria do amadurecimento emocional de Winnicott. O conceito de *setting*, por sua vez, será desenvolvido a partir da clínica winnicottiana.

Outro ponto que considero importante e abordo neste capítulo está relacionado às transferências do analista. Entendo que, nos atendimentos dos pacientes e seus pais, o analista está implicado com suas próprias questões inconscientes. É necessário que ele possa entendê-las e utilizá-las para o bom andamento do trabalho psicanalítico. Vários autores descreveram a importância da

análise pessoal do analista e sua interferência no trabalho com os pacientes. Buscarei apresentar a leitura de Freud e Winnicott sobre o tema.

3.1 A Transferência

A transferência é um conceito central da psicanálise, tanto do ponto de vista técnico como teórico, embora ela não seja um fenômeno específico do processo psicanalítico e possa ser observada nas diferentes relações humanas.

Na psicanálise, é utilizada para definir a relação analista-paciente. O conceito não foi criado pela psicanálise, mas evidenciado como um fenômeno inconsciente que precisa ser utilizado como ferramenta para o processo psicanalítico. A transferência está presente desde o início, ou mesmo antes do tratamento, pois alguns pacientes sonham com o analista sem terem iniciado o tratamento.

Por meio da interpretação e do manejo da relação transferencial, o analista pode auxiliar o paciente no entendimento de suas questões inconscientes. A vida emocional do paciente, até então mantida inconsciente, é revivida na relação transferencial.

Zimerman (2004) nos levanta a seguinte questão:

Na prática analítica o que é mais relevante? O clássico conceito de Freud de que a transferência resulta de uma compulsiva necessidade de repetição ou a tendência atual de considerá-la como uma repetição de necessidades que não foram compreendidas e resolvidas no passado primitivo. Ou ambas têm a mesma relevância? (p. 126).

3.1.1 A transferência em Freud

Ao analisar os textos de Freud, verifica-se que a sua conceituação da transferência não é linear e sofre modificações de acordo com o desenvolvimento de sua teoria. A transferência é vista desde como uma “falsa ligação” que atrapalha o tratamento até sua aceitação como fenômeno fundamental e essencial na análise, possibilitando o tratamento psicanalítico.

Em seu livro *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895/1969), Freud entende que a transferência é uma “falsa ligação” a serviço da resistência. O paciente transfere para a figura do médico suas ideias aflitivas, atuando como uma interferência negativa no processo de análise. Afirma que o paciente se assusta ao verificar que está transferindo para a figura do médico as representações aflitivas que emergem no conteúdo da análise. Trata-se, então, de uma compulsão dos desejos ligados à pessoa que ocupa a mente do paciente no momento. A transferência como falsa ligação era considerada por Freud uma ocorrência frequente e usual em algumas análises, podendo levar à interrupção do tratamento.

Assim, a transferência era entendida como uma ligação incorreta, em que o conteúdo do desejo de origem que fora recalçado pelo paciente é transferido para o médico.

Em *A Interpretação dos Sonhos*, Freud (1900/1969) utiliza o termo transferência e pensamentos de transferência enquanto modo de deslocamento em que os desejos inconscientes se disfarçam e se apresentam através dos restos diurnos. Desta forma, utiliza a transferência para entender o processo de elaboração onírica.

No trabalho *Fragmentos da análise de um caso de histeria* (1905/1969), Freud repensa a questão transferencial na análise de sua paciente Dora. A transferência passa a ocupar um lugar importante e estratégico, pois o autor a entende agora como um fenômeno fundamental do processo de análise, sendo uma exigência indispensável no tratamento psicanalítico. Afirma que:

Durante o tratamento psicanalítico, pode-se dizer com segurança que uma nova formação de sintomas fica regularmente sustada. A produtividade da neurose, porém, de modo algum se extingue, mas se exerce na criação de um gênero especial de formação de pensamento, em sua maioria inconsciente, aos quais se pode dar o nome de “transferências” (p. 110).

A transferência, que era o maior obstáculo à psicanálise, converte-se em sua aliada quando é detectada e traduzida para o paciente.

Neste último texto, Freud conceitua de maneira bastante clara o termo transferência, afirmando que as transferências:

São reedições, reproduções das moções e das fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a

característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo do passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico (1905/1969, p. 110).

Em *A Dinâmica da Transferência* (1912/1969), Freud diferencia transferência negativa de transferência positiva, podendo variar entre extremos de amor profundo pela figura do analista e de ódio e desafios exacerbados. Quando ocorre o predomínio da transferência negativa, o tratamento corre risco, podendo ser interrompido.

A transferência é apresentada por Freud como uma força da resistência, que deve ser trabalhada não mais como uma “falsa ligação”, mas como uma ferramenta a ser utilizada pelo analista. Afirma ele que:

Quando algo do material complexo (no tema geral do complexo) serve para ser transferido para a figura do médico, essa transferência é realizada; ela produz a associação seguinte e se anuncia por sinais de resistência – por uma interrupção, por exemplo. Inferimos desta experiência que a ideia transferencial penetrou na consciência, à frente de quaisquer outras associações possíveis, porque ela satisfaz a resistência (1912/1969, p. 138).

Assim, segundo o autor, “A transferência, no tratamento analítico, invariavelmente nos aparece como a arma mais forte da resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência” (1912/1969, p. 139).

O controle dos fenômenos da transferência representa para o psicanalista uma das maiores dificuldades do trabalho de análise, mas não se deve esquecer que são eles que tornam imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos dos pacientes.

Ao elaborar a teoria do Complexo de Édipo, Freud entende que, na presença das ansiedades de castração, o paciente estabelece uma neurose de transferência. O paciente transfere para o analista a lembrança reprimida ao invés de recordar. A neurose de transferência está relacionada com o fenômeno da repetição; os conteúdos recalçados aparecem de forma disfarçada e são repetidos na transferência para o analista.

No texto de 1914, *Recordar, Repetir e Elaborar*, Freud (1914/1969) afirma que a transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a

repetição é uma transferência do passado esquecido não apenas para a figura do médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual. O paciente revive com o analista aspectos do passado que não podem ser lembrados, sentimentos que não se originam da situação atual, mas são repetições de algo que aconteceu anteriormente.

Assim posto, podemos afirmar que a transferência na obra de Freud é entendida como uma poderosa arma da resistência, mas também um instrumento importante no tratamento psicanalítico. Por meio da análise da transferência podemos ter acesso aos aspectos inconscientes recalcados.

Até o final de sua obra, Freud não acreditava no tratamento de pacientes graves. Entendia que, na presença de neuroses narcísicas ou psicóticas, a psicanálise não era eficaz, porque os pacientes que sofrem dessas ansiedades não têm capacidade para estabelecer transferência com o analista. Como não manifestam a transferência, são inacessíveis aos esforços do tratamento e não podem ser curados.

Acredito que, se houvesse mais tempo, Freud teria condições de pensar e avançar no trabalho com psicóticos.

3.1.2 A transferência em Winnicott

Winnicott (1954-5/1982) propõe três variedades clínicas com base em diferentes sintomas, decorrentes de falhas no processo de amadurecimento, os quais determinam formas distintas de trabalho clínico.

No primeiro caso, os pacientes funcionam como pessoas inteiras e as dificuldades estão localizadas no âmbito dos relacionamentos interpessoais. Winnicott propõe que a técnica de trabalho a ser utilizada seja a mesma desenvolvida por Freud, pois são pacientes neuróticos. O analista utiliza como ferramenta básica a interpretação da transferência como forma de trazer à consciência o material inconsciente recalcado. São pacientes que alcançaram a integração e um estágio avançado do amadurecimento humano, em que o predomínio da neurose de transferência se faz presente.

Assim, quando há um ego intacto e o analista tem clara a qualidade dos cuidados iniciais, o contexto analítico revela-se menos importante que o trabalho

interpretativo. Neste caso, ocorre uma análise clássica, em que o objetivo consiste em trazer para a consciência aquilo que estava inconsciente por meio da interpretação do que ocorre na relação transferencial.

No segundo caso, são pacientes que começam a se integrar, mas que ainda não conquistaram a estabilidade no sentido de unidade. São pacientes que passaram por uma área de privação e que reivindicam do meio ambiente aquilo que lhes foi tirado. Podemos encontrar aqui pacientes com tendência antissocial. Nestes casos, a análise deverá proporcionar a aquisição de uma unidade, como também a junção do amor e ódio ao reconhecimento da dependência. É importante, neste trabalho clínico, a sobrevivência do analista ao ódio do paciente. Ele precisa cuidar do manejo e a interpretação clássica pode não ajudar.

No terceiro caso temos os pacientes psicóticos. Nesta clínica, o analista precisa lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional; são casos em que ocorre o predomínio da psicose de transferência. São pacientes graves que sofreram uma falha do ambiente nos primórdios do desenvolvimento, impossibilitando o estabelecimento da personalidade como unidade. Assim, a ênfase do trabalho clínico recai sobre o manejo e o estabelecimento do *setting*. Existe uma complexa organização de *holding* que permite, sem recorrer à interpretação, a regressão à dependência.

Para Winnicott, transferência não é apenas uma questão de relacionamento ou de relações. A característica técnica principal do processo de psicanálise consiste na utilização da transferência. A transferência se refere ao modo como fenômenos altamente subjetivos aparecem repetidamente no decorrer do tratamento psicanalítico.

A psicanálise consiste principalmente em propiciar as condições para o desenvolvimento desses fenômenos transferenciais e a interpretação dos mesmos no momento oportuno. Winnicott explica que “A interpretação relaciona o fenômeno específico da transferência a uma parcela da realidade psíquica do paciente, e isso significa em alguns casos relacioná-la ao mesmo tempo a uma parcela da vida passada do paciente” (1960/1988, p. 146).

Através de sua prática clínica, afirma que a teoria e a técnica da psicanálise clássica utilizada por Freud para a compreensão de pacientes neuróticos não é eficaz nos casos de pacientes graves, psicóticos e *borderlines*, que não atingiram o

processo de amadurecimento e se encontram em estágios do desenvolvimento primitivo.

O autor pôde compreender e descrever tipos de transferências que ocorrem ao longo da análise de pacientes. A atuação clínica é diferenciada quando o analista se depara com pacientes em que existe o predomínio da neurose de transferência e pacientes que estabelecem uma psicose de transferência.

Naffah Neto (2010), ao abordar as questões transferenciais, esclarece que:

O que legitima o uso da interpretação como ferramenta clínica, na clínica winnicottiana, não é o mero diagnóstico diferencial das patologias em questão – muito embora ele seja fundamental – mas o tipo de transferência que está em curso: ou seja, se está em foco uma neurose de transferência ou uma psicose de transferência (p. 02).

A interpretação envolve processos mentais do analista e tem como objetivo mobilizar processos intelectuais do paciente. É funcional em casos de pacientes que alcançaram um nível de integração no desenvolvimento emocional. Quando existe uma clivagem entre a personalidade total e a área intelectual, a interpretação pode, simplesmente, reforçá-la.

Sendo assim, o uso da interpretação deve levar em consideração o tipo de transferência e o momento do desenvolvimento em que o paciente se encontra. A interpretação não deve ser utilizada de forma semelhante com pacientes desenvolvidos emocionalmente, que estabelecem uma neurose de transferência, e pacientes psicóticos, que possuem um ego fragilizado.

Dias (2008) ressalta a importância de o analista entender em que estágio do desenvolvimento emocional o paciente se encontra. Esclarece que:

Para que a interpretação, no sentido tradicional, seja cabível e mesmo necessária, é preciso que o paciente tenha já alcançado o estatuto de identidade unitária, tendo separado, portanto, o eu do não-eu, e conte com uma realidade psíquica interna, em que existem fantasias e conflitos inconscientes. Nestes casos o analista pode utilizar a técnica clássica da interpretação (2008, p. 5).

Em casos de pacientes em que o predomínio da psicose de transferência se faz presente, a ênfase do trabalho clínico de Winnicott não está apenas na utilização da interpretação, mas também no manejo e no estabelecimento do *setting*. O trabalho de análise cria uma condição especial na qual o paciente poderá retomar

seu processo de amadurecimento. O paciente psicótico precisa de cuidados ambientais confiáveis e contínuos. O trabalho psicanalítico com esses pacientes conduz o analista aos estágios mais primitivos do desenvolvimento. O paciente que não possui um ego integrado pode sentir uma interpretação como invasão do ambiente, sendo prejudicial ao tratamento. Assim, podemos afirmar que a experiência analítica é um processo maior do que um conjunto de interpretações.

O paciente regredido à dependência absoluta pode ficar em silêncio durante as sessões. O respeito ao silêncio possibilita uma compreensão ampla. Nem sempre o silêncio do paciente representa resistência ao tratamento. O silêncio, em alguns casos, pode estar relacionado com a possibilidade de comunicação com seu núcleo pessoal. Forenza Neto afirma que:

Sempre persistirá uma comunicação silenciosa com o objeto subjetivo, como um refúgio e uma forma preventiva de não se ligar tão facilmente com algum grau de relações objetais falsas ou submissas; a comunicação silenciosa e secreta com objetos subjetivos restaura o senso de real para o si-mesmo (2008, p. 4).

Outro aspecto importante na clínica winnicottiana está relacionado ao uso do objeto. No desenvolvimento primitivo, o paciente, na ausência de um ambiente suficientemente bom, não adquire a capacidade de se diferenciar do meio ambiente. Naffah Neto (2010) esclarece que Winnicott entende que a função principal da interpretação é diferenciar a figura do analista, experimentada como objeto subjetivo, da sua figura real (objeto objetivo), que permanece em cena confundida com a primeira. Afirma que:

Ao produzir essa diferenciação entre *objeto subjetivo* e objeto *objetivo*, a interpretação ajuda o paciente a discriminar o que já aconteceu no passado daquilo que está acontecendo no presente; seu mundo interno, repleto de fantasias, do mundo real, palpável. Isso produz um reforço na função de uso de objeto (2010, p. 4).

Nos casos de psicose de transferência, o analista é experimentado pelo paciente unicamente como um objeto subjetivo. O analista fornece, através de um ambiente *holding*, a possibilidade de o paciente desenvolver a capacidade de uso do objeto. Nesses casos, a técnica clássica não é funcional, a interpretação torna-se ineficaz. Segundo Naffah Neto:

A psicose de transferência emerge sempre com pacientes em estado de intensa regressão a estados de dependência e, diferentemente da neurose de transferência, nela a figura real do analista é inteiramente eclipsada. Traduzindo em termos winnicottianos: aí o analista é unicamente experimentado como objeto subjetivo (2010, p. 9).

O paciente regredido exige a presença maciça do analista, incluindo, muitas vezes, contatos corporais. Ao mesmo tempo é importante pontuar que o analista não pode perder a função da realidade.

Nestes casos, os pacientes não esperam que a análise os torne mais conscientes, mas que o trabalho psicanalítico possa trazer a esperança de que lhes seja possível sentirem-se reais. Para que esse processo ocorra é importante que a análise propicie as condições que faltaram nos momentos das falhas ambientais e que impediram o desenvolvimento saudável.

A transferência não é mais o passado que se reproduz no presente, mas é o presente que se transformou em passado como uma forma de o paciente vivenciar uma experiência real. Talvez, em consequência de falhas ambientais, o paciente nunca tenha experimentado no desenvolvimento anterior situações de um ambiente provedor e facilitador. Através da relação transferencial com o analista, o paciente poderá vivenciar pela primeira vez situações que não vivenciou em seu desenvolvimento por consequência de falhas ambientais. Essa vivência na análise proporcionará a experiência de contato com o ambiente provedor e facilitador e conseqüentemente a retomada do desenvolvimento. É através da regressão que o paciente poderá reviver com o analista os aspectos primitivos de seu desenvolvimento.

Para Winnicott, a regressão faz parte do processo de análise e é fundamental na clínica de pacientes graves. A regressão à dependência ocorre a partir da existência de uma falha ambiental grave e na crença inconsciente, pelo paciente, de viver experiências primitivas com um ambiente facilitador e suficientemente bom. O autor afirma que “uma das características da transferência neste estágio é a maneira pela qual devemos permitir que o passado do paciente seja o presente.” (1955-6/1982, p. 486).

Importante salientar que não é o analista que conduz o paciente à regressão à dependência absoluta; esse processo ocorre naturalmente durante o desenvolvimento do tratamento psicanalítico e varia de acordo com a necessidade

de cada paciente. A regressão à dependência absoluta é a oportunidade de esses pacientes vivenciarem, com o analista, experiências primitivas através de um ambiente confiável.

A confiabilidade é essencial para que o indivíduo sinta o ambiente como suficientemente bom. O analista confiável é aquele que age na transferência como um ambiente facilitador, dirigindo sua atenção e cuidado para a necessidade do paciente, para o que ele precisa naquele momento. Dias (1999) afirma que: “em Winnicott, mais do que uma qualidade desejável em qualquer relação humana, a confiabilidade é a característica central do ambiente facilitador, materno e terapêutico, e está intimamente ligada à dependência” (p. 01).

Durante o período inicial da vida, é a confiabilidade no ambiente/mãe que propicia a constituição do ego, do si mesmo e do mundo. O bebê, por meio de experiências repetidas da confiabilidade ambiental, inicia o processo de amadurecimento, passando a sentir-se real e a habitar seu próprio corpo. Neste momento, podemos afirmar que o bebê está vivenciando a dependência absoluta do ambiente/mãe.

Assim, a confiabilidade no ambiente/analista é necessária para o bom desenvolvimento do trabalho psicanalítico. Nos casos dos pacientes neuróticos, a confiabilidade no analista propiciará a condição para que o paciente possa se entregar ao tratamento e o recalado possa vir à consciência. Nos casos de pacientes graves, a confiabilidade no analista favorece a regressão à dependência absoluta e, conseqüentemente, a possibilidade de retomada do desenvolvimento. A confiabilidade do ambiente, por sua vez, permite que o paciente possa reclamar e requerer direitos em relação ao analista, como alguém em que o paciente passa a confiar por perceber que ele sobrevive a seus ataques.

Para Winnicott (1955-6/1982), o *setting* e a postura do analista proporcionam a possibilidade de o paciente se sentir real. Esclarece ele que:

O comportamento do analista representado pelo *setting*, por ser suficientemente bom no que diz respeito à necessidade, vai sendo gradualmente percebido pelo paciente como algo que faz nascer a esperança de que o *self* verdadeiro possa finalmente ser capaz de assumir os riscos que o início da experiência de viver implica (p. 486).

A regressão à dependência ocorre dentro do contexto transferencial uma vez que o ambiente-*holding* presente no *setting* tenha sido estabelecido e o paciente possa depositar confiança no analista. Através da regressão à dependência absoluta, o indivíduo pode retornar à situação inicial de fracasso ambiental e experimentar uma provisão ambiental adequada.

Na clínica winnicottiana, o *setting* é entendido não apenas como um lugar para se compreender o psiquismo do paciente, mas também como possibilidade de um ambiente suficientemente bom, que supra as necessidades e proporcione *holding* para a retomada do desenvolvimento emocional. Através do *setting* o paciente sente a estabilidade do ambiente e confiança para que possa vir a se constituir enquanto sujeito.

No paciente neurótico, a sala de análise, com divã, almofadas e poltronas pode representar o símbolo do amor materno, enquanto para o paciente psicótico, o *setting* é sentido como a expressão física do amor do analista. Para Winnicott, nos casos mais graves, o divã representa o colo ou útero da mãe e o calor significa o valor vivo do corpo do analista.

O *holding* é entendido como sustentação, significando a possibilidade de oferecer ao paciente um ambiente-*setting* que sustente e permita sua integração. Está relacionado ao cuidado do lactente pela mãe suficientemente boa, sustentando o seu bebê e impedindo que este se desintegre. Assim, na análise, este mesmo cuidado está relacionado com a compreensão do sofrimento do paciente pelo analista; por meio do manejo, aquele passa a sentir-se sustentado por este.

Em seu livro *Holding e Interpretação* (1972/2010), Winnicott demonstra o trabalho realizado com um paciente grave, em que ocorreram vários momentos regressivos. Afirma que “sempre que compreendemos profundamente um paciente e mostramos isso através de uma interpretação correta e oportuna, estamos, de fato, oferecendo um *holding* ao paciente...” E continua: “a vantagem de uma regressão é que ela traz consigo a oportunidade de correção de uma adaptação inadequada presente na história passada do paciente, isto é, no manejo do paciente como bebê” (p. 261).

