



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Dissertação de Mestrado

Adolescência no limite: dispositivo plurifocal como modelo de cuidado

Sebastião Venâncio Pereira Júnior

Brasília, 2023

Adolescência no limite: dispositivo plurifocal como modelo de cuidado

Sebastião Venâncio Pereira Júnior

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para o título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Dra. Deise Matos do Amparo

Brasília, 2023

Banca Examinadora:

Dra. Deise Matos do Amparo (Presidente)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Universidade de Brasília - UnB

Dra. Veridiana Canezin Guimarães (membro externo)

Centro Universitário do Distrito Federal - UDF

Dra. Eliana Rigotto Lazzarini (Membro interno)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Universidade de Brasília - UnB

Dr. Bruno Cavaignac Campos Cardoso (Membro suplente)

Centro Universitário IESB

Brasília, 2023

Agradecimentos

Realizar esse trabalho tratou-se de um desafio. E, se cheguei a algum lugar no fim dessa travessia, foi graças às pessoas que encontrei ao longo do caminho. Por isso, agradeço:

Aos meus pais, pelo ambiente que permitiu o meu desenvolvimento e amadurecimento ao longo desses anos, além de todo o amor e cuidado.

À minha orientadora Deise Amparo, pela confiança em meu trabalho. Sou grato pela orientação e esforço desde o início do meu percurso.

Ao grupo de supervisão do VIPAS, pelo acolhimento, trocas e cafés.

Às minhas amigas Clara, Dani, Jordana e Nyanne, pelo apoio, trocas e companhia. Vocês tornaram essa jornada menos solitária.

Ao meu amigo Vítor, pelas diversas contribuições e leituras do trabalho.

Aos meus alunos da disciplina de Método de Rorschach, pela paciência e por me lembrarem do meu desejo pela docência.

À Larissa, minha companheira, sou grato diariamente pelo amor, cuidado e companheirismo que você mostra para mim.

Ao meu analista, pela escuta, continência e acolhimento.

À banca examinadora, professoras Veridiana e Eliana, por se disporem a ler e avaliar minha dissertação.

À Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF), pelo incentivo financeiro que possibilitou a realização desse trabalho.

A todos aqueles que não citei, mas que fizeram parte do meu caminhar.

Sumário

Agradecimentos	v
Sumário	vi
Lista de Figuras	viii
Resumo	ix
Abstract	x
Introdução	11
Capítulo 1 A travessia da adolescência e as problemáticas dos limites	15
1.1 A travessia da adolescência.....	18
1.2 A violência e o traumatismo do pubertário	20
1.3 O luto da adolescência.....	24
1.4 Crise e dependência na adolescência	26
1.5 Os limites na adolescência ou adolescência-limite?	28
1.6 Adolescentes-limites e a clínica dos extremos.....	36
Capítulo 2 O enquadre-dispositivo na clínica da adolescência nos limites	38
2.1 A técnica analítica e o enquadre clássico	40
2.2 Elasticidade da técnica e variações do enquadre analítico	44
2.3 A noção de dispositivo clínico e o papel da representação	46
2.4 A psicoterapia psicanalítica com adolescentes nos limites	49
2.4.1 O enquadre com os adolescentes nos limites.....	49
2.4.2 O enquadre interno e a sobrevivência do analista em situações extremas	52
2.5 Meio maleável e o modelo do jogo	55
2.6 As consultas terapêuticas com adolescentes e seus pais.....	59
2.7 O dispositivo plurifocal com adolescentes limítrofes.....	63
Capítulo 3 A construção de caso enquanto método de pesquisa em psicanálise e a construção do dispositivo plurifocal	65
3.1 A pesquisa em psicanálise.....	66
3.2 O estudo de caso.....	69
3.3 A construção de caso enquanto método de pesquisa psicanalítica.....	71
3.4 A construção de caso em um dispositivo plurifocal.....	73
Capítulo 4 Construções clínicas	78

4.1. Caso Alice	79
4.1.1 Apresentação do caso e primeiras sessões.....	79
4.1.2 Consulta terapêutica com familiares.....	87
4.1.3 Impasse e interrupção do tratamento	89
4.1.4 Considerações acerca do fim do caso	92
4.1.5 Considerações quanto ao dispositivo plurifocal	93
4.2. Caso Júlia	96
4.2.1 Apresentação do caso e primeiras sessões.....	96
4.2.2 Primeira consulta terapêutica.....	100
4.2.3 Encontro clínico com a psiquiatria	101
4.2.4 O comportamento de escarificação.....	102
4.2.5 Consulta terapêuticas subsequentes.....	105
4.2.6 A passagem da representação	107
4.2.7 Considerações gerais sobre o caso e dispositivo	109
Considerações finais.....	113
Referências.....	117
ANEXO A	127
ANEXO B	128

Lista de Figuras

Figura 1:Esquema de simbolização proposto por Roussillon (2019).	46
Figura 2: Fluxograma do dispositivo plurifocal do VIPAS	74

Resumo

A teoria psicanalítica compreende a adolescência como o interstício entre a infância e a vida adulta. Trata-se de uma fase marcada por mudanças biológicas relativas à puberdade, mas também psicológicas, diante das novas exigências internas e externas, que fragilizam o narcisismo adolescente. A fragilidade das fronteiras do adolescente implica em algumas problemáticas limítrofes nesse período, como o pubertário, o comportamento de dependência e a incapacidade de realizar o trabalho de luto da infância. Ocorre assim uma aproximação da adolescência com os estados limites, marcados por uma desorganização e uma incapacidade de simbolização, exigindo que o sujeito recorra ao ato para lidar com essas questões, seja através de comportamentos de automutilação, tentativas de suicídio, uso de drogas ou outros atos dessimbolizantes. Assim, a psicanálise e o enquadre clássica não são adequadas para dar conta da clínica dos limites na adolescência, é preciso assim pensar a técnica a partir do modelo do ato e do dispositivo clínico enquanto dispositivo simbolizante. A noção de terapia bifocal surgiu justamente diante das dificuldades de se atender adolescentes no limite, a partir da articulação de dois terapeutas que irão atuar em conjunto, mas em enquadres distintos e com objetivos distintos. A integração das consultas terapêuticas winnicottianas a essa modalidade de atendimento constitui o que seria um dispositivo plurifocal, possibilitando um trabalho a ser realizado com os pais ou familiares dos adolescentes, permitindo intervenções e mudanças no que tange a esse ambiente frágil e instável em seu amadurecimento. Dessa forma, o presente trabalho utilizou o método da construção de caso para abordar a construção de um dispositivo plurifocal no atendimento de duas adolescentes limítrofes em um serviço-escola de psicologia. Ao longo dos atendimentos, percebeu-se alguns resultados terapêuticos, como a diminuição de comportamentos impulsivos e de automutilação por meio do dispositivo clínico simbolizante e manejo terapêutico e do enquadre como meio maleável, e também a possibilidade de encontrar uma boa distância relacional, através da diluição da transferência em enquadres distintos e com terapeutas distintos, permitindo um melhor manejo da transferência, agora lateralizada. Apesar de algumas dificuldades, inerentes ao trabalho analítico, inclusive pela própria complexidade da clínica e dos casos trabalhados, como resultado foi observado que esse tipo de dispositivo clínico é possível de ser realizado e sustentado, propiciando um ambiente de escuta e cuidado para esses pacientes.

Palavras-chave: adolescência; casos-limites; dispositivo; enquadre.

Abstract

The psychoanalytic theory understands adolescence as the interstice between childhood and adulthood. It is a phase marked by both biological changes related to puberty and psychological changes in response to new internal and external demands that challenge adolescent narcissism. The fragility of adolescent borders leads to various issues during this period, such as pubertal concerns, dependency behavior, and an inability to complete the mourning process from childhood. Adolescence becomes closely associated with borderline states, characterized by disorganization and an inability to symbolize, requiring individuals to resort to actions to cope with these issues, such as self-harm, suicide attempts, substance abuse, or other desymbolizing acts. Therefore, psychoanalysis and the classical setting are not suitable for addressing the clinical aspects of boundaries in adolescence. It is necessary to consider the technique based on the model of act and the clinical device as a symbolizing device. The concept of bifocal therapy emerged in response to the challenges of treating adolescents on the border. Two therapists collaborate, each working in distinct settings with different objectives. Integrating winnicottian therapeutic consultations into this approach constitutes a plurifocal device, allowing work with the parents or relatives of adolescents, facilitating interventions and changes in this fragile and unstable environment during their maturation. This study used the case construction method to address the development of a plurifocal device in the treatment of two borderline adolescents in a psychology school service. Throughout the sessions, therapeutic outcomes were observed, such as a reduction in impulsive behaviors and self-harm through the symbolizing clinical device and therapeutic management within a flexible setting. It also provided the opportunity to establish a good relational distance by dispersing transference across different settings and therapists, enabling better management of the now lateralized transference. Despite some inherent analytical challenges, including the complexity of the clinical work and cases, the study demonstrated that this type of clinical device is feasible and sustainable, offering a supportive environment for listening and care for these patients.

Keywords: Adolescence; borderline; device; setting.

Introdução

Esta pesquisa deriva da minha experiência clínica no Grupo de Pesquisa e Extensão Sobre Violências e Psicopatologias na Contemporaneidade (VIPAS), coordenado pela professora Deise Amparo. Esse grupo realiza o atendimento psicológico de jovens e adultos que apresentam um modo de funcionamento psíquico limítrofe em um serviço-escola de psicologia, em parceria com um Hospital Universitário. Ao longo dos últimos oito anos, foi construído um dispositivo clínico que engloba a psicoterapia individual, o acompanhamento familiar por meio das consultas terapêuticas, as consultas psiquiátricas, o psicodiagnóstico interventivo psicanalítico e os grupos terapêuticos. Com exceção do psicodiagnóstico interventivo psicanalítico e do grupo terapêutico, que fazem parte de outros trabalhos, o objeto da presente pesquisa será esse dispositivo clínico plurifocal, mais especificamente no que tange à sua construção a partir do atendimento de adolescentes que se situam na clínica dos extremos.

De maneira geral, a adolescência caracteriza-se enquanto um processo de ruptura com a infância e ingresso no mundo adulto. Tal processo confronta o sujeito com transformações que constituem uma reorganização tanto física quanto psíquica (Padrão et al, 2006). Um dos desafios encontrados pelo adolescente é o de integrar o passado com as exigências do meio e com aquelas que são impostas pela vida pulsional (Emmanuelli, 2008).

As transformações que ocorrem na adolescência estão, em grande parte, associadas à ação do pubertário, que é a ressexualização das imagos parentais a partir da revivência do complexo de Édipo (Gutton, 1993). Diante disso, cabe ao adolescente realizar o trabalho de luto dessas imagos, para assim poder investir em novos objetos libidinais.

A complexidade da adolescência implica em especificidades na clínica, como a questão da demanda, uma má capacidade de adaptação ao enquadre clássico e uma dificuldade no processo de simbolização, as múltiplas transferências e a passagem ao ato (Coutinho, 2006).

A experiência clínica no VIPAS, aliado ao estudo teórico e às supervisões, permitiu a identificação de uma aproximação entre as problemáticas apresentadas pela adolescência e pelo que André Green denominou de “casos-limite”, estados caracterizados por uma falta de estruturação e falhas na constituição das fronteiras intrapsíquicas e interpessoais, caracterizando um duplo limite (Green, 1976/2017). Esses estados, assim como a adolescência, desafiam a técnica psicanalítica, exigindo mudanças na postura do analista e no enquadre.

Dentre as diversas possibilidades de nomes para os casos que se situam nos limites do analisável (borderline, estado-limite, problemáticas narcísico-identitárias, não neurose, etc), foram utilizados os termos “caso-limite” ou limítrofe na medida em que, além do funcionamento psíquico nas fronteiras do analisável, os casos constituíram-se como limites para o analista/pesquisador.

As questões que conduziram o presente estudo foram a complexidade da travessia da adolescência, associada com as formas de subjetivação na contemporaneidade, que parecem suscitar modalidades de sofrimento que colocam o sujeito nos limites. Esses aspectos trazem implicações para a prática analítica, no tocante ao manejo do enquadre e da transferência. O objetivo principal deste trabalho consiste em propor um dispositivo que consiga ao mesmo tempo conter esse sofrimento e os excessos dos adolescentes limítrofes, enquanto possibilita a simbolização e a reflexividade no sujeito, a partir de uma integração da terapia bifocal e das consultas terapêuticas.

Dentre os autores trabalhados nesta dissertação, pode-se destacar André Green, René Roussillon, Philippe Jeammet e Winnicott como os principais. Os dois primeiros em virtude de suas conceituações de enquadre e dispositivo clínico, respectivamente, além de suas contribuições sobre os casos-limite e problemáticas narcísico-identitárias. Os dois últimos têm suas contribuições atreladas à compreensão da adolescência e suas problemáticas, além da noção de terapia bifocal e de consultas terapêuticas, para a construção do dispositivo plurifocal.

A clínica da adolescência nos limites coloca o analista diante de sujeitos em intenso sofrimento psíquico, marcado pela ação da destrutividade. Trata-se de uma clínica que coloca o enquadre clássico em xeque a todo instante, demandando variações. Além de ser caracterizada pela dinâmica transferencial violenta. Tais aspectos evocam a necessidade de se pensar e repensar a prática analítica como um todo.

O presente trabalho foi estruturado em quatro capítulos, como se segue:

No primeiro capítulo, o objetivo foi dar um panorama acerca da adolescência a partir de um referencial psicanalítico, e suas aproximações com os casos-limite, tendo como base a psicanálise contemporânea. Assim, a compreensão da adolescência como uma situação-limite, além da diferenciação entre adolescência “normal” para adolescência “nos limites”, permite repensar o método psicanalítico, levando em consideração as especificidades dessa população.

No segundo capítulo, são apresentadas considerações acerca da prática analítica com adolescentes. Para isso, é feito um percurso teórico envolvendo a técnica analítica tradicional, embasada no modelo do sonho, e suas variações, relativas ao modelo do ato, a partir da perspectiva do enquadre analítico de André Green. Um outro ponto relevante na discussão deste capítulo envolve considerações acerca do enquadre analítico e suas especificidades no atendimento de adolescentes. A partir desse ponto, são apresentados elementos cruciais para essa

prática clínica: o enquadre interno de Green, a noção de dispositivo de Roussillon e o conceito de meio maleável, para assim chegar na terapia bifocal e nas consultas terapêuticas, elementos que irão constituir o dispositivo plurifocal.

No terceiro capítulo, são discutidas, de maneira breve, algumas questões metodológicas: primeiramente, é abordado o caráter investigativo da psicanálise, que remonta ao seu surgimento a partir de Freud, e a pesquisa psicanalítica; em seguida, discute-se o estudo de caso enquanto um dos paradigmas da pesquisa clínica em psicanálise, para, finalmente, refletir acerca da construção de caso de Fédida (1991), método utilizado no presente trabalho. Nesse ponto, também é exposto o procedimento utilizado nos atendimentos clínicos, propiciando a construção de caso e do dispositivo clínico.

No quarto capítulo, é apresentada a construção de dois casos clínicos para (re)pensar e discutir sobre a adolescência nos limites e as possibilidades de construção de um dispositivo clínico plurifocal, a partir dos desafios impostos à técnica psicanalítica.

Capítulo 1

A travessia da adolescência e as problemáticas dos limites

A adolescência, em uma perspectiva antropológica e sociológica, é um conceito histórico-cultural de caráter ocidental, que emergiu gradualmente nas sociedades industriais e se consolidou principalmente durante o século XIX (Le Breton, 2013/2017). A delimitação dessa etapa da vida constitui-se enquanto uma construção recente na história da humanidade para designar um período intermediário entre a infância e a vida adulta, sendo um conceito que sofreu modificações de acordo com o período histórico e contexto cultural em que está inserido.

Apesar de não ser caracterizado explicitamente como adolescência, ao menos até o século XIX, já havia a identificação de um período de flutuação entre a infância e a vida adulta em séculos anteriores. Um exemplo disso seria a “efebia” – equivalente à puberdade - ateniense na Grécia Antiga. Contudo, não há uma definição clara desse período, e a adolescência se confundia com a infância em muitos sentidos até a idade moderna (Le Breton, 2013/2017).

A “invenção” da adolescência acompanha o surgimento do conceito da família moderna, no final do século XVIII. Nesse período inicial, a adolescência era um privilégio das classes burguesas da época, levando um tempo considerável até atingir as demais camadas da população e ser esse período universal da contemporaneidade (Le Breton, 2013/2017).

Ao decorrer da história, percebe-se que a cultura exerce um papel fundamental na compreensão acerca da travessia da adolescência. Em diversas sociedades, a puberdade é mediada por ritos, que marcam a passagem para a fase adulta. Contudo, com exceção da passagem à maioridade aos dezoito anos, as sociedades ocidentais não reconhecem por nenhum acontecimento social a mudança de status que dá acesso à idade adulta, ou seja, não existem ritos nem ideais que façam a mediação da delicada transição da infância à fase adulta. Dessa forma, o

adolescente se encontra obrigado a simbolizar essa passagem de outra forma, muitas vezes inscrevendo marcas sobre seu corpo, em atos de escarificação, em uma tentativa de simbolizá-la (Le Breton, 2013/2017).

Do ponto de vista psicanalítico, entende-se que a sociedade contemporânea impõe ao adolescente uma nova maneira de se constituir subjetivamente, em virtude do declínio da função paterna e do consumo midiático, dentre outros fatores (Delaroche, 2008). Como consequência, vive-se atualmente tempos de uma *adulterez* com fronteiras indefinidas, expressos pelo encurtamento da infância e prolongamento da adolescência. Essas mudanças nos limites implicam em novas formas de subjetivação da adolescência (Ayub & Macedo, 2011). A partir de uma perspectiva psicanalítica acerca da adolescência, é possível compreender essas mudanças e a forma que elas impactam o psiquismo do adolescente.

Inicialmente, a psicanálise não se ocupou propriamente de investigar e compreender a adolescência e suas implicações. Freud escreveu somente um ensaio importante dedicado exclusivamente a esse tópico, *As transformações da puberdade*, na parte final de seus *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/1996). Nesse texto, Freud não se aprofunda nos aspectos psicológicos da adolescência, mas sim nas mudanças relacionadas ao amadurecimento sexual da puberdade. A importância da adolescência na obra freudiana está relacionada com a perspectiva da puberdade enquanto o segundo tempo da escolha objetal, que começou na infância e é interrompida na fase de latência, a partir da imposição da barreira do incesto.

Assim, é possível compreender que “o lugar da adolescência nos trabalhos escritos de Freud, de fato, é praticamente inexistente: a puberdade é que constitui a noção central de sua obra” (Emmanuelli, 2008, p. 17). A descoberta da sexualidade infantil colocou em segundo

plano a importância da adolescência para a teoria psicanalítica nesse período inicial (Emmanuelli, 2008).

A posição de Freud define o adolescente como neurótico, uma vez que há uma problemática referente à diferenciação dos sexos (Freud, 1905/1996). Dentro dessa perspectiva, a adolescência consistiria no “paradigma dos impasses do sujeito diante da confrontação com a impossibilidade de uma relação de completude entre os sexos” (Alberti, 2009, p. 14).

Para o contexto da psicanálise freudiana, a neurose é o paradigma para compreensão do sujeito, o que faz sentido ao levar em consideração a posição de Freud ao longo de sua obra. Contudo, a adolescência não possui somente uma aproximação da estrutura neurótica, Alberti (2009) menciona uma confusão entre a adolescência e a estrutura psicótica, e em uma perspectiva da psicanálise lacaniana essa confusão se daria pelo fato de que, em ambas as situações, verifica-se uma falta do Nome-do-Pai, ou seja, uma falha da função paterna.

Essa dificuldade de inserção da adolescência no âmbito estrutural da teoria psicanalítica implica numa aproximação dessa fase com o que autores da psicanálise contemporânea denominam de “estados-limite” ou “casos-limite” (Green, 1976/2017; Green e Urribarri, 2020). Nessa mesma perspectiva, Coutinho (2006) afirma que a adolescência é o “paradigma do sujeito contemporâneo, que cada vez menos se deixa capturar pelas definições estruturais” (p. 46). Essa concepção coloca a adolescência nos limites das classificações estruturais, no limite entre a neurose e a psicose, ao mesmo tempo em que possui as suas especificidades enquanto uma categoria própria.

Antes de abordar mais as aproximações entre a adolescência e as problemáticas dos limites, é importante compreender o que seria a adolescência e a travessia implicada nesse processo. Entende-se que a própria concepção de adolescência comporta uma travessia, no

sentido de que há um caminho a ser percorrido. Esse caminho exige que o sujeito atravessasse esse período ao mesmo tempo em que é atravessado por ele.

1.1 A travessia da adolescência

Em seu livro *Adolescência: uma interpretação psicanalítica*, Peter Blos (1998) propõe uma construção da adolescência em uma perspectiva genética e do desenvolvimento. A puberdade constitui o fato biológico que marca a entrada nesse período, constituindo as manifestações físicas da maturação sexual e dando origem a uma nova organização das pulsões e do ego. Enquanto a puberdade trata do aspecto biológico, a palavra “adolescência” é usada pelo autor para indicar os processos psicológicos de adaptação à condição de amadurecimento em decorrência das mudanças da puberdade (Blos, 1998).

Existe uma falta de uniformidade no que tange ao desenvolvimento fisiológico nesse período, que não obedece a uma lei regida pela idade cronológica. Esse crescimento assimétrico, causado por uma sequência de mudanças que muitas vezes são súbitas, exige uma considerável capacidade adaptativa por parte do adolescente. Para Blos (1998), haveria uma preparação física e psicológica para as mudanças características da adolescência, que consiste no período de latência, período intermediário entre o desenvolvimento da sexualidade infantil e a sexualidade genital. O período de latência prepararia o sujeito para o encontro com o efeito das pulsões da puberdade.

Marty (2010), por outro lado, considera que a latência não seria um período que prepara a criança para a puberdade, e que, na realidade, não existiria nada que prepara de fato para a adolescência. Nesse sentido, a puberdade seria tida como uma violenta intrusão ao sujeito, tendo

um caráter traumático. Algumas considerações sobre isso serão feitas mais à frente, especialmente acerca da violência e o trauma do pubertário.

A fase que sucede o período de latência é denominada de pré-adolescência, que consiste em uma fase de transição, com características próprias, antes que a adolescência se afirme plenamente (Blos, 1998). O caráter marcante da adolescência inicial está no desinvestimento dos objetos amorosos incestuosos, permitindo que a libido objetal busque por novos investimentos e objetos. A adolescência, comparada com as fases anteriores da vida emocional, é mais intensa e profunda. O sujeito adolescente se afasta definitivamente dos objetos de amor infantis e os desejos edípicos e seus conflitos concomitantes voltam a surgir.

Apesar da apresentação de algumas fases desse período do desenvolvimento, a passagem pelo período da adolescência não se faz num ritmo constante nem em linha reta. Na verdade, as metas e realizações da vida mental que caracterizam as várias fases do período adolescente têm, com frequência, uma direção contraditória e são qualitativamente heterogêneas em virtude do caráter de elasticidade do movimento psicológico (Blos, 1998).

Winnicott (1961/2001) é outro autor com importantes contribuições para a compreensão da adolescência. Ele fala da necessidade que o adolescente possui de transpor a “zona das calmarias”, uma fase em que há um sentimento de futilidade. Tal fase é uma parte essencial do amadurecimento do adolescente, e está intimamente relacionada com a questão do desenvolvimento emocional e amadurecimento do sujeito. O adolescente se encontra em um processo em que tudo está em suspenso, ocasionando em um sentimento de irrealidade e na necessidade de tomar atitudes que pareçam reais (Winnicott, 1961/2001).

Winnicott (1961/2001) também reforça a importância do ambiente para que o adolescente consiga passar de modo satisfatório por essa fase de turbulência e pelas mudanças características

da adolescência. Nesse sentido, ele afirma que é extremamente importante “a existência e o interesse continuados da mãe ou do pai da criança e de organizações familiares mais amplas” (Winnicott, 1961/2001, p. 100).

Apesar de certas problemáticas que podem aparentar um aspecto patológico, para Winnicott a única cura possível para a adolescência seria “a passagem do tempo, a passagem de três a seis anos ao final dos quais o adolescente torna-se um adulto, isto é, torna-se capaz de identificar-se com figuras parentais e com a sociedade sem a adoção de falsas soluções” (1964/1994, p. 249). A passagem do tempo retoma a ideia de travessia na adolescência, ou seja, que há uma exigência de que o jovem atravesse essa fase para que o seu processo de amadurecimento ocorra.

Esse percurso feito pelo sujeito no interstício entre a infância e a vida adulta é caracterizado por mudanças psíquicas e biológicas que desafiam o jovem, a partir da revivência de conflitos e lutos infantis, ao mesmo tempo em que é confrontado com novas exigências do ambiente e da sociedade. Essa batalha em múltiplas frentes ocasiona uma fragilidade do narcisismo adolescente, que busca o tempo todo uma identidade e um pertencimento no mundo. Essas fragilidades do ego adolescente fazem com que essa fase seja vivida como violenta e traumática.

1.2 A violência e o traumatismo do pubertário

Ferenczi (1934/2011) aponta que o trauma é equivalente à aniquilação do sentimento de si. A subitaneidade do trauma implica em um desprazer que não pode ser superado, seja no sentido de uma defesa ou até mesmo de uma representação do traumático. Como consequência, o

sujeito é atravessado pela angústia, relacionada à incapacidade de lidar com a situação traumática (Ferenczi, 1934/2011).

O trauma também pode ser definido enquanto um acontecimento intenso na vida do sujeito, incapacitando-o de reagir a ele de maneira adequada, além dos efeitos patogênicos na organização psíquica (Laplanche & Pontalis, 2001). Em termos econômicos, trata-se de um fluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância e à capacidade de elaborar esse excesso.

A adolescência é, quase sempre, vivenciada como violenta e com efeitos traumáticos para o sujeito. Fala-se de violência no sentido de que se trata de um excesso pulsional que não pode ser elaborado, sendo assim, vivido passivamente pelo sujeito devido à sua precariedade subjetiva. Ou seja, o adolescente se sente violentado pelo próprio processo da adolescência (Marty, 2010).

