

Artigos

Para além da interpretação: repensando os enquadres e a escuta na psicanálise com crianças*

Alexandre Patricio de Almeida¹

Resumo. A problemática que envolve a homogeneidade da clínica psicanalítica tem ganhado cada vez mais espaço nas pesquisas contemporâneas. Conduzir o *setting* de maneira rígida e ortodoxa pode ser um risco de alienação para o analista e também para o paciente. Apresentarei, aqui, um caso clínico de um tratamento infantil guiado por meio dos conceitos de *técnica elástica* de Sándor Ferenczi e da *importância do brincar* de Winnicott. Os comentários finais direcionarão o leitor para uma possível reflexão a respeito dos manejos e enquadres, propondo um convite para repensar a clínica contemporânea.

Palavras-chave: clínica psicanalítica; escuta analítica; manejo; criança.

Además de la interpretación: repensando los encuadres y la escucha en el psicoanálisis con niños

Resumen. La problemática que involucra la homogeneidad de la clínica psicoanalítica está ganando cada vez más espacio en las investigaciones contemporáneas. Conducir el *setting* de manera rígida y ortodoxa puede ser un riesgo de alienación para el analista y también para el paciente. En este caso, presentaré un caso clínico de un tratamiento infantil, con base en los conceptos de “técnica elástica” de Sándor Ferenczi y de la “importancia del juego” de Winnicott. Los comentarios finales permitirán al lector una posible reflexión acerca de los manejos y encuadres, proponiendo una invitación a repensar la clínica contemporánea.

Palabras clave: clínica psicoanalítica; escucha analítica; manejo; niño.

Beyond interpretation: rethinking the frames and listening in psychoanalysis with children

Abstract. The issue that surrounds the homogeneity of the psychoanalytic clinic has gained more and more space in the contemporary researches. Conducting the setting rigidly and orthodoxly can be a risk of

* Pesquisa financiada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

1. Psicanalista, professor nos cursos de Psicologia e Pedagogia da Universidade Paulista (Unip). Doutorando em Psicologia Clínica no núcleo Método Psicanalítico e Formações da Cultura da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil. E-mail: alexandrepatriciodealmeida@yahoo.com.br

alienation for the analyst and also for the patient. I will present here a clinical case of a child treatment, guided by the concepts of “elastic technique” by Sándor Ferenczi and Winnicott’s “importance of playing”. The final comments will direct the reader to a possible reflection on the managements and frameworks, proposing an invitation to rethink the contemporary clinic.

Keywords: psychoanalytic clinic; analytical listening; management; child.

De Freud à pluralidade: uma breve discussão a respeito da clínica analítica contemporânea

Freud, quando criou a psicanálise, deixou claro que sua teoria poderia (e deveria) se expandir para diversos campos que não fossem somente o universo clínico. Isso apontava para a possibilidade de a psicanálise acompanhar o discurso contemporâneo social e as demandas que viriam com ele.

Atualmente, é preciso que encontremos direções que permitam transformações e desenvolvimentos da criação freudiana, tanto no que diz respeito à sua conceptualização teórica como na metapsicologia de sua clínica. Rejeitar as diferentes matrizes de pensamento pós-freudianas, pode ser uma atitude que tende a isolar o raciocínio clínico, produzindo certa alienação no analista, como também no paciente, que ficará restrito às leituras delimitadas por um único arcabouço teórico.

A “Era das Escolas” psicanalíticas ficou para trás. Hoje, um bom analista precisa passar por diversos terrenos do campo teórico (e também clínico). São estes múltiplos olhares construídos após o legado freudiano que ampliam a nossa visão de homem (e de mundo), tendo um impacto decisivo na atuação clínica de qualquer analista comprometido. Daí a necessidade de uma abordagem “plural”. Seria leviano adotar uma postura reducionista para um assunto tão complexo como, de fato, é o psiquismo humano. Concordo com os Bleichmar (1992) quando escrevem:

O psicanalista conta, na atualidade, com muitas hipóteses, que lhe permitem enfocar uma grande quantidade de problemas psíquicos com critérios inovadores. O preço pago para tanto é que sua perspectiva teórica e clínica complica-se enormemente. A teoria psicanalítica cresceu, a partir de Freud, por oposição de uma grande quantidade de escolas, correntes de pensamento, grupos, autores, cada um com seu enfoque particular sobre quase todos os problemas. Poderíamos dizer que, neste momento, não há uma psicanálise, mas muitas. . . . O espírito da disciplina e seus princípios básicos continuam unificados. Porém, a partir deles, abrem-se perspectivas diferentes, tanto na teoria como na técnica. (p. 17)