Outro aspecto importante está relacionado às falhas do analista e como elas são sentidas pelo paciente na transferência. Falhas ocorrem, portanto não existe uma adaptação perfeita: o analista, como a mãe suficientemente boa, também falha.

A falha do analista na transferência é um componente essencial e possibilita a reordenação das falhas ambientais vividas nos estágios primitivos. É por meio dessas pequenas falhas que o paciente pode odiar o analista. O fracasso do analista é utilizado e deve ser tratado como um fracasso ambiental que já ocorreu no passado. Assim, o paciente tem a possibilidade de irritar-se e zangar-se no momento atual.

Segundo Winnicott, o analista precisa assumir suas falhas e analisar o seu efeito na dinâmica emocional do paciente. Afirma que “o analista deve ser capaz de utilizar seus fracassos em termos de seu significado para o paciente, devendo, se possível, se responsabilizar por cada fracasso, mesmo que isso signifique um estudo de sua contratransferência inconsciente” (1955-6/1982, p. 487). Caso o analista se defenda e não se responsabilize pelos seus erros, o paciente perde a chance de zangar-se com uma falha passada no momento em que a raiva tornou-se possível pela primeira vez.

Portanto, o analista deve procurar seus próprios erros toda vez que surgir uma resistência, pois é somente pela utilização de suas falhas que pode realizar a parte mais importante de seu trabalho: possibilitar que o paciente sinta raiva das falhas ambientais que provocaram rupturas no seu desenvolvimento.

Assim sendo, verifica-se que Winnicott propõe mudanças teóricas e técnicas, se comparadas à psicanálise clássica, relativas à noção de transferência. Observou que nem todos os pacientes amadureceram e tiveram a possibilidade de se relacionar com pessoas e com ambiente externo. Observou que o analista nem sempre é representante de um passado que se repete, já que certos conteúdos não vividos na infância, devido a uma falha ambiental, são vividos pela primeira vez na análise. A psicanálise não apenas ressignifica o vivido, mas proporciona a experiência do não vivido. Um dos lugares do analista na clínica winnicottiana situa-se na criação da possibilidade de retomada do processo maturacional.

Importante ressaltar que, no tratamento psicanalítico dos pacientes psicóticos e neuróticos, a relação transferencial não é estática e nem sempre aparece de forma linear. Há casos de pacientes psicóticos e *borderlines* que, em determinados períodos da análise, quando não estão regredidos ou em surto, podem estabelecer uma neurose de transferência. Da mesma forma podemos

verificar o predomínio da psicose de transferência em casos de pacientes neuróticos que apresentam núcleos psicóticos e ingressam num processo regressivo.

Assim, é importante salientar a complexidade do trabalho clínico. Cito Winnicott, que afirma:

A análise não é apenas um exercício técnico. É algo que nos tornamos capazes de fazer quando certo estágio na aquisição de uma técnica básica é atingida... O que nos tornamos capazes de fazer permite que cooperemos com o paciente no andamento de um processo, aquilo que, para cada paciente, tem seu próprio ritmo e segue seu próprio curso; todas as características importantes deste processo derivam do paciente e não de nós como analistas (1954-5/1982, p. 459).

Tal complexidade pode ser observada nas consultas com os pais, sendo que é primordial que o analista tenha como ponto de partida as questões técnicas propostas pela teoria do amadurecimento de Winnicott. Entendo que, no trabalho com os pais, vários aspectos devem ser considerados, tais como o tipo de transferência predominante, a confiabilidade dos pais no analista, os aspectos regressivos do paciente ou dos próprios pais e, principalmente, o manejo do *setting* pelo analista.

3.2 O Analista Implicado

Uma questão técnica de extrema importância, além de bastante complexa, no trabalho com crianças e adolescentes e nas consultas com os pais, é a transferência do analista. Neste caso, deve ser levado em consideração o que o analista sente em relação ao paciente, como também em relação ao atendimento dos pais.

O analista está implicado nos atendimentos com suas questões pessoais, como também com questões que cada paciente suscita em seu inconsciente. Uma das prioridades do analista é entender tais sentimentos para que não prejudique o tratamento de seus pacientes.

A contratransferência pode ser definida como “o conjunto de reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste” (Laplace; Pontalis, 1992, p. 102).

Zimerman (2004), ao escrever sobre o conceito de contratransferência, esclarece que:

Todo terapeuta tem direito de sentir difíceis sentimentos contratransferenciais, como medo, dúvidas, raiva, excitação, confusão, tédio, etc., pois antes de ser médico, psicólogo, psicanalista, ele é um ser humano. Isso é possível desde que tenha capacidade, coragem e honestidade de reconhecê-los, de modo a não permitir que esses sentimentos se transformem numa contratransferência patológica e, melhor ainda, que possa transformá-los em empatia. Ele pode, sim, envolver-se afetivamente, porém jamais ficar envolvido nas perigosas malhas da contratransferência (p. 141).

Existe uma divergência entre autores psicanalíticos quanto ao conceito de contratransferência. Alguns entendem que a contratransferência está relacionada com questões da personalidade do analista, que podem interferir no tratamento de forma negativa; muitas vezes o analista pode vir a atuar suas próprias questões no decorrer do trabalho. Outros estudiosos afirmam que a contratransferência do analista é causada por processos inconscientes provocados pela transferência do paciente, podendo ser utilizada no decorrer do tratamento.

Freud se preocupou com a atuação do analista. Abordou o tema em *As perspectivas futuras da terapia psicanalítica*, de 1910, afirmando que o analista deve ficar atento às suas próprias questões inconscientes para que possa reduzir a participação emocional e o *acting out* no decorrer do trabalho psicanalítico.

Em *Recomendações aos médicos sobre o tratamento psicanalítico* (1912/1969), ele recomendou a análise pessoal dos analistas, pois entendia que a contratransferência poderia atrapalhar o trabalho com os pacientes. Ao comentar sobre médicos que exercem a psicanálise, afirma que:

Não basta para isto que ele próprio seja uma pessoa aproximadamente normal. Deve-se insistir antes que ele tenha passado por uma purificação psicanalítica e ficado ciente daqueles complexos seus que poderiam interferir na compreensão do que o paciente lhe diz (p.154-5).

A contratransferência era um obstáculo a ser vencido.

Segundo Freud, a contratransferência consistia nos sentimentos do analista a partir de sua afetação pelos sentimentos do analisando. Era imprescindível que o analista pudesse reconhecer a sua contratransferência para poder superá-la.

Diferentemente do conceito de transferência, que foi modificado no decorrer de sua obra, a contratransferência sempre foi entendida como um obstáculo para a análise ser bem sucedida. A preocupação de Freud também se estendia aos sentimentos eróticos dos analistas e seu envolvimento emocional com as pacientes.

Posteriormente, outros autores se preocuparam em entender o processo da contratransferência no tratamento psicanalítico.

Paula Heimann apresentou, em 1950, o artigo *On Countertransference*, afirmando que a resposta emocional do analista representa uma das ferramentas mais importantes para o seu trabalho. Assim, estabeleceu um marco significativo na técnica psicanalítica, entendendo que a contratransferência do analista é um instrumento de investigação dirigido ao inconsciente do paciente.

A autora defende a ideia de que o analista utilize seus sentimentos como guia durante a sessão analítica. Quando ele consegue integrar seus aspectos subjetivos, é ampliada a possibilidade de compreensão dos acontecimentos transferenciais e contratransferenciais da relação analítica.

Para a autora, o analista necessita de uma sensibilidade para as emoções, a fim de seguir os movimentos emocionais e as fantasias inconscientes do paciente. O inconsciente do analista entende o do seu paciente. Esta definição tinha como objetivo principal promover a contratransferência a um instrumento da análise, por meio do qual as reações do analista pudessem ser devolvidas ao paciente de forma a estimular sua evolução no trabalho psicanalítico.

Alguns analistas da atualidade, como Antonino Ferro (1995) e Thomas Ogden (1996), assumem essa postura, acreditando que o conceito de contratransferência pode ser entendido como fenômeno útil ao trabalho do analista.

Winnicott também teve uma grande preocupação com a questão dos sentimentos do analista em relação ao trabalho psicanalítico com o paciente. De forma semelhante a Freud, acreditava que a contratransferência era algo que deveria ser evitado no tratamento psicanalítico. Escreveu artigos que abordam o tema da contratransferência e da tensão emocional a que o analista está exposto ao trabalhar com pacientes muito comprometidos. Segundo o autor:

A palavra contratransferência deveria ser utilizada para descrever as anormalidades nos sentimentos, relacionamentos e identificações estabelecidos na contratransferência, que estão sob repressão no analista.

O comentário que isto suscita é de que o analista precisa de mais análise (Winnicott, 1960/1988, p. 145).

Para Winnicott, o analista precisa estar ciente do seu trabalho profissional e da importância da sua atitude, que difere inclusive do trabalho de outros profissionais da saúde, como assistentes sociais. A atitude profissional pressupõe uma distância entre analista e paciente. O trabalho analítico consiste em um esforço mental consciente do analista. As ideias e sentimentos que vêm à sua mente precisam ser filtrados e examinados e, somente após esse entendimento, pode ser realizada uma interpretação coerente e adequada.

A contratransferência pode influenciar negativamente a atitude profissional do analista e perturbar o curso do processo analítico determinado pelo paciente. O autor ainda afirma que “Quanto a mim, preferiria ser antes lembrado por sustentar que entre paciente e o analista está a atitude profissional do analista, sua técnica, o trabalho que executa em sua mente” (1960/1988, p. 148).

Na situação analítica, tudo passa pela pessoa do analista, seja pela sua atitude, seja pela qualidade de sua presença. O analista precisa manter-se objetivo e consciente na presença de seu paciente na hora analítica. Não tem como função atuar como o salvador, professor ou moralista na relação com seu paciente.

Naffah Neto (2010) esclarece que os sentimentos do analista presentes na relação com o seu paciente participam da formulação da interpretação. Tudo o que emerge ali deve ser peneirado para que a interpretação possa diferenciar a figura do analista experimentado, na relação transferencial, como objeto subjetivo da figura real do analista.

Assim, ao diferenciar o objeto subjetivo do objeto objetivo, o analista, com sua interpretação, auxilia o paciente a discriminar o que já aconteceu no passado do que está acontecendo no presente com o analista.

A análise pessoal é imprescindível para o trabalho do analista. O objetivo não é apenas livrá-lo da neurose, mas aumentar a estabilidade e a maturidade de sua personalidade. Esse processo de amadurecimento pessoal é a base de seu trabalho e da habilidade em manter um relacionamento profissional.

Afirma ainda Winnicott que a análise do analista é essencial para o fortalecimento de seu próprio ego. Esclarece que “O efeito importante da análise do próprio analista neste contexto é que fortalece seu próprio ego de modo a poder

permanecer profissionalmente envolvido sem um esforço demasiado” (1960/1988, p. 148).

Nos casos dos pacientes com predomínio de uma neurose de transferência, o analista precisa manter-se receptivo, mas ao mesmo tempo distante da dinâmica do paciente para elaborar mentalmente a interpretação. A sua atitude pode mudar de acordo com o paciente e a exigência aumenta em casos de pacientes mais graves. Casos de tendência antissocial e de pacientes psicóticos podem produzir sentimentos distintos no analista. O trabalho com esses pacientes é fatigante quando comparada a de um neurótico.

Em se tratando de pacientes que estabelecem uma psicose de transferência, é exigido que o analista se identifique com seu paciente, chegando, em algumas situações, à fusão com o mesmo, mas é de extrema importância que mantenha o contato com a realidade externa e consigo mesmo. Winnicott afirma que:

O analista necessitará permanecer orientado para a realidade externa, enquanto, de fato, está identificado ao paciente, ou mesmo fundido a ele. O paciente deverá se tornar altamente dependente, ou mesmo absolutamente dependente, e essas palavras são verdadeiras mesmo quando há uma parte sadia da personalidade (dele) que atua todo o tempo como aliada do analista, e de fato, lhe diz como se comportar... O psicótico *borderline* gradualmente quebra as barreiras daquilo que eu denominei atitude profissional e técnica do analista, e força uma relação direta de tipo primitiva, até o ponto de uma fusão (1960/1988, p. 163-4).

Em seu texto *O ódio na contratransferência* (1947/1982), Winnicott reafirma que o analista precisa ser analisado para que possa distinguir com clareza seu próprio ódio e ter consciência dele: “Por mais que ele ame seus pacientes, ele não pode evitar odiá-los e temê-los e, quanto melhor ele souber disto, menos o ódio e o temor determinarão suas ações sobre o paciente” (p. 342).

Winnicott classifica os fenômenos da contratransferência em três categorias. A primeira refere-se a anormalidades dos sentimentos contratransferenciais, das relações estereotipadas e das identificações que estão sob repressão do analista. Neste caso, o analista precisa de análise para estruturar melhor seu ego. A segunda categoria refere-se às identificações e tendências que fazem parte das experiências e do desenvolvimento pessoal do analista, que fornecem a situação positiva para seu trabalho analítico e fazem com que o seu trabalho seja qualitativamente diferente de outro analista. Por fim, o amor e ódio do analista como reação à

personalidade e ao comportamento real do paciente. O analista se baseia, neste caso, em uma observação objetiva.

O analista precisa ter uma consciência completa da contratransferência para que possa isolar e estudar suas reações objetivas em relação ao paciente, mesmo que essas reações incluam o ódio. É importante que o analista esteja preparado para suportar a tensão sem esperar que o paciente se dê conta do que está fazendo, talvez durante longo período. Para que essa reação possa ocorrer é necessário aceitar seu medo e seu ódio.

Podemos, aqui, fazer um paralelo com os atendimentos dos pais. O analista muitas vezes sente medo e ódio, mas é importante que ele não atue seus sentimentos e possa compreender o que representam no caso a ser analisado. Cito como exemplo uma mãe que estabeleceu comigo uma transferência negativa; nas consultas apenas afirmava que seu filho não estava melhorando e que eu não estava desenvolvendo meu trabalho adequadamente. Neste caso, senti impotência e desejo de interromper o tratamento. Foi necessário o trabalho pessoal de análise para que eu pudesse entender minhas próprias questões inconscientes relacionadas à atitude da mãe.

Nas consultas com os pais, uma grande pressão é exercida sobre o analista. É fundamental que ele entenda o que se produz dentro de si para evitar que a análise se adapte às suas necessidades ao invés de se preocupar com as necessidades do caso em atendimento. Caso lhe atribuam sentimentos rudes, o analista precisa aguentar; é seu dever tolerar que o coloquem nesta posição. Não deve negar o ódio que existe dentro de si e que pode ser entendido dentro do contexto da situação presente. Esse ódio que se justifica tem que ser isolado e guardado. Muitas vezes, o sofrimento, tanto do analista como do paciente, é inerente ao trabalho psicanalítico. O analista não está imune.

Para Winnicott, o analista precisa manter sua postura profissional. Eu o cito:

[...] um analista tem que exibir toda a paciência, a tolerância e a confiança de uma mãe devotada a seu bebê; tem que reconhecer nos desejos do paciente, necessidades; tem que pôr de lado outros interesses de forma a ser disponível, pontual, e objetivo; tem que parecer querer dar o que só é realmente dado porque o paciente necessita (1947/1982, p. 343).

Outro aspecto a ser levado em conta é a possibilidade de o analista assumir suas falhas. O erro, muitas vezes, reside dentro dele e não em relação ao paciente. Temos como exemplo uma paciente atendida por Winnicott. Ela tinha a necessidade de que a sala permanecesse sempre igual. Em determinada sessão, ele se esqueceu de colocar os lenços próximos a ela, o que causou a desestruturação da paciente e arruinou uma semana de trabalho. Segundo o autor:

Podia imaginar algumas de minhas razões para cometer o erro, mas em minha própria opinião, disse-lhe, o erro reside em mim e não constitui algo da paciente [...] a coisa é que esse é o jeito que sou e, se você continuar comigo, descobrirá que farei coisas semelhantes, com motivação inconsciente, de novo, porque é assim que sou (1964/1994, p. 79).

Algumas vezes o erro do analista pode causar a interrupção do tratamento; ao diminuir a vigilância, o analista pode ficar sujeito ao seu próprio impulso. O analista precisa entender que pode perder um caso que estava caminhando bem. Neste sentido, o analista precisa ficar atento e assumir para o paciente os erros cometidos, inclusive com pedido de desculpas. O analista não tem a verdade absoluta, é um ser humano, com questões inconscientes próprias e que, mesmo tendo sido analisado, tem a possibilidade de falhar junto ao seu paciente.

Novamente podemos fazer um paralelo com as consultas com os pais. Uma fala do analista pode não ser compreendida pelos pais, talvez porque não faça sentido ou por eles não terem condições internas de absorver a interpretação. O analista, neste momento, precisa entender que falhou, não fez uma atuação adequada e pode, inclusive, pedir desculpas. Neste caso, o que poderia ser um desastre, talvez apareça, para os pais, como uma possibilidade de confiabilidade ao seu trabalho.

O reconhecimento da pessoalidade do analista e de sua presença como real é essencial para que o paciente possa reconhecer-se também como real e se apropriar de suas emoções, pensamentos e sensações.

Ulhôa Cintra (2015) entende que um dos desafios mais difíceis do analista na prática clínica é retrair-se verdadeiramente de seus desejos narcísicos, da sua compulsão a julgar e do desejo de saber e de curar. Segundo a autora, o analista precisa encontrar o seu ponto exterior, o mais exterior possível em relação ao já sabido.

Winnicott (1962/1988) esclarece a importância da postura do analista ao afirmar:

Ao praticar psicanálise, tenho o propósito de me manter vivo, me manter bem, me manter desperto. Objetivo ser eu mesmo e me portar bem. Uma vez iniciada uma análise espero continuar com ela, sobreviver a ela e terminá-la (p. 152).

3.3 A Importância do *Setting* no Tratamento Psicanalítico

A introdução das consultas com os pais implicam mudanças significativas no *setting* analítico. O analista se depara com situações diferenciadas a cada atendimento e o cuidado e o manejo do *setting* tornam-se essenciais para o desenvolvimento do trabalho.

De forma semelhante aos conceitos de transferência e contratransferência, ao longo da história da psicanálise, a noção de *setting* sofreu modificações.

Figueiredo (2014) explica que a elasticidade da técnica deve ser entendida para se referir à elasticidade da situação analisante como um todo e em sua generalidade. O que é vivo é sempre elástico e dotado de espontaneidade e não é rígido. Assim, a elasticidade da técnica não está relacionada apenas ao trabalho com pacientes considerados graves, que requerem mudanças de enquadre, mas estende-se por todo o campo da psicanálise com as variantes que a situação analítica implica. O autor esclarece:

Dadas as relações entre a prática terapêutica, a investigação e a teorização, o profissional da psicanálise é sempre um pesquisador e um teórico, e as descobertas analíticas tornam-se praticamente intermináveis, dando ensejo, quando não exigindo, novas invenções teóricas e práticas, novos dispositivos ou ajustes e modificação na situação analítica original inventada por Freud (p. 108).

O *setting* é entendido como um conjunto de regras, atitudes e combinações determinadas no contrato de trabalho ou mesmo durante o desenvolvimento do tratamento. Questões como o número de sessões, horário, valor e data do pagamento, as férias, faltas são aspectos que devem ser tratados e que fazem parte do *setting* psicanalítico. Importante salientar que essas combinações devem ser

construídas juntamente com o paciente, sendo que o analista não deve impor ao paciente as regras de acordo apenas com a sua necessidade.

Zimerman (2004) conceitua o *setting* como a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo psicanalítico. Afirma que:

Toda terapia psicanalítica deve se processar em um ambiente especial, tanto do ponto de vista físico quanto de uma atmosfera emocional apropriada para a efetivação de continuadas e prolongadas experiências emocionais, em uma situação rara, única e singular (p. 67).

Freud, em seus textos sobre técnica psicanalítica, preocupou-se em pontuar a importância do *setting* clínico. Foi modificando a técnica de acordo com sua evolução teórica e experiência clínica.

O autor afirma que a frequência das sessões precisa ocorrer de forma estável, cinco ou seis vezes por semana, com horário fixo. O analista tem que ser pontual e permanecer durante uma hora com a atenção flutuante, preocupado com o paciente. A regra fundamental é que o paciente no divã possa associar livremente, informando através da fala o que está em sua mente. E, por meio do contato com o processo psíquico do paciente, o analista pode compreender os aspectos inconscientes e ajudá-lo rumo à cura.