Essa violência tem sua essência atrelada ao pubertário, tendo em vista que ele fragiliza o corpo e o Eu, sujeitando o adolescente ao excesso pulsional (Gutton, 1993). Essa fragilidade é tanto interna quanto externa, apresentando-se enquanto uma questão das fronteiras do adolescente (Marty, 2010).

O pubertário consiste na sexualização de representações parentais a partir da revivência do complexo de Édipo na adolescência. Dessa forma, ele também seria um momento inevitável de “confusão de línguas” (Ferenczi, 1932/2011) A “confusão de línguas” do adolescente está relacionada diretamente com o intrincamento entre a linguagem da ternura, de caráter infantil e ingênua, e a linguagem da paixão, característica do adulto e de aspecto culposo. Isso significa que existe uma dissimetria entre a sexualidade infantil e a sexualidade adulta, e o encontro entre

ambas culmina em um desfecho traumático, relativo à vivência de uma violência para a qual o sujeito não está preparado.

No caso do adolescente, a revivência do conflito edípico e a maturação da puberdade criam o palco ideal para que essa confluência de línguas aconteça. Andando na fronteira entre a infância e a adultez, não é difícil imaginar uma cena de sedução ou uma fantasia em que o adolescente ainda possa manifestar uma sexualidade pré-genital, misturada com a paixão adulta.

Como consequência dessa confluência, ocorre um traumatismo pubertário, que para Ferenczi (1932/2011) estaria relacionado com uma inibição da criança púbere em virtude de um medo intenso enquanto resposta ao trauma irrepresentável. Tal processo culminaria na identificação com o agressor, além da introjeção do sentimento de culpa do adulto.

Para Gutton (1993), a puberdade é o trauma mais importante, que retoma todos os anteriores. Esse trauma pubertário consiste na entrada forçada da “paixão adulta na ternura da infância - loucura sexual sobre a terra virgem. A criança púbere “seduz a seu passado” quando sexualiza as lembranças infantis” (Gutton, 1993, p. 32).

Verifica-se assim uma inversão da sedução na puberdade, em que há uma identificação do adolescente com o sedutor. O adolescente conheceu a sexualidade adulta a partir da sexualização da criança pelo objeto parental. O adolescente deixou de ser “passivo” e passou a ocupar um papel ativo de sedução. Ocorre assim a genitalização puberal das representações parentais, que caracterizam o pubertário (Gutton, 1993).

O pubertário impõe uma reativação do conflito edípico que põe em crise as organizações edípicas e, junto da representatividade, entram em questão as cenas pubertárias (Gutton, 1993). As cenas do pubertário colocam o adolescente no limite, tendo em vista que se tratam de falsas triangulações violentas e sua relação com o arcaico genital (Gutton, 1993). Contudo, também são

as cenas puberais que permitem refrear a descarga dos excessos pulsionais, em virtude das representações que asseguram o contra-investimento do arcaico genital, revivido nesses processos.

Como defesa diante do pubertário, o adolescente se utiliza do que Gutton (1993) chama de obsolescência, que seria um processo interativo de desinvestimento da realidade concreta, a fim de permitir a elaboração de conflitos. Esse desinvestimento específico da adolescência diz respeito aos limites do próprio aparelho psíquico, mais especificamente à fronteira entre o pré-consciente e o consciente, tal como afirma Freud: “Uma divisão clara e definitiva no conteúdo dos dois sistemas só se estabelece, via de regra, no momento da puberdade” (1915/2010, p. 100).

Em resumo, o sujeito adolescente vive a sua pubescência enquanto vítima dela, em busca de um responsável externo a ele. Essa busca na realidade externa ocorre devido ao fato de o adolescente não possuir um espaço interno que lhes permite digerir mentalmente esse excesso. Ele não pode elaborar o conflito psíquico e colocar para fora de si esta tensão levando-a para outros, ou fazendo com que os outros a carreguem (Marty,2010).

Esse deslocamento do excesso pulsional para o ambiente externo pode se expressar por meio de comportamentos violentos. Marty (2006) define violência enquanto “o exercício da força sem levar em consideração alguém ou alguma coisa” (p. 120). Assim, na adolescência há o uso de uma violência não somente em direção ao exterior ou ao próprio corpo, mas também uma violência intrapsíquica.

A violência e os excessos atrelados ao processo do adolescer comportam uma dimensão traumática, ocasionando uma fragilização do mundo psíquico interno e que é sentido como uma crise (Jeammet & Corcos, 2005; Padrão et al, 2006). Acerca da crise da adolescência, Jeammet e

Corcos (2005) afirmam que ela é “inerente ao próprio processo de desenvolvimento, mas não se traduz necessariamente por uma expressão comportamental conturbada. Ela traduz o fracasso relativo do aparelho psíquico de gerir a crise, e neste sentido, é sinal de vulnerabilidade, senão de patologia” (p. 33). Assim, denota-se que a passagem da adolescência comporta uma exigência de trabalho psíquico inerente a ela, que nem sempre é possível para o psiquismo do sujeito (Ayub & Macedo, 2011).

Essa fragilização do psiquismo na adolescência e o aspecto da crise são importantes para se compreender algumas das problemáticas-limite da adolescência, especialmente a questão do luto e o comportamento de dependência.

1.3 O luto da adolescência

O luto constitui uma perda de um elo significativo entre uma pessoa e seu objeto, ou seja, uma perda objetal. Freud (1917/2010) entende o luto enquanto um processo lento e doloroso, que tem como características uma tristeza profunda, o afastamento de toda e qualquer atividade que não esteja ligada a pensamentos sobre o objeto perdido, a perda de interesse no mundo externo e a incapacidade de adotar um novo objeto de investimento, um objeto substituto.

A adolescência é um momento de retorno de conflitos da infância, mais especificamente o conflito edípico e o conflito de separação, questões essas que foram adiadas pela latência (Pinheiro, 2001). Esses conflitos exigem um abandono do primeiro objeto para que seja possível novos investimentos libidinais. Contudo, o novo objeto de investimento, o objeto substituto, não é capaz de garantir o afeto tido como “incondicional”, presente nas relações primárias.

Em outras palavras, a travessia da adolescência implica em uma renúncia dos objetos primários que implica em um trabalho de luto e de atravessamento da dependência em direção a

uma independência desses objetos. É preciso que o adolescente elabore os lutos próprios dessa fase, relativos ao seu corpo, à sua identidade infantil e aos seus pais da infância (Matos & Lemgruber, 2017).

Entretanto, o trabalho de luto não se dá de maneira linear. O luto da infância é um vaivém entre o presente e o passado infantil, além das revivências desse passado no presente. Trata-se também de um luto das relações objetais primárias e verifica-se um afastamento do adolescente de seus pais, bem como um maior investimento em outros objetos substitutos (Matos & Lemgruber, 2017).

O luto pela identidade infantil relaciona-se com a busca pela independência. Cada nova tentativa de desprender-se e de se tornar independente é acompanhada por medo e insegurança, e por vezes, retrocessos em posturas infantis. Nesse sentido, os pais acabam sendo uma nova possibilidade de identificação e investimento libidinal, ao custo de um distanciamento das figuras parentais. Ao final desse longo processo, o adolescente vivencia uma multiplicidade de identificações (Matos & Lemgruber, 2017).

O adolescente sofre uma perda real na renúncia a seus pais edípicos, e experimenta um vazio interior, sofrimento e tristeza, que são parte de todo luto. A solução do processo de luto é essencial para a realização gradativa da libertação do objeto perdido; ela exige tempo e repetição (Blos, 1998).

A elaboração da separação pode ser uma saída para o trabalho psíquico da adolescência (Emanuelli, 2011). O trabalho de luto da adolescência está associado a um processo de desligamento dos primeiros objetos, mas também de um desinvestimento da autoimagem da infância, que está relacionado com a fragilidade narcísica característica da adolescência. O adolescente precisa lidar com a morte dessas imagens parentais enquanto suporte do ideal,

deixando tanto o adolescente quanto seus pais frente a frente, em uma posição de estranhamento um do outro (Matos & Lemgruber, 2017).

A vivência desse luto também é sentida pelos pais. Ou seja, os pais necessitam também entrar em um processo de luto pelo corpo do filho, pela sua identidade de criança, e por sua relação de dependência infantil. A adolescência rompe (ou tenta romper) com a posição de dependência do filho para com os pais, implicando diversas angústias nesse processo, além da revivescência de antigos conflitos. A ambivalência e resistência dos pais em aceitar tal processo de crescimento encontra-se relacionada com a impossibilidade da elaboração da própria adolescência por parte desses pais, em muitos casos (Matos & Lemgruber, 2017).

Esse duplo luto, experienciado pelos pais e pelo adolescente, provoca, muitas vezes, uma alteração da dinâmica familiar e é compreendida como uma “crise da adolescência”, abordada por diversos autores (Bergeret, 1974/2015; Chervet, 2015; Winnicott, 1961/2001). A crise da adolescência pode ser encarada enquanto uma dupla crise: a crise da criança e a crise dos pais (Chervet, 2015). A crise da criança, no processo de adolecer, manifesta-se muitas vezes a partir de uma inibição de suas capacidades de simbolização, expressa pelo silêncio e mudanças comportamentais. A crise dos pais, por outro lado, diante das mudanças que estão acontecendo com seu filho, se apresenta a partir de tentativas de controle ou, no caso de falhas desse controle, abandono.

1.4 Crise e dependência na adolescência

A crise dos pais diz respeito ao enfraquecimento das barreiras intergeracionais, que tem se intensificado nas últimas décadas. Esse enfraquecimento recente das fronteiras e o desaparecimento dos limites provocam uma ausência de confronto, já que não existe mais rito.

Essa ausência é sentida pelo sujeito por meio de um sentimento de profunda solidão e desvalorização (Jeammet & Corcos, 2005).

Acerca dos aspectos dos impactos psíquicos da adolescência, Emmanuelli (2008) afirma que

o processo de adolescência tem como característica a conflitualização do eixo narcísico com o das relações de objeto. O adolescente, no momento em que mais precisa de seus objetos e do apoio que estes lhe proporcionam, sente como ferida narcísica essa mesma necessidade (p. 33).

O adolescente é confrontado em suas dimensões de passividade/dependência e de separação/individuação, além da revivência do conflito edipiano e de perda objetual (Cardoso, 2001; Jeammet & Corcos, 2005; Padrão et al, 2006). Ou seja, ele é colocado diante da problemática da dependência.

Winnicott (1961/2001) aborda que uma característica da adolescência é a alternância entre uma independência rebelde e uma dependência regressiva, e até mesmo a coexistência desses dois extremos num mesmo momento. A dependência pode ser descrita como o uso defensivo da realidade externa como contrainvestimento de uma realidade interna falha. Dessa forma, o sujeito usa o mundo externo para contrainvestir em uma realidade psíquica sobre a qual ele não pode se apoiar, por uma falta de segurança (Jeammet & Corcos, 2005). De maneira geral, o espaço psíquico interno do sujeito se mostra insuficiente para conter o conflito, que acaba por ultrapassar os limites do Eu e invade a realidade externa.

O comportamento dependente permite ao adolescente se assegurar da realidade de um contato externo, que é incerto ao nível interno, e de sua manutenção fora dos limites do Eu na periferia dele mesmo (Jeammet & Corcos, 2005).

A confrontação dos eixos narcísico e objetal mencionada anteriormente resulta em uma fragilidade psíquica da adolescência (Ayub & Macedo, 2011). Tal fragilidade do psiquismo também se refere a uma fragilidade do narcisismo adolescente e ocorre assim um remanejamento das identificações, o que abala as fronteiras narcísicas do psiquismo (Cardoso, 2001). Esses aspectos são alguns que aproximam a adolescência de uma situação-limite, em que não somente os limites da relação objetal apresentam fragilidades, mas também do psiquismo como um todo.

1.5. Os limites na adolescência ou adolescência-limite?

A concepção da adolescência somente como uma fase intermediária entre a infância e a vida adulta não sustenta a complexidade do sofrimento que muitos adolescentes apresentam. A aproximação da adolescência com problemáticas-limite ocorre a partir de Green (1976/2017), que, ao falar do conceito de limite, pontua que o limite se trata de uma demarcação, trazendo a noção de fronteira, de um espaço psíquico. E o que seria a adolescência se não um conceito-limite, uma fronteira, entre a infância e a vida adulta?

Green afirma que “o interesse de todo limite é não somente delimitar dois espaços, mas, sobretudo, ver quais serão as passagens, as transgressões que poderão ocorrer de um espaço para outro, e nos dois sentidos” (1990, p. 19). Dessa forma, o objetivo de se pensar a adolescência enquanto uma situação-limite é de criar a possibilidade de analisar as passagens e transgressões que ocorrem durante esse período, além de refletir sobre a própria definição de adolescência como um período limite do desenvolvimento.

Bergeret (1974/2015) introduz uma relação que se dá entre a adolescência e os casos-limite, ao abordar a existência de dois traumatismos desorganizadores: o primeiro deles daria origem ao tronco comum dos estados-limite uma organização de caráter provisório, enquanto o

segundo traumatismo ocorreria no fim da adolescência e daria fim a essa organização (Bergeret, 1974/2015; Green, 1976/2017).

A principal característica dos estados-limite seria sua falta de estruturação e de organização (Green, 1974/2017). Um estado-limite consiste em um estado caracterizado por falhas na formação dos limites do psiquismo e uma conseqüente fragilidade nas fronteiras do Ego, similar ao apresentado acerca da adolescência. Esse modo de funcionamento apresenta um sofrimento marcado por um sentimento de vazio, uma depressividade branca, caracterizada pela ausência de afeto, pela impossibilidade de simbolização/representação que culmina em passagens ao ato, além de uma dupla angústia de intrusão e de perda do objeto (Green, 1976/2017).

A meu ver, nos casos-limites não se trata simplesmente do problema dos limites do ego, mas também da desorganização dos limites no interior do aparelho psíquico, isto é, da importância de mecanismos que acarretam tanto esclerose e rigidez entre as diferentes partes do aparelho psíquico e não apenas na relação do ego com o objeto como, também, da permeabilidade excessiva entre o ego, o id e o superego, o que leva a conceber o limite como um conceito suscetível de nos ajudar na compreensão da psicopatologia dos casos-limites. (Green, 1990, p. 13)

Green (1976/2017), ao falar dos limites, está falando na realidade de um duplo limite: um limite vertical intersubjetivo que separa o dentro e o fora, o Eu e o outro; e um limite horizontal intrapsíquico que constitui a fronteira entre o consciente e o inconsciente. Um pouco mais tarde, Green (1990) também aborda a compreensão dos limites enquanto áreas transicionais no sentido winnicottiano da expressão. São os objetos transicionais que sustentam o espaço potencial, uma área intermediária entre o interno e subjetivo e o externo e o objetivo, que constitui a noção de

“entre” para o sujeito. Os objetos transicionais sustentam o duplo limite do psiquismo (Junqueira, 2019; Winnicott, 1971).

Assim, sempre que há a divisão de um espaço em dois, cria-se um terceiro espaço na fronteira. Este terceiro espaço é a formação de compromisso resultante da divisão entre os dois espaços anteriores. Tal definição é útil para a compreensão dos próprios casos-limite enquanto situados na fronteira da neurose e da psicose, mas também na própria característica desses estados no que se refere à impossibilidade de se criar esses espaços transicionais (Bergeret, 1974/2015; Green, 1990).

Portanto, podemos considerar o limite como uma fronteira movediça e flutuante, tanto na normalidade quanto na patologia. O limite talvez seja o conceito mais fundamental da psicanálise moderna. Não devemos formulá-lo em termos de representação figurada, mas em termos de processos de transformação de energia e de simbolização (força e significação). ” (Green, 1976/2017, p. 122).

O primeiro limite externo do sujeito é sua pele, e esta é a primeira fronteira do corpo com o mundo externo. Trata-se de um limite imperfeito, esburacado, e com poros que permitem a passagem entre o dentro e o fora (Green, 1976/2017). Isso remete à questão do Eu-Pele, uma representação psíquica do Eu corporal que faz no psiquismo as funções que a pele biológica exerce no corpo (Anzieu, 1988).

A importância do corpo enquanto limite, ou representante desse primeiro limite, também é uma característica da adolescência. A partir do corpo, o adolescente é confrontado com a sua passividade diante das mudanças da puberdade. Assim, o corpo é representante da necessidade que remete à experiência de passividade e de dependência. Esse corpo é sentido como um corpo estranho, que perde sua familiaridade com a adolescência. (Jeammet & Corcos, 2005).

Uma expressão dessa problemática relativa ao corpo, mas também relacionada com a impossibilidade de representação e simbolização, são os comportamentos de automutilação, presentes em muitos adolescentes e em pacientes-limite. Os cortes na pele podem ser entendidos metaforicamente como perfurações nas fronteiras do indivíduo, que permitem o acesso a uma nova consciência da própria mortalidade (Jeammet & Corcos, 2005).

A escarificação localiza-se no limite do corpo e ocorre na fronteira entre o dentro e o fora, na barreira entre o psíquico e o mundo social, ou seja, a pele. Assim, trata-se de uma das expressões de um sofrimento-limite entre tais dimensões psíquicas e sociais (Cardoso & Amparo, 2021). A incapacidade de simbolizar o sofrimento, devido à precariedade de recursos internos, é característica de sofrimentos-limites, incluindo a adolescência.

A questão dos lutos da adolescência também implica em uma impossibilidade de representação, tendo em vista que a necessidade de elaborar esses lutos obriga o sujeito a recorrer à atuação. Ocorre assim um curto circuito do pensamento, onde se observa a exclusão da capacidade de representação, dando lugar à sua expressão através do ato (Aberastury & Knobel, 1981).

Esse ponto apresenta, tanto para o adolescente como para os pais, uma impossibilidade de se encontrar uma boa distância relacional, problemática que é amplificada nas situações-limite por conta das inúmeras passagens ao ato. E tudo isso é intensificado ao lembrarmos que a crise da adolescência também pode ser vista como uma crise dos pais (Chervet, 2015). O adolescente percebe seu espaço como brutalmente invadido por seus pais, como se apenas sua presença implicasse um contato quase físico, sendo fonte de reações de rejeição e até mesmo de aversão (Jeammet & Corcos, 2005).

A questão da impossibilidade de simbolização para o adolescente e para o paciente limite diz respeito ao conceito de estrutura enquadrante, de Green (1967/1988). A estrutura enquadrante seria a “moldura” das representações do sujeito, em outras palavras, é a partir dela e de seu trabalho do negativo, ou seja, o trabalho dos mecanismos de defesa, que os limites do psiquismo vão se constituir. Para compreender melhor o que seria a estrutura enquadrante, é possível referenciar o exemplo da alucinação negativa utilizado pelo próprio Green:

Sustento que a criança tem uma alucinação negativa da mãe, que é o que fica da mãe para além de sua representação. Por que falar de estrutura enquadrante? Porque a criança, nos braços de sua mãe, introjeta um enquadramento oferecido pelo corpo da mãe, pela maneira como ela a segura etc. e é depois desse momento negativo que as representações vão poder ocupar o espaço livre criado pela alucinação negativa. (Green & Urribarri, 2020, p.139)

Assim, a estrutura enquadrante é o que o bebê conseguiu internalizar da experiência com a mãe, uma representação de onde vai sumir todo o conteúdo, restando apenas uma moldura, o espaço potencial da representação (Junqueira, 2019).

A capacidade de alucinar negativamente o objeto primário está diretamente relacionada com a própria constituição do psiquismo e de suas fronteiras. E é a partir dessa ideia que Green (1976/2017) compreende a angústia de separação dos casos-limite. Esse objeto primário que não se torna ausente (por não ser negativizado) é sentido como intrusivo, contribuindo para a vivência de sentimentos de abandono e de intrusão. Essa presença sufocante do objeto impossibilita o processo de simbolização, restando para o sujeito outras saídas como as passagens ao ato, comuns na clínica com adolescentes (Junqueira, 2019).

Essa questão também se faz presente na problemática dos lutos da adolescência. Green (1967/1988) afirma que o paciente-limite possui um objeto primário inelutável, já que é impossível fazer o trabalho de luto daquilo que nunca teve. Isso se agrava ao se pensar no trabalho de luto da adolescência, essencial para esse período. Uma impossibilidade da vivência desse luto seria uma marca dos adolescentes limite.

Falar de um objeto sentido como intrusivo não é dizer de um objeto realmente presente fisicamente, tendo em vista que a impossibilidade de alucinar negativamente a presença da mãe, essencial para o luto do objeto primário e para o estabelecimento de uma estrutura enquadrante, está geralmente associada ao complexo da mãe morta (Green, 1967/1988; Junqueira, 2019). Esse complexo diz respeito a um desinvestimento da mãe no bebê, que pode ocorrer em virtude de um evento que a deprime. Como consequência há um desinvestimento do bebê na mãe e uma identificação inconsciente com a mãe morta, culminando no que Green (1988) chama de narcisismo de morte.

Dessa forma, pode-se pensar que pacientes-limite, e incluso os adolescentes nessa categoria, como sendo filhos de pais melancólicos, em muitos casos. Isso é particularmente importante ao se pensar que o que é vivido como traumático para esses pacientes é também o que não aconteceu, ou seja, uma não resposta do objeto primário (Junqueira, 2019).

Tudo isso implica em uma impossibilidade do estabelecimento de uma boa distância psíquica. Toda essa questão se relaciona intimamente com a dupla angústia dos casos-limite, o adolescente, ao mesmo tempo que teme ser invadido e ocupado por seus pais, sente a falta e o medo de perdê-los, devido ao luto (nem sempre possível) dos objetos infantis. Essa questão diz respeito às fronteiras que o adolescente constrói simbolicamente e concretamente em relação aos pais.

Bergeret (1974/2015) fala de uma impossibilidade de uma vivência relacional triangular edípica, ao afirmar que:

A criança entrou de um só golpe, brutal, massiva e precocemente demais, em uma situação edipiana para a qual não estava, absolutamente, preparada. Não lhe será, então, possível negociar uma relação triangular e genital com seus objetos, como poderia fazê-lo um pouco mais tarde, melhor equipado, um sujeito de estatuto “pré-neurótico”. (p. 129)

A noção de bitriangulação pode ser útil para compreender a dinâmica relacional do adolescente-limite com seus pais. Green (1974/2017) conceitua enquanto uma triangulação fundada numa relação entre o sujeito e dois objetos simetricamente opostos que são apenas um, que diferem por serem bons ou maus, e pela ausência ou presença intrusiva. Consiste em uma relação triangular comportando uma distinção entre as duas figuras parentais. Contudo, ao invés de existir sentimentos ambivalentes, na realidade ocorre uma clivagem entre o bom e o mau entre as figuras parentais, um deles sendo totalmente maléfico e o outro totalmente benéfico (Green, 1974/2017).

Essa clivagem, assim como as demais tentativas de clivagens que ocorrem nos casos-limite, não constitui uma separação total, e não ocorre somente nas dimensões de objeto bom/mau, mas também no que se refere a dinâmica de presença e ausência desses objetos (Green, 1976/2017; 1990). Como consequência do traumatismo do pubertário e diante do excesso pulsional, o adolescente se encontra em uma situação em que a clivagem é uma fuga para o psiquismo. Diante disso, o sujeito se depara em uma luta para manter uma identidade interna, essencial na adolescência, mas sempre ameaçada por um objeto exterior, sempre estranho ao Eu (Green, 1976/2017).

A “zona das calmarias”, mencionada anteriormente, também é um aspecto de aproximação entre a adolescência e as problemáticas-limite, tendo em vista que, de maneira análoga, o sentimento de tédio, os episódios depressivos e de despersonalização são a expressão do vazio característico dos casos-limite. A depressão traduz o fracasso do sujeito e de seu aparelho psíquico para gerir a crise presente (Winnicott, 1961/2001; Green, 1976/2017).

O crescimento atual dos estados-limite, das patologias narcísicas e das perturbações do comportamento na adolescência refletem novas formas de expressão das organizações psíquicas, em sintonia com o comportamento dos adultos. Dessa forma, verifica-se que os modos de subjetivação contemporâneos favorecem esse tipo de sofrimento, e que em muitos aspectos, a clínica da adolescência também se trata de uma clínica dos limites.

Nessa perspectiva, pode-se pensar o adolescente como protótipo, ou modelo, do sujeito contemporâneo (Coutinho, 2006). Trata-se de uma sociedade com limites instáveis e cada vez mais frágeis, violenta e com um Ideal de Eu avassalador, similar à vivência adolescente. Outro ponto de vista importante de ser pensado é relacionado à própria forma de se pensar os casos-limite, talvez o modelo de relações primárias do bebê e falhas ambientais primitivas não seja capaz de explicar tudo acerca desse modo de funcionamento, e a aproximação com a fase de adolescência possa permitir novas compreensões sobre esse tipo de paciente.

Nesse sentido, é importante ressaltar que existem para além de uma proximidade com os limites na adolescência, adolescentes que apresentam um modo de funcionamento limítrofe, em que as problemáticas apresentadas se apresentam ainda mais intensificadas, exigindo uma outra postura do analista e até mesmo um pensamento diferente sobre a clínica.

1.6 Adolescentes-limites e a clínica dos extremos

Após essa aproximação de estados-limites com a adolescência, chega-se à conclusão de que a adolescência, mesmo a tida como “normal” ou saudável, pode colocar o sujeito “nos limites”, fragilizando os limites intrapsíquicos e intersubjetivos. Contudo, há alguns adolescentes em que essas problemáticas limites se encontram acentuadas, saindo do que seria esperado de uma adolescência saudável. Essa adolescência-limite é marcada pela vivência de situações tidas como extremas, que consistem em situações “em que a possibilidade de se ‘sentir sujeito’, de continuar e manter o sentimento de sua identidade e de uma identidade inscrita no seio de uma condição humana é levada ao limite ou mesmo ao impensável” (Amparo, Morais & Alves, 2020, p. 15).

Essas situações extremas (Estellon & Marty, 2012; Amparo, Morais & Alves, 2020; Cardoso e Amparo, 2021) da adolescência se apresentam de diferentes formas, como: a escarificação e comportamentos autolesivos, em que a questão do corpo e do envelope corporal ocupam um papel de destaque; episódios de hétero-agressividade, em que a destruição não se volta para o eu, mas para um objeto externo; transtornos alimentares, como a anorexia e bulimia; e a questão do suicídio, onde a violência é voltada para o sujeito e o próprio Eu. Essas problemáticas estão presentes na adolescência e foram trabalhadas por alguns autores, como o próprio Winnicott (1967/1999), além de Alberti (2009), Roussillon (2019) e Jeammet (1992; 2000).