O aumento da demanda de crianças por tratamento psicológico na contemporaneidade tem convocado pesquisadores e outros profissionais da área de saúde mental para repensarem o seu exercício clínico, ora reafirmando as práticas já adotadas, ora reescrevendo-as. Mais do que escrever a clínica, esta renovação de pensamento prático (Costa, 1994) pressupõe uma tentativa de mudança de perspectiva na observação, com o intuito de encontrar novos sentidos para uma mesma questão ou, no mínimo, recuperar o vigor de pensar a clínica com liberdade.

Ao falar em método psicanalítico de intervenção em crianças, a experiência do brincar ganha papel de destaque. Desde a hipótese kleiniana de que a brincadeira estaria para a clínica com crianças, tal como a associação livre através dos sonhos para a clínica de adultos estaria para Freud; passando pelas teorizações winnicottianas que consideram

a brincadeira enquanto espaço potencial; até as ideias de intervenções para a psicose infantil propostas por Dolto. Essa variedade de proposições teórico-clínicas fundamenta e contribui para o método psicanalítico da escuta infantil. Como sabemos, a técnica exige uma fundamentação teórica que a sustente, da mesma maneira que o encontro com a clínica interroga e transforma o manejo que a determina.

Por outro lado, por mais que a clínica e o campo teórico da psicanálise tenham se expandido consideravelmente, o ponto de partida é igualmente claro: Sigmund Freud. Como enfatiza Mezan (2014), “aqui não há dúvida possível, e a estratégia composicional de todas as obras que se ocuparam da história da psicanálise é a mesma – trata-se de mostrar como, da raiz freudiana, surgiram os ramos que a constituem atualmente” (p. 60).

Freud foi decididamente ousado quando optou por pesquisar a origem mais primitiva e visceral da essência humana – ampliando a noção, já existente, de inconsciente. De acordo com Birman (2017), “desde os seus primórdios, o discurso freudiano foi efetivamente considerado como constituído por um conjunto de enunciados sem sentido, pois seus conceitos fundamentais não poderiam ser verificáveis” (p. 30). Além disso, admitir que o ser humano fosse regido por pulsões internas que fugiam de seu próprio domínio e que eram reprimidas por mecanismos inconscientes, ao mesmo tempo em que propunha pensar a existência de uma sexualidade infantil, seria demais ao homem do início do século XX (e por que não ainda hoje?).

Dessa forma, quando se refere às resistências ao estudo da psicanálise, Freud (1925/2011) afirma que:

Tal reação faz supor que outras resistências além de puramente intelectuais foram ativadas, que forças emocionais foram despertadas, e, de fato, na teoria psicanalítica há muita coisa que podemos atribuir tal efeito sobre as paixões das pessoas em geral, não apenas dos cientistas. (p. 259)

E continua:

A psicanálise desvela as fraquezas desse sistema e recomenda sua alteração. Ela propõe que se reduza a severidade da repressão instintual e que se dê mais ênfase à veracidade. A sociedade foi muito longe na supressão de determinados impulsos instintuais; a eles deve ser concedido um maior grau de satisfação, e no caso de outros o inadequado método de suprimi-los pela via da repressão deve ser substituído por um procedimento melhor e mais seguro. (p. 263)

O fato de refletir sobre as práticas sociais de sua época, manteve Freud à frente de diversos outros pesquisadores. O mestre de Viena arriscou o seu próprio legado ao quebrar os padrões que até então não haviam sido sequer mencionados por qualquer outro pesquisador, entrando assim para o grupo daqueles que “perturbaram o sono do mundo” (Freud, 1917).

Considerando toda a genialidade (e ousadia) de seu criador original, será que não poderíamos pensar que o método psicanalítico exige, de quem o pratica, essa mesma visão promissora e criativa de seu mestre, mas sem se distanciar dos princípios por ele estabelecidos?

Partindo dessa premissa inicial, o presente trabalho objetiva analisar o método clínico de intervenção em crianças, com base nas contribuições de Winnicott referentes ao “brincar” e no conceito de *elasticidade da técnica* de Ferenczi. Para isso, fragmentos

da análise de uma menina de cinco anos nortearão as reflexões a respeito do que estou chamando de novas estratégias clínicas de escuta (Figueiredo, 2018) e enquadramento na clínica com crianças.