Autores posteriores a Freud preocuparam-se com as questões do *setting* no tratamento de pacientes considerados graves, *borderlines* e psicóticos, e no trabalho com crianças. O método técnico de Freud não era utilizado nesses casos.

Candi (2010) esclarece que os analistas realizaram mudanças na técnica clássica para atender as necessidades dos pacientes:

As dificuldades dos analistas tornaram necessário questionar o enquadre e a técnica do analista, não obrigatoriamente para modificá-los, e sim para fornecer ao analista instrumentos que lhe permitissem entender as propostas da técnica clássica e ajustá-las à patologia do paciente-limite de maneira a responder adequadamente e promover um movimento de mudança (p. 275-276).

Melanie Klein e outros psicanalistas desenvolveram uma técnica própria para a prática clínica com crianças. O *setting* tradicional foi modificado; nesta clínica a associação livre da criança ocorre por meio do brincar.

Winnicott escreveu vários trabalhos sobre questões técnicas importantes no atendimento de casos considerados graves, como também no atendimento de crianças. Entende que, com tais pacientes, há necessidade de uma clínica modificada, pois a técnica da análise tradicional não se faz eficaz.

Como relatado anteriormente, no trabalho com crianças, utilizou o método clínico das consultas terapêuticas e desenvolveu a técnica do jogo dos rabiscos para ter acesso às questões inconscientes; eram realizadas poucas sessões com a criança e com os pais. Em seu livro *The Piggle - Relato do tratamento psicanalítico de uma menina (1977/1987)*, demonstra o trabalho realizado de acordo com a demanda. A paciente, como já mencionado, morava fora de Londres e não tinha possibilidade de uma análise tradicional.

O autor propõe que seja realizada uma análise modificada em casos de pacientes graves, pois muitas vezes esse tipo de análise é a única forma de trabalho possível, podendo não ser considerada adequada pela psicanálise clássica. Esclarece que a análise modificada pode ser utilizada:

a) Quando o temor da loucura domina o quadro. b) Quando um falso *self* se torna bem sucedido e a fachada de sucesso, mesmo brilhante, tem de ser demolida em alguma fase para a análise ter êxito. c) Quando em um paciente, uma tendência anti-social, seja em forma de agressão, roubo ou ambas, é o legado de uma privação d) Quando não há vida cultural, somente uma realidade psíquica interna e um relacionamento com a realidade externa, estando as duas devidamente desconectadas. e) Quando uma figura paterna ou materna doente domina o quadro (WINNICOTT, 1962/1988, p. 154).

Segundo o autor, nesses casos, o tratamento psicanalítico implica oferecer ao paciente condições ambientais especiais, que estão relacionadas tanto com as questões do ambiente físico da sala de análise como com a postura teórico e técnica do analista e sua condição emocional para sustentar o tratamento.

O analista precisa fazer um diagnóstico adequado do paciente, do tipo de transferência que predomina em determinado momento do tratamento, pois as modificações do *setting* estão relacionadas com o estágio do desenvolvimento em que o paciente se encontra. Desta forma, o analista deve permanecer flexível e atento à realidade psíquica de seu paciente.

A sensibilidade do analista é essencial nesses casos; ele precisa ter claro o caminho que está trilhando junto com o paciente. A confiabilidade no *setting*

favorece a regressão à dependência absoluta e a possibilidade de retomada do desenvolvimento.

No livro *Clínica do Setting em Winnicott* (2002), Hisada afirma que “o *setting* é o lugar para um acontecimento, é a situação que é posta. Não é moldura, não é interpretação, não é a observação de fenômeno. O *setting* é o que possibilita o manejo, que é o procedimento clínico necessário quando houve falhas precoces no desenvolvimento.” (p. 05).

O *setting* envolve, portanto, uma comunicação verbal relacionada ao tempo, frequência, dia e local, como também uma postura do analista, com sua função psíquica, disponibilidade e atitude profissional.

Para Winnicott, o objetivo do *setting* analítico não é curar o paciente, mas favorecer o seu desenvolvimento pessoal. O principal trabalho com pacientes graves é o manejo do *setting*. Enfatiza que, nos casos de pacientes graves, o *setting* se torna mais importante que a interpretação.

O ambiente físico onde o paciente é atendido - a sala com sua tranquilidade, o divã, as almofadas, o cobertor e a postura do analista ao preocupar-se com ele - proporciona uma experiência de aconchego e de continuidade. A estabilidade e a previsibilidade das sessões e do analista auxiliam o tratamento; o paciente experimenta noções de tempo e espaço em um ambiente estável. Essa vivência facilitadora proporciona a possibilidade de o paciente “vir a ser”, ou seja, a noção da continuidade da existência real e viva. Assim, o *setting* é o lugar onde o paciente vivencia experiências que possibilitam a retomada do desenvolvimento e não apenas um lugar para traduzir o inconsciente. Hisada (2002) esclarece:

O *setting* é considerado o lugar que proporciona o desenvolvimento. As duas características principais para um bom manuseio do *setting* são a estabilidade e previsibilidade. Isso é possível pelo enquadre do tempo e espaço. A regularidade das sessões oferece a estrutura para os ritmos específicos de cada frequência e permite ao paciente desenvolver seu próprio sentido de tempo (p. 42).

3.3.1 As consultas com os pais: manejo e *setting*

Como exposto anteriormente, o trabalho com crianças e adolescentes implica a introdução dos pais no *setting* analítico. O manejo do *setting* pelo analista se torna necessário e de grande importância para o tratamento. As primeiras entrevistas, a devolutiva inicial e as consultas posteriores demandam do analista uma atenção especial ao manejo do *setting*.

A procura do tratamento de crianças e adolescentes é realizada na maioria das vezes pelos pais. Geralmente eles são encaminhados pela escola ou pelo médico pediatra; dificilmente a opção do tratamento é espontânea, sendo que o sintoma do filho se faz presente no meio social onde vive.

Há casos em que os pais percebem que o filho apresenta questões emocionais e buscam cuidar do assunto internamente, sem o auxílio de um profissional. Apenas após algum tempo, quando percebem que o filho não apresenta melhora e a indicação para o tratamento é realizado por um terceiro, recorrem ao psicanalista. Na maioria das vezes, os pais se sentem incapazes, impotentes e até culpados pelo sintoma do filho.

Existe uma grande dificuldade dos pais em marcar a primeira entrevista. Geralmente não conseguem um horário em comum: os horários de sua agenda não se encaixam na agenda do analista; em outras situações, acabam marcando, mas esquecem, surge contratempo e desmarcam. O analista apresenta vários horários e a família afirma que não tem possibilidade de marcar de acordo com a agenda oferecida, sendo necessário que o analista se adapte aos horários disponíveis da família. Talvez, este seja o primeiro momento em que a necessidade de um manejo do *setting* se apresente. Entender as dificuldades inconscientes da família, adequando sua agenda, possibilita o acolhimento por parte do analista não apenas do seu paciente, mas da família em geral. O exemplo acima ocorre com frequência em minha prática clínica e, dentro do possível, tento adequar a agenda como forma de mostrar disponibilidade em atender a família e a criança.

Outras situações diferenciadas ocorrem: casos em que não é possível marcar uma entrevista inicial com ambos os pais, sendo que apenas a mãe comparece, ou situações de pais separados, com a impossibilidade de uma consulta única para ambos. Nestes casos, acredito que a flexibilidade do analista é essencial.

Todos esses nuances serão utilizados para entender o funcionamento da família e o lugar ocupado pelo paciente dentro do contexto familiar.

O tratamento não é de psicanálise da família, mas ela faz parte do trabalho e precisa ter seu espaço dentro da sala de análise. Segundo Winnicott (1984/1971), o trabalho com uma criança fica mais fácil quando ela tem um ambiente familiar que possa ampará-la. Existem famílias que não possuem um ambiente facilitador e o trabalho do analista torna-se mais difícil. Ao comentar sobre as consultas terapêuticas, afirma que:

Em alguns casos relatados há formidáveis mudanças após uma ou duas consultas terapêuticas. Estes devem ser tomados não apenas como evidências do trabalho feito, mas também como uma evidência da atitude dos pais. Sem dúvida, os melhores casos para essa espécie de trabalho são aqueles em que já há confiança paterna em mim (p. 15-16).

Cito como exemplo pais que buscaram o tratamento porque a filha de quatro anos tinha como sintoma gaguejar. Na primeira entrevista com os pais, fica claro o lugar da criança na família. O pai afirma que a filha “o puxou” (sic). Ele é bastante ansioso e a criança funciona como ele; a mãe está bastante preocupada com sua filha, que é extremamente gentil e fica pensando que, ao crescer, a menina será “uma princesa gaga” (sic) e ela não terá amigos ou namorados. A mãe sofreu *bullying* na escola quando era adolescente porque era obesa. Esses pais estavam bastante envolvidos inconscientemente com a filha e o trabalho consistiu em ajudá-los a entender que a menina tinha suas próprias questões, diferente das deles.

Penso que uma das funções das consultas foi tornar consciente o que a filha representava para ambos os pais e diferenciá-la de suas próprias questões inconscientes.

O tratamento com a criança procedeu de forma bastante positiva. A paciente pôde entender, por meio dos jogos e desenhos, que tinha dificuldade de mostrar ela própria, seu verdadeiro *self*, pois ficava insegura em relação à reação dos pais.

A evolução deste caso foi favorável: os pais foram capazes de entender as suas interferências no sintoma e auxiliaram a criança no decorrer do tratamento para que pudesse ser ela mesma e retomasse o desenvolvimento natural.

Neste caso foram realizadas sessões semanais com a criança e as consultas com os pais foram quinzenais. O término do tratamento ocorreu após três meses de trabalho.

Verifica-se, portanto, que o contrato de trabalho se adapta à necessidade do paciente e da família. Após o diagnóstico do caso e a análise do lugar ocupado pela família no sintoma do filho, eu proponho o início do tratamento, incluindo o número de sessões do paciente, horário das consultas e número de consultas com os pais, os horários dessas consultas e honorários do tratamento. Geralmente as consultas com os pais são marcadas em dias e horários fixos, como parte do enquadre do trabalho.

Sendo assim, os pais sentem que possuem espaço no tratamento de seu filho. Tenho percebido que as interferências dos pais diminuíram, os telefonemas estão mais escassos; talvez sintam-se acolhidos no tratamento do filho, sabem que mensalmente estarão conversando comigo, o que possivelmente os acalme.

No tratamento de crianças e adolescentes e nas consultas com os pais, o *setting* não é rígido e será modificado de acordo com cada paciente. É importante salientar que modificar o *setting* não significa que o analista não utilize regras no contrato; elas fazem parte do manejo do *setting* e variam de acordo com a necessidade do caso em atendimento.

Assim posto, o *setting* é construído e delimitado em conjunto com os pais. Após estabelecer o contrato de trabalho, o analista informa ao paciente o que foi acordado com seus pais. Importante pontuar que, em casos de pacientes adolescentes, o horário das sessões é estabelecido entre paciente/analista.

O paciente é o *personagem principal* do tratamento e o sigilo e confiabilidade no analista são essenciais para que as consultas com os pais não se tornem persecutórias. Acredito que é imprescindível que o analista cuide de seu paciente e atente para o seu sentimento em relação à consulta com seus pais.

Eu, em minha prática clínica, informo ao paciente que irei conversar com seus pais e que o sigilo será mantido. Após as consultas com os pais, comunico ao paciente que estive com eles e explico as questões tratadas nas consultas. Há casos em que o paciente não possui maturidade emocional e me restrinjo apenas a responder o que foi perguntado por ele. Entendo que o analista sempre deve levar em consideração o estágio em que o seu paciente se encontra e ter cuidado para

não invadi-lo com questões ambientais, ou seja, com as informações das consultas com os pais.

Portanto, não há uma regra definida, o que falar e quando falar ao paciente vai depender do estágio emocional em que ele se encontra. A flexibilidade do analista é essencial e varia de paciente para paciente. Cito o exemplo de uma menina de seis anos que não possuía condições emocionais para entender as questões tratadas nas consultas com os pais. Num primeiro momento eu tentava verbalizar o que tinha acontecido, mas ela não entrava em contato com tais questões; entendi, então, que naquele momento eu precisava respeitá-la e me calar.

Há casos em que os pais pedem ao analista que não informe ao paciente o que foi abordado nas consultas. Cito como exemplo uma mãe de uma adolescente que tem dúvidas sobre a sexualidade de sua filha, mas não consegue abordar o assunto com ela e gostaria que eu mantivesse isso em segredo. Acredito que, neste caso, a questão é da mãe e não da paciente, assim não há necessidade de abordar o assunto com esta.

Outro exemplo é de uma mãe que me liga e informa que está preocupada com questões escolares de seu filho e solicita que eu não informe ao paciente que ocorreu o contato telefônico. Neste caso, eu deixo claro para a mãe que o paciente precisa saber do contato, pois ele é o maior envolvido e é importante que ele compreenda a preocupação dela em relação às suas questões escolares.

Importante salientar que existem casos em que há necessidade de o analista verbalizar para os pais acontecimentos que envolvem o paciente. Cito como exemplo o uso de drogas e o risco de morte. Nesses casos, o paciente é informado que sua família será comunicada sobre o ocorrido. Muitas vezes a ajuda de um psiquiatra é necessária.

Assim posto, verifica-se que, ao tratar do sigilo, o analista precisa ter flexibilidade e sensibilidade para o manejo do *setting*. A introdução dos pais no tratamento de crianças e adolescentes implica tanto o cuidado com o paciente quanto o cuidado com os pais.

Os pacientes adolescentes possuem questões próprias do estágio do desenvolvimento em que se encontram. Geralmente eles se distanciam de seus pais e sentem-se não entendidos por eles. Os pais, muitas vezes, sentem que perderam o filho, não conseguem dialogar e não sabem o que se passa na cabeça dele.

Alguns pais criticam, inclusive, o corte de cabelo, a roupa que o filho escolhe, os amigos e a forma como ele age. Nesses casos, o manejo do *setting* é mais delicado, porque o analista passa a ser um interlocutor da relação.

Cito como exemplo um caso de um paciente de dezesseis anos. O pai, na consulta, encontra-se triste e informa que não reconhece seu filho. Em determinada situação solicitou que pegasse para ele um garfo na cozinha e o filho respondeu que não iria pegar, pois estava ocupado no computador. O pai teve a fantasia de que não seria cuidado por este filho quando ficasse velho e ficava muito triste de ver como o filho estava egoísta. O meu trabalho foi de explicar para esse pai a importância da atitude dele para com o filho, sendo que uma das funções do pai de filhos adolescentes é sobreviver e estar presente para que o filho possa continuar o seu desenvolvimento. O egoísmo do paciente pode ser considerado normal e necessário na adolescência. O pai precisa entender que é uma fase natural e, se tudo correr bem no desenvolvimento emocional de seu filho, esta forma de funcionamento se modificará.

Outro ponto que considero importante no manejo do *setting* está relacionado com o término do tratamento. No tratamento de crianças e adolescentes é necessário pensar no término do tratamento com o paciente e também com seus pais. O trabalho do fim da análise deve levar em conta tanto a melhora do paciente quanto como os pais sentem essa melhora do filho e o término das consultas com o analista. Uma mãe de uma menina de cinco anos ficou bastante insegura com o fim do tratamento. Na última consulta com os pais, ela informou que não sentia tranquilidade em “abandonar” (sic) o tratamento da filha. Entendia que o sintoma não existia mais, mas percebia a análise como uma bengala necessária para a filha. Neste caso, a mãe não estava tranquila com o término do tratamento; talvez ela própria sentiu o tratamento como uma bengala que a auxiliava no contato com sua filha. Em alguns casos há necessidade de o analista trabalhar o término com os pais e deixar em aberto a possibilidade de novas consultas, mesmo que o filho tenha encerrado o tratamento.

Sendo assim, a análise das múltiplas transferências e o manejo do *setting* pelo analista são essenciais na introdução dos pais no tratamento. Acredito que é um trabalho difícil e complexo para o analista, que precisa estar atento a todas essas variáveis. Entendo, no entanto, que o esforço do analista ao cuidar das

questões transferenciais e do manejo do *setting* é recompensado quando ocorre a remissão do sintoma do paciente e a melhora do ambiente familiar. O resultado final, quando o tratamento evolui para o término, é gratificante para o analista.

A seguir apresento vinhetas clínicas para exemplificar a complexidade das questões técnicas envolvidas nas consultas com os pais e no tratamento de crianças e adolescentes.

4 CASOS CLÍNICOS

Neste capítulo, apresento três casos de pacientes atendidos em minha clínica particular. O primeiro caso é um exemplo do trabalho realizado sem a modificação de minha técnica, em que os pais não foram introduzidos no tratamento. Apenas ocorreram entrevistas esporádicas e o tratamento foi interrompido. Nos outros dois exemplos clínicos, as consultas com os pais foram periódicas e tiveram bons resultados para o tratamento.

Nesses três atendimentos podemos verificar a importância da teoria do amadurecimento de Winnicott, sendo que, nas consultas com os pais e no tratamento do paciente, foram levados em consideração conceitos como ambiente facilitador, mãe suficientemente boa e função paterna.

Também podemos analisar as questões técnicas envolvidas, sempre considerando os pacientes dentro da teoria winnicottiana. Serão observados momentos em que a importância da minha sobrevivência e da confiabilidade do paciente e dos pais foram essenciais para a continuidade do trabalho e outros momentos regressivos em que o paciente pôde vivenciar junto comigo os aspectos de seu desenvolvimento primitivo.

Questões transferenciais e contratransferenciais também serão observadas, como também a mudança de minha prática clínica, com a introdução das consultas com os pais. Importante salientar que a ênfase deste trabalho está na análise das consultas com os pais como auxílio no tratamento dos pacientes.

4.1 Felipe – 09 anos

Felipe era o filho mais novo e tinha uma irmã de quatorze anos. A mãe retornou ao trabalho logo após o seu nascimento e não cumpriu a licença de seis meses. Felipe ficava com a babá, enquanto sua irmã permanecia o dia todo na escola. Seu pai era bastante ausente, pois viajava a trabalho frequentemente.

Nos primeiros quatro anos de idade, o sono de Felipe era bastante agitado; tinha terror noturno e não dormia sozinho. Quando bebê, apenas chorava. Segundo os pais, ele deu muito trabalho. A mãe não tinha vontade de voltar para casa, pois sabia que não teria tranquilidade para descansar.

Aos cinco anos a babá faleceu. Felipe contou para os pais que ela o trancava no quarto e ele ficava chorando e batendo na porta. A mãe afirmou que sentia algo estranho na relação dele com a babá, mas acreditava que era porque Felipe não parava de chorar. Confiava na babá. Ela era uma senhora e havia trabalhado por muitos anos na família de origem do marido; tinha cuidado do pai de Felipe.

A escola solicitou que a família procurasse tratamento. Felipe permanecia a maior parte do tempo isolado, não tinha contato com professores e colegas. Ele apresentava comportamentos estranhos. Quando alguém se aproximava dele, começava a arrotar e gritar. Ele solicitava que o deixassem quieto, não queria conversar. Não participava das aulas de educação física ou de passeios.

Em casa não obedecia, era bastante agressivo, tanto com palavras quanto com agressões físicas. Tinha medo de tudo, não conseguia ficar sozinho nos cômodos da casa. Sempre permanecia no mesmo local em que a mãe estivesse.

Felipe não brincava com outras crianças. Ele gostava de assistir televisão e jogar *game boy*. Ao sair com a família em eventos sociais, levava sempre o *game* e ficava entretido com o seu jogo. Não interagia com as pessoas ao seu redor.

Naquele momento a mãe não trabalhava, pois estava afastada havia dois anos com diagnóstico de depressão.

Primeira entrevista com os pais

Na primeira entrevista, os pais afirmaram que não aguentavam cuidar de Felipe. Estavam cansados:

Pai: “Felipe é uma criança diferente, têm muitos medos, acho ele bastante estranho. Não consigo ficar perto dele. Não gosta de jogar futebol. Eu adoro futebol, semanalmente jogo com os amigos”.