A clínica da adolescência-limite se caracteriza pela interrogação do sujeito em relação aos seus diversos limites: o do corpo, o da identidade e das relações objetais. É uma clínica dos extremos, marcada pela intensidade do sofrimento do sujeito, que recorre ao ato diante da

impossibilidade de representação, e pelo manejo clínico do traumatismo (Amparo, Morais & Alves, 2020).

Nessa clínica, presencia-se um predomínio da pulsão de morte e seus efeitos destrutivos. Um desses efeitos trata-se da passagem ao ato, que consiste em um ato onde o sujeito se defende de forma autodestrutiva, desinvestindo seu próprio funcionamento, em outras palavras, uma expressão do narcisismo de morte (Green & Urribarri, 2020).

A complexidade do tornar-se adolescente, justificada pela incerteza do momento da puberdade e suas mudanças físicas e psíquicas, podem levar o sujeito ao seu limite. Isso se intensifica nas situações citadas acima, que questionam a técnica analítica e levam tanto o terapeuta quanto o enquadre ao extremo. Tais aspectos fazem com que a clínica da adolescência, mais especificamente nas situações-limite, tenha algumas especificidades em comparação ao atendimento psicanalítico clássico, que serão abordadas no capítulo a seguir.

Capítulo 2

O enquadre-dispositivo na clínica da adolescência nos limites

A clínica psicanalítica da adolescência possui alguns fatores que a diferenciam da clínica com adultos. O texto de Freud (1920/2011) *A psicogênese de um caso de homossexualidade feminina*, apesar de não ter sido o primeiro e nem o único caso de adolescente tratado por Freud, pode ser tomado como ponto inicial para se pensar sobre a clínica psicanalítica de adolescentes e suas especificidades (Coutinho, 2006). Nesse texto, Freud (1920/2011) aborda um caso de uma jovem, cuja atração sexual em relação a uma mulher mais velha incomodava seus pais. A procura de tratamento psicanalítico ocorre alguns meses após uma tentativa de suicídio por parte da jovem, que se atirou em uma linha de trem no momento em que seu pai a viu acompanhada da mulher mais velha.

O tratamento ocorreu com algumas dificuldades, como a passagem ao ato, representada pela tentativa de suicídio e o *acting out*, representado pelo relacionamento com a mulher, apesar da posição contrária dos pais. Também houve a dificuldade de manejar a forte transferência negativa da jovem, além da problemática relativa à entrada em análise e das múltiplas demandas e transferências presentes. Esses impasses e dificuldades no tratamento resultaram em uma desistência por parte de Freud e um encaminhamento para uma outra psicanalista, o que possibilita uma reflexão acerca de como a adolescência e suas transformações também transformam a situação analítica, dotando-a de algumas especificidades e dificuldades (Coutinho, 2006; Freud, 1920/2011).

O fator da demanda relaciona-se com o aspecto que, usualmente, a busca por atendimento não parte do adolescente. Muitas vezes ele é levado à análise a partir de uma demanda de um terceiro, como os pais ou a escola. Dessa forma, cabe ao analista desidentificar a demanda

indireta desse terceiro da demanda do adolescente, no sentido de interrogar o sujeito acerca do que o leva à análise e se há o desejo de estar na situação analítica (Coutinho, 2006). Uma possibilidade também é a construção conjunta dessa demanda pela dupla analítica.

O trabalho com as múltiplas transferências é um fator importante na clínica da adolescência, tendo em vista que diferentes transferências estão em jogo: a transferência do adolescente com o analista, a transferência dos pais com o analista e a contratransferência do analista com os pais e com o paciente. Isso ocorre a partir do fato de que o trabalho não é realizado somente com o adolescente, os pais (ou responsáveis, que acabam por ocupar um lugar parental) também ocupam um lugar na análise, seja levando o adolescente à sessão, pagando os honorários, ou até mesmo participando de eventuais consultas, mas é preciso ressaltar que se trata de um espaço em que o adolescente é o protagonista (Brito & Neto, 2018; Coutinho, 2006).

Nesse sentido, o analista deve levar em consideração o lugar que ocupa nas transferências que decorrem da análise com adolescentes, é importante que ele evite uma aliança excessiva com os pais, sob o risco de impossibilitar o vínculo com o adolescente (Brito & Neto, 2018; Coutinho, 2006).

O outro fator apontado por Coutinho (2006) trata da problemática da passagem ao ato e do *acting out*. São aspectos presentes também na clínica com adultos, mas constitui um fenômeno característico da contemporaneidade, principalmente se considerarmos que o agir e a atuação na adolescência acabam por ocupar o lugar do rito de passagem dessa fase, além de constituírem fugas diante da incapacidade do psiquismo de lidar com os excessos da adolescência. Tendo esse aspecto em perspectiva, a análise teria o objetivo de acompanhar o sujeito no trabalho de inscrição do agir no campo da linguagem, a partir do processo de simbolização (Coutinho, 2006; Roussillon, 2019).

O encontro com as situações limites da clínica da adolescência mobiliza tanto paciente quanto analista, acaba por exigir modificações da postura clínica, e um remanejamento do enquadre analítico. Assim, cabe ao analista sobreviver aos eventuais ataques ao vínculo terapêutico e adaptar o dispositivo clínico às necessidades e possibilidades do sujeito (Roussillon, 2019). Para compreender a clínica psicanalítica da adolescência e seus limites, é necessário retomar um pouco o progresso e variações da própria técnica psicanalítica.

2.1 A técnica analítica e o enquadre clássico

O trabalho de Freud e Breuer é o que origina a técnica psicanalítica, a partir da clínica da histeria e do método catártico (Freud, 1904/1996). Nesse período inicial, o foco se dava sobre o momento da formação dos sintomas, e havia o esforço conseqüente em deixar reproduzir os processos psíquicos deste momento. Contudo, após a renúncia do método hipnótico, o foco passou a ser a tarefa de inferir, a partir da associação livre do analisando, aquilo que ele não conseguia lembrar (Freud, 1914/2010). Assim surgiu a técnica psicanalítica clássica, cujos objetivos consistem em preencher as lacunas e a superação das resistências (Freud, 1914/2010).

Apesar das mudanças ocorridas tanto na teoria quanto na prática psicanalítica, é inegável afirmar que a técnica psicanalítica surgiu a partir do modelo da neurose. Ou seja, os principais conceitos que fundamentam a prática da psicanálise e conseqüentemente o enquadre analítico, como a associação livre e atenção flutuante, são conceitos que foram pensados a partir do modelo da neurose.

A prática psicanalítica se constitui na aplicação prática do que Freud aborda no capítulo VII de *A Interpretação dos Sonhos* (1900/1969). Apesar de não conceituar dessa maneira, Freud cria o enquadre analítico com base no modelo do sonho a partir da consideração dos polos

perceptivo e motor no processo de simbolização do sujeito (Urribarri & Berliner, 2012). A posição do sujeito deitado no divã, com sua percepção limitada e mobilidade suspensa, esboçam uma situação análoga à do sonho, cuja função é aproximar a associação livre do processo primário.

Dessa forma, pode-se afirmar que quando Freud inventou a situação analítica, ele o fez para favorecer a associação livre, para possibilitar que o funcionamento psíquico se aproximasse o máximo possível dos processos oníricos. Em suma, um funcionamento que pudesse se libertar, ao menos parcialmente, do peso das defesas, sendo o recalque o modelo de mecanismo de defesa para a neurose.

A situação psicanalítica é definida enquanto “a totalidade dos fenômenos incluídos na relação terapêutica entre o analista e o paciente” (Bleger, 1967/2002, p. 274), discriminando uma parte constante, o enquadre, e a parte variável, os conteúdos, as significações, as interpretações. Assim, o enquadre é “o conjunto das condições de possibilidade requeridas para o exercício da psicanálise” (Green, 2008, p. 53). Bleger (1967/2002) propõe que o enquadre é um não processo que torna o processo psíquico observável, incluindo a função do analista, os fatores espaço-temporais e diversas estipulações técnicas (Mayer, 2004).

O enquadre é constituído por dois fatores, um deles sendo o escrínio, ou o estojo, referente às condições materiais e formais, como o número, a duração e a frequência das sessões, o mobiliário do consultório, etc. O outro fator é a matriz ativa, formada pelo par dialógico que caracteriza o funcionamento fundamental do trabalho analítico, a associação livre do paciente e a atenção e escuta flutuantes do analista, sendo a “jóia” protegida pelo estojo (Green, 1990; 2008; Green & Urribarri, 2020).

Partindo dessas concepções, pode-se pensar a técnica psicanalítica como sendo a interação da matriz dialógica do enquadre. O analista ocuparia o lugar de guardião do enquadre, cuja função é tentar proteger o enquadre e sua "jóia" de eventuais transgressões e até ataques por parte do analisando, visando manter o enquadre invariável (Bleger, 1967/2002; Green, 2008).

Contudo, a neurose não é a única estrutura com que o analista irá se deparar e terá de lidar. A clínica com os pacientes não neuróticos, como é o caso dos pacientes limítrofes que foram descritos no capítulo anterior, exige outro modelo de enquadre que permita pensar o (ir)representável, abordar as falhas de estruturação e funcionamento. Assim, Green diferencia um “modelo do ato” para dar conta do funcionamento dos casos limite ao invés de um modelo do sonho (Green e Urribarri, 2020).

Temos assim dois modelos clínicos, em que o primeiro tem como eixo o sonho como paradigma central do inconsciente e é formado pela dupla sonho/relato do sonho. Nesse sentido, o sonho (representação de coisa) é transformado em relato (representação de palavra), fazendo com que o sentido circule de um nível ao outro da representação. O modelo do sonho enquadra-se na consciência e na representação, possuindo a primeira tópica freudiana como embasamento. Contudo, os fracassos da clínica revelam a sua insuficiência, tendo em vista que o trabalho da pulsão de morte visa destruir o trabalho de representação e simbolização (Green & Urribarri, 2020).

O modelo do ato surge nesse contexto de falência de representação e do paradigma do sonho, tratando-se de um modelo embasado na segunda tópica freudiana e no segundo dualismo pulsional. A introdução da pulsão de morte faz com que surja o problema daquilo que é irrepresentável, o que ultrapassa toda forma de representação e que, ao mesmo tempo, ataca o próprio processo de representação (Green & Urribarri, 2020).

É no paradigma do sonho que ambas as partes do enquadre analítico se integram melhor. Assim, o modelo do ato e as variações subsequentes do enquadre visam criar as condições de possibilidade para o trabalho de representação, para o funcionamento da matriz dialógica (Green, 2000; Roussillon, 2019; Urribarri & Berliner, 2012).

O ato ao qual o modelo do ato se refere trata-se de um ato dessimbolizante, um ato em que o sujeito se defende de forma autodestrutiva, desinvestindo seu próprio funcionamento. Em outras palavras, ele desobjetaliza, sendo incapaz de realizar investimentos objetivos, incluindo o próprio Eu, trata-se de uma expressão do narcisismo de morte (Green, 1988).

Dessa forma, o enquadre clássico não é suportado por esses pacientes, pelo fato de que, para eles, a situação analítica é traumática. Trata-se do que Green denomina de síndrome de desertificação mental, o paciente se encontra numa espécie de deserto anobjetal, em que a sensação é de que não há ninguém (Green & Urribarri, 2020).

Para que o processo analítico consiga se desenvolver, é preciso que o analista introduza mudanças importantes no enquadre, tanto no que se refere ao estojo (como, por exemplo, na mudança da posição física para uma disposição face a face), como na matriz ativa (adaptando o diálogo a situação clínica, como é o caso da “conversação psicanalítica”) (Green & Urribarri, 2020; Roussillon, 2005).

Nesse tipo de adaptação do diálogo analítico, a interpretação adquire o status de um processo dialógico ao invés de um ato unilateral por parte do analista. Mais importante do que achar a interpretação precisa ou “tudo interpretar”, é importante que primeiramente o analista vise sustentar a relação e manter o ambiente, ao mesmo tempo em que mantém a função interpretativa (Roussillon, 2005).

2.2 Elasticidade da técnica e variações do enquadre analítico

O enquadre analítico é um tema de discussão que remonta ao início da psicanálise. Ferenczi, ao se deparar com dificuldades relativas à sua prática clínica, elaborou o conceito de elasticidade da técnica psicanalítica (Ferenczi, 1928/2011). Ele afirma que “é necessário, como uma tira elástica, ceder às tendências do paciente, mas sem abandonar a tração na direção de suas próprias opiniões, enquanto a falta de consistência de uma ou outra dessas posições não estiver plenamente provada” (Ferenczi, 1928/2011, p. 37).

As contribuições de Ferenczi para o entendimento do enquadre analítico são anteriores ao seu estabelecimento conceitual em psicanálise. Ao falar da importância do tato psicológico, que seria a capacidade do analista de “sentir com”, Ferenczi demonstra a importância de o analista apresentar não somente uma capacidade empática, mas sim toda uma expressão de vitalidade para o analisando (Ferenczi, 1928/2011).

Outro aspecto tratado por Ferenczi (1928/2011) é a questão de o analista sustentar o papel de João-bobo ou João-teimoso. Esse papel é correspondente ao de um brinquedo de mesmo nome, que consiste em um boneco que possui uma base sólida e um corpo de caráter mais “leve”, que permite que o boneco aguente impactos e mova o seu corpo, mas a sua base se mantém no lugar. Ou seja, o analista deve ser capaz de sustentar diversos ataques e transgressões à situação analítica, mas sem “sair de sua base”, assim como o João-bobo. E acima de tudo, o analista deve ser capaz de sobreviver.

A elasticidade da técnica deve ser entendida para se referir à elasticidade da situação analítica, e conseqüentemente, do enquadre analítico (Figueiredo, 2014). Assim, a elasticidade da técnica não está relacionada apenas ao trabalho com pacientes que requerem mudanças de

enquadre, mas estende-se por todo o campo da psicanálise, com as variantes que a situação analítica implica (Brito & Naffah Neto, 2018).

De maneira similar à questão da elasticidade da técnica, Green e Urribarri afirmam que “com as estruturas não neuróticas é preciso parar de ser freudiano de uma maneira freudiana” (2020, p. 75). Em outras palavras, existe uma base para a prática psicanalítica. Dessa forma, o enquadre muda e deve mudar, mas o método não. Diante de transgressões ao enquadre, cabe ao analista sustentá-lo, afinal, é seu dever enquanto guardião (Green, 2008). A análise impõe condições, que são condições de possibilidade de exercício e de interpretação (Andre, 2004). Ou seja, falar de enquadre é falar de limites da análise.

É justamente pelo enquadre ser definido como limite que é possível avaliar as relações que se passam entre o “dentro” e o “fora” do processo analítico. O interesse desse limite da análise, o interesse de todo limite, é não somente delimitar dois espaços, mas, sobretudo ver quais serão as passagens, as transgressões que poderão ocorrer de um espaço para outro, e nos dois sentidos. Afinal, como afirma Green (1990), sempre em que se divide um espaço em dois, cria-se um terceiro espaço na junção dos dois. Este terceiro espaço é uma formação de compromisso resultante da divisão.

O enquadre clássico é colocado nos limites na medida em que é o próprio funcionamento psíquico do paciente que se encontra em xeque. Para que ocorra um processo analítico é necessário muitas vezes modificar o enquadre: tanto em relação ao “estojo” quanto em relação à “jóia” e à “matriz dinâmica”: a postura do analista deve se adaptar à situação, deve mudar o investimento e a escuta da comunicação verbal e não verbal, as intervenções não interpretativas adquirem outra relevância. E o analista deve estar disposto a se deixar afetar com especial

intensidade e se mostrar vivo, diante de tanta pulsão de morte em jogo (Urribarri & Berliner, 2012).

2.3 A noção de dispositivo clínico e o papel da representação

A partir do exposto até então, faz-se importante evocar aqui o conceito de dispositivo clínico, utilizado por Roussillon (2019) em seu livro *Manual da Prática Clínica em Psicologia Clínica e Psicopatologia*. O autor propõe uma teoria do dispositivo clínico, ou seja, uma teoria que abarque as diferentes formas que a clínica se apresenta ao analista. Da mesma maneira que Freud elaborou uma metapsicologia, há uma elaboração de uma meta-teoria da prática clínica.

A elaboração dessa meta-teoria ressalta, dentre outras coisas, a importância de uma disposição de espírito clínica por parte do analista. Roussillon (2019) afirma que a ideia de dispositivo é análoga ao conceito de enquadre abordado por Green. Entretanto, não são conceitos totalmente correlatos, tendo em vista que, para Roussillon, há um enfoque no trabalho de simbolização dentro da teoria do dispositivo clínico. Enfoque este que não é abordado da mesma maneira por Green.

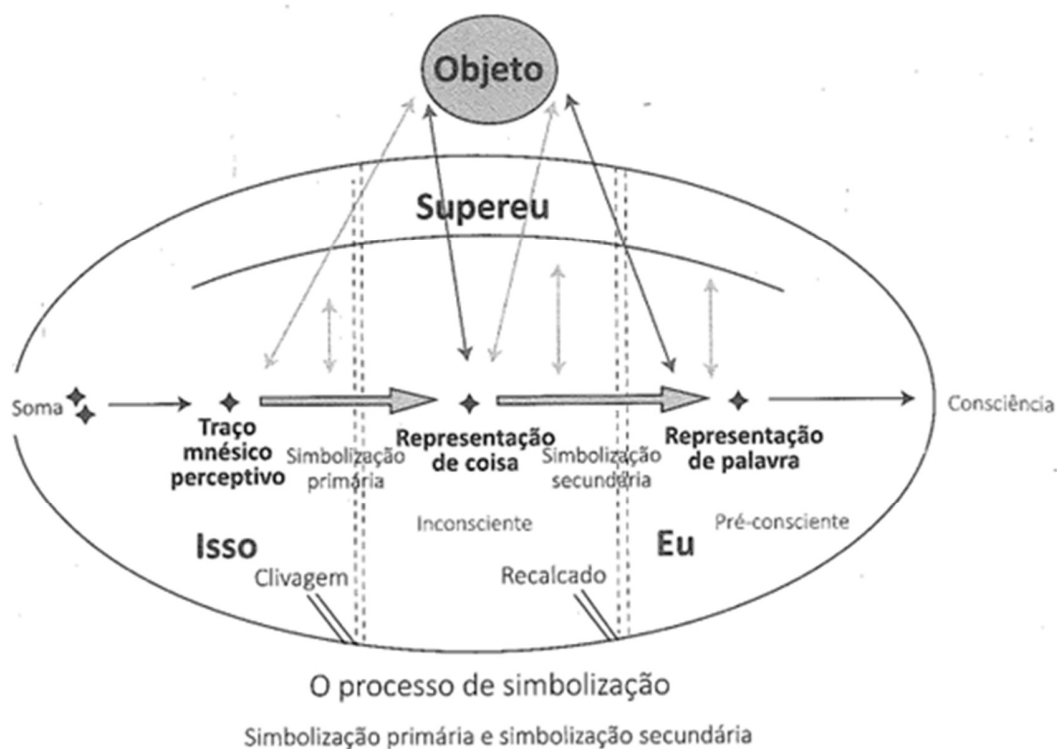
O trabalho de simbolização consiste no trabalho psíquico realizado naquilo que Freud (1900/1969) denominou de “matéria-prima psíquica”, que seria o traço mnêmico perceptivo. Trata-se de um trabalho de metabolização da experiência subjetiva, que vai permitir uma apropriação subjetiva daquilo que o sujeito vivencia. O sofrimento que aparece para o sujeito, em muitos casos, trata-se assim de um sofrimento de simbolização, de uma experiência que ainda não foi simbolizada e não encontra caminhos para tal (Roussillon, 2019).

Freud (1896/2017) propõe três tipos de inscrições da experiência psíquica: uma primeira inscrição que seria o traço mnêmico perceptivo; uma inscrição inconsciente (representação de

coisa); e uma inscrição pré-consciente, que representa a inscrição como representação de palavra e como linguagem verbal.

A partir desses três tipos de inscrição, Roussillon fala de dois níveis do trabalho de simbolização: um nível primário, que tem como referência o trabalho do sonho, que consiste nos processos pelos quais o traço mnêmico perceptivo é transformado em representação de coisa; e um nível secundário, implicado na tradução do sonho sonhado no relato do sonho, em outras palavras, o processo pelo qual a representação-coisa é transformada em representação de palavra, ou seja, é traduzida pelo aparelho de linguagem verbal (Roussillon, 2019). Tal processo, tanto da simbolização primária quanto da simbolização secundária são ilustrados na Figura 1.

Figura 1: Esquema de simbolização proposto por Roussillon (2019).



Fonte: Roussillon (2019). Manual da prática clínica em psicologia e psicopatologia. São Paulo: Blucher. p. 196

De uma maneira geral, a figura ilustra como se dão os processos de simbolização primária e secundária, em que o primeiro consiste na transformação do traço mnésico perceptivo em representação de coisa, de caráter inconsciente. Enquanto a simbolização secundária diz respeito à passagem da representação de coisa para a representação de palavra, rumo à consciência. O dispositivo clínico contém uma teoria da simbolização materializada, que acaba por embasar a sua utilização. Na clínica psicanalítica, o uso do dispositivo “divã/poltrona” indica que, no encontro da dupla, simboliza-se ao falar, junto de uma restrição da motricidade e da percepção. O dispositivo “diz” tudo isso pela sua própria estrutura e pelo seu método (Roussillon, 2019). Isso é o enquadre a partir do modelo do sonho, de acordo com Green e Urribarri (2020).

O método que fundamenta o dispositivo clínico é o da escuta flutuante da associatividade do funcionamento psíquico do sujeito, que se exprime pela regra da associação livre, estando presente, mesmo que implicitamente, em todos os dispositivos clínicos. Em outras palavras, trata-se da interação da matriz dialógica do enquadre analítico.

De uma maneira geral, a necessidade de se pensar em uma meta-teoria da prática clínica e dos dispositivos surge a partir de situações clínicas em que o enquadre clássico, é levado aos seus limites, como é o caso da adolescência, particularmente nas situações limites.

Pensando em eventuais arranjos do enquadre, Roussillon (2019) aborda outras modalidades de dispositivos e suas implicações. Ele afirma que em dispositivos “face-a-face”, a simbolização ocorre a partir do apoio na presença do espelho visual do analista e a partir de uma comunicação não verbal, tanto com aspectos visuais ou da linguagem mimo-gesto-postural (Roussillon, 2005; 2019). No caso de dispositivos “lado a lado”, presencia-se uma postura de apoio, em que o analista e analisando caminham na mesma direção, tratando-se de uma postura

que não apresenta as mesmas ameaças de intrusão potencial que o “face a face” (Roussillon, 2019).

Visando uma partilha do afeto entre a dupla analítica, verifica-se que pacientes limítrofes e adolescentes acabam por se adaptar melhor a dispositivos que adotam essa postura “lado a lado”, tendo em vista que não apresenta as ameaças de ausência/perda de objeto do enquadre clássico, provocadas pela remoção do analista do campo visual do analisando, e nem as de intrusão, presentes em uma disposição “face a face” (Roussillon, 2019).

Um enquadre analítico “lado a lado”, por se tratar de uma mudança na técnica analítica, implica que o analista seja capaz de sustentar os atendimentos a partir do enquadre que ele internalizou em sua disposição clínica. Isso se faz mais presente quando se trata de clínica com adolescentes, por demandar um apoio, disposição e expressão de vitalidade que somente a postura de andar juntos em uma mesma direção consegue dar conta.

2.4 A psicoterapia psicanalítica com adolescentes nos limites

2.4.1 O enquadre com os adolescentes nos limites

A experiência clínica mostra como o enquadre clássico é mal suportado pelos adolescentes limítrofes. Diante da necessidade de uma variação do enquadre, é preciso levar em consideração a importância da presença do analista enquanto expressão de pulsão de vida, em contraponto à destrutividade e desligamento apresentado pelas problemáticas limítrofes da adolescência. Essa questão implica em considerar questões contratransferenciais, em função da intensidade dos afetos despertados no pubertário (Gutton, 1993) que tem ressonâncias na situação clínica.

Uma expressão de como os adolescentes não costumam sustentar o enquadre clássico faz-se presente no fato de que eles costumam se adaptar melhor a um enquadramento face-a-face ou lado a lado em comparação ao divã. Isso assinala a dificuldade do trabalho de simbolização com esses pacientes, que a posição clássica, de ausência do analista no campo visual, busca promover. Quando o trabalho de representação do paciente se encontra impossibilitado, é preciso que o próprio analista, apoiado em seu enquadre interno, represente, elabore e imagine. E acima de tudo, sobreviva.

O encontro com as situações limites da clínica da adolescência mobiliza a dupla analítica, o que acaba por exigir modificações da postura clínica, e um remanejamento do enquadre psicoterápico. Em suma, cabe ao analista, enquanto guardião do enquadre, tolerar eventuais ataques e adaptar o enquadre de acordo com a capacidade de simbolização do paciente e de sua capacidade de sustentação e sobrevivência diante desse encontro (Green, 1990).

A manifestação de longos períodos de silêncio é recorrente no atendimento de adolescentes, principalmente diante de sentimentos de frustração e mágoa, o que denota uma dificuldade de simbolização e de representação verbal do sofrimento (Amparo, Morais & Alves, 2020; Santos, Santos & Oliveira, 2008). O silêncio e a dificuldade de simbolização são aspectos relacionados à tendência própria dos adolescentes de deslocar elementos psíquicos para o concreto, para o real, exigindo respostas imediatas do analista (Santos, Santos & Oliveira, 2008).

Essa dificuldade de simbolização também é abordada por Fernandes (2019): “Quando há uma falha na simbolização, a analista empresta sua competência ao vínculo, constrói uma narrativa nomeando o significado da experiência emocional vivida com o paciente que a desconhece” (p. 107). Na medida em que a capacidade de simbolizar implica na capacidade de criar e vincular objetos que sejam capazes de sobreviver ao uso por parte do sujeito, percebe-se

que a incapacidade de simbolização se relaciona com a função desobjetalizante, expressão da pulsão de morte. Se o objeto não sobrevive, não há simbolização (Green, 1988; Green & Urribarri, 2020).