A escolha desses autores justifica-se pela riqueza que imprimem em suas elaborações da técnica analítica, oferecendo ao estudo do método clínico em psicanálise um incremento a partir da escuta intersubjetiva. A análise desse caso não pôde desprezar a tênue fronteira que separa as suposições teóricas, o enquadramento utilizado e o estilo pessoal do analista, o que faz surgir outro problema a ser discutido: o que define a qualidade da intervenção psicanalítica com crianças? O manejo? A abordagem? O estilo? Tomando como fio condutor essas questões eminentes da prática clínica, peço que me acompanhem no relato que farei a seguir.

Relato do caso: “o caso Paula”

No fim de 2015 fui procurado pelos pais de Paula, então com cinco anos, que pareciam muito preocupados com a personalidade acanhada e a forma pouco argumentativa da filha para lidar com suas próprias dificuldades. Logo na primeira entrevista, ambos os pais descreviam Paula como uma menina alegre, cheia de disposição, mas excessivamente tímida com estranhos e resistente às situações novas, como o ingresso inicial na escola, que ocorreu aos quatro anos e que foi muito difícil, segundo a mãe, pois a garotinha passou alguns meses chorando até se adaptar. Entre a queixa principal, encontrava-se a dificuldade da criança em realizar algo diferente de sua rotina – como as aulas de balé, por exemplo –, além de muito choro e grito diante das frustrações cotidianas. A história familiar de Paula, nesse primeiro contato, parecia não apresentar nada que justificasse tal insegurança e introspecção: era filha única, mas convivia e brincava com seus primos, que possuíam idades parecidas. Sua relação com os avós também era boa, sem nenhuma irregularidade aparente.

Seus pais mostravam-se acessíveis, com disponibilidade para escutar as dificuldades da filha e diziam compreender o seu comportamento como uma “*etapa passageira da infância*”. No entanto, essa fala foi contrariada a partir do momento em que a queixa da excessiva timidez da filha assumiu a principal causa pela busca da análise pelos pais. Diziam não estar incomodados, quando, na verdade, estavam. À guisa de exemplo, cito um trecho do discurso da mãe:

Paula não tem muitas dificuldades na escola, somente o excesso de timidez. Ela não quer fazer novos amigos e quando vamos às festas de outras crianças do convívio dela, ela acaba não desgrudando de mim, mas entendo que isso seja apenas uma fase, pois eu também fui tímida quando criança.

Além da visível apreensão a respeito da timidez, os pais (em conjunto) questionavam se suas atitudes educativas colaboravam com esta postura da criança, demonstrando angústia e aflição quanto à condução do processo educacional da menina. “*Será que a maneira que estavam educando a filha seria a mais correta perante os padrões pedagógicos e psicológicos?*” – perguntavam a mim, aparentemente aflitos.

Paula estava prestes a ganhar um irmãozinho. Os pais haviam me procurado no período final da gravidez da mãe. Duas sessões se passaram com a mãe grávida e, a partir da terceira, o bebê já havia nascido. Em minha escuta, entretanto, não podia

deixar de considerar que entre as questões de Paula misturavam-se as ansiedades de Karina (sua mãe), que, nessa época, adaptava-se à chegada do bebê à família. O novo membro produzia uma modificação significativa dentro da dinâmica familiar.

O primeiro ano do processo analítico correspondeu a um tempo de elaboração das recentes mudanças proporcionadas pelo novo integrante, o que incluía em meu trabalho atendimentos sistemáticos aos pais, em horários diferentes ao do atendimento da filha (isso ocorreu no primeiro mês após o nascimento do bebê e depois a análise passou a acontecer somente com Paula). Fiz isso, pois senti a necessidade de escuta desta família. Os pais queriam falar das modificações na rotina e dos constantes desafios que envolviam a criação de dois filhos pequenos. Uma angústia que precisava ser compartilhada – ao menos, inicialmente.

Paula não era uma criança de difícil contato, tampouco apresentava dificuldades para brincar. Todavia, sua forma de se comunicar e estar comigo nas sessões sempre incluía uma presença ativa de minha parte, praticamente conduzindo o que era dito ou produzido em nossas brincadeiras.