Mãe: “Ele me solicita muito, pede para que eu fique o tempo todo com ele. Felipe gruda em mim, parece um chiclete. Ele me xinga, me agride e me bate. Brigo com ele, mas não adianta. Ele não obedece. É muito difícil ficar perto dele. Não aguento mais! Estou cansada!”.

Pai: “Eu bato, mas não resolve! Ele é estranho! Muito estranho! Quando ela engravidou e eu soube que seria um menino, fiquei muito feliz. Mas não imaginei que Felipe seria assim. Não tem nada a ver comigo!”.

Mãe: “Eu não queria ter engravidado, mas aconteceu. Queria ter tido apenas a Laura (filha mais velha). Eu não sei ser mãe de menino. Não consigo! Estou cansada!”.

A mãe aparentava muito sofrimento. A desesperança e o cansaço estavam aparentes na expressão facial. Ao contar sobre o filho, tinha no seu olhar um pedido de socorro, como se expressasse: “por favor, me ajude!”.

O pai, alto executivo de uma empresa multinacional, demonstrava o desejo de que Felipe fosse diferente. Ele havia sonhado com um filho que representasse a sua continuidade. Ao relatar as atitudes de Felipe, ele verbalizava com raiva os acontecimentos e, de forma agressiva, falava que não aguentava ficar perto dele.

No primeiro contato com os pais ficou evidente que seria um trabalho bastante complexo. Felipe apresentava sintomas que eu considerava graves; os pais demonstravam que não tinham condições internas para cuidar dele. Ambos estavam exaustos emocionalmente e repudiavam o filho.

Entendo que havia uma relação ambivalente dos pais com ele; buscavam ajuda para o filho, mas o rejeitavam; não conseguiam proporcionar um ambiente facilitador. O pai tinha em mente um filho idealizado e não aceitava os comportamentos de Felipe; talvez, ao entrar em contato com o filho frágil, estaria inconscientemente lidando com sua própria fragilidade.

O histórico dos maus-tratos da babá se somava à ausência da mãe; e a dificuldade de os pais exercerem adequadamente as funções materna e paterna.

Nesse momento profissional, as consultas mensais com os pais não faziam parte do contrato de trabalho, pois eu acreditava que deveria cuidar apenas de Felipe.

Primeiro contato com Felipe

Ao abrir a porta para chamar Felipe, eu me deparo com um menino sentado no colo da mãe, com o dedo polegar na boca. Felipe era um garoto grande, um pouco acima do peso e aquela imagem causava estranheza: estava deitado no colo como se fosse um bebê.

Não queria entrar na sala comigo, estava grudado ao corpo da mãe, escondendo o seu rosto. A mãe tentava empurrá-lo para longe dela e insistia sem paciência:

Mãe: “Vamos Felipe! Você tem que entrar. Pare de frescura!”.

Terapeuta: “Oi Felipe! Meu nome é Claudia. Vamos entrar? Podemos deixar a porta encostada. Sua mãe irá aguardar aqui, ela não vai sair. Vai ficar te esperando”.

Felipe: “Você fica aqui sentada!” (falou de forma imperativa).

Mãe: “Viu? Falei para você que ele não desgruda! Ele quer mandar em mim. É sempre assim!”.

Ao ouvir as afirmações da mãe, percebi que ela não conseguia enxergar a dor de Felipe. Ele buscava o olhar dessa mãe, mas infelizmente não encontrava. Seus sintomas eram um pedido de socorro.

Felipe entrou na sala, olhou para a lâmpada, solicitou que eu apagasse as luzes. Ele ficou andando pela sala, soltava gases, arrotava, olhava nos meus olhos e ria alto.

Eu comecei a explicar sobre a caixa lúdica e o tratamento. Felipe não queria ouvir, gritava, fazia muitas caretas. Seus gritos pareciam grunhidos, era impossível entender o que ele verbalizava.

Ele reagia com arrotos e gases a qualquer tentativa minha de aproximação verbal. De tempos em tempos, abria a porta, dirigia-se até a recepção para ver se sua mãe continuava sentada aguardando:

Felipe: “Você não vai sair? Vai ficar aqui?”.

Mãe: “Que saco, Felipe! Já falei! Entre lá e pare de frescura!”.

No fim da sessão olhou para os brinquedos e falou que não iria brincar. Esses brinquedos não pertenciam a ele, apenas iria jogar o seu *game boy*.

Nesse primeiro contato, eu percebi que Felipe estava muito comprometido emocionalmente: agiu comigo como se fosse um “bichinho” assustado. Eu não podia chegar perto, parecia um porco espinho que, para se proteger, soltava os gazes e arrotos. Apagar as luzes representava uma maneira de ficarmos no escuro, não podíamos entrar em contato. Felipe desafiava com o seu olhar e sua expressão facial era de um menino mau.

A imagem da mãe tentando desgrudar Felipe de seu corpo explicitou a ideia que eu havia formado da primeira entrevista com os pais: Felipe não tinha o lugar de que necessitava junto a eles.

A família não aceitou as duas sessões semanais propostas, alegando que seria muito trabalhoso vir ao consultório duas vezes por semana. O tratamento de Felipe ocorreu todas as quartas à tarde, durante dois anos.

Desenvolvimento do trabalho

Os primeiros meses de trabalho com Felipe foram repletos de arrotos, gazes, caretas e gritos:

Felipe: “Arrotei e peidei! Arrotei e peidei! Ahahahahah! Na sua cara! Viu só? Eu sou o bom! Eu arroto! Eu peido!” (esses gritos eram frequentes).

Terapeuta: “Você quer ver se eu aguento ficar com você aqui. Parece que você fala comigo através desses arrotos e peidos!”.

Entendo que os arrotos, os gazes e os gritos representavam uma forma de Felipe testar o ambiente; precisava ter certeza de que poderia confiar em mim. É um exemplo claro da busca de confiabilidade no analista pelo paciente.

Felipe não usava os brinquedos da caixa, apenas trazia o *game boy*. Eu tentava me aproximar fisicamente dele para ver o jogo. Ele inicialmente não deixava. Apenas quando a sessão estava para terminar, começava a mostrar e falar sobre o jogo. Eram jogos de luta; ele sempre escolhia o melhor lutador e geralmente ganhava as partidas. Tinha grande prazer com as conquistas no *game*:

Felipe: “Sou bom demais!” (gritando e fazendo caretas).

Terapeuta: “Verdade! Você é muito bom no *game boy!*”.

No transcorrer do tratamento, começou a deixar o *game boy* com sua mãe e a trazer brinquedos de sua casa. Nesse momento, Felipe estava interagindo comigo, brincávamos juntos e ele solicitava minha ajuda nos jogos.

Durante várias sessões, Felipe trouxe os Pokémons e suas pokebolas:

Felipe: “Claudia, me ajuda! Quero colocar esse Pokémon gordinho dentro dessa pokebola”.

Terapeuta: “Sim, te ajudo! O Pokémon fica aqui dentro no quentinho. Parece a barriga da mamãe”.

Felipe: “Agora a gente joga e ele nasce”.

A brincadeira dos Pokémons era acompanhada de muito barulho, Felipe gritava toda vez que o Pokémon saía da bola. Eu, na época, verbalizava que o Pokémon tinha que sair da casinha quentinha e ir para a luta. Sair da barriga da mamãe e lutar para sobreviver. Muitas vezes, quando eu falava, Felipe gritava:

Felipe: “Cala a boca!”.

Posteriormente, outras brincadeiras começaram a aparecer nas sessões. Felipe brincava de esconde-esconde. Eu sempre “batia cara” e ele se escondia em lugares óbvios, muitas vezes ficava no chão deitado virado de costas. Felipe tinha a sensação que não seria visto por mim. E quando ele era encontrado, ficava feliz.

Entendo que a brincadeira de esconde-esconde mostrava uma tentativa de Felipe elaborar a ansiedade de separação.

Felipe, nesse momento do tratamento, não abria mais a porta para ver se sua mãe estava na recepção. Ele estava mais tranquilo comigo; os gazes, arrotos e gritos haviam desaparecido.

Na época da festa junina trouxe para o consultório biribinhas e, durante muitos meses, Felipe brincou de jogá-las. Ele as jogava e contava situações que o incomodavam:

Felipe: “Meu pai é um saco! Eu odeio ele! Ele só reclama de mim. Não gosta de mim.”

Terapeuta: “Hoje você consegue falar sobre as coisas que te deixam triste e com raiva. As biribinhas representam essas coisas”.

Felipe: “Eu queria ter outro pai!”.

Terapeuta: “Eu sei que você gostaria que ele fosse diferente e também sei que ele faz você sofrer”.

Na escola, Felipe, também apresentava melhora: estava um pouco mais calmo, participava com os colegas de algumas brincadeiras.

Ele ainda tinha dificuldade de brincar com sua caixa lúdica. Abria a caixa e jogava todos os brinquedos para fora, muitas vezes quebrando-os:

Felipe: “Essa caixa não é minha! Se ela fosse minha não estaria aqui, estaria na minha casa”.

Terapeuta: “Essa caixa é sua, aqui você pode brincar com ela, ninguém vai mexer nos brinquedos, apenas você. Eu sei que você fica desconfiado e não consegue aproveitar. Você tem receio de gostar e depois ficar sem os brinquedos”.

Felipe conseguiu brincar com sua caixa apenas alguns meses antes da interrupção do tratamento.

As consultas com os pais

Nos dois anos do tratamento de Felipe, ocorreram apenas quatro consultas com os pais. A última delas foi após eles solicitarem a interrupção do trabalho.

Essas consultas eram preenchidas de reclamações das atitudes de Felipe:

Mãe: “Ele continua grudado em mim. Eu fui ao centro espírita e descobri que ele tem problemas de vidas passadas. O médium falou que o Felipe foi uma pessoa ruim na outra encarnação. É isso! Está explicado!”.

Terapeuta: “Eu não tenho nada contra a religião espírita, mas temos que tomar cuidado com essa afirmação. Felipe tem comportamentos difíceis e podemos pensar na sua história real, dessa vida. Quando pequeno ficou preso no quarto, passou por maus-tratos. É importante que vocês entendam que os comportamentos estão relacionados com uma dificuldade real do início da vida”.

Pai: “Comigo ele está respondão. Agora vive falando que eu não gosto dele, que não sirvo para ser pai. Outro dia falou que eu não deveria ter tido filho, que só penso em trabalhar. Você sabe? Talvez ele tenha razão. Mas não vou mudar”.

Terapeuta: “Felipe começa a verbalizar o que ele sente. Acredita que você não gosta dele e por isso te ataca, falando que gostaria de outro pai. Eu entendo que na realidade gostaria que você se aproximasse dele”.

(Pai): “Eu não quero! Ele é estranho! Sou assim e pronto!”.

Felipe começava a melhorar, mas em sua casa a dinâmica familiar continuava muito difícil. A mãe, frágil, buscava na religião explicações para as atitudes do filho. O pai não tentava se aproximar do filho, não se sentia responsável pelo cuidado de Felipe. O lugar ocupado por Felipe nessa família não poderia ser modificado; ele era o estranho, o doente da família.

Verifica-se, portanto, que teria sido útil introduzir as consultas com os pais no tratamento de Felipe. Os pais precisavam de ajuda para entender suas questões e as de seu filho. Na época, eu entendia que o tratamento era de Felipe e marquei apenas alguns contatos com os pais. Foram contatos esporádicos, em que não houve condições de maior aprofundamento. Eu, na transferência, tentava mostrar aos pais o filho que eles não enxergavam; um menino frágil e que precisava de cuidado. Eles, em contraposição, alegavam que ele era ruim e que não tinha jeito. Assim transcorreram os nossos encontros, como se cada um de nós mostrássemos uma versão, tentando influenciar o outro.

O trabalho com Felipe estava evoluindo, eu havia adquirido a confiança dele; ele estabeleceu contato comigo e pôde regredir durante as sessões para retomar o seu desenvolvimento. Estava mais seguro, não agia mais como um bebê assustado.

Na época, eu não entendia como esses pais não conseguiam enxergar o desenvolvimento do filho e, após as entrevistas, sentia-me impotente, pois não haviam entendido o que eu verbalizava. Em alguns momentos, eu ficava bastante irritada com essa situação.

Interrupção do tratamento

Felipe estava melhor na escola. Conseguia participar das atividades, inclusive dos passeios pedagógicos. Seus pais foram comunicados, na reunião da escola, que o filho tinha melhorado e então resolveram interromper o tratamento.

Alegaram que Felipe havia melhorado na escola e que em casa não teria solução. Precisavam mudar de apartamento e utilizariam o dinheiro gasto com a terapia de Felipe para o investimento.

Eu informei que não seria o momento adequado. Felipe precisava de tratamento e poderia regredir emocionalmente com a interrupção do trabalho. Os pais já tinham decidido que Felipe não faria mais terapia. Tudo o que eu verbalizei não foi aceito.

Entendo que os pais tinham dificuldade em entrar em contato com seus sentimentos ambivalentes e também com um possível sentimento de culpa em relação ao filho. Assim que perceberam a melhora do filho na escola, interromperam o tratamento.

Nessa época, Felipe começou a verbalizar aos pais o que realmente sentia. Falava para a mãe que achava que ela não gostava dele e passou a cobrar atitudes de seu pai, pedindo que brincasse com ele. Penso que interromperam o tratamento porque não tinham condições internas de lidar com seu filho verbalizando o que realmente precisava. Eles não conseguiriam atender aos pedidos de Felipe.

A busca por um espaço maior ocorreu de forma concreta: encerraram a análise do filho para comprar um apartamento maior. O espaço psico-social não foi ampliado, Felipe continuaria a ser o doente da casa.

Atualmente esse trabalho seria realizado de forma diferente: as consultas com os pais seriam mensais, haveria uma tentativa de auxiliá-los no entendimento do filho e da dinâmica familiar. As consultas com os pais visariam à possibilidade de um espaço em que eles pudessem sentir-se acolhidos e ajudados a desempenhar a função materna e a função paterna.

Na última sessão, Felipe estava visivelmente triste. Eu mostrei a ele todas as suas conquistas emocionais nesses anos. Ele levou para casa os brinquedos de sua caixa.

Eu fiquei no vazio, me senti impotente na ajuda a Felipe.

4.2 Paula - 16 anos

Paula era filha única do segundo casamento da mãe. Tinha uma irmã cinco anos mais velha, filha do primeiro casamento. Seus pais se separaram quando ela tinha três anos. O pai morava em outro estado e não tinha contato frequente com ela. Ele tinha um filho de cinco anos do novo casamento. Paula morava com mãe, atual marido e a irmã. Não tinha bom relacionamento com o marido da mãe, que tentava colocar limites e não aceitava suas atitudes.

Geralmente, nas férias de janeiro, ela viajava para a cidade onde o pai vivia e ficava aproximadamente um mês na casa da avó. Mantinha um contato próximo com avó e tias, sendo que o pai apenas a visitava e raras vezes a levava para jantar. Ele não a ajudava financeiramente, afirmando que não tinha condições; as passagens eram pagas pela avó e tias.

Paula havia repetido dois anos na escola. No ano da análise, estava novamente tirando notas baixas. Ela ficava no bar bebendo e fumando maconha ao invés de ir para a escola.

Mantinha relacionamento homossexual com uma moça. Era um relacionamento bastante conturbado, com muitas brigas, traições por parte da namorada. Paula sofria bastante, mas não conseguia se desvincular.

Eu fui indicada para a mãe através do seu psiquiatra. No primeiro contato telefônico, ela verbalizou que a filha acabara de viver uma história desastrosa com outra psicóloga e que precisava me conhecer para “ver se eu daria conta de sua filha” (sic).

Informou também que eu seria a quarta psicóloga de sua filha e não acreditava que Paula pudesse “ter jeito”. Eu expliquei que precisava conversar com ela pessoalmente. Após grande dificuldade de agenda, pois ela não podia vir nos horários oferecidos, consegui marcar o primeiro encontro com a mãe.

Nesse primeiro contato telefônico percebe-se a complexidade do caso e a importância da primeira entrevista com a mãe, para que eu pudesse vir a trabalhar com a paciente. Eu seria avaliada pela mãe e só iniciaria o tratamento se ela sentisse que eu era qualificada para atender sua filha. A dificuldade de agenda poderia ser entendida como uma forma inconsciente de verificar a minha disponibilidade para atendê-la.

Primeira entrevista com mãe:

A mãe, na primeira entrevista, verbalizou sobre a análise anterior da filha, explicando detalhadamente o que havia acontecido.

Contou que Paula estava em tratamento com uma analista conceituada e que ela solicitava um horário para conversar, mas a analista informava que a análise era de sua filha e não faria sentido marcar um horário para a mãe. Segundo a mãe, nesse telefonema, a analista afirmava que Paula não colaborava e permanecia a maior parte do tempo em silêncio.

Em pouco mais de três meses, Paula desistiu do tratamento. Na última sessão, a analista explicou a Paula que, se ela não continuasse a análise, iria “se arrepender e teria uma vida inútil, não conseguiria ser ninguém”. Paula chegou em sua casa chorando e contou o que tinha acontecido. Frente a essas palavras, a mãe entrou em contato telefônico e ameaçou processar a analista.

A mãe demonstrou muita indignação e raiva. Eu perguntei, em vão, sobre o desenvolvimento de Paula. A mãe apenas falava sobre o ocorrido no último tratamento. Verbalizei, então, que entendia o seu sofrimento e a raiva que estava sentindo da situação.

Nesse primeiro encontro, a mãe não conseguiu entrar em contato com as questões do desenvolvimento emocional da filha ou mesmo com minhas perguntas; estava absorvida pelo acontecimento da análise anterior e precisava ser ouvida.

Percebi que a mãe era uma pessoa bastante difícil, queria impor o seu pensamento e eu precisaria ficar atenta e entender o que isso representava.

Segunda entrevista com mãe

A segunda entrevista ocorreu uma semana depois. A mãe entrou na sala carregando um livro do CID10 e afirmou que Paula tinha distúrbios graves de personalidade. Ela já havia entendido que a filha era muito doente. Abriu o livro, identificou o código no CID10 e leu sobre “distúrbio de identidade”.

Num primeiro momento, fiquei paralisada, não entendia ao certo o que estava acontecendo. Iniciei, então, os questionamentos sobre o desenvolvimento de Paula: como havia sido a sua gestação? Paula era um bebê agitado? E seu sono, como era?

A mãe citava apenas momentos que justificassem o diagnóstico realizado por ela. Não respondia minhas perguntas, parecia que eu não estava sendo ouvida por ela. Percebi que ela precisava verbalizar o que tinha para falar, então, apenas deixei e não interferei com a anamnese.

Aos três meses, a mãe percebeu que Paula era uma criança diferente. Não teve o mesmo desenvolvimento de sua irmã: foi muito lenta para andar e falar. Nesta mesma época, as brigas dos pais eram constantes.

Vale ressaltar que a mãe era voluntária de uma instituição que cuidava de crianças e adultos especiais, com doenças neurológicas graves. Era bastante culta e utilizava o fator intelectual como defesa, explicando o diagnóstico de sua filha.

Em determinado momento da sessão questionou:

Mãe: “Você sabe trabalhar com distúrbios da personalidade? Quantos casos semelhantes você atendeu? Para atender a Paula precisa saber trabalhar com esses casos”.

Terapeuta: “Entendo a sua preocupação em questionar se eu terei condições de cuidar de Paula. Você já tem o diagnóstico, eu ainda não a conheço. Primeiramente preciso vê-la, tentar entender como ela está emocionalmente. Apenas após algumas sessões, geralmente quatro ou cinco, eu conseguirei te responder.”

Mãe: “Ela não tem jeito! Tem problemas graves e de nada vai resolver. Tenho certeza que a terapia não resolve, mas não posso deixá-la sem tratamento”.

A mãe estava pedindo ajuda, mas deixava claro que não acreditava na melhora de Paula.

Nessa entrevista eu entendi que a mãe buscava o controle da análise da filha e, de certa forma, precisava avaliar se eu estaria tecnicamente preparada para atendê-la. A mãe gostaria que eu concordasse com o diagnóstico dado por ela.

Verifiquei que a mãe não expressava sentimentos em relação à Paula; existia um distanciamento emocional frente ao que relatava. Parecia que eu estava falando com um profissional da área de saúde. Ela falava com convicção sobre os comportamentos de Paula e a relação que eles tinham com o código do CID10.