Como dito anteriormente, há uma cumplicidade entre paciente e analista, tendo em vista que se trata de um trabalho conjunto. Contudo, diante das múltiplas facetas do enquadre, é possível pensar que na psicoterapia psicanalítica de adolescentes-limites essa cumplicidade ocupa um papel mais importante, em que ambos devem sustentar a construção desse enquadre a partir do que é possível para a dupla.

A complexidade da clínica da adolescência nos limites evoca uma necessidade de abarcar outras estratégias terapêuticas no manejo do tratamento, o que implica em um alargamento do enquadre analítico, em comparação com o enquadre clássico, e a necessidade de variações e modificações do enquadre e do dispositivo a partir da capacidade de simbolização do sujeito em análise.

Na maior parte dos casos, os adolescentes são levados para a análise pelos pais. Assim, o analista não recebe somente o paciente, mas toda uma família e a sua dinâmica envolvida na demanda (Brito & Neto, 2018). Logo, é preciso ouvir os pais e dar um espaço para eles no tratamento do adolescente. Coutinho (2006) aponta o trabalho do analista de desidentificar a demanda indireta da família da demanda do sujeito, no sentido de interrogar o adolescente acerca do que o leva à análise e o lugar de seus pais nisso tudo.

A adolescência é um período no qual costuma haver um distanciamento entre pais e filhos, sendo importante que os pais sintam que possuem um espaço no tratamento do adolescente. Contudo, faz-se necessário que esse espaço não constitua uma intrusão no espaço do adolescente, ou seja, é preciso resguardar o sigilo e o espaço próprio e íntimo do adolescente. Em

casos como esses, há um manejo delicado do enquadre, em que o analista ocupa um lugar de mediador da relação (Brito & Neto, 2018; Coutinho, 2006).

O enquadre, com a família ou com um dos pais passa a ser um ambiente facilitador do atendimento clínico no trabalho sobre a problemática da dependência na adolescência, além de funcionar como faceta importante do atendimento plurifocal, tema do próximo item deste capítulo (Jeammet, 1992; Jeammet & Corcos, 2005). Em alguns casos, a oferta desse espaço pode conter as angústias dos pais, favorecendo a continência dos filhos. As consultas terapêuticas com os pais são importantes para marcar a implicação deles na análise e na vida do adolescente restituindo-lhes um lugar (Coutinho, 2006; Winnicott, 1971/2023).

A problemática relativa aos pais remonta a uma questão dos limites do adolescente, mais especificamente as suas fronteiras entre o eu e o outro. Limites esses que são abordados por Amparo, Morais e Alves (2020) quando as autoras afirmam que a introdução de um espaço psíquico, um limite psíquico, corporal e da identidade do adolescente coloca em questão o lugar narcísico dos pais, sobretudo das mães, ancoragem das primeiras diferenciações de relações primárias de objeto.

2.4.2 O enquadre interno e a sobrevivência do analista em situações extremas

Como afirmado anteriormente, o trabalho de simbolização é fundamental para o funcionamento do enquadre clássico, a partir da interação entre a associação livre do analisando e a escuta/atenção flutuantes do analista. Contudo, o que ocorre quando a associação livre não é possível para o paciente, como é o caso da clínica com adolescentes nos limites? A resposta para essa pergunta se encontra na possibilidade de simbolização e de elaboração que exigirá um trabalho suplementar do analista, o que Green (1990) chamou de enquadre interno.

O enquadre interno é resultante da interação de dois fatores. O primeiro é a análise do analista, ou seja, o analista viveu a experiência de um enquadre “externo” realizado, efetivo, com seu próprio analista. O segundo fator é o acúmulo de experiências clínicas enquanto analista, com os mais diferentes tipos de pacientes. É a partir da interação desses fatores que ocorre uma interiorização do enquadre analítico. Pode-se dizer que a escuta analítica é em si mesma uma metaforização do enquadre. Por isso é que enquanto a escuta analítica é preservada, algo que a liga ao enquadre também se vê preservado, mesmo que os outros elementos do enquadre não estejam presentes (Green, 1990; Green e Urribarri, 2020).

Franco e Kupermann (2020), ao falarem sobre o enquadre interno do analista, abordam a interiorização enquanto elemento crucial não somente para os casos que desafiam o enquadre, como os casos-limite e a adolescência nos limites, mas sim para toda clínica psicanalítica. Nesse sentido, a formação visa promover um enquadre interno, ou seja, o tripé analítico promove justamente a consolidação do enquadre interno.

Para esses autores, o enquadre interno se encarna como um espaço do próprio pensamento psicanalítico. Em outras palavras, o sujeito não interioriza somente o enquadre “externo” e aspectos da teoria e técnica psicanalítica, mas diversos elementos imaginários e afetivos que se dão a partir da vivência de momentos da própria análise pessoal, supervisão, estudo e prática clínica. É essa interiorização, complexa e de vários elementos, que oferece ao analista as condições de trabalho psicanalítico e de subsequentes variações que ele terá de fazer (Franco & Kupermann, 2020).

Percebe-se assim, a dimensão afetiva da relação do sujeito com a psicanálise ao longo de sua formação e prática. É justamente essa dimensão que permite uma diferenciação da interiorização do enquadre de uma mera mentalização do enquadre, que consistiria numa

repetição, ou imitação, do enquadre que foi mentalizado a partir das experiências do analista (Franco & Kupermann, 2020).

Em suma, em muitos casos a clínica psicanalítica será possível por conta da interiorização do enquadre por parte do analista. Ele porta consigo o enquadre, encarna o enquadre, e sustenta o processo psicanalítico ainda que este não esteja inscrito nos parâmetros formais de um tratamento psicanalítico clássico. Dessa forma, o enquadre interno consiste no próprio analista em sua função de guardião do tratamento do paciente (Coelho Junior, 2013; Green, 2008).

O enquadre interno caracteriza uma articulação entre o intrapsíquico e o intersubjetivo, dessa forma, a estrutura enquadrante do analista funciona como suporte do enquadre interno. É a partir da estrutura enquadrante que a singularidade do analista vai surgir e as suas representações encontrarão espaço. Tais aspectos sustentarão o enquadramento interno do analista, possibilitando as variações do enquadre analítico.

A questão da destrutividade, mencionada anteriormente, é importante na compreensão do enquadre interno do analista. Isso diz respeito ao fato de que o paciente precisa atacar o analista (e o enquadre) com o objetivo de expressar e experimentar sua própria destrutividade, mas também a capacidade de sobrevivência do objeto, que nesse caso é o analista. Para o analista ser capaz de sobreviver a esses ataques, ele precisa continuar a investir na relação analítica e, ao mesmo tempo, continuar a pensar (Green & Urribarri, 2020).

Com estruturas não neuróticas, e a partir do apresentado até aqui, com adolescentes nos limites, o enquadre interno do analista é imprescindível para possibilitar a constituição de um diálogo e um espaço potencial para passar da repetição mortífera para a representação, dando lugar a um processo de transformação e estruturação subjetiva. O conceito de meio maleável permite algumas considerações acerca disso.

2.5 Meio maleável e o modelo do jogo

O conceito de meio maleável foi criado por Milner (1952), recuperado e expandido por Roussillon (2019). Milner realizou análise de crianças e adolescentes com uma abertura e atenção significativas para além do campo da linguagem verbal. Para ela, a simbolização tem uma função criadora, e o brincar e o desenhar seriam meios possíveis que o sujeito encontra para reviver os percalços de suas experiências emocionais primitivas, desde que o analista se permita receber e conduzir essa vivência com o analisando, e desde que o enquadre analítico seja capaz de suportá-la.

Em *O papel da ilusão na formação de símbolos*, Milner (1952) introduz o conceito de meio maleável a partir da sua experiência com crianças e na intersecção com a arte. Nesse trabalho, Milner aborda a questão do corpo e sensorialidade no trabalho com a ilusão e simbolização.

Milner (1952) reconhece a importância do enquadre analítico, que possui função análoga à desempenhada pela moldura de uma pintura, e delimita as fronteiras e os limites dentro-fora. Milner pensa o enquadre e a função do analista enquanto meios que demarcam e que possibilitam um uso da análise adequado às necessidades do sujeito. Trata-se de meios que possam ser moldados e manipulados pelo sujeito, em um movimento dialético.

A partir do momento em que o analisando dispõe de meios para poder se expressar, enquanto o analista adota uma postura maleável, adaptando-se à situação analítica, é possível que ele encontre um pedaço do mundo externo (inclusive o próprio analista) que possa ser tratado como um pedaço de si mesmo, constituindo uma ponte entre o interno e o externo (Milner, 1952).

Assim, em suma, o meio maleável corresponderia a uma série de condições reunidas pelo analista e pelo enquadre (sustentado pelo analista, seu guardião), que permitiriam ao analisando utilizar de seu tratamento da forma que ele necessita. Assim, o meio não poderia ser nem rígido demais, nem excessivamente permissivo, pois, ao não dar contorno ao traumático, não seria possível simbolizá-lo. Ou seja, ele constituiria a base para o trabalho de simbolização.

Roussillon (2019) retoma o conceito de meio maleável de Milner, ao desenvolver sua teoria do dispositivo clínico. O autor ressalta que o clínico deve fornecer ao sujeito a resposta que deveria ter sido a dos seus objetos de referência histórica. Há uma dialética estreita a estabelecer entre o que (não) se produziu historicamente na relação do sujeito com seu entorno. Ou seja, cabe ao analista compreender as necessidades que possibilitarão a simbolização do sujeito, e atende-las a partir do manejo clínico e do enquadre

A partir disso, o analista pode exercer uma função simbolizante, apoiando o processo de simbolização do sujeito, constituindo um entorno “Meio Maleável”. Dessa forma, o meio maleável deve apoiar o processo de simbolização a partir de suas funções de para-excitação e diferenciação. Cabe ao meio maleável conter os excessos e a destrutividade, ao mesmo passo em que, através da função reflexiva, permite que eles sejam devolvidos ao sujeito de uma forma elaborada e passível de representação (Roussillon. 2019).

Existem algumas características e propriedades para que o outro-objeto (incluindo o analista) possam se apresentar enquanto meio maleável. Roussillon (2019) aborda que ele deve estar suficientemente disponível; ele deve ser alcançável e apreensível; previsível, posto que suficientemente constante, mas transformável e adaptável - isto é, o sujeito deve poder sentir que pode exercer sobre ele uma ação, mas que ela obedecerá a determinadas leis. Ele deve ser suficientemente sensível e receptivo para que o sujeito

possa vislumbrar transmitir a ele um quinhão da sua própria vivência, mas suficientemente não destrutível nem demasiado confuso para que se comunique e se o transmita; suficientemente sensível e paciente, também, para que o sujeito sinta que é o seu próprio tempo, o seu próprio “passo” que está no centro, e não o do objeto (p. 232).

Como modelo de representação do meio maleável, Roussillon utiliza a ideia de uma massa de modelar, em virtude de suas características: ela pode ser moldada pelo sujeito, sendo flexível e consistente ao mesmo tempo, o que a permite manter a sua essência. Ele também fala das características do enquadre-dispositivo como meio maleável, pela sua função de paraexcitação, função reflexiva e discriminadora. Além do analista como meio maleável por sua capacidade de não retaliação, de não se retrair e, possivelmente o aspecto mais importante, de estar vivo (Roussillon, 2019).

Na clínica dos extremos da adolescência, é fundamental que o analista funcione como um meio maleável. Assim como no exemplo da massa de modelar, o paciente deve sentir que pode imprimir no enquadre analítico a sua forma de ser, modificando-o e depositando nele a sua agressividade, permitindo que o outro também intervenha.

Nessa perspectiva, pode-se pensar em um modelo do jogo para o enquadre analítico. O jogo é a primeira atividade de simbolização de uma criança, é a partir dele, assim como um meio maleável, que a criança consegue criar uma representação simbólica de sua experiência e se apropriar subjetivamente dela (Roussillon, 2019).

Essa noção implica em um trabalho psíquico do jogo para que haja simbolização, e também em um trabalho clínico do jogo, que consiste em mostrar ao sujeito como a brincar, e como o jogo permite transformar situações marcadas pelo excesso, em situações simbolizáveis (Roussillon, 2019).

Como apontado anteriormente, o sonho consistiria no modelo primário do funcionamento psíquico, contudo, o sonho é uma atividade solitária. O sonho não possibilita pensar o lugar do analista no enquadre, seja aquele que o analisando lhe atribui, mas também aquele assumido por ele mesmo (Roussillon, 2019). O paradigma do sonho também aponta que é possível uma restrição da motricidade e da percepção, além de um trabalho de simbolização fundamentado na ausência do objeto. Porém, esses dois aspectos não são possíveis em alguns casos, como as situações limites, e a análise com crianças e adolescentes.

O paradigma do jogo possibilita pensar a questão do modo de presença do analista e o impacto dessa presença no aparelho psíquico do sujeito. Esse modelo também implica uma abertura para a questão intersubjetiva, ou seja, uma questão do “entre eu” (Roussillon, 2019). Em outras palavras, o jogo funciona se for um jogo a dois, em que o analista reconhece e partilha o jogo potencial na análise.

A experiência do jogo, e do brincar, constitui-se enquanto uma experiência de reflexividade, em que o próprio psiquismo se toma como objeto de investimento. Cabe ao analista, enquanto guardião do enquadre, propiciar que essa experiência seja possível, escutar o jogo potencial que se esconde por trás dos sintomas do sujeito, permitindo assim que o brincar possa se realizar e tornar possível o trabalho de apropriação subjetiva (Roussillon, 2019).

Apesar de estar sendo apresentado de maneira separada, pode-se pensar o modelo do ato, abordado anteriormente, e o modelo do jogo enquanto complementares. Green e Urribarri (2020) comentam que o tripé do trabalho analítico no modelo do ato consistiria em enquadre interno/jogo/representação, enquanto o tripé do modelo do sonho seria constituído por: enquadre/sonho/interpretação.

Similar ao meio maleável, o enquadre na psicoterapia psicanalítica de adolescentes nos limites não deve cimentar seus limites, e nem os desativar por completo, para não perder a sua essência e nem correr o risco de repetir a rigidez ou fluidez dos limites da própria adolescência (Amparo, Morais & Alves, 2020). Assim, a falência do enquadre clássico no atendimento de adolescentes implica que o processo analítico será sustentado pelo enquadre interno do analista, em que o jogo possibilitará o trabalho de representação/simbolização.

2.6. As consultas terapêuticas com adolescentes e seus pais

As consultas terapêuticas foram desenvolvidas por Winnicott (1971/2023), a partir de uma aplicação da psicanálise na psiquiatria infantil em situações em que um tratamento analítico não é possível. Dessa forma, os encontros se davam apenas uma única vez, ou com intervalos consideráveis de tempo entre eles. Esse arranjo do enquadre analítico é justificável para o autor na medida em que não é útil ou praticável prescrever tratamento psicanalítico a todas as crianças, adolescentes e seus pais.

Trata-se de uma exploração integral das primeiras entrevistas, tendo como base teórica a psicanálise. Uma das principais características das consultas terapêuticas é a flexibilidade da técnica, aliada à possibilidade do Jogo do Rabisco, enquanto meio de entrar em contato com a criança/adolescente e seu mundo (Winnicott, 1971/2023). Em seu trabalho, Winnicott realizava o Jogo do Rabisco somente com a criança ou adolescente, e o momento com os pais consistia em uma anamnese, uma investigação acerca da história do paciente.

Todavia, isso não impossibilita a realização do Jogo do Rabisco (ou de outras atividades de mediação) junto aos pais, esse aspecto está relacionado com as necessidades dos próprios pais e do caso em si.

Nessa perspectiva, o trabalho interpretativo não é o objetivo dessa modalidade de atendimento, o trabalho do analista consiste em prover um enquadre em que a criança ou adolescente possa se apresentar em suas disposições e seus conflitos imediatos.

Assim, o manejo do enquadre e a garantia de um ambiente que seja capaz de acolher e simbolizar o sofrimento da família torna-se mais importante do que uma interpretação por parte do analista, em muitos casos. Uma interpretação pode ser sentida tanto pelos pais quanto pelo próprio adolescente como uma intrusão ao espaço psíquico.

A importância das consultas terapêuticas com adolescentes e família pode ser entendida pela afirmação de Chervet (2015): "Quando essa crise da adolescência dos filhos pode ser elaborada apresenta-se também para os pais uma oportunidade de retomada evolutiva entre aquelas que se ligam às etapas da vida" (p. 255). Assim, a possibilidade de vivência de espaço potencial para a família no enquadre analítico faz-se importante para uma travessia desse ambiente instável (Sei & Evanazzi, 2016).

Para Winnicott (1971/2023) os pais são parte integrante no tratamento de crianças e adolescentes. As consultas terapêuticas possibilitam aos pais orientação e auxílio na reaproximação com o filho. Elas também permitem criar um espaço para os pais voltado à obtenção de saúde tanto do ambiente como do adolescente (Brito & Neto, 2018).

Um fator importante nas análises de adolescentes, principalmente aqueles em situações extremas, é o trabalho com pais a ser realizado. Esse trabalho suplementar exige uma maior capacidade do analista tanto para sustentar quanto para manejar as variações que podem ocorrer. Além de que, é preciso destacar que o manejo do enquadre e as questões transferenciais diferem da psicanálise de adultos. Há a transferência dos pais e do paciente com o analista, além da contratransferência do analista com os pais e os pacientes, ou seja, o analista é confrontado com

as múltiplas transferências que se fazem presentes e os múltiplos enquadres que se constituem nesse dispositivo clínico que desafia o enquadre clássico (Brito & Neto; 2018; Brito, 2021).

Na clínica psicanalítica com adolescentes, algumas famílias manifestam a necessidade de acolhimento no enquadre analítico, na perspectiva de uma busca de escuta analítica à suas dificuldades parentais (Fernandes, 2019). As consultas terapêuticas possibilitam aos pais orientação e auxílio na reaproximação com o filho como indivíduo único, abrindo espaço para seu desenvolvimento pleno (Brito, 2021), ou seja, “ao se conterem as angústias dos pais, eles passam a ser continentes de seus filhos” (Brito, 2021, p. 40).

A introdução das consultas com os pais implica mudanças significativas no enquadre, e consequentemente, o contrato de trabalho se adapta às necessidades do paciente e de sua família. Pois, apesar do tratamento não ser uma psicanálise de família, a família faz parte do trabalho e precisa de seu espaço dentro do tratamento.

Uma das funções dos pais de filhos adolescentes é sobreviver e estar presente para que o filho possa continuar o seu processo de amadurecimento. Isso é análogo ao que foi abordado anteriormente acerca do enquadre interno do analista, que ajuda ao terapeuta a sobreviver enquanto objeto subjetivo.

A questão das múltiplas transferências e o seu manejo torna-se muito presente na realização de consultas com os pais. Existe a necessidade de os pais serem amparados pelo analista, para que eles possam sentir as consultas enquanto parte integrante do tratamento do filho, possibilitando uma relação de confiança com eles (Brito & Neto, 2018).

Um aspecto a ser ressaltado é que existe pouca literatura acerca das consultas terapêuticas com adolescentes e seus pais, a predominância do relato dos casos e da elaboração teórica é focalizando as consultas com crianças e com os pais dessas crianças. Outra questão que deve ser

levada em consideração é que Winnicott delimita uma categoria de casos em que as consultas terapêuticas deveriam ser evitadas: as que a criança ou adolescente não poderia voltar para um ambiente capaz de favorecer o amadurecimento saudável do sujeito. Assim, é importante que o analista seja capaz de avaliar o ambiente imediato da criança (Winnicott, 1971/2023).

Quando falamos de adolescentes em situações extremas, ou adolescentes limite, uma das grandes problemáticas gira em torno de uma falha ambiental, levando ao seguinte questionamento: é possível utilizar as consultas terapêuticas com adolescentes limítrofes?

Em seu livro *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*, Winnicott (1971/2023) relata o atendimento de “Mark”, um adolescente de 12 anos que apresentava comportamentos de roubo e impulsividade. A partir das consultas, Winnicott (1971/2023) aborda que houve um “desenvolvimento natural de uma ponte entre a consciência e o inconsciente de Mark, ou uma ponte entre as realidades interna e externa" (p. 272). Em outras palavras, houve um desenvolvimento de uma fronteira intrapsíquica, a partir dos processos terciários do analista, instaurando um duplo limite no sujeito (Green, 1976/2017). Essa fronteira intrapsíquica possibilitou que Mark passasse a simbolizar as experiências de maneira que as ações tidas como “impulsivas” não fossem necessárias, ou seja, ele não precisava mais recorrer a uma atuação externa para lidar subjetivamente com a sua realidade interna.

Outro aspecto importante nas consultas terapêuticas é abordado por Winnicott quando este afirma que “a consulta terapêutica precisa ser encarada como apenas uma das muitas coisas que acontecem em um atendimento de caso mais amplo”. (1971/2023, p. 128). Ou seja, em determinados casos, o tratamento do adolescente (ou da criança) não se resume apenas às consultas, mas como uma parte do enquadre ampliado desse atendimento. Nesse sentido,

estamos agora falando de um enquadre-dispositivo plurifocal (Jeammet, 1992; 2000) para abarcar a complexidade do sofrimento desses adolescentes que se encontram no limite.

2.7 O dispositivo plurifocal com adolescentes limítrofes

A noção de um dispositivo plurifocal surgiu a partir da terapia bifocal, um dispositivo clínico proposto por Jeammet (1992) que consiste na presença de uma dupla: um psicoterapeuta e um médico de referência, geralmente um psiquiatra. Cada um atua em um local e em um momento distinto, constituindo dois enquadres separados.

Essa divisão da dupla trata-se de uma figuração da dualidade psíquica do paciente entre realidade externa e realidade interna, estabelecendo uma articulação entre o psicoterapeuta e o psiquiatra. Essa representação do aparelho psíquico no dispositivo clínico proposto, um espaço psíquico ampliado, permite o desdobramento da problemática do paciente e sua dissolução nos elementos do enquadre analítico (Corcos, 2008).

Isso se torna ainda mais importante quando se trata de adolescentes nos limites em que as próprias fronteiras do psiquismo e do Eu estão fragilizadas, a presença da dupla de terapeutas permite também uma articulação entre a realidade interna e externa, mas também dentro do próprio psiquismo do adolescente.

Dessa forma, as especificidades do funcionamento psíquico da adolescência implicam considerações sobre essa clínica igualmente dotada de especificidades. A terapia bifocal surge enquanto possibilidade diante dos desafios da adolescência e seus extremos.

Um dos aspectos centrais se situa na possibilidade de encontrar progressivamente a boa distância relacional, ou seja, evitar a intrusão do objeto, assim como a ausência excessiva. Isso permite que o adolescente crie as condições para que pensar, representar e elaborar sejam coisas toleráveis (Corcos, 2008).

Dentro do dispositivo bifocal, é papel do psiquiatra garantir a continuidade e a coerência da relação terapêutica, intervir ativamente na realidade externa do paciente, e prescrever um tratamento farmacológico caso necessário, além de avaliar a necessidade de internação diante de uma crise. A partir dessa função terceira, que permite um certo grau de diferenciação, a psicoterapia pode se concentrar nos seus objetivos mais “clássicos”, a realidade psíquica interna do paciente e compreender a conflitualização dos eixos narcísico e objetal (Corcos, 2008).

A terapia bifocal protege a psicoterapia do risco de ruptura, devido à possibilidade do adolescente lateralizar a intensidade da transferência, diluída entre os terapeutas (Jeammet e Corcos, 2005; Rojas-Urrego, 2008). A terapia bifocal requer um trabalho conjunto, com respeito mútuo pelos espaços e funções de cada terapeuta, assim, um aspecto importante é a possibilidade de uma “supervisão recíproca” com os terapeutas envolvidos no caso (Rojas-Urrego, 2008).

Em resumo, a terapia bifocal consiste em associar ao tratamento psicoterápico, o acompanhamento por um médico de referência com o adolescente ou com sua família (Darge, 2009). As consultas com o psiquiatra podem variar e se adaptar de acordo com a demanda de cada paciente e/ou de sua família.

Nessa perspectiva, há a possibilidade de construção de dispositivos clínicos com outros enquadres para além dos dois descritos. Estamos falando assim, de um dispositivo plurifocal, e, no caso da presente pesquisa, uma das possibilidades é a integração das consultas terapêuticas com o adolescente ou com os pais junto da psicoterapia e do acompanhamento psiquiátrico. Outras possibilidades de enquadre como a psicoterapia de grupo, familiar, ou até mesmo o psicodiagnóstico interventivo podem ser levados em conta na construção do dispositivo, a depender da necessidade do caso e da possibilidade dos terapeutas em questão.

Capítulo 3

A construção de caso enquanto método de pesquisa em psicanálise e a construção do dispositivo plurifocal

Desde seu início, a psicanálise constituiu-se enquanto método de investigação do psiquismo e do inconsciente. Tal fator é de suma importância para o desenvolvimento de pesquisas em psicanálise ao longo das décadas, por diferentes autores e perspectivas dentro da própria psicanálise, visando a evolução de sua teoria e método.

Não é o intuito do presente capítulo discorrer acerca do caráter científico da psicanálise e do seu método, tema abordado por diversos autores, como Gregório e Amparo (2022), mas compreender como que se pode realizar uma pesquisa em psicanálise, no contexto universitário, a partir de um recorte específico e que constitui um desafio para o campo psicanalítico (Gregório & Amparo, 2022).

Por se tratar de um desafio, a pesquisa em psicanálise exige um compromisso do pesquisador, também analista: conciliar as exigências de uma pesquisa, sem abdicar da essência do processo analítico. O estudo de caso é um dos paradigmas quando se trata de pesquisa em psicanálise, especialmente aquelas que possuem um aspecto clínico. Uma outra possibilidade de método de pesquisa em psicanálise, similar ao estudo de caso, também se faz relevante para pesquisas que envolvam a clínica: a construção de caso. É a partir da compreensão desses métodos de pesquisa em psicanálise que a presente pesquisa, que visou a construção de um dispositivo plurifocal, foi possível.