Descrevo, a seguir, resumidamente, um pequeno diálogo que houve entre nós, em uma das primeiras sessões individuais com o uso dos brinquedos da sala:

Paula: [pegando uma das bonecas da caixa lúdica] *O que essa boneca pode fazer?*

Analista: *Você pode me mostrar.*

Paula: *O adulto é você. Você sabe mais. Invente uma história para a gente começar a brincar.*

Analista: *Podemos fazer isso juntos, não acha? Eu começo a história e você vai contando ela comigo. Pode ser?*

Paula: *Está bem!*

A rotina permaneceu, basicamente, deste mesmo modo durante as quatro primeiras sessões, mas algo despertou o meu interesse a partir da quinta sessão: Paula passou a levar para o consultório as suas próprias bonecas e começou a se interessar por fazer desenhos, mas de uma forma bem peculiar: produzia sempre dois, entregando um desenho para mim e outro para a boneca que levava. Além disso, começamos a brincar de construir lares (com pecinhas de montar) para os animaizinhos de pelúcia que ela levava ao consultório – o que tomava a maior parte do tempo da sessão –, restando-nos, ao final, um curto momento para brincarmos com essas construções. Sua voz aparecia poucas vezes, geralmente, sendo necessário que eu pudesse falar por ela ou dizer algo para que ela, só então, pudesse dar voz aos seus personagens.

Como desenvolve Winnicott (1962/2007a), nos estágios iniciais da análise “essa atitude do analista corresponde ao apoio dado ao ego pela mãe que torna forte o ego da criança” (p.154). O autor também “assinala que é o contexto de confiabilidade da análise e o manejo das condições ambientais do *setting*, o que deve ser primordialmente levado em conta” (Winnicott, 1962/2007a citado por Dias, 2014, p. 10). Essa fase temporária (que considero como parte significativa do tratamento) exigia de mim, tal como uma mãe suficientemente boa, uma presença implicada no seu movimento da dependência absoluta à dependência relativa (Winnicott, 1962/2007a). Gradativamente, passei a ter notícias do quanto ela estava diferente: mais expressiva e menos desconfiada – a escola deu essa devolutiva aos pais por meio de relatórios de rendimento. Durante este período da análise, acho pertinente pensarmos a respeito da seguinte citação de Dias (2014):

O autor [Winnicott] afirma diversas vezes que uma boa psicanálise nem sempre se faz de boas interpretações. Mesmo uma interpretação correta, no sentido tradicional, pode extrapolar a maturidade emocional do paciente e, como diz o autor, não devemos tentar encontrar o paciente antes de ele estar lá para ser encontrado. (p. 19)

Neste início de tratamento tive diversas oportunidades para interpretar o brincar de Paula, mas julguei coerente não o fazer. Ela estava demasiadamente dependente de mim e aprisionada em sua condição de passividade, uma interpretação poderia provocar ainda mais retraimento e prejudicar o nosso laço transferencial.

No meio do ano, entretanto, por consequência de uma possível mudança de escola, a mãe de Paula começou a solicitar vir no horário da sessão de sua filha para falar das suas preocupações com as futuras mudanças. Entre as queixas, predominava o medo de a filha não se adaptar a uma escola maior e o receio de a menina ter dificuldades para fazer novos amigos. Karina inquietava-se com a escolha que deveria fazer: rematricular Paula na mesma escola que ela estudava desde pequeninha ou aventurar-se em uma nova escola, com espaço físico bem mais amplo, método de ensino tradicional, além de ser uma instituição bastante conhecida e respeitada no bairro.

A ansiedade diante desse novo evento passou a se apresentar de maneira muito intensa para Karina e, percebendo a sua fragilidade (e necessidade), passei a atender aos pais com maior frequência nesse período. Esse atendimento se deu da seguinte forma: atendia à Paula em um dia e em outro diferente atendia à Karina e seu marido. Destaco que essa dinâmica foi apresentada à Paula, que reagiu de forma passiva, sem qualquer questionamento considerável. Este modo de conduta da paciente despertou minha atenção, pois em minha rotina clínica, quando começo a atender aos pais em concomitância com os filhos, estes últimos questionam o motivo da origem desse atendimento, gerando, por vezes, angústias persecutórias.

Mais tranquilo, o pai não via a mudança de escola como uma questão a ser superada por Paula. Em sua percepção, Karina estava inquietando-se mais do que deveria com uma experiência que ele considerava simples na vida da filha. Entretanto, a mãe chorava e angustiava-se com quase tudo que dizia respeito ao comportamento de sua filha, destacando, a todo o momento, seu receio de que Paula não se adaptaria às mudanças, principalmente se as amiguinhas não a acompanhassem na ida para a mesma escola. A lembrança da difícil adaptação de Paula no primeiro colégio reforçava a razão desse comportamento de Karina.