Primeiro contato com Paula

Paula era uma moça de traços bonitos, mas se apresentava de forma bastante agressiva. As roupas eram largas e masculinizadas, tinha vários *piercing* no rosto, seu cabelo estava raspado de um lado e pintado de amarelo. Sentou-se na poltrona e me olhou de forma desconfiada, como se quisesse me “fuzilar”, tinha raiva em seu olhar:

Paula: “Estou aqui porque minha mãe me obrigou. Não quero fazer terapia. Mas ela falou que vai cortar minha mesada se eu não fizer terapia”.

Terapeuta: “Você não gosta de fazer terapia e eu não vou obrigar você a ficar aqui. Sua mãe esteve aqui e expliquei a ela que primeiramente nós duas iríamos conversar. Existem situações que não podemos escolher, como por exemplo, professores, mas podemos escolher a psicóloga com quem vamos fazer terapia. Vamos decidir juntas e com calma”.

Paula praticamente não falava e explicou que, em outras terapias, virava de costas para a psicóloga e se recusava a conversar.

Neste contexto, eu informei que sabia o quanto era complicado fazer terapia e que sua mãe havia contado sobre a experiência que ela teve com a psicóloga anterior. Eu entendia que ela estava desconfiada e propus outros encontros antes de decidir se permaneceria ou não em tratamento comigo.

Nos primeiros contatos, Paula deixou claro que sua mãe era quem “mandava”, inclusive na terapia. Eu verbalizei que, nessa situação, nós duas iríamos resolver sobre o tratamento e posteriormente explicar para a mãe a decisão tomada. Essa foi a minha primeira tentativa de estabelecer uma relação paciente/analista.

Ocorreram seis sessões anteriores ao contrato. Paula aceitou vir duas vezes por semana. O tratamento ocorreu durante cinco anos.

Eu compreendi que seria um trabalho difícil e que o prognóstico não estava claro; sentia que a qualquer momento Paula poderia ir embora.

A agressividade aparecia como forma de defesa, talvez necessária para dar conta de um ambiente não favorável. A frase “a melhor defesa é o ataque” poderia exemplificar as atitudes de Paula, que atacava como forma de se proteger. Outro aspecto importante que percebi e ao qual deveria ficar atenta foi o papel desempenhado pela mãe no decorrer do tratamento. Durante este início, ela fazia ligações telefônicas constantes e queria sempre saber como estava o atendimento de Paula.

Existia o sentimento da mãe de que a filha tinha uma doença incurável. Talvez a tentativa de enquadrá-la no código de doenças psíquicas estava relacionada à projeção, na filha, da fantasia de não ter sido uma mãe suficientemente boa.

Muitas vezes eu me sentia invadida e tinha a preocupação de qual seria a reação da paciente em relação a esta situação. Então, decidi sistematizar tais conversas com a mãe. Pedi autorização para Paula e combinei consultas mensais com a mãe. Na última quinta feira do mês as consultas ocorreram no horário estabelecido.

Importante salientar que esta foi a primeira vez que eu introduzi os pais no tratamento. Resolvi mudar minha forma de trabalhar, alterando a técnica, como uma tentativa de conter a angústia da mãe. Entendia que os seus telefonemas frequentes eram um pedido de ajuda.

Relação paciente-analista

As faltas constantes sem aviso prévio faziam parte do início do tratamento. Muitas vezes, Paula faltava por quatro ou cinco sessões seguidas. Ao ser questionada sobre suas faltas, ela informava que não tinha vontade de vir ou que havia esquecido.

Eu tinha a sensação de que ela não viria mais e abandonaria o tratamento. Comecei a entrar em contato telefônico após três faltas consecutivas, ligava para ela e confirmava o dia e horário da próxima sessão. Na sessão seguinte Paula comparecia ao tratamento. Entendi, então, que era importante para Paula que eu demonstrasse meu interesse e preocupação por ela.

Paula precisava perceber que eu sentia sua falta. É necessário pontuar que não era uma prática frequente da minha atuação clínica ligar para os pacientes após as faltas. O trabalho com Paula exigiu que eu me adaptasse às suas necessidades. Várias mudanças ocorreram em minha prática no decorrer desses atendimentos.

Quando Paula conseguia vir, muitas vezes dormia e, ao acordar, antes de ir embora, comentava:

Paula: “Viu? Hoje eu vim! Apenas dormi!”.

Terapeuta: “É verdade que você dormiu, mas penso que neste momento dormir representa o que você consegue fazer aqui. Prefiro que você venha e durma! Suas faltas me deixam mais preocupada!”.

Muitas sessões transcorreram desta forma: com faltas e muito sono, sempre dormindo.

Após aproximadamente um ano de tratamento, Paula começou a verbalizar alguns acontecimentos. Eram acontecimentos considerados graves; colocava-se frequentemente em perigo. Em uma ocasião, ao retornar para casa às três horas da manhã, atravessou uma rodovia e quase foi atropelada por um caminhão. Em outra situação brigou com um policial que estava na rua, o xingou e foi parar na delegacia. Paula brigava com professores, bebia e voltava muito mal para casa.

Quando ela era questionada sobre os seus sentimentos em relação a tais acontecimentos, afirmava que era “normal”:

Terapeuta: “Nossa! E o que você sentiu? Ficou com medo de ser presa?”.

Paula: “Normal”.

Terapeuta: “Eu fico preocupada com as situações perigosas que você vive. É impressionante que você me diz que é normal, como se nada tivesse acontecido!”

(Paula): “Normal”.

Assim, as emoções de Paula eram expressas apenas através da palavra “normal” e, neste momento, era eu que as sentia no lugar dela. Eu ficava bastante preocupada e tinha a sensação de que algo de muito grave poderia acontecer com Paula, até mesmo a morte real.

Após anos de tratamento, esse termo “normal” foi substituído por emoções de raiva, tristeza e muito choro.

Paula, por meio de suas ações, testava frequentemente o ambiente. Verificasse que ocorreram falhas graves em seu desenvolvimento primitivo. Eu sentia que estava frente a um bebê desprotegido. Paula precisava de um cuidado especial.

Relação mãe-analista

As primeiras consultas com a mãe eram tensas. Ela sempre queria impor a sua percepção da filha e questionava o meu trabalho.

Mãe: “Acho que Paula é psicopata. Você ainda não entendeu direito como ela funciona”.

Terapeuta: “Paula não é psicopata. Entendo que é muito difícil para você lidar com ela, pois ela não consegue mostrar o que precisa de uma forma adequada. Mostra apenas por suas ações”.

Mãe: “Então ela é psicótica!”.

Terapeuta: “Atrás das atitudes da Paula, existe um bebê desprotegido, que precisa de cuidado. Ela não consegue demonstrar seus sentimentos. Precisamos entender o que suas atitudes representam”.

Mãe: “Você não está entendendo!”.

Eram conversas em que o que prenominava era o negativo. Ficava expondo o que Paula fazia de errado durante os cinquenta minutos da consulta. Eu tinha muita dificuldade de mostrar o desenvolvimento do trabalho e, muitas vezes, sentia-me “engolida” pela mãe.

Existia também a preocupação de não expor a paciente; o conteúdo das sessões não era contado. Eu precisava informar para a mãe que as atuações de Paula eram um pedido de ajuda.

Aos poucos a mãe pôde começar a ouvir, mas sempre com muita dificuldade. A cada consulta me trazia “trabalho”, como se fizesse uma prova e me avaliasse. Os questionamentos eram variados: Paula era *borderline*? Tinha distúrbios de personalidade devido a não ter contato com o pai? Eu tinha estudado tais casos?

E assim transcorreram os primeiros meses...

Apesar das consultas mensais, o contato telefônico ainda era frequente. Teve uma situação em que a filha pegou dinheiro de sua carteira e a mãe entrou em contato telefônico comigo:

Mãe: “O que você está fazendo? Nada!”.

Terapeuta: “Vamos marcar um horário extra para conversarmos pessoalmente”.

Mãe: “Paula é ladra e de nada adianta o tratamento. Precisa de internação!”.

Terapeuta: “Sei que é muito difícil para você. Ela não precisa de internação. Vamos conversar pessoalmente”.

Foi marcada uma consulta para o dia seguinte. A mãe relatou o ocorrido; ela estava muito irritada. Eu expliquei que o roubo podia representar a tentativa de Paula se aproximar da mãe:

Terapeuta: “Eu entendo que, ao pegar algo na sua bolsa, Paula busca ter contato com você”.

Mãe: “Ela não conversa comigo, ela não gosta de mim!”.

Terapeuta: “Ela precisa de você, mas não sabe pedir!”.

Existia uma preocupação em expor para a mãe a fragilidade de Paula, traduzindo as ações da paciente. Muitas consultas foram necessárias para que a mãe, aos poucos, começasse a ouvir o que eu informava. Nesse momento do trabalho eu funcionava como uma tradutora das atitudes de Paula. A mãe informava os acontecimentos e eu, na medida do possível, mostrava para ela o real significado do comportamento da filha.

Com o transcorrer do tratamento, a mãe contou que perdera três bebês antes da gestação de Paula. Após o parto entrou em depressão:

Mãe: “Comecei a chorar e não parei durante vinte dias.

Lembrou que Paula não chorou durante quinze dias, mas depois não parou mais de chorar.

Terapeuta: “Foi um começo bastante difícil para você e Paula. Hoje, ela ainda chora, o choro aparece nas atitudes. Busca o olhar das pessoas e o seu cuidado.”

A mãe lembrou que a filha deu muito trabalho nos primeiros meses. Neste momento ela começava a entrar em contato com questões do desenvolvimento de Paula:

Mãe: “Sabe... Eu não me lembrava de todos esses acontecimentos! Talvez você tenha razão. Ela busca meu cuidado através de todas essas atitudes.”

Terapeuta: “É uma forma de ela se aproximar de você. Sei que não é a melhor forma de pedir cuidado, mas não consegue fazer diferente.”

Apareceram questões da mãe relacionadas ao próprio desamparo ao cuidar desse bebê: o pai fora muito ausente e as brigas, constantes. A mãe não pôde contar com a família de origem, pois essa não aceitava o segundo casamento e se distanciou.

É importante ressaltar que a mãe estava em análise desde o início do tratamento de Paula e, mesmo assim, teve muita dificuldade de expressar tais acontecimentos.

As consultas com a mãe possibilitaram o trabalho com Paula. A mãe sentia que tinha um espaço no tratamento da filha e, após longo tempo, pôde estabelecer uma relação de confiança comigo. As fragilidades da mãe puderam aparecer e foram entendidas. A mãe se sentiu cuidada.

Com o decorrer das consultas, pude perceber que a mãe também precisava de ajuda, a sua forma agressiva era apenas uma tentativa de proteção. Ao afirmar que eu entendia a sua dor, ela conseguiu se lembrar de fatos importantes do desenvolvimento da filha, que auxiliaram no entendimento do caso.

Contato com o pai de Paula

Após três anos de tratamento, o pai esteve em São Paulo e Paula solicitou que eu entrasse em contato com ele para marcar uma consulta.

Paula estava conseguindo manter um relacionamento mais próximo com o pai. Ela começou a verbalizar, por meio de e-mails, o que a incomodava. Primeiramente questionou a questão financeira; não entendia por que ele não a ajudava com a escola e assistência médica, pois era o que havia combinado com a sua mãe. Com o transcorrer do tratamento, começou a falar para o pai que ela achava que ele gostava apenas da nova família e não se importava com ela. Sentia que seu irmão tinha regalias; tudo o que ele pedia, o pai proporcionava.

O pai, frente a todas essas cobranças, começou a dar mais atenção a ela. Ele esteve no consultório para falar comigo:

Pai: “Sei que fiquei muito distante, acho que causei muito sofrimento à Paula. Na realidade foram muitas brigas com a sua mãe e, então, eu me afastei”.

Terapeuta: “Paula precisa de você, a sua presença é importante para ela. Neste momento está conseguindo falar o que sente”.

Pai: “Sei que falhei, percebo que agora ela me procura mais. Eu tinha a impressão que ela não precisava de mim”.

Terapeuta: “Os comportamentos de Paula representam um pedido de ajuda. É importante que você entenda essa forma de funcionamento e possa estar mais próximo dela”.

Paula, ao saber que o pai esteve na consulta, sentiu-se cuidada por ele. A relação entre os dois ficou mais próxima. Nas férias ela ficava na casa do pai e começou a ter contato com o irmão e madrasta. Importante pontuar que o pai teve condições internas para atender aos pedidos da filha. Ele já havia iniciado um processo de aproximação e a consulta apenas auxiliou o seu entendimento sobre o que havia ocorrido nos momentos iniciais do desenvolvimento de Paula.

Verifica-se, portanto, que aconteceram falhas ambientais graves no desenvolvimento de Paula. A mãe, deprimida, não conseguiu ser uma mãe suficientemente boa para o seu bebê. O pai, ausente, não exerceu a função paterna, não esteve próximo de sua esposa, para que ela pudesse entrar no estado de preocupação materna primária.

As consultas com os pais possibilitaram uma mudança no ambiente familiar, os pais puderam se apropriar de suas falhas e mudar o comportamento com a filha. Paula, agora, sentia-se cuidada pelos pais.

O analista implicado

No início do trabalho, eu tinha o sentimento de desesperança, sentia que a paciente não estava formando vínculo. Tentava ir ao encontro de Paula, mas percebia que o desejo do tratamento era muito mais meu do que da paciente.

Eu agia com Paula de forma diferenciada de outros pacientes: ligava quando ela faltava três vezes seguidas e manifestava minha preocupação ao telefone:

Terapeuta: “Oi Paula! Tudo bem? Você faltou nas últimas sessões, o que aconteceu?”.

Paula: “Nada! Outro dia acordei tarde e ontem eu esqueci”.

Terapeuta: “Podemos confirmar para amanhã? Fico preocupada em não te ver”.

Paula: “Sim, eu vou”.

Paula tinha atitudes destrutivas, bebia muito e agia sem pensar. Eram frequentes as situações de perigo. Em um evento levou maconha para uma amiga e foi abordada pela polícia; começou a gritar com o policial, o que causou um processo judicial e trabalho comunitário durante um ano. Eu tive várias vezes a sensação de que a paciente poderia se matar e ficava muito apreensiva.

Com o passar do tempo, pude perceber que a paciente estava se vinculando e então se iniciou um processo diferenciado em que eu sentia que estava com um bebê. A paciente regrediu e as sessões eram repletas de choro e sofrimento. Paula começava a demonstrar todo o desamparo que sentiu no decorrer de seu desenvolvimento. A esperança fez parte do trabalho neste momento.

Eu estava implicada, nos atendimentos de Paula, com minhas próprias questões inconscientes. Aos finais de semana, sentia que algo de muito ruim poderia acontecer com ela. Em vários momentos eu me lembrava de Paula e tinha vontade de telefonar para saber como estava; ela aparecia em meu pensamento de forma involuntária. Importante pontuar que, apesar da preocupação, eu não entrava em contato com ela.

Talvez nesses momentos, eu funcionava como depositária das projeções e catalisadora dos diversos movimentos da paciente. Assim, foi essencial que eu pudesse entender as transferências e contratransferências que estavam em ação.

Nas primeiras consultas com a mãe, sentia que ela menosprezava meus conhecimentos. Tinha a sensação de que ela tentava destruir minha capacidade profissional. Existiam sentimentos ambíguos em mim: de um lado, tinha desejos de ajudar Paula, de outro, tinha dificuldade em lidar com a mãe.

No início do trabalho, eu percebia que ficava com raiva da mãe, questionava como ela tentava destruir sua filha. Como uma mãe desejaria um diagnóstico grave? Porque ela apenas evidenciava o negativo de Paula?

As consultas com a mãe eram tensas durante grande parte do tempo. Eu tinha a sensação de impotência e de incapacidade de ser ouvida. Eu sentia que estava identificada com minha paciente, mas a mãe não me enxergava e eu existia apenas com o colorido emocional do olhar dela.

Podemos aqui pensar nos meus aspectos inconscientes e na minha dificuldade interna em ser avaliada. Winnicott enfatiza a necessidade da análise

pessoal do analista, para que ele possa identificar e tratar aspectos que interferem no trabalho psicanalítico com o paciente. Afirma:

Se um analista quer analisar psicóticos ou antissociais, ele deve conseguir ter uma consciência tão completa da contratransferência que seja capaz de isolar e estudar suas reações objetivas ao paciente (WINNICOTT, 1947/1982, p. 342).

A minha análise pessoal e as supervisões do caso foram essenciais para o desenvolvimento do trabalho com Paula e sua mãe. Acredito que foi importante manter um filtro dos meus sentimentos em relação à mãe, pois há um grande prejuízo quando o analista se posiciona contra os pais, tomando partido do paciente. Uma das funções do analista é ajudar os pais, não julgá-los e não se contrapor a eles.

Assim, após várias consultas, a mãe pôde estabelecer confiança em mim. Penso que a sobrevivência aos ataques dela foi essencial para a mudança da sua relação comigo. Conseqüentemente, ela também iniciou um processo de mudança com Paula: começou a enxergar a filha e entender as suas necessidades.

As múltiplas transferências e o manejo do setting

O tratamento de Paula fez com que eu entrasse em contato com questões técnicas importantes para o meu trabalho com crianças e adolescentes. Até aquele momento, eu atendia os pais de forma esporádica e esses atendimentos não faziam parte do contrato de trabalho. As consultas mensais com a mãe como parte do tratamento foram um trabalho inovador na minha clínica, tendo como implicação repensar o manejo do *setting*.

A preocupação com o sigilo e com a reação da paciente com essas consultas tornaram-se minhas prioridades. Atender a mãe implicou abrir um espaço que poderia ser sentido como persecutório para Paula. As consultas poderiam auxiliar o tratamento, como também poderiam prejudicar o trabalho e causar sua interrupção. Tecnicamente era uma questão bastante delicada.

O manejo foi fundamental nesta situação. Eu avisava a paciente que estaria conversando com sua mãe, mas deixava claro que não falaria sobre as questões

tratadas ali, o sigilo seria mantido. Ouviria as dúvidas da mãe e tentaria ajudá-la a entender melhor as atitudes da filha.

Eu informava que o tratamento era de Paula e que as consultas com a mãe serviriam para auxiliá-la. Na época, após a consulta com a mãe, eu perguntava se Paula tinha alguma questão ou dúvida e me restringia a responder apenas o que era de interesse da paciente.

Com o decorrer do tratamento, eu verifiquei que Paula sentia-se entendida na dinâmica familiar e demonstrava interesse nessas consultas. Não apareceram questões persecutórias; Paula sentia-se cuidada pelo fato de a mãe vir para as consultas mensalmente. O mesmo sentimento ocorreu quando o pai esteve no consultório.

As questões transferenciais precisaram de uma atenção especial. Nas consultas mensais com a mãe, ficou evidente a transferência estabelecida entre mãe/analista. No primeiro momento do trabalho, predominou a transferência negativa: a mãe não confiava no meu trabalho e não acreditava que eu poderia ajudar sua filha.

Winnicott afirma que, para o bom andamento do trabalho com crianças e adolescentes, é importante que os pais possam confiar no analista:

Em alguns dos casos relatados há formidáveis mudanças após uma ou duas consultas terapêuticas. Estes devem ser tomados não apenas como evidência do trabalho feito, mas também como uma evidência da atitude dos pais. Sem dúvida, os melhores casos para essa espécie de trabalho são aqueles em que já há uma confiança paterna em mim (WINNICOTT, 1971/1984, p. 15-16).

Por meio da análise da transferência estabelecida comigo, pude entender o funcionamento da relação mãe-filha. A mãe, com suas fantasias inconscientes, sentia o tratamento/analista como inútil e ineficaz. O mesmo lugar também era ocupado pela sua filha, que não tinha a possibilidade de vir a ser uma pessoa independente da fantasia da mãe. Foi realizado um trabalho com a mãe, permitindo que ela pudesse perceber a filha real, diferentemente daquela que imaginava ter.

Além da transferência da mãe/analista, temos a transferência da paciente/analista. Paula não possuía um ego integrado, precisava testar o ambiente e reviver na situação analítica questões primitivas. Inicialmente, a paciente precisou ter certeza da preocupação que eu tinha por ela. Importante ressaltar que, neste

caso, muitas vezes a interpretação clássica não ocorreu. A minha sobrevivência foi de extrema importância para que Paula estabelecesse uma relação de confiabilidade com o ambiente/analista. No decorrer do tratamento, pôde confiar em mim, tendo a possibilidade de regredir à dependência absoluta, para, mais adiante, retomar o seu desenvolvimento emocional.