3.1 A pesquisa em psicanálise

Freud, em *Dois verbetes de enciclopédia* (1923/2006) conceitua a psicanálise enquanto: (1) um procedimento de investigação do psiquismo e dos processos mentais inconscientes; (2) um método de tratamento baseado nessa investigação; e (3) um conjunto de teorias obtidos a partir dos dois pontos anteriores. A partir dessa compreensão da psicanálise enquanto método, técnica e teoria, depreende-se o caráter investigativo da psicanálise (Figueiredo & Minerbo, 2006).

Foi esse aspecto investigativo da psicanálise que possibilitou uma consolidação do método, constantemente orientado pelas transformações clínicas. Ou seja, a prática analítica, enquanto método de investigação, constituiu-se enquanto fonte para se (re)pensar os aspectos técnicos e teóricos da psicanálise. Nessa perspectiva, a pontuação de Figueiredo e Minerbo (2006) da psicanálise não somente como um método de pesquisa, mas sim enquanto uma matriz de estratégias de investigação, é coerente.

Figueiredo e Minerbo (2006) realizam uma distinção entre “pesquisa em psicanálise” e “pesquisa em psicanálise com o método psicanalítico”, em que a primeira consistiria em um conjunto de atividades voltadas para a produção de conhecimento, que pode manter relações muito distintas com a psicanálise. Isso se dá por não haver a exigência de um psicanalista engajado. Ou seja, qualquer pessoa, de qualquer área do conhecimento (filosofia, literatura, psicologia, etc) interessada pode colocar as teorias da psicanálise no centro de seu objeto de pesquisa para conduzir estudos de diferentes tipos (Gregorio & Amparo, 2022).

As pesquisas em psicanálise com o método psicanalítico exigem um psicanalista, por se basearem na investigação clínica psicanalítica, embora os temas e alcances dessas pesquisas possam ser bastante amplos e diversos (Figueiredo & Minerbo, 2006). Assim, ela precisa

respeitar a especificidade de seu método clínico da psicanálise, baseado na associação livre (Gregorio & Amparo, 2022).

A fidelidade ao método clínico psicanalítico faz com que esse tipo de pesquisa responda a uma lógica da descoberta, em detrimento de uma lógica mais convencional ao se falar de pesquisa, que visa uma meta planejada de acordo com um projeto preestabelecido de confirmação de hipótese (Gregório & Amparo, 2022). Dessa forma, tanto o “objeto” de pesquisa quanto o pesquisador/psicanalista estão sujeitos a passar por processos de transformação ao longo da pesquisa, a partir dos efeitos das relações (contra)transferenciais que marcam a singularidade da pesquisa com o método psicanalítico (Figueiredo & Minerbo, 2006).

Uma especificidade da pesquisa a partir do método psicanalítico consiste no fato de que os recortes realizados não são arbitrários, justamente pela lógica da descoberta e do desconhecido, eles aparecem durante o andamento da análise e se transformam a partir do andamento desta. É a partir disso que as descobertas em psicanálise determinam a direção de novas invenções em uma perspectiva dialética (Figueiredo & Minerbo, 2006).

Percebe-se assim, que há um distanciamento entre a pesquisa empírica, norteadas por ideais de replicabilidade e de controle de variáveis, e a pesquisa psicanalítica. Enquanto nas pesquisas empíricas a relação entre sujeito e objeto implica um sujeito ativo que estuda metodicamente seu objeto, na pesquisa psicanalítica ocorre o oposto: o não controle das variáveis e um intrincamento de objeto e pesquisador a partir das relações transferencias e processos transformadores da análise (Gregorio & Amparo, 2022; Figueiredo & Minerbo, 2006).

Portanto, diante dessas questões da pesquisa em psicanálise, uma recomendação de Freud faz-se pertinente. Ele pontua que, enquanto o caso clínico ainda estiver sendo conduzido, ou seja, enquanto a análise estiver em andamento, não é recomendado trabalhar cientificamente no caso

(Freud, 1912/2006; Gregorio & Amparo, 2022). A recomendação de Freud se situa justamente na perspectiva de que o analista não conduza o tratamento afim de corroborar com seus pressupostos especulativos e hipóteses de pesquisa. Dessa forma, apenas após a conclusão da análise, o material obtido a partir das anotações, poderia ser realizado um estudo do caso em questão.

Entretanto, como conciliar essas questões com as exigências da pesquisa no contexto universitário? É evidente que a pesquisa universitária possui algumas especificidades que não se alinham totalmente com as questões da pesquisa em psicanálise, inclusive em aspectos éticos. A limitação de tempo de pesquisas universitárias, em que o pesquisador de mestrado ou doutorado possui um período de dois ou quatro anos para realizar toda a pesquisa, dificulta que sejam seguidas as recomendações de Freud acerca dos casos clínicos (Gregorio & Amparo, 2022).

A posição de pesquisador/psicanalista mestrando/doutorando faz necessário com que o sujeito encontre um compromisso dentre as exigências com as quais é confrontado ao longo de seu percurso, para que assim a limitação da temporalidade da pesquisa universitária não implique negativamente sobre a temporalidade da análise e do caso (Gregório e Amparo, 2022).

A partir dessa reflexão, Gregório & Amparo realizam o questionamento: “Ao se inserir em um contexto acadêmico, diante de diversas exigências universitárias, poderia a pesquisa a partir da investigação psicanalítica manter sua essência ou teria que ser adaptada, correndo o risco de romper com a natureza de seu objeto de estudo?” (2022, p. 2). Assim, é essencial que o objetivo da pesquisa não inviabilize o resultado das sessões clínicas. A investigação psicanalítica deve propiciar condições para descobertas, mas não necessariamente encontra-se o que já estava sendo procurado pelo pesquisador (Gregório & Amparo, 2022).

Nessa perspectiva, como pensar essas problemáticas diante da construção de dispositivos clínicos? O presente estudo se deparou com essa questão, e, na medida do possível, buscou conciliar as exigências universitárias com o objetivo do estudo: construir um dispositivo plurifocal para a clínica da adolescência. Em outras palavras, buscar, a partir da experiência clínica, uma meta-teoria da prática clínica que consiga promover um enquadre possível, capaz de viabilizar um trabalho de simbolização outrora impossível.

3.2 O estudo de caso

Usualmente, a pesquisa em psicanálise se utiliza do estudo de caso, acaba por ser esse o compromisso encontrado pelo pesquisador. Stake (1995) compreende o estudo de caso, enquanto estratégia metodológica na pesquisa clínica, como o resultado do testemunho de uma experiência clínica.

A construção teórica da psicanálise é fundamentada justamente a partir do relato clínico, uma marca característica do método psicanalítico (Zanetti & Kupfer, 2006). O estudo de caso também colabora para a transmissão da psicanálise, mediante a escrita e transmissão do próprio estilo do analista, como apontado por Vorcaro (2010, p. 111): “por mais que se queira um exercício de saber, a escrita do caso mostra que o analista está submetido à clínica, sendo falado pelo seu escrito muito mais do que saberia dizer”.

O estudo de caso não se restringe ao paciente, mas visa abordar todo o encontro promovido pela situação analisante. Não somente o encontro entre analista e analisando, mas um encontro entre inconscientes, que permite a produção de algo novo, um terceiro. É a partir desse novo, evocado a partir das anotações realizadas após as sessões e da memória, que será realizado o estudo do caso. Contudo, não é possível estudar a situação analítica em sua totalidade, deve-se

realizar determinados recortes, até mesmo inconscientes, daquilo que seja mais relevante para a análise (Leitão, 2018). Uma das principais características do estudo de caso consiste na sua singularidade. É função do analista, enquanto pesquisador, questionar o que torna os fenômenos do caso singulares. A singularidade do caso clínico é, como aponta Leitão (2018), projetado pelo próprio psicanalista, levando em conta que a trama do caso é construída por ele e por sua escuta, que sustenta o enigma.

Por fim, Leitão (2018) também afirma que

o que se propõe com o estudo de caso é a possibilidade de pesquisar e transmitir a singularidade de cada experiência clínica, através dos desdobramentos de uma análise e seu acompanhamento pelo analista, e assim contribuir para a constituição teórica e técnica não só da psicanálise, mas também das diversas áreas da clínica, no sentido mais amplo a que o ato se refere. (p. 421).

Contudo, a presente pesquisa optou pelo método da construção de caso, abordado por Fédida (1992). Enquanto o estudo de caso diz respeito à situação de pesquisa em psicanálise, em que o analista/pesquisador realiza uma articulação teórica com o caso, a construção refere-se mais sobre a prática psicanalítica (Leitão, 2018). A principal diferença entre o estudo de caso e a construção de caso é que, enquanto o primeiro é constituído por um conjunto de interpretações, o segundo visa partilhar determinados elementos do caso em um trabalho conjunto, algo impossível de ser feito por meio da interpretação, de caráter pontual (Figueiredo, 2004). A partir dessa diferenciação, infere-se que compreender o estudo de caso é essencial para que se possa construir um caso em psicanálise.

3.3 A construção de caso enquanto método de pesquisa psicanalítica

Fédida (1992), ao falar da construção do caso, afirma que “o caso é uma teoria em germen, uma capacidade de transformação metapsicológica. Portanto, ele é inerente a uma atividade de construção tal como a análise de supervisão seria capaz de constituir. Em outros termos, o caso é construído” (p. 230). Fica evidente a importância da supervisão, em que “busca-se formar e depois formular o enigma do caso a partir desse ponto de vista exterior ao tratamento e que leve em conta na fala do analista as cegueiras (contra)transferenciais, inclusive aquelas do analista supervisor” (Fédida, 1992, p. 222).

Assim, a postura do autor é que a supervisão é uma psicanálise por si, ocupando um lugar distinto da análise pessoal ou didática, sendo aspecto constitutivo dos casos em psicanálise, tendo em vista que a construção do caso ocorre em relação ao que foi elaborado na supervisão (Fédida, 1992).

Para Freud, a construção aparece como um tipo de intervenção do trabalho psicanalítico. O termo foi utilizado por ele ao falar que o segundo tempo da fantasia deve ser construído em análise, por não ser lembrado pelo analisando (Freud, 1919/2010). Ou seja, diante de um aspecto que não pode ser lembrado ou constituído enquanto linguagem, a possibilidade de intervenção é a de se construir algo sobre isso (Val & Lima, 2014).

Essa construção comporta um vazio, que impossibilita uma totalidade acerca do saber a ser construído, é esse vazio que possibilita o processo de reconstrução do caso. Tal aspecto implica que o analista se encontra num estado de disponibilidade à surpresa e à invenção (Val & Lima, 2014). Esse aspecto se relaciona com as recomendações de Freud, abordadas anteriormente.

Val e Lima (2014) apontam que a construção do caso ocorre a posteriori, na medida que o material obtido nas sessões a partir da interação da matriz dialógica do enquadre analítico, permitem compor a escrita do caso. Apesar da construção do caso implicar elementos de diferentes sujeitos (como o próprio analista e o supervisor), o referencial é sempre o analisando, e o que vai direcionar o tratamento serão as próprias produções do sujeito.

Assim, na construção do caso, o instrumento a ser utilizado são os registros dos atendimentos, realizados posteriormente a partir da memória do próprio analista, e que serão relidos a partir de uma “leitura flutuante”. As anotações clínicas são importantes para o acompanhamento do caso e para as supervisões clínicas (Gregorio e Amparo, 2022).

Figueiredo (2004), aponta que uma das contribuições da psicanálise para a psicopatologia, e para o campo da saúde mental, é justamente a construção do caso. Em suma, a construção consiste no arranjo (e rearranjo) dos elementos discursivos do paciente, ou seja, o caso não é o sujeito em si, mas uma construção a partir dos elementos que o analista identifica ao longo do processo analítico.

A importância da utilização da construção de caso trata-se de uma perspectiva distinta de apenas um “estudo de caso” ou a apresentação de uma história clínica, apesar desses métodos possuírem os seus pontos positivos. O que se visa é a manutenção de um caso vivo em psicanálise, que não possa ser reduzido a uma narrativa ou a uma fórmula, mas sim um caso que seja um produto passível de (re)construções a partir da interação dialética dos protagonistas do enquadre (Figueiredo, 2004).

Ainda nessa perspectiva, é possível retomar o que Green (1987/2017) aborda sobre a questão da construção. Para ele, a construção implica em uma interação dialética entre as duas partes do enquadre analítico, em que cabe ao analisando recordar, no sentido freudiano, enquanto

cabe ao analista deduzir o acontecido a partir de traços do recalque, ou seja, construí-lo junto ao paciente. Ou seja, a situação analítica necessitava de uma atividade de pensamento, que é fundamentalmente da ordem da representação: uma construção.

Contudo, é função do analista conciliar esse trabalho de construção com o estado de seu próprio enquadre interno, sua disponibilidade para acolher o novo. Para Green (1987/2017), isso só seria possível a partir do momento em que o analista se coloca como guardião da história da análise, em outras palavras, como guardião da construção da realidade psíquica do sujeito.

No caso de estruturas neuróticas, esse papel é facilitado pelo fluxo associativo desses pacientes, que mostram histórias lacunares em que cabe ao analista construir ou interpretar essas lacunas. Com estruturas não neuróticas, e com adolescentes também, o que se verifica é a narrativização de um quadro a-histórico, e conseqüentemente, sem afeto.

Essa a-historicidade da clínica dos limites reforça a importância do trabalho de construção conjunto entre analista e analisando, dentre as mais diversas variações do enquadre-dispositivo em questão. A partir dessa questão, pode-se pensar na importância da construção não somente do caso clínico, mas do dispositivo clínico que vai ser capaz de conter e se adequar às capacidades da dupla analítica.

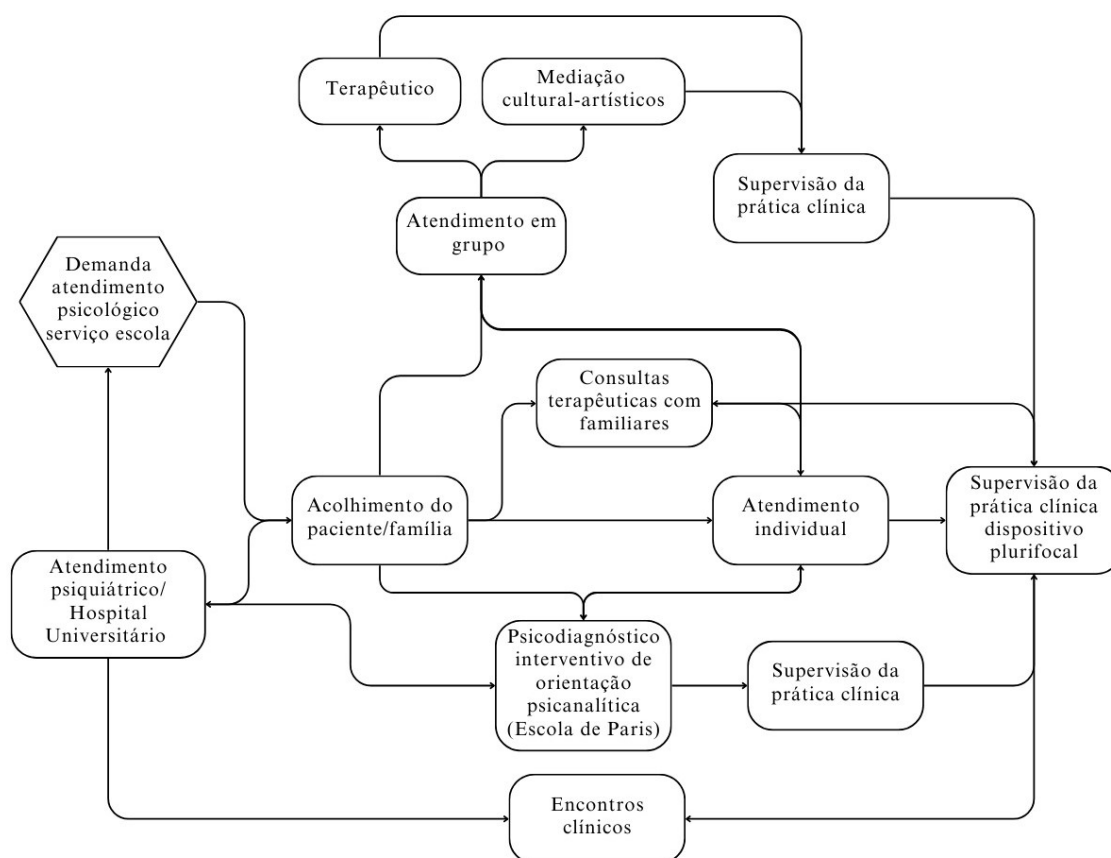
3.4 A construção de caso em um dispositivo plurifocal

A partir das considerações realizadas até aqui, o método do presente estudo consistiu em um procedimento que teve como objetivo a construção de um dispositivo plurifocal, visando o atendimento de adolescentes limítrofes no contexto de um serviço-escola de psicologia. Para melhor compreensão do contexto em que a pesquisa ocorreu, é necessário apresentar o modelo plurifocal do atendimento do Grupo de Pesquisa e Extensão Sobre Violências e Psicopatologias

na Contemporaneidade (VIPAS). Esse grupo é direcionado ao atendimento de casos-limite e funciona em serviço-escola de psicologia, articulado com ambulatórios psiquiátricos de um hospital universitário, focados no atendimento de adolescentes e de transtornos de personalidade. Nesse dispositivo plurifocal, se introduzem a psicoterapia individual, as consultas psiquiátricas e as consultas terapêuticas com os familiares, com o intuito de sejam ajustadas às capacidades de continência das equipes, às hipóteses clínicas e às possibilidades de simbolização dos pacientes (Amparo et al, 2020). As supervisões aos terapeutas estagiários ocorriam semanalmente no serviço-escola, e as reuniões clínicas entre as equipes de psicologia e da psiquiatria ocorriam semestralmente para a discussão de alguns casos.

Assim, a construção do dispositivo precisou levar em consideração a articulação entre o atendimento psicológico individual, as consultas com a psiquiatria e as consultas terapêuticas com os familiares. No caso específico do VIPAS, também é preciso integrar a construção de outros dispositivos, como o Psicodiagnóstico Interventivo de Orientação Psicanalítica e o atendimento grupal de adolescentes. Como ilustra a Figura 2.

Figura 2: Fluxograma do dispositivo plurifocal do VIPAS



Adaptado de Amparo, Morais e Alves (2020).

Nem todos os aspectos ressaltados na figura foram abordados na presente pesquisa, entretanto, percebe-se a complexidade de se pensar um dispositivo capaz de acolher e possibilitar um trabalho de simbolização com essa população, sendo necessário diversos focos de trabalho. Ou seja, a construção não é necessariamente um trabalho a ser realizado somente pelo analista, podendo se inserir a partir de um trabalho multiprofissional, que ocorre em dispositivos bifocais e plurifocais. A constituição de uma equipe permite a realização de discussões que enriquecem o trabalho de uma construção de caso, tangenciando a experiência da supervisão (Fédida, 1992; Figueiredo, 2004).

A presente pesquisa se tratou de um estudo qualitativo, sendo utilizado um delineamento de estudo de casos múltiplos, segundo o modelo proposto por Yin (2002). O método utilizado foi a construção de caso (Fédida, 1992) visando a construção de um dispositivo plurifocal. Foi realizado o atendimento psicoterapêutico de duas adolescentes pela perspectiva da psicanálise, mais especificamente de autores como Winnicott, Ferenczi, Freud, Green e Roussillon.

O atendimento psicológico individual teve frequência semanal e ocorreu em um serviço-escola de psicologia com duração média de 50 minutos. As consultas terapêuticas não tiveram uma frequência determinada, conservando a característica de ser realizado “sob demanda” dessa modalidade de enquadre, e também ocorreram no serviço-escola, com uma duração média de 1 hora. Por sua vez, as consultas psiquiátricas ocorreram em um ambulatório de psiquiatria de adolescentes de um Hospital Universitário, em uma frequência mensal. Também eram realizadas supervisões semanais acerca dos casos, além de encontros clínicos semestrais com o ambulatório de psiquiatria para acompanhamento do tratamento, ambos com duração média de 3 horas.

Acerca das participantes, os critérios para participarem da pesquisa eram: ter entre 13 e 18 anos, ter a disponibilidade para atendimentos presenciais e possuir alguma demanda que convocavam os limites do corpo e do ato, como escarificação ou tentativa de suicídio. Uma participante foi encaminhada pelo próprio ambulatório de psiquiatria, enquanto outra foi encaminhada de maneira direta ao serviço-escola, através de um responsável. Os atendimentos se deram ao longo de, no mínimo, 6 meses, para poderem ser incluídos na presente pesquisa. Foram atendidos quatro adolescentes, dois adolescentes não deram continuidade às sessões dentro deste período mínimo, o que impossibilitou a construção do caso e utilização dos relatos clínicos. Assim, foram selecionados dois casos para constituir esta pesquisa.

É importante ressaltar que os nomes utilizados no próximo capítulo são fictícios, com o intuito de manter o sigilo e a confidencialidade da identidade dos sujeitos e dos atendimentos realizados. Além de que, tanto os adolescentes quanto os responsáveis assinaram termos de consentimento e assentimento esclarecidos (TCLE e TALE, anexos A e B, respectivamente), concordando com a participação na pesquisa. Este trabalho faz parte de um projeto mais abrangente, submetido e aprovado pelo CEP/CHS sob o parecer 3.330.019.

O material utilizado na construção dos casos foram as anotações feitas pelo analista após as sessões, associados ao material discutido nas supervisões, além da memória pessoal e das construções realizadas sobre a transferência e contratransferência. O objetivo da escrita dos casos foi mostrar os atravessamentos, dúvidas e processos psíquicos em cena, tanto do analista quanto dos adolescentes e familiares envolvidos nos atendimentos. Não se tratou de demonstrar um caso de sucesso ou um fracasso terapêutico, mas de um processo possível nas condições em que aconteceu.

Capítulo 4

Construções clínicas

A partir do que foi exposto até aqui, depreende-se que a adolescência pode se mostrar enquanto uma problemática que fragiliza os limites intrapsíquicos e os limites intersubjetivos, da relação do sujeito com o ambiente. Realizar uma construção teórica acerca da adolescência e limites, e também da própria técnica psicanalítica nesse contexto, mostra-se crucial para poder atender esse tipo de demanda clínica. A discussão sobre a pesquisa em psicanálise e a construção de caso clínico também são importantes para a compreensão da importância do método psicanalítico na pesquisa, além de como o pesquisador/analista pode manejar as exigências do enquadre psicanalítico e do ambiente acadêmico.

A seguir serão abordados dois casos atendidos ao longo da realização da presente pesquisa. Como dito anteriormente, foram casos de adolescentes com um modo de funcionamento limítrofe, atendidos em um serviço-escola de psicologia. Mais do que realizar uma extensa interpretação de aspectos metapsicológicos das adolescentes, o principal objetivo desse trabalho é investigar como se deu a construção do dispositivo clínico nestes casos, suas limitações e potencialidades, além dos atravessamentos e questionamentos do analista e da sua função no contexto da construção desse dispositivo plurifocal.

4.1. Caso Alice

4.1.1 Apresentação do caso e primeiras sessões

Alice é uma adolescente de 14 anos, que residia no Rio de Janeiro, mas sua família decidiu que ela se mudaria para Brasília após uma tentativa de suicídio, para morar com sua tia-avó. Ela chegou ao serviço-escola e ao grupo do VIPAS através de um encaminhamento externo de uma conhecida da família.

A partir desse encaminhamento, o terapeuta entrou em contato por telefone com uma tia de Alice, para conversar e obter mais informações acerca do caso. Nesse momento, foi esclarecido o contexto que motivou o encaminhamento: Alice morava com a mãe e o irmão mais novo e realizou uma tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa. Esse ato mobilizou a família como um todo, causando um estado de confusão e preocupação na mãe, que não sabia o que fazer com Alice. A solução encontrada, inclusive apoiada pela própria Alice, foi que ela iria morar com sua tia-avó paterna em Brasília, que já havia cuidado dela nos primeiros anos de vida.

Após algumas semanas, Alice chegou em Brasília e a sessão de acolhimento foi marcada. Alice e sua tia-avó Cristina chegaram pontualmente no serviço-escola. Era evidente o estado de ansiedade por parte de Cristina, enquanto Alice aparentava uma certa apatia e retraimento, provavelmente defensivo. Ao olhar para Alice, a impressão era de se olhar ao mesmo tempo para duas pessoas: uma jovem muito infantilizada, quase uma criança, e uma outra jovem, mais madura e próxima da idade adulta. O terapeuta se apresentou para Alice e sua tia-avó e as chamou para iniciar o acolhimento.

A primeira parte da sessão foi realizada com ambas, como parte do procedimento tido como padrão do VIPAS para o atendimento de adolescentes. A primeira pergunta feita foi sobre o que as havia levado até ali, e Cristina que respondeu. Ela informou, em suma, o mesmo que a

tia de Alice havia falado previamente: Alice havia tentado suicídio, e por uma insegurança da família e um receio de que isso viesse a acontecer de novo, ocorreu a mudança para Brasília. Também foi informado que ela fazia acompanhamento psicológico e psiquiátrico em sua antiga cidade, e que a continuidade desse acompanhamento era de extrema importância, agora em outro lugar.

Nesse momento, o terapeuta pediu que Alice falasse, contando um pouco sobre si mesma e a sua história de vida. Porém, ela continuava retraída, e Cristina se pôs a falar novamente. Na realidade, Alice nasceu em Brasília, onde morou até os 5 anos de idade. Na sua primeira infância, não teve cuidados maternos por uma ausência da mãe, sendo Cristina que ocupou esse lugar, mas sem muitos aprofundamentos. A partir disso, Cristina justificou a sua motivação em cuidar de Alice nesse contexto: por ter cuidado dela desde bebê, o afeto que sentia por Alice era similar ao amor de uma mãe por sua filha. Essa questão mostra uma diferença na relação subjetiva de ambas, apesar de ser tia do pai de Alice, Cristina ocupa um lugar muito mais maternal, sendo chamada de avó e realizando também a função paterna em diversas situações, tendo em vista que o pai de Alice ainda estava ausente no relato.