Em uma de suas sessões individuais, Karina me contara que, quando pequena, ela própria teve muita dificuldade para se desvincular de seus pais e que o seu casamento havia sido um momento de muita dor até que ela viesse a se tornar “*independente*”.

Entendendo como Winnicott (1963/2007) que “o processo de maturação depende, para se tornar real na criança, e real nos momentos apropriados, de favorecimento ambiental suficientemente bom” (p. 91), fui percebendo que um trabalho de análise individual para Karina se fazia necessário.

Em minha prática clínica, antes de redirecionar a mãe ou o pai para uma análise individual, costumo pensar as possibilidades de cuidar da família, escutar o seu sofrimento e a forma como se vinculam aos sintomas da criança, numa tentativa de investigar as tramas familiares e geracionais que circundam o caso. Essa escuta, normalmente, tende a ser um terreno fértil para uma futura análise dos pais, na mesma medida em que configura um potente motor que faz girar a engrenagem da análise da

criança em questão. Foi por essa via de pensamento que resolvi trabalhar com as aflições de Karina, que continuava me solicitando vir no horário da filha (uma semana ela e outra a filha), apesar de não haver nenhum impedimento para que ela estivesse nos atendimentos em outro dia/horário. Após tanta insistência da mãe, algo me impulsionou a pensar que precisava aceitar sua demanda e considerar uma mudança no enquadramento da análise em questão. Aqui, penso ser coerente, propor a seguinte citação de Figueiredo (2012):

A criação de uma atmosfera adequada à restauração da confiança do bebê nos objetos e, mais ainda, no ambiente será uma questão técnica decisiva, tal como pensado por Balint desde a década de 1940 (Balint, 1949). Mais do que interpretações reveladoras ou desconstrutivas, o tratamento requer a instalação do clima de confiança recíproca entre paciente e analista. (p. 77)

Nas próprias palavras de Balint (1934/1952), “para manter esta atmosfera mutuamente confiante entre paciente e analista é necessário muito tato e uma habilidade especial cuidadosa” (p. 197).

Foi seguindo o caminho clínico traçado por esses autores que pensei numa escuta do acolhimento e do cuidado, para que as ressignificações simbólicas necessárias à dinâmica mãe-filha pudessem, de fato, ocorrer de maneira significativa.

Caminhando com Ferenczi, que em seu texto “Elasticidade da técnica psicanalítica” (1928/2011) adotou conceitos como *tato* e *empatia* para falar da flexibilidade necessária ao trabalho analítico, permiti que o atendimento à mãe ocorresse no mesmo horário da criança, alternadamente. Tal como uma tira elástica, eu me prestei ao papel de intercalar a escuta de Paula com a de sua mãe; ora me distanciando, ora me aproximando dos afetos experimentados por cada uma delas, a cada sessão.

Poderia estar arriscando perder todos os progressos conquistados até agora nos atendimentos de Paula, que já estava mais segura, confiante, ativa durante a brincadeira e independente na escola? Talvez, mas a dinâmica do *setting* me impulsionou a tentar. Em relação à dinâmica do enquadramento, Winnicott (1962/2007b) nos apresenta a belíssima reflexão:

Gosto de fazer análise e sempre anseio pelo seu fim. A análise só pela análise para mim não tem sentido. Faço análise porque é do que o paciente necessita. Se o paciente não necessita análise então faço alguma outra coisa. . . . Sempre me adapto um pouco às expectativas do indivíduo, de início. Seria desumano não fazê-lo. Ainda assim, me mantenho manobrando no sentido de uma análise padrão. (p. 152)

Porém, ao escolher atender uma semana Paula e na outra Karina por alguns meses, eu me questioneei o que justificava a decisão (ainda que inconsciente) de romper o enquadre padrão e de que maneira isso poderia beneficiar o tratamento dessas pacientes e, consecutivamente, proporcionar uma transformação positiva naquela família?

Nesse caso, aquilo que me parecia uma quebra no enquadre apontava – posso hoje considerar – para uma abertura, uma versatilidade do manejo, cuja dinâmica remete ao que há de mais imperativo em nosso trabalho: a soberania da clínica. Esta força que incide no ato de psicanalisar lança o analista em questões nunca pensadas; promove rupturas com ideias pré-concebidas; interroga o enquadre e a técnica; e possibilita a criação de novas escutas e manejos.