Término do tratamento

O trabalho transcorreu durante cinco anos. Paula pôde começar a demonstrar suas emoções para a mãe: começou a se posicionar e a falar o que a incomodava. Sua mãe pôde ajudá-la nesse processo: conseguia ouvi-la e entender suas necessidades. Uma nova forma de relacionamento se estabeleceu entre a mãe e filha.

A escolha da profissão permeou os anos de análise. Paula escolheu uma profissão que não era aprovada pela mãe. Fez o vestibular e passou. Começou a estagiar na área e adorava o que fazia.

No último ano de análise foram realizadas apenas duas consultas com a mãe, pois percebi que não havia mais necessidade delas. A mãe estava descobrindo Paula e respeitava mais suas escolhas.

Após vários namoros destrutivos, Paula iniciou um novo relacionamento com uma moça mais calma. Aprendeu a se relacionar de forma mais sadia.

Paula estava mais tranquila e, depois de cinco anos de tratamento, resolveu que iria parar a terapia, afirmando que tinha pouco tempo para as sessões, pois estava estagiando e trabalhando.

Eu entendi que o percurso foi importante para Paula. Talvez outras questões pudessem aparecer caso o tratamento continuasse, mas o sintoma inicial havia desaparecido. Paula estava vivenciando questões próprias de uma moça de sua idade, tinha retomado o seu desenvolvimento emocional.

Este trabalho contribuiu para o meu amadurecimento pessoal e profissional. Minha clínica sofreu modificações importantes e necessárias para o trabalho com crianças e adolescentes.

4.3 Matheus – 12 anos

Matheus era o filho mais velho de uma família de origem oriental e tinha um irmão de 08 anos. Foi encaminhado para terapia pela escola por apresentar dificuldade de aprendizagem e comportamentos agressivos com os professores e colegas. Havia repetido dois anos e a escola atual era a quarta escola que frequentava. A família, frente às dificuldades, buscava sempre uma nova escola. Na escola anterior havia sido convidado a se retirar.

Matheus havia iniciado tratamento com três psicólogos e um psiquiatra, mas foram todos interrompidos pela família. Os pais afirmavam que os tratamentos não resolveram e o filho apenas piorava.

A mãe fez o primeiro contato, alegando que a escola havia condicionado a procura de um psicólogo para efetivar a matrícula de Matheus. Ele só poderia continuar na escola caso estivesse em tratamento psicológico. A mãe verbalizou todas as dificuldades que tinha em lidar com o filho, exemplificando as atitudes de Matheus. Frente ao histórico apresentado pela mãe, eu expliquei que o trabalho psicanalítico consistiria em duas sessões semanais com Matheus e uma sessão mensal com os pais. Na semana seguinte, no entanto, em contato telefônico, a mãe informou que, embora houvesse “gostado bastante” de mim, tinha optado por outra psicóloga que trabalharia com Matheus apenas uma vez por semana. Um ano depois, a mãe novamente entra em contato afirmando que Matheus não melhorou e gostaria de iniciar o tratamento.

Pude constatar a preocupação da mãe com o filho, a sua busca por profissionais e escolas, mas também a dificuldade dela em dar continuidade aos trabalhos iniciados. Assim, o contrato de trabalho consistiu em duas sessões semanais com Matheus e sessões quinzenais com os pais.

Primeira entrevista com os pais

Na primeira entrevista com os pais, ficou claro o lugar ocupado por Matheus nesta família.

O pai era profissional da saúde e não gostava de sua profissão. Foi mal sucedido financeiramente e, pelo olhar da família de origem, era um “fracasso”. O relacionamento com a esposa não era bom: não tinham uma relação de casal. Aos

finais de semana comprava engradados de cerveja para esquecer os problemas. Sua relação com o filho era bastante distante e ocorriam agressões físicas e verbais. Falava que Matheus era um fracassado, que nunca conseguiria nada na vida, que era “uma bosta”, um burro, entre outras ofensas. Também estavam presentes questões da cultura oriental, com muitas expectativas em relação ao filho mais velho.

A mãe demonstrava preocupação com o filho, afirmava que era sua responsabilidade ajudar Matheus, mas não conseguia. Enxergava no filho características de seu marido. Sua relação com Matheus era de cobrança, sempre apontava as dificuldades do filho e não valorizava os aspectos positivos de Matheus. Ela deixava clara sua preferência pelo filho mais novo, que, segundo ela, era bastante diferente de Matheus: tirava notas boas, era bonzinho e se parecia com ela fisicamente.

Matheus ocupava o lugar do fracassado, como um prolongamento do fracasso paterno. O tratamento consistiu em ajudá-lo a sair desse lugar e auxiliar os pais nas suas próprias questões inconscientes que prejudicavam a relação com o filho e o desenvolvimento emocional de Matheus.

Primeiro contato com Matheus

Matheus entrou na sala, sentou-se na poltrona e logo começou a falar sobre as injustiças que ocorriam na sua casa:

Matheus: “Eles não me entendem. Apenas gostam do meu irmão. Minha mãe fala que eu só dou trabalho e queria que eu fosse igual ao meu irmão. Meu pai me xinga e fala que eu não presto. Quero fugir de casa”.

Terapeuta: “Entendo como você se sente. Vamos iniciar um trabalho aqui. Eu irei conversar com seus pais quinzenalmente para tentar ajudar você, sei que está difícil...”.

Matheus: “Na escola os professores não gostam de mim. Eles pegam apenas no meu pé. Todos meus amigos conversam, mas quando eu falo me tiram da sala. Que merda! Eu não aguento mais”.

Terapeuta: “Você está contando que se sente injustiçado. Seus pais e seus professores não conseguem te entender”.

Em seu discurso, Matheus era enfático em afirmar que ninguém gostava dele. Era um menino que tinha uma estrutura óssea grande e estava um pouco acima do peso. Falava alto e com vozeirão.

Neste primeiro contato, ficou evidente a solicitação de ajuda. Entrou na sala e ocupou o seu espaço, não brincou com a caixa lúdica e jogos, apenas falou compulsivamente, precisava ser ouvido pelo ambiente.

Ao término da sessão, eu fiquei com o sentimento de que Matheus estava “pegando fogo” e gritava por socorro. O comportamento antissocial pode ser considerado um pedido de ajuda. Ele precisava de um ambiente suficientemente bom para auxiliá-lo.

Desenvolvimento do trabalho

As sessões com Matheus eram repletas de conversas. Ele tinha muitas histórias para contar, estabeleceu uma boa relação comigo. Não faltava e aproveitava as sessões:

Matheus: “Hoje tive ocorrência na escola e vou ter que dar para meu pai assinar. Tenho certeza que ele vai me bater”.

Terapeuta: “O que aconteceu?”.

Matheus: “Eu fui com amigo no mercado e compramos uma pinga. Ficamos no fundo da sala e começamos a beber. A professora nos mandou para a diretoria e levei suspensão”.

Terapeuta: “Parece que você testa a escola e os professores. Será que eles aguentam o que você faz? Você sabe que não pode beber na escola, mas leva a bebida e bebe na frente do professor... Você acaba se colocando em situações complicadas... E agora, você está aqui morrendo de medo do seu pai!”.

Matheus: “Achei que não ia dar em nada...”.

Terapeuta: “Mas deu! E agora, de novo, você acha que seus pais vão brigar com você. Parece que você precisa que eles olhem para você, mesmo que seja pelo lado negativo”.

Muitas sessões transcorreram desta maneira: ele agia na escola e depois ficava extremamente preocupado com as consequências. Mas não conseguia funcionar de outra forma. Entendo que Matheus precisava “amolar” o ambiente como possibilidade de se ocuparem dele.

As consultas com os pais

No primeiro ano do tratamento, as consultas foram quinzenais. Posteriormente passaram a ocorrer de três em três semanas até o término do trabalho.

Inicialmente, o pai permanecia calado, falava muito pouco. A mãe era bastante comunicativa e tentava exemplificar as peraltices de Matheus, sempre apontando a diferença entre ele e o irmão:

Mãe: “Eu não aguento mais o Matheus. Ele só apronta. Eu estava trabalhando, liguei e pedi para ele esquentar a comida do irmão. Sabe o que ele fez? Nada! Foi para o quarto dormir. Eu sempre cuidei de meus irmãos mais novos. Como ele não cuida? E coitado do irmão, me ligou falando que estava com fome. Quando eu cheguei em casa, bati no Matheus. Ele precisa entender que tem que cuidar do irmão. O irmão é muito bonzinho. Estou cansada das atitudes dele”.

Terapeuta: “E o senhor, o que acha?” (dirigindo-se ao pai).

Pai: “Já falei para ela que ele não tem mais jeito, acho que de nada adianta ficarmos aqui, é dinheiro jogado fora. Ele vai ficar na minha casa até os dezoito anos e se ele não melhorar, vou mandá-lo embora”.

Terapeuta: “Entendo que Matheus, com suas ações, acaba provocando em vocês esse sentimento de rejeição. Temos que tentar entender o que está atrás dessas atitudes dele. Parece que é uma forma que ele

encontrou para ser notado. Eu entendo que é um pedido de socorro. Sei que não está resolvendo, pois com essas atitudes, ele acaba afastando vocês dele...”.

Mãe: “É meu filho. Sei que preciso cuidar, mas quando percebo já falei, já briguei e maltratei. Ele (olhando para o pai) não quer saber de nada, apenas repete que vai mandá-lo embora de casa quando tiver dezoito anos”.

Terapeuta: “Eu entendo que é muito difícil, mas ele precisa de vocês, têm apenas doze anos”.

Após várias consultas com os pais, eles puderam estabelecer uma relação de confiança comigo. Outros aspectos importantes puderam aparecer. Os pais não tinham uma relação de casal. Após o nascimento de Matheus, os dois bebiam muito e ficavam embriagados. Deixavam Matheus sozinho no berço. Quando Matheus tinha dois anos, sua mãe buscou ajuda psiquiátrica e tomou remédios para parar de beber. Ficou dependente de antidepressivo e continuava tomando os medicamentos sem acompanhamento médico. O pai continuava a beber todos os dias; aos finais de semana sempre ficava agressivo. Geralmente batia em Matheus e, quando não batia fisicamente, o agredia verbalmente.

Eu indiquei tratamento para o pai, mas ele se recusou a procurar. Ele sabia que era alcoólatra, mas afirmava que “não tinha jeito, iria morrer assim” (sic).

O pai sentia-se incapaz e derrotado profissionalmente. Seus irmãos eram bem sucedidos e apenas ele não tinha evoluído financeiramente. Nas reuniões familiares, ele era o assunto principal. A família de origem não concordava com a bebida e pedia para que ele buscasse ajuda.

Ele percebia Matheus como um prolongamento do seu próprio Eu. Nas consultas afirmava:

Pai: “Matheus é como eu. Não vai dar certo na vida. Eu sou fracassado e ele também. Na cultura oriental, o filho mais velho é muito importante, mas Matheus será incapaz e impotente. Ele não tem jeito”.

Terapeuta: “Precisamos ter calma. A sua história é diferente da história do Matheus. O Matheus não é você. Ele tem suas próprias questões. Ele precisa de você”.

O filho não era visto com existência própria. O pai não conseguia diferenciá-lo dele mesmo. Matheus era apenas sua extensão. Inconscientemente, Matheus representava a sua impotência e a continuidade da sua incapacidade. As consultas precisavam mostrar para o pai quem era seu filho real, como também a importância da função do pai para o desenvolvimento emocional de Matheus:

Terapeuta: “Você é a referência para o seu filho. É importante que você possa ser pai e exercer sua função de pai, incentivando e orientando o Matheus. Quando você fala que ele é um bosta, você está confirmando o lugar que ele deve ocupar, do filho bosta. Seu filho tem condições, ele é um menino inteligente, precisa de cuidado”.

A mãe, por sua vez, conseguia visualizar as dificuldades do filho, mas não tinha condições psíquicas de ajudá-lo:

Mãe: “Eu entendo o que você fala, mas não consigo agir diferente. Eu também o acho parecido com o pai. E vou ser sincera, às vezes, eu sinto que não gosto do Matheus, ele me dá muito trabalho”.

Terapeuta: “Ele não é seu marido, é seu filho. Matheus tem seu próprio jeito de ser, seria importante que você entendesse que ele é diferente do pai. Matheus, com suas atitudes, está lutando para ser visto”.

Verificamos, portanto, que meu trabalho consistiu em ajudar os pais a desconstruir a imagem desvalorizada que tinham do filho. Matheus ocupava esse lugar, sendo talvez o único possível para sua existência. O irmão, em contrapartida, ocupava o lugar do “bonzinho” na família. Verbalizei para os pais o funcionamento dessa dinâmica familiar e o ciúme que Matheus tinha da relação dos pais com seu irmão.

Com o decorrer do tratamento, Matheus começava a melhorar, mas seus pais se recusavam a aceitar a sua melhora. Em certa ocasião, foram à reunião da escola e negaram a avaliação positiva dos professores:

Terapeuta: “Como foi na reunião da escola?”.

Mãe: “O professor de matemática falou que Matheus está mais atento em sala de aula. Mas acho que ele se enganou, pois Matheus tirou nota cinco. Se ele estivesse melhor, tiraria notas mais altas”.

Terapeuta: “E o senhor? O que sentiu?”.

Pai: “Pra mim nada mudou. Acho que ele está enganando os professores, é tudo picaretagem dele”.

Terapeuta: “Vocês conseguem perceber o que estão falando? Temos uma melhora real na escola e vocês continuam com a imagem de fracasso do Matheus. É muito grave! Matheus está melhor e vocês estão negando essa melhora”.

Mãe: “Ele sempre aprontou e acho que vai continuar aprontando”.

Terapeuta: “Nesse momento não está aprontando, ele está descobrindo uma nova forma de ser na escola. Conversando com os professores, pedindo a ajuda deles e está dando certo”.

Pai: “Sempre fomos chamados na escola para ouvir reclamações, não acredito que ele melhorou. Você vai ver, logo vai estourar outra bomba”.

Terapeuta: “Entendo que vocês tenham na memória os problemas causados pelo Matheus anteriormente. Mas não é o que estamos vivendo neste momento. Ele está mais tranquilo!”.

Mãe: “Em casa ele tem falado que não gosta que seu pai beba e também falou que eu não o valorizo. Não tem gritado ou xingado. Talvez você tenha razão, agora percebo que ele está melhorando”.

Além da dificuldade em enxergar a melhora de Matheus, os pais proporcionavam situações que dificultavam a confiabilidade no ambiente. Combinavam com Matheus que ele poderia trazer seus amigos para brincar em casa

e, sem motivo, desmarcavam no próprio dia, o que causava muita raiva e tristeza em Matheus.

Em datas comemorativas, os tios davam dinheiro para Matheus escolher e comprar seu próprio presente. Seu pai pegava o dinheiro, afirmando que devolveria, mas continuava com o dinheiro e não fazia a devolução. Matheus ficava sem o dinheiro e sem o presente. E era proibido de falar com os tios sobre o que havia acontecido.

Todas essas situações eram conversadas nas consultas. Eu explicava a eles a importância de entender as características individuais de Matheus e respeitá-las. Penso que precisei ajudá-los a separar o conglomerado em que todos estavam misturados. Matheus funcionava como depositário dos sentimentos insuportáveis dos próprios pais, uma espécie de “lata de lixo”.

Os pais tinham muita dificuldade em mudar as atitudes para que Matheus pudesse ficar mais tranquilo. Importante salientar que eles não faltavam nas consultas e sabiam da dificuldade em cuidar de Matheus.

O analista implicado

Eu fiquei bastante mobilizada em cuidar de Matheus. Estava diante de um pedido de socorro. Matheus era um menino que tinha ferramentas internas, conversava sobre os acontecimentos, falava da dor que sentia ao ser injustiçado e não amado. Existia a possibilidade de um bom prognóstico, mas meu desafio era manter o tratamento, pois Matheus já havia realizado outros tratamentos anteriores e a interrupção ocorreu em pouco tempo de trabalho.

Sendo assim, as consultas com os pais teriam como prioridade a possibilidade de continuidade do trabalho com Matheus. Elas eram importantes para que esses pais não interrompessem o tratamento.

Inicialmente as consultas eram bastante tensas e eu, muitas vezes, tinha a sensação de que não era entendida pelos pais. Parecia que falávamos idiomas diferentes.

Importante pontuar que eu entendia a dificuldade e fragilidade emocional dos pais. Eles precisavam que alguém pontuasse a realidade externa. Estavam muito

misturados entre eles, não conseguiam diferenciar um dos outros. Eu representava o Outro e o mundo externo.

Em várias situações eu era convidada a entrar na condição de um juiz ou a me misturar na dinâmica familiar:

Pai: “Você não acha que a mãe está errada?”

Mãe: “Você sabe, ele [pai] não ajuda em nada e até atrapalha. Você tem que falar pra ele”.

Terapeuta: “Agora vocês querem que eu ocupe o lugar de um juiz. Essa não é a minha função. Vamos tentar entender o que aconteceu”.

Foi um trabalho que exigiu bastante de mim, sendo que foi de extrema importância manter minha atitude profissional.

As múltiplas transferências e o manejo do setting

No trabalho com Matheus, o manejo do *setting* foi essencial para que as consultas com os pais não fossem sentidas como uma invasão do ambiente. Ele se preocupava com os assuntos que seriam tratados nas consultas e pedia para eu abordar temas que o incomodavam:

Matheus: “Amanhã meus pais virão aqui, né?”

Terapeuta: “Sim, o que você está pensando?”

Matheus: “Queria que você tentasse falar para minha mãe que eu consigo estudar sozinho. Ela quer que eu estude do jeito dela e eu não quero. Ela me manda fazer resumo, eu não gosto. Ela fala que estudava assim e dava certo. Eu não gosto. Que merda! Ela não me deixa estudar do meu jeito”.

Terapeuta: “Ok, eu falo com ela. Sua mãe se preocupa com você e acredita que pode te ajudar dessa forma, mas você está falando que ela te atrapalha. Talvez você também possa tentar explicar para ela, sem gritar ou xingar”.

Matheus: “Eu não consigo! Ontem ela estava enchendo o saco, gritei e mandei a merda”.

Matheus contava com minha ajuda para traduzir aos pais o que ele sentia. Na sessão seguinte às consultas com os pais, ele sempre perguntava o que tinha acontecido:

Matheus: “Você falou do estudo?”

Terapeuta: “Sim. Tentei explicar que você é diferente dela. Você gosta de estudar do seu jeito. Você também precisa aprender a mostrar para ela o que precisa”.

Eu tinha a preocupação em reafirmar a questão do sigilo, era importante que Matheus mantivesse a confiança em mim. Ele tinha a experiência familiar como um ambiente ameaçador, não confiável. Ele precisava vivenciar, na relação comigo, a possibilidade de um ambiente suficientemente bom.

Várias questões transferenciais ocorreram neste trabalho. O pai inicialmente estabeleceu uma transferência negativa: sentia-se perseguido por mim. Após alguns meses, pôde se acalmar e confiar no tratamento de Matheus e no meu trabalho.

A mãe se apoiou em mim. Sabia que não tinha condições de ajudar o filho; sentia-se culpada e transferiu o cuidado de Matheus para o tratamento. No último ano de tratamento afirmou:

Mãe: “Ainda bem que encontramos você. Matheus está melhorando, mas graças a você”.

Terapeuta: “É verdade que Matheus está melhorando, nós trabalhamos juntos, vocês estiveram aqui nas consultas e Matheus no seu tratamento. Todos nós somos responsáveis pela melhora dele, eu, você, o pai e, principalmente, o Matheus”.

Importante salientar que, no momento profissional do tratamento de Matheus, eu entendia que as consultas com os pais eram importantes para o trabalho com a criança e o adolescente. Essas consultas faziam parte integrante da

minha clínica profissional. Eu me sentia mais confiante profissionalmente para lidar com as questões transferenciais dos pais e com as minhas próprias questões inconscientes.

Término do tratamento

O tratamento de Matheus ocorreu durante três anos. No último ano de trabalho, não apresentava sintomas na escola e conseguiu ocupar um lugar de destaque com os professores e colegas. Ele descobriu que era um bom aluno de matemática e a escola solicitou que auxiliasse o professor.