Quando Alice tinha 5 anos, sua mãe decidiu assumir os cuidados por ela, o que resultou na mudança para o Rio de Janeiro, em que Alice moraria com ambos os pais. Pouco foi dito acerca desse período da vida de Alice, com exceção de duas coisas, evidentemente traumáticas e importantes para a história da paciente: a relação violenta de Alice com seu pai, que a agredia verbal e fisicamente durante a infância; e um episódio de abuso sexual, cometido por um funcionário do transporte escolar que Alice frequentava, quando esta tinha cerca de 6 anos de idade.

Nesse ponto, a complexidade das relações familiares ficou evidente. Alice não possuía uma boa relação com seu pai, tanto por conta do histórico de agressões quanto por uma denúncia, feita pela própria Cristina, ao Conselho Tutelar por maus-tratos. Apesar disso, ainda existia certo contato, mas com uma distância que ficou evidente ao longo do relato. Existe um emaranhamento dentro das relações parentais, marcadas por um misto de ausência e presença excessivas, difíceis de suportar. Cristina se emocionou ao longo do relato, e ficou nítido o quanto tudo isso era impactante e difícil de manejar por ela.

Com o intuito de ouvir Alice acerca sobre o que fora contado, e sobre o que ainda seria dito, o terapeuta pediu que Cristina saísse da sala, para conversar somente com Alice. Esses momentos somente com o adolescente são necessários, tanto para uma criação de um vínculo terapêutico, já que ele que é o paciente, quanto para que o adolescente sinta que está em um espaço seguro, sem eventuais intrusões.

Alice aparentou se sentir mais à vontade sem a presença de sua avó e, apesar de ainda estar retraída, começou a falar do que a levou até aquele momento. A sua tentativa de suicídio ocorreu em um dia que viu o seu ex-namorado acompanhado de outra garota. Relata que isso foi a “gota d’água” para si e, que diante de toda a angústia que sentiu no momento, decidiu tomar diversos medicamentos para aliviar, de forma definitiva, o seu sofrimento.

Nesse ponto, o terapeuta se questionou sobre esse recurso da passagem ao ato, comum na clínica com adolescentes (Coutinho, 2006). Contudo, o analista optou por buscar ouvir mais Alice acerca disso, incluindo em outras sessões posteriores. Em diversos casos, é mais importante que o analista seja capaz de assegurar um ambiente confiável do que uma interpretação. Interpretações realizadas de maneira precoce podem ser sentidas como violentas, e aquelas feitas de forma atrasada podem ser ineficazes.

Em virtude da tentativa de suicídio, a família de Alice se encontrou em um impasse sobre o que fazer com ela. Trata-se de uma adolescente que se encontra em um ambiente instável: os pais são separados, com uma atitude de distanciamento por parte de sua mãe, que adota uma postura de preferência em relação ao filho mais novo, e uma ausência por parte do pai. Diante disso, o compromisso encontrado foi o de Alice ir morar com Cristina, que já havia cuidado desta e que aparentemente tinham boas relações, além de uma rede de apoio de outros familiares em Brasília, como primos e tios.

Por ter se mudado recentemente, ainda não sabia muito bem o que contar sobre o processo de adaptação à nova cidade, mas demonstrava empolgação, contando que acreditava ter melhores condições de vida e uma rede de apoio mais presente do que antes. Falou brevemente sobre o acompanhamento psicológico e psiquiátrico que realizava em sua antiga cidade, mas não soube informar sobre as medicações que tomava, já que Cristina que tinha o controle dos remédios desde a mudança.

Abordou, de maneira resumida, sobre o comportamento de escarificação que fazia há alguns anos. E que tinha parado desde que chegou em Brasília, ressaltando que o que mais a afetava eram as crises de choro, a impulsividade e o humor depressivo. O terapeuta perguntou acerca do abuso, e Alice relatou não lembrar muito sobre, somente o que seus pais falavam para ela, dando a entender que ainda não estava pronta para falar desse tema.

Apesar de retraída, não aparentou muitas resistências à situação analítica de forma geral, que provavelmente iriam aparecer posteriormente. No fim da sessão de acolhimento, foram combinados os aspectos formais do enquadre, como horários, faltas, atrasos, e que iria ser providenciado o encaminhamento para o ambulatório de psiquiatria com o qual o VIPAS possui parceria. Os atendimentos ocorreriam de maneira semanal, com a possibilidade de eventuais

consultas terapêuticas com a avó, a partir da identificação dessa demanda, seja por parte do analista quanto pela própria paciente. Dessa maneira, estava-se construindo o dispositivo plurifocal, inicialmente pela sessão de acolhimento e instauração do enquadre individual.

Essa primeira consulta permitiu o acordo de um enquadre formal, mais consolidado. A extensa recapitulação desse primeiro encontro se deu em virtude de que as primeiras entrevistas possuem extrema importância no manejo do tratamento com um todo, é a partir delas que se dá o tom das sessões subsequentes.

Desde o primeiro contato, o caso de Alice demonstrava-se desafiador para o terapeuta, tendo em mente os aspectos contratransferenciais, o sentimento de ansiedade de Cristina e o mistério por trás do desinteresse de Alice. Tais aspectos demonstraram que o analista seria convocado não somente pela adolescente, mas também pela família dela e por si mesmo.

Na sessão seguinte, Alice começou mais quieta, demonstrando que precisaria que o terapeuta “guiasse” a sessão, ao menos no começo. Estava fisicamente diferente da sessão anterior, tendo mudado o corte de cabelo, e sua postura retraída colaborou para que passasse uma impressão infantil, tímida. O terapeuta então adaptou a “jóia” do enquadre, conversando e se mostrando mais ativo e vivo para a paciente.

Alice comentou que estava empolgada em ter começado na nova escola, mas que ainda estava se acostumando com o novo ambiente e sentia falta de muitas coisas de sua antiga cidade, como os amigos, a rotina e seu irmão mais novo. Isso também significava que ainda estava se adaptando ao novo terapeuta, o que demandaria certo tempo até que um clima de confiança se instaurasse e fosse sentido pela dupla.

O restante da sessão foi marcado por uma postura aberta do terapeuta, permitindo que Alice se sentisse confortável para falar sobre o que quisesse. Nesse momento, ela mencionou o

sentimento de tristeza e as consequentes crises de choro que a acompanham desde a infância. A própria Alice associou isso aos seus relacionamentos com seus pais, marcados por violência – no caso do pai -, e por ausência – no caso da mãe.

As sessões seguintes possibilitaram entendimento geral do caso, a partir da identificação dos principais aspectos abordados no decorrer do tratamento de Alice: a agressão por parte do pai, o abuso sexual sofrido na infância, a distância tomada pela mãe, além da mudança para Brasília e a consequente adaptação que estava ocorrendo a esse novo ambiente. Esses aspectos, intrincados com o excesso pulsional pubertário, culminaram em uma fragilidade narcísica, a partir da qual Alice, não possuindo os recursos para lidar com essas questões, recorre a um comportamento de dependência da realidade externa, expressa pela busca incessante de um objeto capaz de tamponar a falta, e na medida em que esse objeto é falho, a passagem ao ato é sua última esperança.

Para além das temáticas citadas, outro tema foi recorrente na primeira parte do tratamento de Alice: o seu relacionamento com Cristina. Tratava-se, na percepção de Alice, de um relacionamento autoritário, em que ela se sentia constantemente “presa”, sem liberdade para fazer as coisas que gostaria. Isso resultava em constantes brigas entre as duas e um sentimento de culpa por parte de Alice que, nesses momentos, sentia “perder o controle”.

Em uma sessão posterior, ao falar sobre o abuso, esse sentimento de perda de controle retornou. Novamente, Alice relata que não se lembra de como as coisas ocorreram; as marcas que esse evento deixou foram na forma de “sensações”, nas palavras de Alice. Ao tentar descrever, ela dizia se tratar de uma mistura de uma sensação boa, relativa à dimensão de prazer, com um sentimento de culpa, de sentir nojo de si mesma por guardar essa sensação boa, mesmo ciente de que era a vítima nessa história. A impressão é que se trata de um evento étéreo, longe

da materialidade das recordações, o abusador não aparece de maneira explícita no relato, apesar de Alice afirmar que foi um funcionário do transporte escolar, ela não o consegue descrever, é como se fosse um ser intangível, e irrepresentável para ela.

É impossível não pensar na confusão de línguas de Ferenczi (1932/2011) ao ouvir esse relato. É possível pensar que o que aconteceu com Alice se trata da introjeção do sentimento de culpa e a identificação com o seu abusador, onde as linguagens da ternura e da paixão ainda se encontram intrincadas, agora pela revivência no contexto pubertário (Gutton, 1993). E a maneira que seu psiquismo encontrou para lidar com isso foi esquecendo parte do acontecido, através de uma cisão, e somente uma parte de si mesma sobreviveu, mesmo que “mutilada”.

Alice articulou essa questão com a vivência de sua própria sexualidade, afirmando ter pensamentos sexuais constantes, junto com uma vontade impulsiva de se masturbar. Sente-se culpada por esses pensamentos e comportamentos e também sente culpa em relação à sua primeira (e, até o momento, única) experiência sexual consentida.

Alice relata essa experiência, em que se sentiu pressionada a ter relações sexuais com um garoto com quem havia se relacionado, com certo desconforto. Apesar dessa pressão desse garoto, relata que tinha desejo, mas que não foi uma experiência prazerosa; se sente culpada e nojenta em relação a esse episódio. Percebe-se que são os mesmos sentimentos relativos ao abuso sexual. Assim, é possível compreender que, no campo da vivência de sua sexualidade, Alice ainda mostra essa confluência entre uma parte infantil e uma parte adulta, não ocorrendo um período de latência. A falta desse tempo preparatório para o pubertário é muito violenta; trata-se de uma vivência muito precoce de violência, tanto física quanto sexual (Marty, 2010).

Isso nos leva a falar sobre a relação de Alice com seu pai.

Atualmente, trata-se de uma relação marcada pelo distanciamento; parece não haver muito contato entre ambos. Alice não conseguiu determinar um ponto de ruptura específico em sua relação paterna, porém, a forma pela qual o seu relato é feito permite inferir que esse objeto parental intrusivo passou a ter um estado de ausência para Alice. Acerca dos episódios em que o pai lhe bateu, não apareceu diretamente algum material relativo a fantasias, tampouco sentimentos de raiva em direção ao seu pai.

Contudo, é possível pensar e articular a vivência da sexualidade de Alice a partir de possíveis fantasias em relação às agressões de seu pai. Freud (1919/2010) relaciona essas fantasias tanto com sentimentos de prazer, quanto a um traço de perversão infantil. Na trama edípica de Alice, o prazer masoquista provavelmente foi recalcado, resultando nesse sentimento de culpa, aspectos relacionados à fase inconsciente da fantasia de surra em meninas, que ilustra o desejo incestuoso de ser amada pelo pai (Freud, 1919/2010).

Dessa forma, conclui-se que a vivência psíquica de Alice não abre espaço para fronteiras, somente um distanciamento que implica ausência, em uma lógica de “nada” ou nada”, uma problemática narcísica, próxima do que Green (1988) denomina de narcisismo de morte. Clinicamente, um dos focos da análise passa a ser a criação de condições que a permitam explorar a sua sexualidade de uma maneira coerente com a sua idade e amadurecimento, a partir da instauração de limites e de uma estrutura enquadrante no atendimento clínico que possibilite a simbolização e apropriação subjetiva.

A disposição do enquadre do atendimento de Alice não se orientou pelo dispositivo psicanalítico *standard*, justamente pela dificuldade de adolescentes em se adaptarem ao modelo do sonho e à lógica da associação livre. Assim, tendo em perspectiva que o caso se tratava de uma clínica do ato, o terapeuta optou por uma disposição “lado a lado”, evitando também um

possível sentimento de intrusão que ocorre nos dispositivos “face a face” e com um manejo similar ao da “conversação psicanalítica” (Roussillon, 2005; 2019). Tudo isso diz respeito à incapacidade do aparelho psíquico limítrofe de encontrar uma boa distância relacional, tendo que ser manejado pelo analista a partir de alterações no enquadre.

Esse dispositivo visou facilitar o trabalho de simbolização de Alice, o que ressoa com as proposições de Roussillon (2019) que o dispositivo clínico deve também ser um dispositivo simbolizante e que atraia os processos transferenciais. Acerca desses, Alice demonstrava uma transferência “ausente”, marcada por algumas resistências, em que as suas defesas iriam aos poucos sendo desativadas pela situação psicanalítica e pelo dispositivo.

Essas resistências consistiam em momentos de silêncio, uma dificuldade em se expressar e em eventuais ataques ao enquadre, especialmente citando a sua experiência prévia de psicoterapia. Como eventual medida para lidar com isso, especificamente na clínica com adolescentes, o trabalho realizado com os pais através das consultas terapêuticas é fundamental.

4.1.2 Consulta terapêutica com familiares

Em um determinado momento, Cristina entrou em contato com o terapeuta para ver a possibilidade de marcar uma consulta terapêutica, sem a presença de Alice. O terapeuta comunicou que teria que avisar Alice primeiro, por mais importante que possa ser o papel do responsável nos atendimentos, o principal vínculo terapêutico a ser preservado é o com o próprio adolescente.

Assim, a consulta terapêutica foi marcada após comunicar Alice, e esta ter se mostrado tranquila sobre o assunto. Nesse caso, Cristina relatou que iria acompanhada da sua filha, tia de Alice e, visando uma lateralização da transferência, optou-se por realizar a consulta em dupla,

com uma coterapeuta do VIPAS. Na primeira consulta, Cristina havia demonstrado uma intensa relação transferencial, buscando apoio no terapeuta e se sensibilizando bastante. A ideia de “diluir” a transferência com a presença de outro terapeuta possibilitaria um melhor manejo, além de auxiliar a demarcação de que se tratava de um outro enquadre, separado do atendimento individual de Alice, mas ainda integrante do dispositivo plurifocal (Jeammet e Corcos, 2005; Rojas-Urrego, 2008). Aproveitando, é importante informar nesse ponto de que Alice já havia começado os atendimentos psiquiátricos, mas ainda não tinha elaborado sobre eles em sessão.

Haviam algumas preocupações de Cristina acerca de Alice e uma dificuldade em lidar com ela, especialmente no que tangia à imposição de limites, que motivaram a realização da consulta. De maneira geral, esses dois pontos são frequentes no atendimento de adolescentes, e o analista acaba por ser responsável por tranquilizar os responsáveis, investigando possíveis falhas ambientais que dificultem ainda mais a travessia desse momento do desenvolvimento.

Cristina relatou que Alice utilizava seu celular para acessar algumas redes sociais, o que a permitia ter acesso ao histórico de mensagens e às atividades de forma geral. Por meio de uma notificação, ela percebeu que Alice mantinha contato com diversos homens mais velhos, apesar de não ter encontrado nenhum envio de fotos, ou algo que explicitasse uma relação dela com algum desses homens. Cristina e sua filha estavam preocupadas de que algo poderia acontecer com Alice, além da possibilidade de ela se expor em demasia na internet. Apontaram que consideravam esse comportamento “precoce” para a idade dela, e que Alice era muito imatura para algumas questões, enquanto aparentava ter amadurecido “antes do tempo” para outras.

Nesta consulta terapêutica, o terapeuta teve o objetivo de tranquilizar Cristina e sua filha. Não se tratava de realizar orientações acerca de como cuidar de Alice e do que fazer com ela,

mas de entender a dinâmica do ambiente em que ela estava inserida e devolver isso para a família.

Outro aspecto que surgiu foi a impulsividade de Alice. Ela não aparentava ter a capacidade de esperar, de tolerar frustrações ou até mesmo de se controlar. Isso foi algo abordado por ela em diversas sessões, inclusive ao falar de sua tentativa de suicídio. Sua impulsividade parecia estar relacionada a uma incapacidade de simbolizar, recorrendo ao ato. Não parecia, por outro lado, haver espaço psíquico para que as experiências fossem vividas e apropriadas por Alice, tudo era muito concreto e violento para ela.

Isso pode ser interpretado pensando nos aspectos narcísicos de Alice. Um narcisismo destrutivo, como elaborado por Rosenfeld (1988) pode ser identificado a partir de uma indiferença em relação a objetos externos, como uma reação defensiva ao trauma e de uma fragilidade subjetiva. Tal modalidade de defesa cria uma “pele” para proteger o interior. Diante desses casos, a orientação de Rosenfeld é que o analista esteja atento ao que o paciente quer comunicar, através da identificação projetiva, que é sentida contratransferencialmente. A partir disso, uma interpretação com efeitos terapêuticos é possível.

4.1.3 Impasse e interrupção do tratamento

Esse aspecto do narcisismo de Alice, aliado à dificuldade de constituir uma boa distância relacional, característica de funcionamentos limítrofes, culminou em um impasse no processo terapêutico. Alice disse que ficaria algumas semanas sem poder ir às sessões, em virtude de uma viagem com sua família. Ao retornar, a impressão do analista foi de que havia outra pessoa em sua frente. A postura de Alice e a maneira de falar estavam sem a tonalidade depressiva ou apática costumeira, e ela disse estar se sentindo muito bem, melhor do que antes. Quando questionada do que poderia ter provocado essa mudança, atribuiu-a uma mudança na sua

medicação receitada pelo psiquiatra, dizendo ter melhorado sua tristeza, sua impulsividade e sua relação com sua avó.

A fala de Alice acerca da medicação permite falar, mesmo que brevemente, acerca do enquadre do atendimento psiquiátrico. Ela falou poucas vezes acerca de como estavam sendo os atendimentos, e até então afirmava que os remédios não faziam muito efeito. Um aspecto que chamou a atenção era um receio de Alice em receber um diagnóstico, especialmente de Transtorno de Personalidade Borderline, que havia apresentado um trabalho na escola sobre. Esses aspectos demonstravam que o enquadre com o psiquiatra estava sendo instaurado, e que existiam algumas resistências por parte de Alice, ao menos até a troca da medicação.

Retomando a sessão de retorno, Alice não elaborou muito, e também não aparentava ter nenhuma resistência à análise nesse momento, parecendo estar realmente bem. No entanto, a sessão seguinte mostrou o oposto. Pela primeira vez, Alice demonstrou uma resistência explícita à análise, ao afirmar que se sentia bem o bastante e que não via mais sentido em seguir com o processo terapêutico. O analista comentou a importância de que ela continuasse comparecendo às sessões, mesmo nos dias em que estivesse se sentindo bem. Ao término da sessão, foi informado a Alice que haveria um recesso de duas semanas em virtude das férias da Universidade onde se localizava o serviço-escola.

Na semana seguinte, Alice havia se esquecido que não haveria sessão e foi até o serviço-escola, que ligou para o terapeuta, contudo, ela se lembrou do recesso e falou iria retornar na data prevista. No dia anterior à sessão de retorno, Cristina ligou para o terapeuta, pedindo o contato do psiquiatra de Alice, que estava apresentando uma crise de ansiedade e parecia ter uma urgência naquele momento. O terapeuta passou o contato e reforçou que, na sessão do dia seguinte, conversaria com Alice sobre o que aconteceu, permitindo um espaço de elaboração.

Contudo, horas antes da sessão, Cristina desmarca, afirmando que Alice tinha ido ao hospital por conta da ansiedade e que ficaria alguns dias internada para observação. Neste momento, não era possível falar diretamente com Alice, o que deixou o terapeuta apreensivo sobre o que poderia ter acontecido.

Na semana seguinte, próximo ao horário da sessão, Cristina entra em contato desmarcando, alegando que Alice havia recebido alta, mas que não queria mais ir para os atendimentos, e que não conseguiria levá-la contra a sua vontade. Nesse momento, o analista marcou uma consulta terapêutica somente com Cristina, para que houvesse algum esclarecimento a respeito da situação de Alice.

Cristina comenta que Alice realmente estava muito resistente em ir para as sessões, relatava que a terapia não estava ajudando a sentir-se melhor e que o analista não a “dizia o que fazer”. Perguntada sobre os dias que antecederam o retorno das sessões, que resultaram na internação de Alice, relatou o seguinte: Alice estaria na expectativa de ganhar um celular novo de sua outra avó, que reside no Rio de Janeiro. Entretanto, isso não foi possível, e Alice sentiu uma angústia enorme. Sem ter ouvido a história diretamente de Alice, foi difícil para o clínico pensar com clareza acerca de como ela estava vivenciando esses momentos.

Com o passar dos dias, a ansiedade de Alice não melhorava, o que preocupou Cristina e a fez levar Alice ao hospital. Lá, Alice afirmou estar com pensamentos suicidas, além do histórico de automutilação. A partir disso, houve uma indicação para internação, que Alice queria e Cristina acabou por concordar. Esta última comenta que isso se tratou de uma manipulação de Alice, pois ela queria que as pessoas soubessem que estava no hospital e se compadecessem de seu estado.

Para Cristina, o comportamento de Alice parecia uma grande atuação, com o intuito de manipular as pessoas ao seu redor e conseguir algo que aplacasse sua angústia. Após alguns dias, foi liberada do hospital, e passou a apresentar um quadro de humor mais deprimido, sem querer ir à escola ou fazer suas atividades, e sem querer ir às sessões de psicoterapia. Acerca dessa última parte, Cristina informou que Alice optou por trocar de terapeuta, sob a alegação de que as sessões não a estavam ajudando. Assim, a partir desse impasse, foi realizado o encerramento dos atendimentos de Alice após 6 meses de acompanhamento.

4.1.4 Considerações acerca do fim do caso

A primeira impressão que fica em relação a esse caso, é a de que existem algumas pontas soltas que um tratamento mais longo poderia tentar esclarecer. A interrupção do tratamento elucida o aspecto de que Alice apresenta dificuldades em estabelecer e manter vínculos afetivos. Em suas relações mais primitivas, foi violentamente invadida e abandonada, resultando em uma defesa narcísica diante dos objetos que lhe traziam dor.

A partir da análise, Alice pode viver o espaço potencial do enquadre, mas se sentiu fragilizada pela revivência do trauma de ausência objetal diante do recesso do analista. Por compreender isso, o analista maneja a situação buscando contornar a tempo a repetição mortífera do narcisismo de morte que busca o desligamento das relações objetais, quando frente a sensação de dependência com o objeto. Ou seja, há uma tentativa de rompimento do vínculo terapêutico, como resultado do narcisismo destrutivo de Alice. O manejo possível, frente à recusa de Alice em continuar indo para as sessões, foi tentar resgatar e "tratar" o ambiente imediato de Alice, chamando Cristina para a última sessão.

O impasse mortificante, através da repetição do desinvestimento objetal, está presente nos ataques ao vínculo, que o analista tentava proteger (Bion, 1967/1959). Esses ataques levam o analista a um status anobjetal, impossível de ser ligado, mesmo diante de uma sobrevivência sem retaliação ou morte. O vazio parece perseguir Alice em suas relações, de modo que as possíveis e necessárias ausências do objeto são impossíveis de serem sustentadas. Não se fala aqui de um vazio como o da estrutura enquadrante, que possibilita a simbolização, mas um vazio “cheio”, mortífero e impossível de ser simbolizado.

Adolescentes no limite se utilizam da linguagem do ato e da identificação projetiva. Diante da ferida aberta que ainda sangra em Alice, o narcisismo do analista se torna alvo, pois, somente assim, poderá ser sentido o que nunca pôde ser transformado em palavras, e, portanto, simbolizado. Mesmo para atacar o objeto, é necessário um mínimo de vinculação e confiança. Não se tenta destruir um objeto que nunca fora parcialmente internalizado.

4.1.5 Considerações quanto ao dispositivo plurifocal

Apesar do impasse e da conseqüente interrupção do tratamento, algo que pode ser percebido nesse caso, é a forma que o dispositivo foi construído juntamente a ele. No começo, o dispositivo era formado apenas pelo enquadre individual com o psicoterapeuta, em encontros semanais. Após algumas semanas, foi realizado o encaminhamento para a psiquiatria, quando se deu início às consultas mensais.

Acerca deste outro enquadre, apesar de não ter sido possível realizar um encontro clínico de supervisão em conjunto com o psiquiatra responsável, a estabilidade e o caráter de continuidade de ambos os enquadres permitiram a configuração de uma terapia bifocal, com atuações separadas. A fala de Alice de que a medicação foi a principal responsável por sua melhora inicial demonstra que havia, naquele momento, uma transferência positiva com a

psiquiatria, enquanto a transferência negativa foi direcionada para o psicoterapeuta, que “não dizia o que ela deveria fazer”. Esse aspecto ressoa com o que foi abordado sobre bitriangulação, em que há uma transferência clivada em objetos bons e maus (Green, 1974/2017). Assim, há um objeto completamente bom, e outro completamente mau, e manejar essa transferência negativa, ainda que diluída e lateralizada, representa um desafio para o terapeuta.

Ocorreram somente duas consultas terapêuticas após a sessão de acolhimento. Ao longo dos atendimentos individuais, não se viu a necessidade de se efetuar essas consultas de maneira regular, apesar de que, possivelmente, uma consulta terapêutica na presença de Cristina e Alice juntas poderia ter efeitos positivos no tratamento e no ambiente imediato. As consultas foram importantes para demarcar um limite desse enquadre, de caráter pontual e flexível, sendo apenas mais uma das coisas que constituem um caso mais amplo, como afirmado por Winnicott (1971/2023).

Por fim, é importante ressaltar que se tratou de um caso que, apesar de ter ocorrido uma interrupção do tratamento, em virtude do narcisismo destrutivo da própria paciente, foi um caso em que foi possível pensar e construir um dispositivo plurifocal, a partir da utilização de três enquadres distintos, com objetivos distintos, mas que possibilitaram uma maior compreensão do funcionamento de Alice. Evidentemente, alguns elementos do dispositivo se mostraram desafios sobre serem construídos dentro desse caso, especificamente o fato de que somente uma consulta terapêutica foi realizada, e sem a presença de Alice. A realização de mais consultas terapêuticas, em diferentes configurações ajudariam a construir um dispositivo plurifocal “sob medida”, a partir das capacidades de simbolização da paciente, sustentadas por esse enquadre estendido. O encontro clínico de supervisão com a psiquiatria também poderia favorecer a construção desse enquadre estendido, ou “meta-enquadre”, além de permitir um manejo em conjunto do caso.