Importante ressaltar que foram realizadas algumas reuniões com a escola e os professores puderam entender as atitudes de Matheus e passaram a valorizar as suas mudanças. A escola passou a representar um ambiente facilitador em que Matheus poderia experimentar novas vivências positivas.

Matheus estava mais calmo e conseguia verbalizar para os pais os seus sentimentos e necessidades. Os pais tentavam respeitá-lo e proporcionaram situações que Matheus sentia como valorização. Como exemplo, cito a abertura de uma conta poupança para depositar o dinheiro que ganhava dos tios.

No decorrer das consultas, os pais puderam perceber a dinâmica inconsciente que estava presente. Entenderam que Matheus tinha características próprias e as questões escolares eram uma tentativa de pedido de socorro.

Importante salientar também que o conflito familiar não deixou de existir, mas Matheus estava mais preparado para lidar com a situação.

Matheus, após as férias de janeiro, iniciou inglês e atividade física. Ele estava bem e não apresentava sintomas. Informou que estava com muitos afazeres e queria saber se poderia parar a terapia. Eu compreendi que o tratamento havia sido realizado. Os pais concordaram com o término do trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A leitura das vinhetas clínicas apresentadas realça que a introdução dos pais no tratamento de crianças e adolescentes foi um marco importante em minha prática clínica. Os benefícios das consultas com os pais foram evidentes para o bom desenvolvimento do trabalho com os pacientes.

A inovação da técnica de trabalho foi algo construído de acordo com a necessidade clínica e não pensado *a priori*. Nos três casos apresentados nesta pesquisa verificamos diferentes momentos de embasamento teórico e, conseqüentemente, técnicas de trabalho distintas.

O presente estudo demonstra que, ao levar em consideração a teoria do amadurecimento de Winnicott, torna-se necessário entender e analisar o ambiente em que a criança ou adolescente estão inseridos. A existência ou não de um meio ambiente suficientemente bom pode esclarecer e indicar alguns dos motivos do sintoma apresentado pelo paciente. A análise da qualidade das funções materna e paterna é essencial para que o analista possa considerar possíveis falhas ambientais ocorridas no desenvolvimento primitivo da criança ou adolescente.

A prática clínica de um analista que considera a teoria winnicottiana é diferente de um analista que tem como base outro autor psicanalítico. Entendo que o objetivo final é comum, pois as várias linhas teóricas visam o cuidado com o paciente e a remissão dos sintomas. Mas acredito que a teoria winnicottiana foi um diferencial importante para a introdução das consultas com os pais no tratamento das crianças e adolescentes.

Conforme vimos no caso de Felipe, ocorreram falhas ambientais que considero graves no seu desenvolvimento primitivo. A mãe era emocionalmente frágil, não tinha espaço interno para lidar com as necessidades do filho. Não conseguia acolher Felipe e acalmá-lo. Buscava uma explicação externa para o comportamento dele, não acreditava na possibilidade de melhora e o rejeitava.

O pai, com suas próprias questões narcísicas, não se sentia responsável pelo cuidado de Felipe. Justificava a sua atitude ausente com os comportamentos estranhos do filho. Não demonstrava afeto por Felipe, rejeitando-o.

Podemos observar que, no momento do atendimento de Felipe, o embasamento teórico não era winnicottiano. As consultas com os pais ocorreram

semestralmente. Foram apenas quatro encontros, em que eu apresentava as necessidades de Felipe, sem trabalhar pontos importantes das questões inconscientes dos pais em relação ao filho. Ficou evidente que eu não tinha a preocupação em acolhê-los e ajudá-los nas funções parentais, o que prejudicou o andamento do tratamento.

No trabalho realizado com Paula, verifica-se que, apesar de não ter o embasamento teórico winnicottiano, eu tive a sensibilidade para entender a necessidade da mãe e abrir um espaço para que suas questões pudessem ser ouvidas. As consultas mensais com a mãe de Paula possibilitaram a confiança materna no meu trabalho, e assim ela pôde informar dados importantes do desenvolvimento da filha e a sua dificuldade em exercer a maternidade .

Utilizando conceitos winnicottianos, podemos afirmar que a mãe deprimida não proporcionou *holding* para seu bebê. Não teve a ajuda do marido e não conseguiu ser uma mãe suficientemente boa. Paula sofreu privações ambientais importantes no seu desenvolvimento primitivo e os sintomas apresentados eram uma tentativa de resgatar o olhar da mãe/ambiente.

O pai não exerceu sua função paterna adequadamente, afastando-se da filha em consequência das brigas com a mãe. No decorrer do tratamento, o pai pôde perceber que era importante para Paula e mudou seu comportamento em relação à filha, tornando-se mais próximo.

Nesse caso, podemos afirmar que as consultas com os pais possibilitaram a melhora do ambiente familiar e das funções parentais. Os pais entenderam as necessidades da filha e mudaram a sua postura para com Paula, o que facilitou o tratamento.

Ao analisarmos os atendimentos de Matheus, verificamos que as consultas com os pais faziam parte do tratamento e auxiliaram consideravelmente o desenvolvimento do trabalho.

Naquele momento, minha leitura clínica tinha como embasamento teórico a teoria do amadurecimento de Winnicott, em que são considerados conceitos importantes, como ambiente facilitador, funções materna e paterna.

As consultas quinzenais ajudaram os pais a entender o funcionamento psíquico de Matheus e compreender suas próprias questões inconscientes. O pai passou a enxergar o filho real e Matheus deixou de ser a sua extensão. A mãe pôde

entender que o filho era diferente do pai e que ele tinha ciúmes da relação dela com o irmão, começou a observar as qualidades de Matheus. Portanto, verifica-se que inicialmente pai e mãe estavam misturados com o filho e o trabalho proporcionou diferenciá-los, auxiliando-os nas funções parentais. Matheus passou a ser respeitado na sua individualidade.

Ao introduzirmos as consultas com os pais, nos deparamos, como já mencionado, com as múltiplas transferências envolvidas entre pais, analista e paciente. Há um interjogo dinâmico que deve ser considerado e múltiplos espaços a serem analisados. A pesquisa evidenciou a importância da análise das transferências, levando em consideração, inclusive, a implicação do analista com suas próprias questões. Nos casos apresentados podemos identificar vários momentos transferenciais.

Nas consultas com os pais de Felipe, verifica-se a minha dificuldade em compreender que eles precisavam de ajuda. Atualmente percebo que eu estava implicada com minhas próprias questões: na época, eu vivenciava intensamente a maternidade, com filhos de um e quatro anos e não entendia como esses pais rejeitavam seu próprio filho. Ao tentar mostrar a necessidade de Felipe e solicitar a mudança de postura em relação ao filho, eu não levava em consideração as dificuldades internas deles.

Os pais não estabeleceram uma relação de confiança comigo. A terapia foi solicitada pela escola e não acreditavam que o tratamento poderia ajudar Felipe. Talvez como uma tentativa inconsciente para justificar os sentimentos de rejeição em relação a ele, afirmavam que o comportamento do filho não mudaria. A mãe aparentava cansaço, não tinha esperanças na melhora do filho. O pai preocupava-se em apontar as atitudes estranhas do filho e acreditava que não tinha responsabilidade pelo cuidado de Felipe. Talvez estivesse ali apenas para aplacar sua culpa inconsciente.

Na relação de paciente/analista podemos verificar que, inicialmente, predominava a desconfiança do analista/ambiente. Durante muitos meses, Felipe testou o ambiente, com seus “arrotos” e “peidos”, para posteriormente estabelecer uma transferência positiva. O analista/ambiente tornou-se confiável. Em contrapartida, eu estava muito envolvida nos atendimentos. Não me sentia agredida

por ele e entendia que eu precisava sobreviver aos seus ataques. Felipe precisava sentir que podia contar comigo.

Assim, podemos verificar que várias transferências estavam operantes durante o tratamento de Felipe. Algumas delas foram analisadas e trabalhadas; outras, em relação aos pais, não puderam ser entendidas, o que prejudicou o desenvolvimento do trabalho.

Na análise do trabalho com Paula e sua mãe também podemos verificar vários momentos transferenciais. Ao iniciar o tratamento, Paula estabeleceu uma transferência negativa: não falava e deixava claro que estava ali porque precisava da mesada de sua mãe, que a obrigava a vir. Talvez, nesse momento, eu era vista como a extensão da mãe. Paula mostrava-se revoltada e não tinha interesse em estabelecer uma relação diferente comigo.

Entendo que, nesses casos, uma das funções do analista é sobreviver e ter paciência, aguentar ser odiado e rejeitado. Minha sobrevivência foi essencial para que a paciente estabelecesse uma relação de confiança no ambiente/analista. Após testar o ambiente, Paula pode regredir e entrar em contato com questões primitivas do desenvolvimento.

Eu estava implicada nos atendimentos de Paula, queria ajudá-la. Em alguns momentos eu ficava angustiada com as atitudes dela, como se as minhas emoções representassem o que Paula não conseguia sentir. As minhas questões transferenciais também estavam presentes na relação com a mãe de Paula. Inicialmente sentia-me avaliada e invadida, ela não confiava no meu trabalho e queria impor o diagnóstico da filha.

A mãe apenas conseguia enxergar a terapia e a filha com o colorido emocional de seu olhar. Eu, como Paula, não teria condições de mostrar quem eu era. Eu ficava bastante irritada com essa situação e precisei trabalhar todos esses sentimentos na análise pessoal para manter minha atitude profissional.

Novamente notamos a importância da sobrevivência do analista. Caso eu atuasse na contratransferência, o trabalho provavelmente seria contaminado negativamente, podendo ocasionar sua interrupção.

Após alguns meses de testes no ambiente/analista, a mãe pôde começar a confiar em mim e iniciou-se uma nova forma de relacionamento. Muitas vezes eu funcionava como tradutora interprete, mostrando para a mãe o que representavam

as atitudes de Paula. Aos poucos, a mãe começou a perceber Paula na sua individualidade. Assim, nesse caso, foram analisadas e trabalhadas as múltiplas transferências percebidas no transcorrer do trabalho.

No caso de Matheus também podemos visualizar as várias transferências envolvidas. A mãe solicitava minha ajuda, pois não conseguia lidar com o filho. Estabeleceu comigo uma transferência positiva e tentava melhorar o seu relacionamento com Matheus a partir das nossas conversas. O pai mostrava-se cético em relação ao tratamento e à possibilidade de melhora do filho. Desconfiava de meu trabalho e inicialmente falava que de nada adiantaria. Podemos verificar que o pai estabeleceu uma transferência negativa comigo, acreditando que o tratamento não resolveria em nada o comportamento sintomático do filho. Nota-se, nesse caso, novamente a importância da sobrevivência do analista: entrar em confronto com o pai não ajudaria a dinâmica familiar. Foi preciso suportar a transferência negativa.

O trabalho com esses pais consistiu em realçar a dinâmica familiar. Estavam todos misturados e essa forma de funcionamento era muito prejudicial para o desenvolvimento de Matheus. Foi importante mostrar para o pai que ele estava envolvido com suas próprias questões inconscientes e tinha dificuldade de enxergar seu filho real. Após vários meses, o pai adquiriu confiança no trabalho que estava sendo realizado e passou a entender a importância que tinha para seu filho.

Na contratransferência eu estava identificada com Matheus e tinha muita vontade de ajudá-lo.

A relação paciente/analista foi estável durante todo o trabalho. Matheus, desde a primeira sessão, confiava no ambiente/analista. Ele sentia-se cuidado com as consultas com os pais e me utilizava como uma ponte para ajudá-lo.

Nesses atendimentos verificamos que foi possível entender e analisar os vários movimentos transferenciais, o que resultou em benefícios para o trabalho com Matheus.

Importante salientar que as dinâmicas transferenciais não são estáticas e variam de acordo com o momento do tratamento e do estágio em que o paciente se encontra. É necessário que o analista entenda e consiga analisar cada momento transferencial.

Assim, por meio do estudo dos casos apresentados e das reflexões teóricas realizadas sobre as questões técnicas, pode-se afirmar que há necessidade de que

se estabeleça uma relação de confiança paciente/analista e pais/analista. Muitas vezes, a confiabilidade no ambiente/analista é possível através da sobrevivência e atitude profissional do analista frente às transferências negativas. Não é um trabalho fácil e demanda cautela, paciência e tolerância do analista.

Entendo que a análise pessoal é imprescindível para que o analista não atue suas questões transferenciais nas sessões com o seu paciente e nas consultas com os pais. A sua atitude profissional precisa ser preservada.

Outra reflexão relevante deste estudo está relacionada ao manejo do *setting*. Com a introdução das consultas com os pais no tratamento de crianças e adolescentes, o *setting* sofreu modificações que considero importantes. O contrato de trabalho norteia o tratamento. É necessário definir previamente o número de sessões, horários, honorários e férias, como também os dias e horários para as consultas com os pais. Na maioria das vezes, as consultas com os pais ocorrem mensalmente, podendo variar de acordo com a necessidade de cada caso.

Em minha prática clínica percebo que é importante estabelecer data e horário fixo para as consultas com os pais, pois eles percebem que participam do tratamento do filho e não há necessidade de contato para agendamento futuro dos horários, o que facilita o trabalho. Importante ressaltar que o contrato de trabalho deve ser combinado com os pais, paciente e analista. Entendo que pacientes adolescentes têm condições de escolher o melhor horário para as sessões em conjunto com o analista.

Nos casos apresentados verifica-se que as consultas com os pais ocorreram de maneira diferenciada. Nos atendimentos de Felipe, a clínica tradicional não foi modificada, as consultas com os pais não faziam parte integrante do contrato e o *setting* de trabalho não foi alterado. Já no trabalho com Paula, as consultas com a mãe foram mensais e ocorreram na última quinta de cada mês. No início do tratamento, algumas vezes precisei marcar horários extras; entendo que talvez fossem necessárias consultas quinzenais para conter suas angústias em relação ao tratamento da filha. O pai de Paula morava em outro estado, portanto as consultas ocorriam apenas quando ele estava na cidade.

Ao iniciar as consultas com a mãe de Paula eu não tinha clareza das questões relacionadas ao sigilo. Como já exposto, essas consultas poderiam ser prejudiciais ao tratamento da paciente, pois ela poderia sentir-se invadida. Considero

as questões relacionadas ao sigilo um dos pontos mais delicados para o trabalho do analista que introduz as consultas com os pais. O que falar ou não para os pais? Como proceder com o paciente? Contar tudo o que foi conversado nas consultas com os pais? O sigilo é uma questão que precisa ser refletida e pode variar de acordo com a postura de cada analista. Não pretendo encerrar tais questões neste estudo, apenas refletir sobre o assunto nos casos apresentados.

Conforme relatado no trabalho com Paula, eu me preocupava em avisar que estaria falando com sua mãe e que o objetivo da consulta seria mostrar a forma de funcionamento dela para que a mãe pudesse entender os seus comportamentos, como também esclarecer possíveis dúvidas em relação ao tratamento. Tinha a preocupação em avisar que não estaria comentando nada sobre o conteúdo das nossas sessões, ou seja, o sigilo seria mantido.

Ao retornar das consultas com a mãe, inicialmente eu me restringia a responder apenas o que Paula perguntava. Posteriormente, comecei a verbalizar questões que considerava importante para o seu tratamento. Cito como exemplo a consulta em que a mãe contou sobre a dificuldade em cuidar de Paula quando ela era bebê, pois não teve o apoio de sua família de origem e de seu marido. Entendo que era necessário contar para a paciente, pois representava parte de sua história. Das consultas em que a mãe apenas a criticava eu não comentava nada com Paula, pois tais dados não ajudariam no seu desenvolvimento e não facilitariam a relação mãe/filha.

Também podemos refletir sobre as questões relacionadas ao sigilo no caso de Matheus. Ele sentia as consultas com os pais como possibilidade de ajuda e pedia para que eu abordasse alguns assuntos específicos, pois verbalizava que eles não o entendiam. Muitas vezes ele próprio iniciava a sessão perguntando como havia sido a minha conversa com os pais. Entendo que, em vários momentos, ele se sentia representado por mim. Ao retornar das consultas, eu sempre contava sobre os assuntos que eu considerava importantes para o desenvolvimento do trabalho com Matheus. Cito como exemplo a dificuldades dos pais em entender que ele era diferente deles e que tinha sua própria individualidade. Não eram verbalizadas as críticas que o pai fazia em relação a ele e ao trabalho realizado, pois eu acreditava que não seria benéfico para o tratamento.

Acredito que é primordial o analista analisar cada caso e utilizar a sua sensibilidade e flexibilidade para lidar com as questões relacionadas ao sigilo. Existem casos em que é necessário falar com os pais sobre os assuntos das sessões, como por exemplos situações de droga adição e risco de vida.

Portanto, pelo exposto acima, verifica-se que as questões relacionadas ao manejo do *setting* e ao sigilo na introdução das consultas com os pais dependem da postura profissional e pessoal de cada analista, podendo ser objeto de estudos futuros.

Outra reflexão deste estudo que considero importante está relacionada com as funções do analista nas consultas com os pais. Nos casos apresentados é possível identificar sete funções:

- A função de continência da angústia dos pais;
- A função de depositária das projeções e catalisadora dos diversos movimentos transferenciais;
- A função de terceiro na relação pais/filho;
- A função de desconstruir, quando necessário, a cristalização dos diferentes papéis exercidos por cada integrante da família, possibilitando novos arranjos familiares;
- A função de auxiliar os pais a dar espaço para as características singulares do filho;
- A função de tradutora/intérprete e ponte entre pais e filhos;
- A função de ajudar os pais a desenvolver sua função parental de modo mais pleno e equilibrado;

A seguir exemplifico cada uma delas com os atendimentos de Paula e Matheus. Não será utilizado o caso de Felipe, pois como já exposto, as consultas com os pais não faziam parte da minha clínica.

1. Continência da angústia dos pais

Como exposto anteriormente, os pais, ao procurarem tratamento para seu filho, estão implicados com suas próprias questões inconscientes. Geralmente mostram-se bastante angustiados, pois não compreendem o motivo de o filho apresentar determinado sintoma.

Na maioria das vezes eles chegam ao consultório fragilizados; com feridas narcísicas abertas. Estão buscando ajuda para a dor psíquica do filho e suas próprias dores. Uma das funções do analista é conter essas angústias, amparando e acolhendo os pais.

Ao analisarmos o trabalho realizado com Paula, nota-se que a mãe pôde ser ouvida e entendida na sua dor. Os telefonemas constantes representavam um pedido de ajuda. Novamente é importante lembrar que as consultas com a mãe não funcionaram como uma análise pessoal, mas como possibilidade de abrir um espaço para que ela pudesse verbalizar as suas angústias em relação à maternidade e aos comportamentos da filha.

A mãe de Paula pôde fazer parte do tratamento, não foi excluída. Percebeu que era importante para o tratamento de Paula, o que possibilitou mudanças significativas na relação dela com a filha.

No caso de Matheus, verificamos que, desde o primeiro momento, a mãe mostrava-se bastante angustiada em relação ao filho. Afirmava que não sabia lidar com ele e ficava muito triste com a relação dos dois. Eu pude entender o seu sofrimento e auxiliá-la a exercer a função materna. Nas consultas com os pais, eu afirmava que entendia a sua dor e que os comportamentos de Matheus realmente dificultavam uma boa relação mãe/filho.

O trabalho com o pai foi realizado paulatinamente. Após a minha sobrevivência aos seus ataques, ele adquiriu confiança no trabalho. Pôde, então, entrar em contato com suas próprias angústias, que foram entendidas e trabalhadas no decorrer dos atendimentos.

Considero importante pontuar que a atitude da analista em relação as angústias dos pais difere em cada caso atendido. A cautela e o cuidado são extremamente necessários para que os pais não se sintam invadidos na sua particularidade e as consultas não se tornem persecutórias.

2. O analista como depositário das projeções e catalisador dos diversos movimentos transferenciais que ocorrem no decorrer do tratamento.

Já verificamos os vários movimentos transferenciais. Nos atendimentos com o paciente e nas consultas com os pais, as projeções ocorrem a todo o momento. Entendê-las dentro do contexto é uma das funções do trabalho do analista. Muitas

vezes observamos projeções maciças na figura do analista. Acredito que é importante que ele funcione como depositário e catalisador dessas projeções; devolvê-las, sem um filtro adequado, aos pais e paciente não ajudaria no tratamento.