Contratransferencialmente, foi um caso que o terapeuta sentia que tinha de pisar com cuidado enquanto percorria o terreno de Alice, enveredar-se no seu psiquismo e manejar os impasses e afetos só foi possível, na medida das capacidades do analista, a partir do trabalho de supervisão dentro do grupo, dando um espaço para pensar, como uma representação material do enquadre interno.

Assim, dentro da temporalidade em que ocorreu e antes da interrupção das sessões, foi um trabalho psicanalítico que permitiu o psicoterapeuta pensar, tanto em aspectos metapsicológicos quanto da própria metateoria da sua prática clínica, e acima de tudo, sobreviver sem retaliar, afinal.

4.2. Caso Júlia

4.2.1 Apresentação do caso e primeiras sessões

Júlia é uma adolescente de 15 anos, que chegou ao serviço-escola e ao VIPAS a partir de um encaminhamento do ambulatório de adolescentes do Hospital Universitário de Brasília (HUB), com uma demanda de crises depressivas, escarificação e instabilidade do humor. A paciente mora com os pais e o irmão mais novo, cursando o primeiro ano do ensino médio ao início dos atendimentos.

Foi realizado um primeiro contato através do telefone com a mãe de Júlia, Carla, com o intuito de marcar uma sessão de acolhimento. Carla pediu que essa sessão fosse realizada de maneira remota, por uma impossibilidade de levar a filha até o serviço-escola naquele momento. Assim, a primeira consulta foi marcada e ocorreu através do *Google Meet*. As duas entraram na chamada de vídeo com alguns minutos de atraso, e a primeira impressão era de uma aparente desorganização no ambiente familiar, além de uma falta de conhecimento até do que consistiria em uma psicoterapia.

Assim como no caso de Alice, o primeiro momento da sessão foi realizado na presença de ambas, mas Júlia aparentava estar tímida, e não quis falar. Dessa forma, Carla tomou a iniciativa de contar o que tinha levado sua filha a buscar acompanhamento psicológico. Segundo o relato, Júlia começou a fazer acompanhamento psiquiátrico alguns meses antes, por estar apresentando sintomas depressivos e alguns episódios de crises de raiva, em que ela se machucava e quebrava objetos da casa. Quando as crises se tornaram mais frequentes, foi realizado o encaminhamento para o tratamento psicoterapêutico.

Acerca da infância de Júlia, Carla relata que a filha teve uma infância “normal”, sem grandes eventos marcantes e dentro do esperado, além do nascimento do irmão mais novo,

quando Júlia tinha 4 anos de idade. Segundo a mãe, a mudança comportamental na filha e o aparecimento dos sintomas deu-se a partir da entrada na adolescência, por volta dos 13 anos de idade. No início, a família achava que era “coisa de adolescente” e que eventualmente passaria, porém com a intensificação dos sintomas, procuraram atendimento psiquiátrico

Carla também relata a dificuldade da filha de “se abrir” para ela e contar o que sente, demonstrando distanciamento na relação materna, o que também parece valer para a relação de Júlia com seu pai, que não pôde comparecer à sessão.

Nesse ponto da sessão, foi pedido que Carla se retirasse, para que o analista conversasse somente com Júlia. O fato de ser uma sessão *online* faz com que o terapeuta esteja atento a algumas particularidades, principalmente a possibilidade de um ambiente seguro, que permita o sigilo e que a paciente se sinta à vontade. No contexto de atendimentos virtuais, os aspectos físicos do enquadre não estão mais sob o controle do analista (Cardoso et al, 2022).

Isso faz com que a situação analítica seja invadida, em algumas situações, pelo mundo externo. Falhas na conexão de internet, problemas nos aparelhos e até mesmo intrusões de terceiros são expressões de uma fragilidade do enquadre, que agora é sustentado não somente pelo analista, mas pela dupla (Cardoso et al, 2022). Mesmo assim, foi possível estabelecer um enquadre e realizar o atendimento.

Júlia foi para o seu quarto realizar o restante da sessão. Aparentava uma postura tímida, sem saber muito bem o que dizer, nunca tinha feito psicoterapia antes. Ao ser perguntada sobre o que a havia levado até ali, responde que não sabe muito bem ainda. Esse ponto reforça a importância do trabalho do analista em construir conjuntamente a demanda do adolescente, e o seu desejo em estar em análise (Coutinho, 2006).

O terapeuta perguntou sobre as crises e os sintomas relatados por sua mãe, e nesse momento Júlia não soube elaborar muito, disse se sentir triste e sozinha, ao mesmo tempo em que também sentia muita raiva, e a forma de “descontar” esses sentimentos era por meio das crises e dos cortes. Acerca dos cortes, relata que começou a se cortar por volta dos 9 anos de idade, ainda na infância. Novamente, não consegue elaborar muito ainda sobre, mas diz que se cortar é uma forma de se sentir aliviada, e não apresenta ideações ou pensamentos suicidas.

Em seguida, o analista comentou que o objetivo desse encontro era de poder conhecer Júlia, e que ela podia contar o que quisesse. Percebeu-se então que Júlia se sentiu mais confortável, e falou sobre diferentes aspectos da sua vida. Ela entraria agora no primeiro ano do ensino médio, e sente uma cobrança excessiva de sua mãe em relação ao desempenho escolar.

Fala que seu pai não é muito presente, pois trabalha bastante e só fica em casa aos finais de semana. Quando criança e após o nascimento de seu irmão mais novo, ficava bastante tempo sozinha em casa, ou com outros parentes, já que seu pai estava trabalhando e sua mãe acompanhava o filho mais novo no hospital, que tinha uma saúde frágil.

Relata não possuir muitos amigos, somente alguns colegas da escola, e nem relacionamentos amorosos. Sobre esse último ponto, explica ter problemas de autoestima, e que ninguém gostaria dela dessa forma. Percebe-se assim uma tonalidade depressiva, uma solidão sem fim que a assola e que parece impossível de ser superada.

Ao fim dessa primeira consulta, houve uma breve interrupção de Carla, que entrou sem aviso no quarto de Júlia, que ficou constrangida. Para evitar que isso pudesse ocorrer novamente, o terapeuta acordou com ambas que as sessões se dariam de maneira presencial e semanalmente, no serviço-escola de psicologia, reforçando a importância de que Júlia sentisse que estava em um ambiente seguro, sem que houvesse invasões do mundo externo.

A passagem do ambiente virtual para o presencial também é importante nesse primeiro momento dos atendimentos, o encontro físico permite experienciar o enquadre de forma vitalizada, junto à presença corporal do analista, visando também um aprofundamento do vínculo transferencial (Quinet, 2021).

De uma maneira geral, as primeiras sessões de Júlia consistiram em um progresso lento, em que pouco a pouco ela contava mais da sua vida, de seus pensamentos e sentimentos acerca do mundo e de si mesma. Trata-se de uma adolescente muito sozinha, com poucas amizades e dificuldade de criar vínculos.

Um tema frequente nas primeiras sessões foi o sentimento de ciúmes em relação ao seu irmão mais novo, que julga ser o preferido de seus pais, fazendo Júlia sentir-se excluída do próprio núcleo familiar, como se não fosse bem-vinda. Acerca de seus sentimentos, comenta de agressividade e raiva em relação ao mundo e a alguns adultos, como se estivesse de “saco cheio”, mas ao mesmo tempo aparenta estar perdida, sem saber muito bem que rumo tomar. Esse aspecto em específico faz eco com a “zona de calmarias”, discutida por Winnicott (1961/2001). Transpor esse marasmo é fundamental na travessia da adolescência, para que enfim o jovem seja capaz de sentir que o mundo é real e dotado de algum sentido.

Apesar do frequente silêncio nas primeiras sessões, a situação analítica gradualmente foi sendo sentida como um espaço confiável, no sentido winnicotiano do termo. Ou seja, trata-se de um ambiente em que Júlia sabia o que iria acontecer (Dias, 2014). Após alguns meses de atendimentos, foi marcada uma consulta terapêutica com Júlia e seu pai.

4.2.2. Primeira consulta terapêutica

A identificação da demanda para marcar essa consulta terapêutica partiu de uma supervisão do VIPAS, em que a ausência do pai de Júlia nos relatos era notável, ao passo em que era o próprio pai que a levava para as sessões. Assim, o intuito era poder ouvir esse pai e Júlia juntos, para melhor compreensão acerca da relação entre os dois e do ambiente imediato de Júlia.

Tendo em vista que essas consultas com os familiares e o adolescente implicam no manejo de múltiplas transferências por parte do analista, decidiu-se realizar essa sessão com a presença de uma coterapeuta do VIPAS, permitindo uma lateralização transferencial nos dois terapeutas, e não somente em um investimento maciço em um terapeuta (Jeammet e Corcos, 2005; Rojas-Urrego, 2008).

Apesar de um aparente desconforto, o pai, que será chamado de Luís, aceitou participar da consulta. Em suma, ele relatou não entender o motivo do comportamento e dos sintomas da filha e que, apesar de não conseguir ficar muito tempo em casa, tentava fazer o possível por seus filhos. Nesse momento, Júlia comentou que o seu ambiente em casa é instável, marcado por brigas constantes entre seus pais, que acaba por afetar tanto ela quanto seu irmão mais novo. O ciúme em relação ao irmão foi substituído por uma sensação de companheirismo e cumplicidade, em que ambos se uniam para poder lidar com a instabilidade do ambiente familiar e das relações parentais.

Luís comentou um pouco sobre a agressividade e comportamentos impulsivos de Júlia. É importante ressaltar que ele só foi ter conhecimento acerca da escarificação dias antes da consulta. Ele também relatou não saber o que leva sua filha a se cortar, dessa vez em um tom pejorativo, como se a mesma não tivesse motivos para isso.

Então, foi pedido que Luís saísse da sala, para que os terapeutas conversassem somente com Júlia, que estava fragilizada pela postura de seu pai. Ela chorou por não se sentir compreendida ou até mesmo escutada por seus pais, e os terapeutas reforçam que ela está em um espaço em que pode se expressar sem receios ou resistências.

4.2.3 Encontro clínico com a psiquiatria

Algumas semanas após a consulta terapêutica com Luís e Júlia, ocorreu uma supervisão clínica com a presença do psiquiatra responsável pelo ambulatório psiquiátrico que a atende. Esse encontro permitiu uma discussão acerca do caso através da articulação entre os três enquadres do dispositivo clínico plurifocal: os atendimentos individuais, as consultas terapêuticas e as consultas psiquiátricas.

Foi realizada uma apresentação geral do caso, uma construção desde a demanda inicial até a consulta terapêutica. O psiquiatra relatou que, desde a entrada de Júlia na psicoterapia, houve uma melhora sintomática, especialmente em relação ao humor depressivo, o que indicava um prognóstico positivo para o caso.

Também foi apontado a dificuldade de vinculação de Júlia com os médicos que a atenderam até então, algo que foi confirmado por ela em uma sessão posterior. Essa diferença no vínculo transferencial é característica de dispositivos bifocais e que também se justifica a partir da diferença na atuação entre o psicoterapeuta e o psiquiatra (Corcos, 2008). A postura aberta e paciente, de modo a não ser um objeto invasivo ou ausente, permitiu que o terapeuta criasse um vínculo positivo com Júlia. Trata-se de uma disposição similar ao que o dispositivo “lado a lado” apresenta, em que a dupla adota uma postura de ir em uma mesma direção, lado a lado (Roussillon, 2019). Nessa perspectiva, esse dispositivo psicoterapêutico se adapta melhor às

necessidades de apoio dos pacientes, enquanto o dispositivo psiquiátrico visa atender outros objetivos.

Um último aspecto discutido neste encontro tratou-se da escarificação de Júlia. Um tema que não foi aprofundado nas sessões de psicoterapia, mas mencionado em diversos momentos. Dessa forma, pretende-se reservar um tópico sobre esse tema na vida de Júlia e como foi trabalhado ao longo das sessões.

4.2.4 O comportamento de escarificação

Júlia começou a se cortar com 9 anos de idade, no mesmo contexto em que o jogo “Baleia Azul”, que estimulava a automutilação e ao suicídio de jovens, estava em voga (Peixoto, 2018). Nesse período, Júlia sofria bullying de colegas de sua escola e até mesmo de parentes, por conta de sua aparência. Os sentimentos negativos que sentia, aliados a esse contato com a automutilação, culminaram na escarificação.

Os cortes não eram a única saída que Júlia encontrou para dar vazão ao que lhe era impossível de pensar, ela também relata que, em suas crises, era comum sentir uma raiva intensa, e quebrava alguns objetos em casa como consequência. Com o passar do tempo, o comportamento heteroagressivo diminuiu, enquanto os cortes aumentam de frequência. Assim, a raiva passa a ser ocupada por uma tonalidade depressiva, em que o ato se volta contra o Eu.

Algo que chama a atenção na relação de Júlia com os cortes é o aspecto ritualístico que eles possuem. Não se trata inteiramente de um ato impensado, mas que a atravessa de diferentes formas. Costuma se cortar de noite, no banheiro de casa. Diz que não gosta de usar facas ou lâminas de estilete, e que prefere utilizar a lâmina do apontador que leva para a escola. No começo das sessões, relatava que quebrava os apontadores para poder retirar a lâmina, porém um

fato que foi surpreendente para o terapeuta ocorreu, ela passou a retirar a lâmina sem quebrar o apontador, e a colocar de volta nele depois de usar.

Essa pequena mudança pode ser significativa ao se pensar que algo mudou em Júlia nesses meses que se passaram até então, um ato mais agressivo e até mesmo primitivo passou a ser mais pensado e elaborado, ainda que os cortes tenham continuado e até aumentado de frequência em certos períodos. Esses períodos foram períodos em que Júlia apresentava-se mais deprimida, e os cortes eram o que ela encontrou, naquele momento, para sentir algo que não fosse tão pesado quanto o vazio.

Os cortes constituíam uma espécie de ligação com o corpo, a permitindo sentir-se viva, mesmo diante de algo mortífero (Cardoso e Amparo, 2022). Em uma sessão, relata ter tomado muitos remédios e ter escrito cartas de despedida para sua família, entretanto, disse não ter se tratado de uma tentativa de suicídio, a medicação era uma forma de buscar alívio para o que estava sentindo, um afeto ainda sem nome e forma.

Júlia diz que um dos motivos que a leva a não se matar, é saber que os seus atendimentos ajudariam o terapeuta, pois tinha assinado, na segunda sessão, um termo de assentimento. Ela então se coloca enquanto objeto de desejo do terapeuta, para se sentir importante e necessária para alguém, tendo em vista que sente que não é importante para sua família, e que o sentimento de solidão ainda a acompanha.

Essa fala é bastante representativa sobre o vínculo que se formou entre terapeuta e paciente, em que ambos se encontram em posição de ajudar o outro, e caminhar juntos para o mesmo lugar. O terapeuta reforça a importância de Júlia estar indo para as sessões, não para o ajudar em sua pesquisa, mas para que eles possam trabalhar juntos e que ela possa se sentir melhor.

Em uma sessão posterior, Júlia relata novamente estar apresentando um comportamento agressivo com outras pessoas, sente que sua mãe não se importa com ela, preferindo o irmão mais novo. Esse desinvestimento do objeto materno é sentido de maneira muito profunda, implicando um próprio desligamento de Júlia de outros objetos de sua vida. Nessa mesma sessão Júlia comenta que faz algumas semanas que ela não tem se cortado. Anteriormente, ela já havia pontuado que estava sentindo algo diferente ao se cortar, como se fosse um ato que estivesse perdendo o sentido e o propósito.

Em outras palavras, aquilo que antes era um rito pessoal de Júlia, dotado de significações latentes e afetos, passou a ser uma ação vazia. Trata-se de uma mudança na própria capacidade de simbolização da paciente, em que um ato dessimbolizante deixa de fazer sentido enquanto fuga de seu psiquismo, permitindo que outras soluções, menos mortíferas, apareçam. Tânatos sai de cena, para que Eros possa surgir (Cardoso e Amparo, 2022).

Entretanto, Eros ainda não parece ter uma forma definida. Sem os cortes, o que resta para o psiquismo de Júlia é simbolizar, representar as experiências e afetos que a atravessam. Mas trata-se de uma simbolização muito precária, sem forma definida. Isso aparece nas sessões no sentido de que Júlia ainda parece procurar um destino que não seja atacar a si mesma. Uma possibilidade que não tinha espaço nas primeiras sessões.

Ao longo de alguns atendimentos, Júlia comenta um pouco sobre a percepção de seus pais sobre a terapia de modo geral. De acordo com ela, eles possuem uma percepção ambivalente da psicoterapia e do terapeuta de sua filha, ao passo em que compreendem a importância do processo terapêutico de Júlia, ambos pontuam que o terapeuta não fala “para eles o que eles devem fazer para Júlia melhorar”. Esse ponto se deve provavelmente a uma percepção de ambos

de que sua filha não apresenta melhoras substanciais, além do fato de que eles não sabem lidar com Júlia, convocando o analista para isso.

Como abordado anteriormente, na análise de adolescentes é preciso que o analista esteja atento às múltiplas transferências e ao manejo que elas exigem para uma continuidade do trabalho analítico. Não é raro em análises de crianças e adolescentes que uma transferência negativa por parte dos pais ou responsáveis resulte em uma interrupção precoce do tratamento (Brito, 2021).

A partir dessa questão, foi marcada uma segunda consulta terapêutica, agora somente com a mãe de Júlia, Carla. O motivo que levou o terapeuta a marcar uma sessão sem a presença de Júlia era a questão de que, tanto para o adolescente quanto para os pais, certas coisas somente são ditas a dois, e que era importante ouvir Carla nesse momento, para que ela sentisse que pode ser um continente para Júlia.

4.2.5 Consulta terapêuticas subsequentes

No começo da consulta, Carla começou afirmando a importância do processo terapêutico de sua filha e do quanto ela estava engajada em ir para os atendimentos. Nesse momento, o terapeuta pontuou a importância dos pais se engajarem no tratamento, e que uma mudança no ambiente imediato de Júlia seria benéfica para a família como um todo.

De maneira similar ao pai, Carla não sabe lidar com a sua filha, comparando-a com uma criança mimada, que faz “birra” para conseguir o que quer. Não é de se surpreender que Júlia não se sinta vista ou acolhida em casa, as mesmas crises que a levaram a começar o acompanhamento psiquiátrico e terapêutico também são vistas como um comportamento manipulativo por seus pais.

Contudo, não deixa de ser relevante a compreensão do comportamento de Júlia enquanto uma regressão a um estado de dependência. A agressividade da paciente, tanto interna quanto externa, constitui uma defesa contra o mundo. Júlia esperava que o mundo lhe desse tudo, mas sente que não recebe nada, apenas vazio.

No caso de Júlia, percebe-se que o traumático não se trata de uma intrusão ou de uma violência, mas sim de uma falta excessiva, que não atendeu às necessidades do Eu e impossibilitando o trabalho integrativo do aparelho psíquico. Roussillon (2019) define as necessidades do Eu enquanto “o conjunto das condições de trabalho de simbolização e da apropriação subjetiva, tanto primária quanto secundária”. (p. 201). Não se trata somente de necessidades intrapsíquicas, mas de condições que devem ser atendidas pelo ambiente. Nesse sentido, o analista deve dar a resposta que o objeto deveria ter dado, tanto em relação às necessidades primitivas quanto às atuais (Green, 2002).

Em um momento posterior à consulta com Carla, Júlia pede para que seja realizada uma consulta junto ao seu pai, pedido que é aceito pelo terapeuta, que identifica que há um desejo de Júlia em falar algo a seu pai, e uma necessidade de apoio, representado pela figura do analista, para que essa comunicação seja possível.

Essa consulta terapêutica foi realizada sem a presença da coterapeuta que havia participado anteriormente, por uma questão de disponibilidade de horários. A princípio, o terapeuta perguntou a Júlia o motivo para ela pedir a presença de Luís, que ela não soube responder de imediato, e acabou justificando ao dizer que gostaria de ouvir o seu pai.

Na sessão, Luís falou mais uma vez do comportamento explosivo e agressivo de sua filha, enquanto esta, por sua vez, diz estar apenas “se defendendo” das outras pessoas, já que o seu pai nunca a defendeu ou a protegeu. O terapeuta questionou Júlia acerca dessa questão de não se

sentir vista e acolhida emocionalmente por seus pais, o que fez com que seu pai adotasse uma postura reativa, ao invés de se sensibilizar pela filha.

Esse momento da sessão exigiu um manejo muito delicado por parte do terapeuta, levando em consideração o clima de hostilidade que se instaurou entre pai e filha. Júlia comenta que seus pais não notaram que ela havia parado de se cortar, e que isso lhe é frustrante. Trata-se de um desinvestimento de ambas as figuras parentais, que causa em Júlia um intenso sentimento de solidão. As tentativas de intervenção por parte do terapeuta nas consultas familiares se mostraram pouco eficazes para uma mudança ambiental, especialmente com o pai, que adotou uma postura defensiva e reativa em relação à sua filha.

Assim, a incapacidade do ambiente em prover as condições necessárias para o amadurecimento e para o trabalho de simbolização se mostram enquanto questões que dificultam o trabalho analítico, exigindo uma mudança por parte do terapeuta em seu manejo do enquadre analítico e das relações transferenciais e contratransferenciais

Essas mudanças visam identificar as “necessidades do Eu”, como aponta Roussillon (2019), para que o analista seja capaz de atender às capacidades de simbolização do sujeito, mesmo diante de uma precariedade ambiental. Em outras palavras, isso significa uma mudança na postura do analista, adotando uma postura de apoio, de maior vitalidade.

4.2.6 A passagem da representação

A partir dessas consultas terapêuticas com os pais de Julia, o trabalho a ser empreendido pelo terapeuta se concentrou em construir um dispositivo capaz de atender às necessidades de Júlia, para que o ambiente e o clínico possam ser sentidos enquanto meios maleáveis, abordados anteriormente (Roussillon, 2019).

Em uma sessão, Júlia relata que continua sem se cortar e até mesmo sem ideações suicidas, que foram substituídas por uma “vontade de morrer”, nas palavras dela. Ao ser questionada sobre essa vontade, explica um sentimento de vazio, menos mortífero que antes, mas que continua a pedir um desligamento.

A pedido do terapeuta, conta novamente acerca de como começou a se cortar, ressaltando que a saída encontrada por seu psiquismo para lidar com os excessos era através de comportamento heteroagressivos, em relação a objetos, quebrando-os. Depois de algum tempo, a agressividade passou a ser dirigida contra o Eu, manifestando-se por meio da escarificação.

Assim, o analista questionou o que ela faz agora que não se corta mais, e Júlia responde que tem brincado mais, principalmente de massinha de modelar e de uma variante desta, o *slime*, que possui um aspecto mais viscoso, mas com as mesmas propriedades das massas de modelar convencionais. O analista pontuou diretamente essa passagem da agressividade para o brincar, que foi bem-recebida por Júlia

Roussillon (2019) relata uma experiência de construção de um dispositivo sob medida, em que a solução encontrada para possibilitar a simbolização de uma paciente anoréxica consistiu em um “jogo do rabisco com massa de modelar”. Ele afirma que “esse dispositivo permitiu a ativação e o relançar de um processo de simbolização graças ao desenvolvimento – de uma forma de transferência dos processos psíquicos para o meio e suas propriedades sensório-motoras” (Roussillon, 2019, p. 163).

A diferença do caso de Júlia para o caso descrito por Roussillon é que, enquanto o trabalho com a massa de modelar neste último foi um trabalho introduzido pelo terapeuta, Júlia “inventou” essa solução e realizou esse manejo sozinha. A passagem dos cortes para o jogo com a massa de modelar, além de demonstrar uma posição regressiva infantilizada de Júlia, também

mostra que ela conseguiu realizar uma mudança qualitativa em sua maneira de interagir com o mundo.

Antes, a passagem dos processos psíquicos para o meio ocorria através da automutilação de sua pele, em que a dor e o sangrar eram o que Júlia se permitia sentir, sem simbolizar. Agora essa passagem é mediada por um objeto maleável, flexível, capaz de mudar a sua forma e manter a sua essência. O mesmo é válido acerca do enquadre e do terapeuta: o analista se mostrou suficientemente disponível, tornando-se previsível e confiável, características de um meio maleável, permitindo assim a capacidade criadora da simbolização (Milner, 1952/1991; Roussillon, 2019). Júlia investe psiquicamente em todos os focos de trabalho do dispositivo, pedindo a realização de consultas terapêuticas, questionando sobre aspectos das consultas psiquiátricas e se implicando no processo terapêutico. Isso demonstra que tanto o analista quanto o dispositivo clínico ocuparam posições similares, enquanto meios que conseguiram ser investidos e manipulados sem serem destruídos, sobrevivendo ao uso.

4.2.7 Considerações gerais sobre o caso e dispositivo

Diferente do caso anterior, Júlia continua sendo atendida semanalmente pelo terapeuta até o momento da escrita deste trabalho. Ela também continua sendo acompanhada pelo ambulatório psiquiátrico e apresenta um prognóstico positivo de maneira geral, segundo o médico responsável.

Dois aspectos são marcantes no caso de Júlia: a sua relação com os cortes e a fragilidade do ambiente em que se encontra. Esse primeiro ponto, além de marcar uma incapacidade de simbolização e passagem ao ato por parte da paciente, também atravessa a relação dela com o próprio corpo.

Júlia apresenta uma forte questão pré-genital, no sentido de que a sua sexualidade ainda não se encontra investida em objetos, em uma fase pré-edípica. Dessa forma, não há um investimento libidinal a não ser no próprio eu, e o prazer masoquista em se cortar apresenta uma natureza autoerótica. Entretanto, trata-se de um narcisismo frágil, influenciado pela própria instabilidade do ambiente.

Júlia não é investida libidinalmente por seus pais, sente-se preterida em relação ao seu irmão mais novo, que receberia amor, cuidado e o mais importante para ela, preocupação. Seus pais não aparecem enquanto figuras suficientemente boas, impedindo a formação de uma boa distância relacional. Ou seja, são objetos que são sentidos como excessivamente ausentes ou intrusivos. Assim, Júlia parece clivar a parte boa de seus pais, sobrando somente a parte ruim deles (Green, 1974/2017).