Ao refletir sobre o assunto no caso de Paula e sua mãe, ficam evidentes os vários movimentos de projeções e as múltiplas transferências. Inicialmente eu funcionei como representante da mãe nas projeções que Paula fazia em mim. Tudo que estava relacionado com a mãe, Paula evitava, inclusive a análise e analista.

Também podemos exemplificar os meus sentimentos em relação à paciente: as identificações projetivas eram captadas por mim, fazendo com que eu sentisse as emoções que não eram vividas por ela.

Em relação à mãe, percebemos que eu funcionei, no início, como uma continuidade de Paula. A mãe depositava em mim as mesmas dificuldades que sentia em Paula. Eu era questionada se teria condições profissionais de cuidar da filha.

Precisei compreender cada momento transferencial para suportar as projeções de mãe e filha. Entendo que não teria condições de ajudá-las caso eu tentasse devolver, sem o cuidado necessário, o que estava sendo projetado em mim. Ao analisar o lugar que estava reservado para a analista, tive possibilidade de entender a dinâmica mãe/filha.

Nas consultas com os pais de Matheus também notam-se os movimentos transferenciais e as várias projeções atuantes. O pai projetava em Matheus e no tratamento suas próprias questões de impotência e fracasso. A mãe, em alguns momentos, buscava na analista a resposta para lidar com Matheus; talvez projetasse em mim a única saída para cuidar do filho.

Novamente constatamos a importância da sobrevivência e atitude profissional do analista. Existe um grande prejuízo quando o analista, contratransferencialmente, não consegue discriminar o que está sendo projetado nele e atua suas próprias questões inconscientes.

3. O analista como o terceiro da relação pais/filho

A compreensão do funcionamento familiar se faz necessário para que a analista exerça a função do terceiro na relação pais/filho. O terceiro torna-se

indispensável para o desenvolvimento; ele promove a triangulação, essencial na estruturação psíquica do indivíduo.

No caso de Paula, verificamos que, em alguns momentos, houve a necessidade da analista ocupar o lugar do terceiro na relação paciente/mãe. A ausência do pai ou função paterna prejudicou o desenvolvimento de Paula; o pai ausente não pôde interceder, de modo saudável, como o terceiro na relação mãe/filha. Entendo que, no decorrer dos atendimentos, muitas vezes funcionei como o terceiro indispensável para o desenvolvimento, proporcionando sustentação e estruturação na relação mãe/filha.

Ao analisarmos as consultas com os pais de Matheus verifica-se que também houve a necessidade de agir como terceiro da relação. Eu representava a realidade externa, a possibilidade de quebra do movimento fusionado da família. Acredito que a presença da analista como um outro não fusionado possibilitou a individualização de Matheus, pai e mãe, cada qual na sua própria existência.

Verifica-se, portanto, que nos casos apresentados a função de terceiro da relação foi essencial para o desenvolvimento do trabalho.

4. Desconstruir, quando necessário, a cristalização dos diferentes papéis exercidos por cada um dos integrantes da família, possibilitando novos arranjos familiares.

A criança e o adolescente estão inseridos em um contexto familiar. Muitas vezes nos deparamos com lugares pré-determinados pela dinâmica inconsciente da família. Nos casos de Paula e Matheus, ficou evidente o trabalho realizado para desconstruir o lugar determinado a eles pela família de origem, possibilitando novos arranjos familiares e a especificidade de cada integrante.

Paula ocupava o lugar da doente da família. A mãe justificava os comportamentos da filha relacionando-os com nomenclaturas de doenças psíquicas e seu código correspondente no CID-10.

Matheus também ocupava o lugar do “doente” da família. A mãe estava identificada com o filho mais novo, que era considerado “bonzinho”. O lugar reservado para o filho era de fracassado, semelhante ao lugar ocupado pelo pai em sua família de origem.

Em ambas as situações, as consultas com os pais foram importantes para pontuar esse funcionamento. O trabalho de desconstrução e construção de novos arranjos familiares é lento e delicado e deve levar em consideração as dificuldades e fragilidades parentais.

Entendo que também existe a necessidade de realizar o trabalho de desconstrução com os pacientes, possibilitando novas construções.

Inicialmente, Paula e Matheus tinham comportamentos que justificavam o lugar a ser ocupado, ou seja, o “doente” da família. Após entender tal funcionamento, puderam sair desse lugar pré-determinado e ocupar outro espaço, em que a individualidade foi possível. Um espaço de continuidade do ser, da retomada do desenvolvimento.

5. Auxiliar os pais a dar espaço para as características singulares e peculiares do filho

As consultas com os pais visam ampliar o contato com a realidade psíquica do filho. Ao entender o funcionamento do filho, os pais passam a respeitá-lo na sua singularidade.

Verifica-se que, nos casos de Paula e Matheus, as consultas foram importantes para que os pais compreendessem a dinâmica emocional dos filhos. A mãe de Paula pôde entender as necessidades da filha e passou a respeitá-la, inclusive na escolha profissional. O pai dela pôde perceber que a filha era diferente da mãe, passou a valorizá-la, abrindo espaço para um novo relacionamento entre ele e a filha. Os pais de Matheus compreenderam que o filho era diferente deles e começaram a aceitar Matheus com suas características singulares. Ele passou a ser entendido nas suas necessidades e particularidades.

Nos dois casos podemos evidenciar a importância de os pais enxergarem e aceitarem o filho real.

6. Analista como tradutora/intérprete e ponte entre pais e filhos

O analista, nas consultas com os pais, funciona, muitas vezes, como ponte e tradutora/intérprete.

Nos casos apresentados neste estudo, a comunicação entre pais e filhos era muito precária. Os pais não conseguiam entender a necessidade dos filhos, como

também os filhos não compreendiam as atitudes dos pais. Em várias situações, eu funcionei como uma tradutora/intérprete dos comportamentos e atitudes de pais e filhos.

Ao analisarmos o caso de Paula, verificamos que as traduções do seu comportamento eram frequentes nas consultas com a mãe. Eu precisava mostrar para a mãe que os comportamentos da filha representavam um pedido de ajuda. Cito como exemplo a situação em que a mãe me ligou informando que estava pensando em internar Paula, pois ela havia pegado dinheiro de sua bolsa. Marquei um horário para explicar a ela que a atitude da filha era uma forma de ter o seu olhar e cuidado. Eu sempre afirmava que entendia o seu sofrimento e sua dificuldade de compreender o movimento de Paula.

Nas consultas com os pais de Matheus, verifica-se que o desenvolvimento do trabalho se deu de forma semelhante. Inicialmente eu traduzia para os pais o que representavam os comportamentos do filho. Matheus “pegava fogo” para poder ser visto pelo ambiente/pais.

Nesse caso, também notamos que Matheus me usava como ponte para falar o que precisava para os pais. Antes das consultas com os pais, ele pedia para eu abordar um ou outro assunto, pois não conseguia fazê-lo por conta própria.

Vale ressaltar que a tradução também ocorre com os pacientes. Penso que é importante mostrar aos filhos o que representam as atitudes dos pais. Nos casos apresentados, eu me preocupava em falar para Paula e Matheus que algumas posturas dos pais representavam amor e preocupação.

Verifica-se, portanto, que inicialmente precisei funcionar como ponte e tradutora/intérprete na relação pais/filho para abrir um espaço de comunicação entre eles.

É importante salientar que, com o desenvolvimento do trabalho, essas funções não se fazem mais necessárias. Matheus e Paula, ao final do tratamento, puderam estabelecer por si a comunicação com seus pais.

7. Ajudar os pais a desenvolver sua função parental de modo mais pleno e equilibrado.

Acredito que uma das funções mais importantes do analista nas consultas com os pais é auxiliá-los para que possam desenvolver sua função parental de modo mais pleno e equilibrado.

Ao abrir um espaço para as consultas com os pais, temos como objetivo principal auxiliá-los no entendimento do sintoma do filho e esclarecer dúvidas em relação ao tratamento, favorecendo um ambiente que possa propiciar o desenvolvimento e o acontecer.

Nos casos de Paula e Matheus, podemos afirmar que as consultas auxiliaram os pais na compreensão da realidade psíquica do filho, além de compreenderem suas próprias questões inconscientes, passando a ajudá-los na retomada do desenvolvimento.

A mãe de Paula, ao entender a realidade psíquica de sua filha e as suas próprias questões relacionadas à maternidade, pôde exercer sua função materna de modo mais adequado. Da mesma forma, o pai, ao entrar em contato com as necessidades da filha e entender as suas próprias questões ao se afastar dela, pôde começar a desempenhar sua função paterna, que não fora exercida durante toda a infância. Nesse caso, verificamos que as consultas com os pais possibilitaram a melhora do ambiente familiar, o que facilitou o tratamento de Paula.

Os pais de Matheus também puderam entender o funcionamento psíquico do filho. Através das consultas compreenderam a dinâmica familiar em que todos estavam misturados. Ocorreram mudanças significativas nas funções materna e paterna, o que auxiliou o desenvolvimento do trabalho realizado com o filho.

Podemos afirmar que existe um bom prognóstico para a retomada do desenvolvimento da criança e adolescente quando temos uma mudança no ambiente familiar. À medida que os pais conseguem melhorar as funções parentais, o tratamento evolui significativamente.

Nos casos de Paula e Matheus as mudanças ambientais facilitaram o trabalho realizado com os pacientes, mas há outras situações em que as mudanças ambientais não ocorrem, dificultando o tratamento da criança e adolescente.

Este estudo apenas identificou algumas das funções da analista nas consultas com os pais. Importante pontuar que essas funções não são estáticas, elas se sobrepõem e podem variar de acordo com o caso em atendimento. Acredito

que é um tema bastante amplo, podendo ser alvo de estudos futuros para maior aprofundamento.

Como exemplificado nos casos apresentados, os benefícios das consultas com os pais foram evidentes, mas entendo que temos primeiramente que levar em consideração a postura pessoal e profissional do analista. Foi uma inovação em minha prática clínica, mas isso não significa que é a única forma de trabalho viável. Cada analista deve escolher a teoria e técnica que melhor se identifique com a sua maneira de trabalhar.

Termino as considerações finais desta pesquisa com a seguinte questão:

- Poderíamos, enquanto analistas, realizar um trabalho preventivo junto aos pais? Seria possível ajudá-los no desempenho das funções maternas e paternas antes de os filhos apresentarem sintomas?

O rio

*Uma gota de chuva
A mais, e o ventre grávido
Estremeceu, da terra.
Através de antigos
Sedimentos, rochas
Ignoradas, ouro
Carvão, ferro e mármore
Um fio cristalino
Distante milênios
Partiu fragilmente
Sequioso de espaço
Em busca de luz.*

(Vinicius de Moraes)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A. **Psicanálise da criança**: teoria e técnica. Porto Alegre: Artes médicas, 1982.

CANDI, T. S.. **O duplo limite**: o aparelho psíquico de André Green. São Paulo: Escula, 2010.

CASTRO, G.K.C.; STURMER, A. **Crianças e adolescentes em psicoterapia**: a abordagem psicanalítica. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CARVALHO MARINHO, V. L. **Atitude terapêutica**: a pessoa real do analista na relação clínica. 2001. Dissertação (Mestrado em psicologia clínica) – Pontifícia Universidade de São Paulo - PUCSP, São Paulo, 2001.

DEUS, R. T. **O psicótico e seu ninho**: um estudo clínico sobre o *setting* e seus destinos. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade de São Paulo – PUCSP, São Paulo, 2006.

_____. **Um estudo sobre a transferência em Winnicott no caso Piggle**. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica – PUCAMPINAS, São Paulo, 2014.

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. 2. ed. São Paulo: DWW Editorial, 2012.

_____. Esboço de um estudo sobre a interpretação na clínica winnicottiana. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.** Vol. II, n. 04, São Paulo, dez 2008.

_____. Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. **Nat. Hum.** V.1, n. 2, São Paulo, 1999.

DIAS ROSA, C. (org.). **E o pai?** Uma abordagem Winnicottiana. São Paulo: DWW Editorial, 2014.

_____. **As falhas paternas em Winnicott**. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade de São Paulo - PUCSP, São Paulo, 2011.

DOLTO, F. **Psicanálise e pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1988. (trabalho originalmente publicado em 1939).

FERRARI, A.G. Sintoma da criança, atualização do processo constitutivo parental? **Tempo psicanalítico**, vol. 44, n. 2, Rio de Janeiro, dez. 2012.

FERRO, A. **A técnica na psicanálise infantil**: a criança e o analista da relação ao campo emocional. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

_____. **Na sala de análise**: emoções, relatos, transformações. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

_____. **Evitar as emoções, viver as emoções**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FIGUEIREDO, L.C. **Cuidado, saúde e cultura**: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante. São Paulo: Escuta, 2014

FINKEL, L.A. O Lugar da mãe na psicoterapia da criança – uma experiência de atendimento psicológico na saúde pública. **Rev. Psicol. Cienc. Prof.**, vol. 29, n.1, Brasília, 2009

FLESLER, A. **A psicanálise de crianças e o lugar dos pais**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

FREUD, A. **O tratamento psicanalítico de crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1971 (trabalho originalmente publicado em 1926-27).

FREUD, S. O método de interpretar sonhos: análise de um sonho modelo. In: _____. **Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 04. Trad. J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho originalmente publicado em 1900).

_____. Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: _____. Um caso de histeria e três ensaios sobre a sexualidade. **Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 07. Trad. J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho originalmente publicado em 1905 [1901]).

_____. Análise de uma fobia de um menino de cinco anos. In: _____. Duas histórias clínicas (O “pequeno Hans” e o “Homem dos Ratos”). **Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 10. Trad. J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago 1969. (Trabalho originalmente publicado em 1909).

_____. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: _____. Cinco lições de psicanálise. **Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 11. Trad. J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho originalmente publicado em 1910).

_____. A dinâmica da transferência. In: _____. O caso de Schreber e artigos sobre técnica. **Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 12. Trad. J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho originalmente publicado em 1912).

_____. Estudos sobre a histeria (Breuer e Freud). In: _____. **Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 02. Trad. J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho originalmente publicado em 1893-1895).

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: _____. O caso de Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos. **Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 12. Trad. J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho originalmente publicado em 1912).

_____. Sobre o início do tratamento. In: _____. O caso de Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos. **Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 12. Trad. J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho originalmente publicado em 1913).

_____. Observações sobre o amor transferencial. In: _____. O caso de Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos. **Obras Completas de Sigmund Freud**. v.

12. Trad. J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho originalmente publicado 1915 [1914]).

_____. Recordar, repetir e elaborar. In: _____. O caso de Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos. **Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 12. Trad. J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho originalmente publicado em 1914).

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: _____. A História do Movimento Psicanalítico. **Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 14. Trad. J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho originalmente publicado em 1914).

_____. O inconsciente. In: _____. A História do Movimento Psicanalítico. **Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 14. Trad. J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho originalmente publicado em 1915).

_____. Além do princípio do prazer. In: _____. **Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 18. Trad. J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho originalmente publicado em 1920).

FORLENZA NETO, O. As primeiras contribuições de Winnicott à prática clínica. **Rev. Bras. Psicanálise**, v. 42, n. 1, 2008.

FULGENCIO, L. A ética do cuidado psicanalítico para D W Winnicott. **Rev. PUCSP**, v. 3, n. 2, 2011.

GONÇALVES, M.E. Vivências que permeiam a hospitalização: uma revisão acerca da assistência em hospitalização infantil. **Rev. Cont. Psican. Transdiscipl**, n. 08, jul./dez. 2009.

GORETTI A.C.S.; ALMEIDA S.F.C.; LEGNANI V.N. A relação mãe-bebê na estimulação precoce: um olhar psicanalítico. **Estilos Clin.**, v. 19, n. 03, São Paulo dez. 2014.

HEIMANN, P. On Countertransference. **International Journal of Psycho-Analysis**, 31:81-84 (1950)

HISADA, S. **Clínica do setting em Winnicott**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 2002.

JANUÁRUIO, L. M. **Da transferência à experiência: Winnicott e os estados autísticos, psicóticos e limítrofes em crianças**. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

KLEIN. M. **A psicanálise de crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1997. (trabalho originalmente publicado em 1932).

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B.. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LOURENÇÃO, T. T. R. **A presença do analista do corpo ao espírito**. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade de São Paulo - PUCSP, São Paulo, 2006.

MOTTA, I. F. **Orientações de pais**: novas perspectivas no desenvolvimento de crianças e adolescentes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MANNONI, M. **A criança, sua doença, e os outros**. O sintoma e a palavra. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980. (trabalho originalmente publicado em 1967).

NAFFAH NETO, A. A pesquisa psicanalítica. **Jornal psicanalítico**, São Paulo, v. 39, n. 70, jun. 2006.

_____. As funções da interpretação psicanalítica em diferentes modalidades de transferência: as contribuições de D.W. Winnicott. **Jornal psicanalítico**, São Paulo, v. 43, n. 78, jun. 2010.

_____. O lugar e a função do avô, aquele que é pai duas vezes: um estudo com base em D. W. Winnicott. In: Dias Rosa (org). **E o pai?** Uma abordagem winnicottiana, São Paulo, DWW Editorial, 2014.

NAPOLITANI, I. O trabalho com os pais na análise de criança. **Rev. Psic. São Paulo**, vol 16, n1 e n2, p. 29-49, 2007.

OGDEN, T. **Os sujeitos da psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

ROSENBERG, A. M.S. **O lugar dos pais na psicanálise de crianças**. São Paulo: Escuta, 2002.

SIPAHI, F. M. **A interpretação na psicanálise winnicottiana**. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade de São Paulo - PUCSP, São Paulo, 2006.

ULHOA CINTRA, E.M. **Empatia, escuta analítica e capacidade negativa**: intuições contemporâneas à psicanálise. São Paulo: não publicado, 2015.

WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. A interpretação na psicanálise. In: _____. (Org.). **Explorações psicanalíticas**: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artmed, 1994. (trabalho originalmente publicado em 1968).

WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. O jogo dos rabiscos (*squiggle game*). In: _____. (Org.). **Explorações psicanalíticas**: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artmed, 1994. (Trabalho originalmente publicado em 1964-1968).

WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise. In: _____. (Org.). **Explorações psicanalíticas**: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artmed, 1994. (Trabalho originalmente publicado em 1964).

WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. O valor da consulta terapêutica. In: _____. (Org.). **Explorações psicanalíticas**: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artmed, 1994. (Trabalho originalmente publicado em 1965).

WINNICOTT, D. W. Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978. (Trabalho originalmente publicado em 1945).

_____. O ódio na contratransferência. In: _____. **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982. (Trabalho originalmente publicado em 1947).

_____. Preocupação materna primária. In: _____. **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982. (Trabalho originalmente publicado em 1956).

_____. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. In: _____. **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982. (Trabalho originalmente publicado em 1954-5).

_____. Variedades clínicas da transferência. In: _____. **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982. (Trabalho originalmente publicado em 1955-6).

_____. **Consultas terapêuticas em psiquiatria Infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1984. (Trabalho originalmente publicado em 1971).

_____. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. (Trabalho originalmente publicado em 1988).

_____. **The Piggle**, relato do tratamento psicanalítico de uma menina. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Trabalho originalmente publicado em 1977).

_____. Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: _____. **O ambiente e os processos de maturação**, estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. (Trabalho originalmente publicado em 1959-1964).

_____. Contratransferência. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação**, estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. (Trabalho originalmente publicado em 1960).

_____. Provisão para a criança na saúde e na crise. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação**, estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. (Trabalho originalmente publicado em 1962).

_____. Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação**, estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. (Trabalho originalmente publicado em 1962).

_____. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação**, estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. (Trabalho originalmente publicado em 1960).

_____. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação**, estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. (Trabalho originalmente publicado em 1963).

_____. A criança no grupo familiar. In: _____. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1999. (Trabalho originalmente publicado em 1966).

_____. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1993. (Trabalho originalmente publicado em 1965).

_____. E o pai? In: _____. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: LTC, 2008. (Trabalho originalmente publicado em 1964).

_____. **Holding e interpretação**. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda., 2010. (Trabalho originalmente publicado em 1972).

ZIMERMAN, D. E. **Manual da técnica psicanalítica**: uma re-visão. Porto Alegre: Artmed, 2004.