Em virtude desse desinvestimento dos pais, Júlia também não consegue internalizá-los enquanto bons objetos, é como se essa vivesse em um deserto psíquico anobjetal para se defender das eventuais intrusões. Nessa perspectiva, cabe ao dispositivo clínico se adaptar à realidade da paciente, constituindo um enquadre sob medida para favorecer o processo de simbolização.

O dispositivo do presente caso foi formado inicialmente somente pelas consultas psiquiátricas, que possuem o objetivo de analisar o contexto externo da paciente, como relacionamentos interpessoais, questões escolares e o quadro sintomático, e não se debruça acerca de aspectos intrapsíquicos. A intervenção desse enquadre em específico também está muito relacionada com a prescrição de medicamentos, visando a diminuição de sintomas.

A partir do encaminhamento para o atendimento psicológico é que o mundo interno de Júlia pôde ser investigado, a forma como ela pensa, sente e fantasia a si mesma e o mundo com o

qual interage, além da forma como suas vivências lhe atravessam. O principal intuito deste enquadre foi acolher o sofrimento da paciente, para criar um ambiente capaz de ser investido enquanto objeto.

A articulação desses dois enquadres em um dispositivo bifocal favoreceu a lateralização da transferência, o que permitiu um melhor manejo por parte do analista, além da instauração de uma transferência positiva. A integração das consultas terapêuticas familiares neste dispositivo permitiu a observação e o manejo do ambiente e das transferências.

A lateralização da transferência, como dito anteriormente, consiste em uma “diluição” do afeto transferencial em dois ou mais terapeutas, e é uma característica da terapia bifocal. No atendimento de adolescentes, é comum que ocorra uma transferência que é sentida como excessiva, difícil de manejar e com implicações contratransferenciais. A existência de um outro enquadre, que vai existir de forma complementar aos atendimentos individuais, e a presença de outros terapeutas vai permitir que essa transferência seja dividida entre eles (Corcos, 2008).

A utilização das consultas terapêuticas com Júlia e seus pais é uma expressão disso: na primeira consulta com Júlia e seu pai, a presença de uma coterapeuta facilitou tanto o manejo clínico da sessão quanto dos aspectos transferenciais, o que permitiu que, em uma consulta subsequente, não fosse mais necessária essa outra presença no enquadre. Essa mudança, que também está relacionada com a flexibilidade característica das consultas terapêuticas, ressalta o aspecto da construção sob medida do dispositivo: a primeira consulta foi realizada com o pai e a filha, a seguinte somente com a mãe, e a terceira novamente com o pai e a filha. É justamente essa elasticidade, mas sem romper os limites, que faz com que essa configuração e essa construção seja singular para cada caso. Não se trata de uma “receita” ou um atendimento

protocolar, é algo que diz respeito às possibilidades do terapeuta, do dispositivo e do próprio paciente.

E é o enquadre interno do analista que consegue dizer as medidas desse dispositivo, até onde ele é capaz de realizar esse manejo e construir esse ambiente. E para isso, muitas vezes é preciso ouvir as necessidades do paciente, a partir da comunicação inconsciente que ele faz ao longo dos atendimentos. E como mencionado no caso anterior, muitas vezes é o espaço de supervisão que permite organizar esses aspectos para o analista, servindo como tela de projeção para as angústias e para simbolização daquilo que ocorre durante os atendimentos (Amparo, Moraes e Alves, 2020).

Apesar de Júlia ainda estar sendo atendida, a partir do que foi exposto até aqui, depreende-se que se trata de um caso em que foi possível construir um dispositivo plurifocal, visando atender às necessidades de simbolização da paciente, junto a um trabalho realizado com os pais. Isso se observa a partir da interrupção do comportamento de escarificação e da melhora de sua relação materna, indicativos de que houve uma mudança a partir do processo realizado.

Considerações finais

O percurso deste estudo foi marcado pelas dificuldades encontradas no trabalho do analista com adolescentes nos limites, e os atravessamentos relacionados a esse público e suas especificidades que ressoam na clínica. Esperava-se que ao fim dessa travessia feita fossem encontradas algumas respostas para os questionamentos que motivaram a realização deste trabalho, entretanto, pode-se dizer que foram encontrados novos questionamentos.

A adolescência é um período de reorganização dos limites físicos e psíquicos do sujeito, em que a reconfirmação com o Édipo e o trabalho de luto da infância e das imagens parentais constituem as principais características. Esses pontos fazem com que esse período seja visto como um estado-limite e, em alguns casos, até mesmo uma situação extrema.

A partir do objetivo de compreender a adolescência em situações extremas, para assim pensar a clínica psicanalítica e as construções possíveis de um enquadre-dispositivo adequado, ficou evidente que é preciso um chão firme para que a travessia da adolescência seja possível.

De uma maneira geral, a clínica das situações extremas confronta a dupla analítica com os efeitos da pulsão de morte, do ato dessimbolizante e desobjetalizante. Para lidar com isso, essa clínica visa possibilitar ao sujeito não estar mais sozinho diante daquilo que ele vivenciou. É a partir do encontro da dupla que a reflexividade pode ocorrer, e a consequente integração das experiências emocionais (Roussillon, 2019).

Trata-se de uma clínica distinta da psicanálise “clássica”, que possui a neurose como paradigma para compreensão do sujeito e de seu sofrimento, baseando-se assim no modelo do sonho. É um modelo clínico do ato que coloca a técnica, o enquadre e o analista nos limites,

exigindo uma mudança de postura e variações para que se possa dar conta da complexidade desse sofrimento.

Em alguns casos, somente o enquadre individual com o analista não é o suficiente no tratamento, especialmente no caso de adolescentes, em que o contato com pais e responsáveis é de suma importância, tanto para uma continuidade do acompanhamento, mas também tendo em mente que questões ambientais costumam estar relacionadas com o sofrimento dos adolescentes em análise.

Assim, o trabalho com os pais é um trabalho possível de ser realizado pelo analista, a partir da integração das consultas terapêuticas ao dispositivo clínico. Trata-se de um outro enquadre, separado, mas que faz parte do dispositivo. Aliado a isso também há o trabalho realizado por outros médicos, principalmente em casos com maior gravidade ou risco de vida. Esse médico, geralmente um psiquiatra, ocupa outro lugar, de caráter complementar ao do analista.

Entretanto, o dispositivo não é “pronto”, e muito menos rígido. Ele é acima de tudo, construído a partir das particularidades do caso, da capacidade de simbolização do sujeito, e do enquadre interno do analista. A construção dos dispositivos relatados até aqui se pautou em uma ênfase na partilha de afeto entre paciente e terapeuta, possibilitando uma forma de comunicação inconsciente. A posição do analista enquanto guardião do enquadre, mesmo diante das transgressões, é o que permite a sustentação desse dispositivo.

A importância da reflexividade na clínica com adolescentes-limite está fortemente relacionada com a predominância do ato, que constitui uma tentativa de controlar os excessos que escapam ao domínio do sujeito (Marty, 2010). Em uma perspectiva voltada para a clínica e o dispositivo, a questão será a de permitir a esses adolescentes passar de um ato dessimbolizante,

mortífero, para uma apropriação subjetiva da experiência e do sofrimento, para que “o (re)encontro com o objeto não se realize mais ao preço de seu desaparecimento” (Marty, 2010, p. 57). Nos casos apresentados, essa reflexividade pôde acontecer a partir da passagem gradual para a simbolização dentro do próprio dispositivo clínico.

No caso de Júlia, a possibilidade de um ambiente confiável e seguro possibilitou que ela buscasse outros recursos além dos cortes para se comunicar consigo e com o mundo, passando pela mediação da massa de modelar, e os consequentes relatos sobre a capacidade de brincar que fora recuperada, permitindo a vivência de um espaço potencial. Essa passagem do brincar para a linguagem consiste em uma simbolização que permite o sujeito não somente falar, mas ouvir o que se fala, e que é possível dentro do enquadre (Celes, 2005).

Nos atendimentos de Alice, houve a tentativa, por parte do terapeuta, de possibilitar a vivência desse espaço simbolizante a partir da constituição do dispositivo plurifocal. Contudo, o narcisismo frágil e destrutivo da paciente ocasionou alguns impasses que impediram o manejo terapêutico e dificultaram a comunicação de Alice consigo mesma e com o ambiente, resultando na interrupção do tratamento.

Por fim, é importante ressaltar que o dispositivo é construído conjuntamente: ele depende tanto do sujeito quanto do analista e de seu pensamento clínico pessoal, seu enquadre interno. Ressalta-se, novamente, a importância da supervisão não somente para a construção do caso, mas como um trabalho de sustentação do enquadre interno do analista nos casos que o leva aos limites, ajudando a preservar a sua escuta. Quando o analista é capaz de preservar a sua escuta, algo de seu enquadre interno também está sendo preservado, e é isso que o permite sustentar as diversas modalidades clínicas e sofrimentos limítrofes, como os casos construídos neste trabalho.

Essa construção em dupla é realizada de maneira gradual, já que o paciente necessita sentir e vivenciar o espaço de análise enquanto um ambiente confiável, para que possa investir nele.

Referências

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1988). *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alberti, S. (2009). *Esse sujeito adolescente* (3a. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Rios Ambiciosos.
- Amparo, D.M.; Morais, R.A.; Alves, A. C. O. (2020). Adolescentes nos limites e a clínica do sensível como dispositivo psicoterapêutico. In: Deise Matos do Amparo; Renata Oliveira Morais; Katia Tarouquella Brasil; Eliana Rigotto Lazzarini. (Org.). *Adolescência psicoterapias e mediações terapêuticas na clínica dos extremos*. 1ed. Brasília: Technopolitik. , p. 15-29.
- André, J. (2004) A transferência borderline. In: Cardoso, M.R. (Org.) *Limites*. (pp. 71-80) Escuta.
- Anzieu, D. (1988). *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ayub, R. C. P., & Macedo, M. M. K. (2011). A clínica psicanalítica com adolescentes: especificidades de um encontro analítico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31, 582-601.
- Bergeret, J. (2015). *A Personalidade Normal e Patológica-3*. Artmed Editora. (Trabalho original publicado em 1974).
- Bion, W. R. (1967). Ataques ao elo de ligação. In: *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1959).
- Bleger, J. (2002). Psicanálise do enquadre psicanalítico. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 5, 103-113. (Trabalho original publicado em 1967)
- Blos, P. (1998). *Adolescência: uma interpretação psicanalítica* (2a. ed). São Paulo: Martins Fontes.

- Brito, C. V., & Naffah Neto, A. (2018). As múltiplas transferências e o manejo do setting nas consultas com pais no tratamento de crianças e adolescentes: uma contribuição. *Jornal de Psicanálise*, 51(95), 119-134.
- Brito, C. V. (2021). A importância das consultas com pais no atendimento remoto e presencial de crianças e adolescentes. In: M., Velano, E. A. Prado, P, Delfino & C. V. Brito. (Orgs). *Psicanálise com crianças em tempos de pandemia: desafios e proposições para a clínica online*. Rio Grande do Sul: Artes e Ecos.
- Cardoso, M. R (2001). Adolescência e violência: Uma questão de “fronteiras”? In Cardoso, M. R. (Org.), *Adolescência: Reflexões psicanalíticas* (pp. 41-53). Rio de Janeiro: NAU/FAPERJ.
- Cardoso, B. C. C., & Amparo, D. M. D. (2021). Por uma escuta sensível: a escarificação na adolescência como fenômeno multifacetado. *Jornal de Psicanálise*, 54(101), 221-237.
- Cardoso, B. C. C.; Amparo, D. M.; Silva, C. G.; Carneiro, J. B. M. (2022). O enquadre virtual como um dispositivo psicanalítico de atendimento online. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 56, p. 195-208.
- Celes, L. A. (2005). Psicanálise é trabalho de fazer falar, e fazer ouvir. *Psychê*, 9(16), 25-48.
- Chervet, E. (2015). Cenas familiares e consulta terapêutica de adolescentes. *Revista De Psicanálise Da SPPA*, 22(1), 239–259.
- Corcos, M. (2008). Anotaciones sobre la noción de terapia bifocal en la adolescencia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 37, 94-99.
- Coelho Junior, N. E. (2013). Psicanálise ou Psicoterapia? Delineamentos para um debate contemporâneo. In: B. B. Savietto.; L. C. Figueiredo & O. Souza.(Org.). *Elasticidade e limite na clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta. p. 95-106.

- Coutinho, L. G. (2006). Pensando sobre as especificidades da clínica psicanalítica com adolescentes. *Latin-american Journal of Fundamental Psychopathology on-line*.
- Darge, G. (2009). Réflexions à propos des thérapies bifocales. *Psychothérapies*, 29, 101-107. <https://doi.org/10.3917/psys.092.0101>
- Delaroche, P. (2008). *Psicanálise do adolescente*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora
- Emmanuelli, M. (2008). A clínica da Adolescência. In F. Marty & M. R. Cardoso (Orgs.), *Destinos da adolescência* (pp. 17-38). Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Emmanuelli, M. (2011). As saídas para o trabalho psíquico da adolescência. *Psicologia em Estudo*, 16, 51-60.
- Estellon, V., & Marty, F. (2012). *Cliniques de l'extrême*. Armand Colin.
- Fédida, P. (1991). A construção do caso. In: *Nome, Figura e Memória*. A linguagem na situação psicanalítica. (pp. 215-236). São Paulo: Escuta
- Ferenczi, S. (2011) Elasticidade da técnica psicanalítica. In *Obras completas vol. IV*. Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928)
- Ferenczi, S. (2011) Reflexões sobre o trauma. In S. Ferenczi, *Obras Completas: Psicanálise IV*. (Álvaro Cabral, 2ª ed., Vol. 4, pp. 111-135) São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1934).
- Ferenczi, S. (2011) Confusão de línguas entre adultos e crianças. In S. Ferenczi, *Obras Completas: Psicanálise IV*. (Álvaro Cabral, 2ª ed., Vol. 4, pp. 111-135) São

- Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1932).
- Fernandes, J. M. D. D. S. (2019). A escuta polifônica no atendimento psicanalítico de adolescentes. *Jornal de Psicanálise*, 52(97), 99-117.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 7, 75-86.
- Figueiredo, L. C. (2014). Escutas em análise. Escutas poéticas. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 48, p. 123-137.
- Figueiredo, L. C., & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: Algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278.
- Franco, W. A. C., & Kupermann, D. (2020). Um lugar para pensar: uma hipótese sobre o enquadre interno do psicanalista. *Jornal de Psicanálise*, 53(99), 59-74.
- Freud, S. (2017). Carta 112 [52], de 06 de novembro de 1896. In M. R. S. Moraes (Trad.) *Obras Incompletas de Sigmund Freud: Neurose, Psicose, Perversão*. Belo Horizonte: Editora Autêntica. (Trabalho original publicado em 1896).
- Freud, S. (1969). A interpretação dos sonhos. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (W. I. de Oliveira, Trad.; Vol. 5). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (1996). O método psicanalítico de Freud. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 7, pp. 233-240). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1904[1903])

- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In; *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. 7. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (2006) Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XII). Imago. (Obra original publicada em 1912).
- Freud, Sigmund. (2010). Recordar, repetir e elaborar. In: S. Freud. Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). (Trad. P. C. de Souza). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (2010). O Inconsciente. In P. C. Souza (P.C. Souza, trad.), *Obras Completas* (Vol. 12, pp. 99-150). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2010). Luto e Melancolia. In P. C. Souza (P.C. Souza, trad.), *Obras Completas* (Vol. 12, pp. 170-194). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2010). Batem numa criança. In *Obras Completas. (Vol. 14)*. São Paulo: Cia. das Letras. (Trabalho original publicado em 1919)
- Freud, S. (2011). Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. Souza, Trad., Vol. 15, pp. 114-148). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (2006). Dois verbetes de enciclopédia. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XVII)*. Imago. (Obra original publicada em 1923).

- Green, A. (2017). O analista, a simbolização e a ausência no enquadre analítico. In: *A loucura privada: Psicanálise de casos – limite* (pp. 69-102). Escuta. (Original publicado em 1974).
- Green, A. (2017). O conceito de limite. In: *A Loucura Privada: Psicanálise de casos-limite* (pp. 103-136). São Paulo: Escuta. (Trabalho original publicado em 1976).
- Green, A. (2017). A capacidade de rêverie e o mito etiológico In: *A Loucura Privada: Psicanálise de casos-limite* (pp. 315-333) São Paulo: Escuta.(Trabalho original publicado em 1987).
- Green, A. (1988). Narcisismo primário: estrutura ou estado?. In: *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. (pp. 87-142).São Paulo: Escuta (Trabalho original publicado em 1967).
- Green, A. (1988). *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta.
- Green, A. (1990). *Conferências brasileiras de André Green. Metapsicologia dos limites*. Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A., & Urribarri, F. (2020). *Do pensamento clínico ao paradigma contemporâneo: diálogos*. Editora Blucher.
- Gregório, G. D. S., & Amparo, D. M. D. (2022). A pesquisa Psicanalítica na Universidade: Estratégias Metodológicas de Investigação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 38.
- Gutton, P. (1993). *Lo puberal*. Buenos Aires: Amorrortu
- Jeammet, P. (1992). La thérapie bifocale. *Adolescence (psychothérapies 2)*, Paris,

v.10, n. 2, p. 371-390..

Jeammet, P. (2000). La référence psychanalytique est-elle toujours d'actualité dans l'approche des troubles de la personnalité et des conduites à l'adolescence ?. Dans : International Society for Adolescent Psychiatry éd., *Personality and conduct disorders* (pp. 125-150). Paris: Éditions GREUPP.

<https://doi.org/10.3917/greu.isap.2000.01.0125>

Jeammet, P., & Corcos, M. (2005). *Novas problemáticas da adolescência: evolução e manejo da dependência*. Casa do Psicólogo.

Junqueira, C. (2019). *Metapsicologia dos limites*. Editora Blucher.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B.. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Le Breton, D. (2017). *Uma breve história da adolescência*. Belo Horizonte, MG: PUC Minas. (Trabalho original publicado em 2013).

Leitão, I. B. (2018). A construção do estudo de caso em psicanálise: revisão de literatura. *Contextos Clínicos*, 11(3), 410-424.

Marty, F. (2006). Adolescência, violência e sociedade. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 9, 119-131.

Marty, F. (2010). Violência e passagem ao ato homicida na adolescência. In D.M. Amparo, S.F.C. Almeida, K.T.R. Brasil, & F. Marty (Eds.), *Adolescência e violência* (pp. 45-66). Brasília: Liber Livro.

Matos, L. P., & Lemgruber, K. P. (2017). A adolescência sob a ótica psicanalítica: sobre o luto adolescente e de seus pais. *Psicologia e Saúde em debate*, 2(2), 124-145.

- Mayer, H. (2004). A técnica ante os desafios clínicos da atualidade. In: M. R. Cardoso (Org). *Limites* (pp. 80-88). São Paulo: Escuta.
- Milner, M. (1952). O papel da ilusão na formação simbólica. In: *A loucura suprimida do homem são*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- Padrão, C. B.; Mayerhoffer, E. L.; Silva, P. C. M. da & Cardoso, M. R. (2006) Trauma e violência pulsional: a adolescência como situação limite. In M. R. Cardoso. *Adolescentes* (pp.25-43). São Paulo: Escuta.
- Peixoto, K. J. L. (2018). Popularidade entre os jovens brasileiros do “jogo do Suicídio”: Baleia Azul e sua aceitação. *Revista Extensão & Sociedade, [S. l.]*, v. 8, n. 2, p. 71–78.
- Pinheiro, T. (2001). Narcisismo, sexualidade e morte. In M. R. Cardoso (Org.), *Adolescência: reflexões psicanalíticas* (2ª ed., pp. 69-79). Rio de Janeiro: FAPERJ/NAU.
- Quinet, A. (2021) *Análise online – na pandemia e depois*. Rio de Janeiro: Atos e Divãs.
- Rojas-Urrego, A. (2008). Psicoterapia psicanalítica del adolescente deprimido: principios técnicos. *Revista colombiana de psiquiatria*, 37, 78-93.
- Rosenfeld, H. (1988) *Impasse e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
- Roussillon, R (2005). La conversation psychanalytique. Un divan en latence. *Revue Française de Psychanalyse*, 69 (2), 365-381.
- Roussillon, R. (2019). *Manual da prática clínica em psicopatologia e psicologia*. São Paulo: Blucher.
- Santos, L. F., Santos, M. A., & Oliveira, É. A. (2008). A escuta na psicoterapia de adolescentes: as diferentes vozes do silêncio. SMAD, *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 4(2), 01-18.

- Sei, M. B., & Evanazzi, A. C.. (2016). A clínica psicanalítica com adolescentes: considerações sobre a psicoterapia individual e a psicoterapia familiar. *Psicologia Clínica*, 28(2), 89-108.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: SAGE Publications,
- Urribarri, F. & Berliner, C. (2012). André Green: a clínica contemporânea e o enquadre interno do analista. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 46(3), 213-225.
- Val, A. C., & Lima, M. A. C. (2014). A construção do caso clínico como forma de pesquisa em psicanálise. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17, 99-115.
- Vorcaro, A. (2010). Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. *Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade*, 11-23.
- Winnicott, D. W. (2001). Adolescência. Transpondo a zona das calmarias. In: *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 115-128). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961).
- Winnicott, D. W.. (1994). Deduções a partir de uma entrevista terapêutica com uma adolescente. In: *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul (Trabalho original publicado em 1964).
- Winnicott, D. W. (1999). A delinquência como sinal de esperança. In: *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1967).
- Winnicott, D. (2023). Consultas terapêuticas: em psiquiatria infantil. Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1971).
- Yin, R. K. (2002). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications,

Zanetti, S. A. S., & Kupfer, M. C. M. (2006). O relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo. *Estilos da clínica*, 11(21), 170-185.

ANEXO A



Universidade de Brasília – UnB
 Instituto de Psicologia – IP
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPGsiCC

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Título da pesquisa: *Dispositivos de intervenção para atuação com jovens em situação de violência e vulnerabilidade psíquica nos contextos de justiça e da saúde.*

Orientador: Prof. Doutora Deise Matos do Amparo

Pesquisadores Responsáveis: Deise Matos do Amparo; Sebastião Venâncio Pereira Júnior

Telefone para contato: (61) 81322361/(61) 9333 8807

E mail comitê de ética CEP/IH: cep_ih@unb.br

Você ou seu filho (a) ou dependente legal está sendo convidado para participar da pesquisa “Dispositivos de intervenção para atuação com jovens em situação de violência e vulnerabilidade psíquica nos contextos de justiça e da saúde.” A sua participação, ou dele, no estudo nos ajudaria a ampliar nossa investigação sobre a escarificação em adolescentes, na dimensão do funcionamento psíquico e no contexto do atendimento clínico. *Em outras palavras, deseja-se entender a razão pela qual os adolescentes se cortam e qual a relação dos cortes com a personalidade da pessoa.*

Você ou ele (a) participará de um processo de acompanhamento psicológico a ser feito em duração variável. A participação dele (a) pode envolver algum risco, pois durante o atendimento e avaliação podemos tratar de assuntos que envolvam sentimentos de tristeza, ansiedade ou angústia. *Entretanto, esse é o único risco da pesquisa.* Por outro lado, a pesquisa traz vários benefícios: sua participação possibilita o estudo das pessoas que se cortam durante a adolescência, permitindo o nosso entendimento sobre a razão pela qual elas se cortam. O entendimento dessa questão pode fazer com que suas informações sejam usadas para ajudar outras pessoas com problemas semelhantes aos seus. Além disso, as informações obtidas podem ajudar outras pessoas e diminuir o seu sofrimento e /ou do seu filho(a) ou dependente legal.

Você não pagará nem receberá nada para participar do projeto. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Sua assinatura abaixo indica que você leu este consentimento, esclareceu todas as suas dúvidas, e livremente concordou em participar nos termos indicados. Caso aceite fazer parte desse estudo assine ao final deste documento, que está em duas vias, onde uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso você tenha alguma questão ou alguma dúvida, pode perguntar agora. Se você tiver dúvidas posteriores ou desejar entrar em contato conosco em relação a esta atividade, o nome e telefone do professor responsável e do aplicador encontram-se no final da página.

Voluntário: _____ RG: _____
 Assinatura: _____ Telefone: _____
 Local e data: _____, _____ de _____ de 2023.
 Nome do pesquisador: _____ Assinatura: _____

E mail comitê de ética CEP/IH: cep_ih@unb.br

ANEXO B



Universidade de Brasília- UnB
 Instituto de Psicologia – IP
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPGsiCC

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz).

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa:
INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título da pesquisa: Dispositivos de intervenção para atuação com jovens em situação de violência e vulnerabilidade psíquica nos contextos de justiça e da saúde.

Orientador: Prof. Doutora Deise Matos do Amparo

Pesquisadores Responsáveis: Deise Matos do Amparo; Sebastião Venâncio Pereira Júnior

Telefone para contato: (61) 81322361/(61) 9333 8807

E mail comitê de ética CEP/IH: cep_ih@unb.br

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Dispositivos de intervenção para atuação com jovens em situação de violência e vulnerabilidade psíquica nos contextos de justiça e da saúde”. Sua participação na pesquisa servirá para nos ajudar a entender melhor a razão pela qual os adolescentes se cortam. Uma vez que se possa ampliar o conhecimento sobre esse problema, poderemos propor melhores tratamentos psicológicos para essas pessoas. Para esta pesquisa adotaremos o seguinte procedimento: Atendimento Clínico.

Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização e a atendimento clínico a ser oferecido pela equipe de pesquisa. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em *reviver a tristeza de algumas situações que você pode ter passado*, porém nós garantimos que sua imagem e identidade não serão reveladas. Além disso, a pesquisa é feita por profissionais treinados que podem amenizar a sua tristeza e te ajudar a encontrar maneiras de diminuir o seu sofrimento. Lembramos que ao participar da pesquisa, você estará ajudando outras pessoas que podem se beneficiar das descobertas que você terá contribuído para serem feitas. Além do mais, ao participar da entrevista ou atendimento clínico, você estará trabalhando para amenizar o seu possível sofrimento e contribuindo para seu desenvolvimento pessoal.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais: sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade (se já tiver documento), fui informado (a) dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi o termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas *dúvidas*.

Brasília, de ____ de 2023.

Voluntário: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Telefone: _____

Nome do pesquisador: ____

Assinatura: _____