Sensível a essa narrativa clínica, que se processava através dos atendimentos, a condução desse caso, a partir de um enquadramento diferenciado, não resta dúvida,

produziu novos sentidos para a minha escuta e, consecutivamente, para a minha técnica. O enquadre possível passou a ser a oferta de um espaço cuja “transicionalidade” oferecia a criação de mundos temporários voltados ao favorecimento do processo de amadurecimento interno dos conflitos de ambas as pacientes.

Crescia em mim, a cada atendimento que fazia separadamente da mãe e da filha, a convicção de que os efeitos do processo se colocavam para as duas: Paula recebia agora de sua mãe uma via de acesso para a constituição de si; enquanto Karina, ao falar da filha (e por ela), acessava as suas próprias experiências infantis por meio dessa “brincadeira” e retomava a criança que um dia fora.

A mãe passou a analisar, a partir da análise da filha, o exercício de sua própria maternidade. Isso só se deu graças à flexibilidade (e, por que não, à maturidade) de Paula, que, assim como fazia com os seus desenhos, concordou em ceder um atendimento para a mãe enquanto reservava outro para ela.

Um manejo específico e a necessidade de regredir para amadurecer, além de nos remeter (é claro) aos conceitos clínicos winnicottianos, podem ser uma ideia que foi, originalmente, defendida por Ferenczi em 1928. O autor (1928/2011) nos dirá que:

Ser parcimonioso nas interpretações, em geral, nada dizer de supérfluo, é uma das regras mais importantes da análise; o fanatismo da interpretação faz parte das doenças de infância do analista. Quando se resolve as resistências do paciente pela análise, chega-se algumas vezes, na análise, a estágios em que o paciente realiza todo o trabalho de interpretação quase sozinho, ou apenas com um ajuda mínima. (p. 38)

A luz deste caso começou a acender quando pude experimentar o que estava se dando no *setting* terapêutico, ou seja, a elaboração da experiência de presença/ausência que se construía entre nós três. Explico melhor: ao modificar o dispositivo de escuta, Paula e Karina, tal como na brincadeira de esconde-esconde, apareciam e desapareciam para mim, ao mesmo tempo em que oscilavam entre ser/não ser o objeto da análise, além disso, elas faziam aparecer e desaparecer, uma para a outra, no enfrentamento das questões que as ligavam.

A análise através do jogo de presença-ausência consistia num modo de comunicação das duas – entre si e comigo. Podemos pensar, ainda, que o ritmo que se imprimiu nas sessões recolocava para Paula uma apresentação do mundo em pequenas doses (tal como deve ser feito o trabalho de uma mãe suficientemente boa). A confiança no vínculo mãe-filha recolocava em cena o tema da separação, que começava a acontecer, objetiva e subjetivamente falando (separação dos pais, para Karina; e das amiguinhas e do antigo colégio, para Paula).

Este ambiente de acolhimento e confiança proporcionou um amadurecimento psíquico e, também, produziu um sentimento de independência à criança (e igualmente à mãe). Em outras palavras, esse jogo contínuo que se processava no *setting* transformava o próprio enquadramento num espaço potencial que dava forma à área de ilusão – necessária para que a separação entre Paula e sua mãe pudesse se dar. Parafraseando a teoria da brincadeira proposta por Winnicott (1957/2007), podemos dizer que Karina se achava num permanente oscilar entre ser o que Paula tinha capacidade de encontrar e (alternativamente) ser ela própria, aguardando ser encontrada.

O *setting* terapêutico, diante dessa proposição de sistemática de atendimento variável, produzia um brincar compartilhado entre nós três, oferecendo novos sentidos à

análise que se encaminhava. O brincar assumia, assim, a dianteira do método de tratamento psicanalítico, fundamentando as intervenções realizadas por mim. Segundo Fulgêncio (2008), caminhávamos numa “metodologia clínica centrada não tanto na interpretação, mas num determinado tipo de relação, encontro e comunicação entre paciente e analista” (p. 127). Em um de seus textos mais interessantes, Winnicott (1958/2007) escreve:

Gradualmente, o ambiente auxiliar do ego é introjetado e construído dentro da personalidade do indivíduo de modo a surgir a capacidade de estar realmente sozinho. Mesmo assim, teoricamente há sempre alguém presente, alguém que é, no final das contas, equivalente, inconscientemente, à mãe, à pessoa que, nos dias e semanas iniciais, estava temporariamente identificada com seu lactente, e na ocasião não estava interessada em mais nada que não fosse seu cuidado. (p. 37)

O ambiente que se formou nas sessões intercaladas entre mãe e filha ofereceu a oportunidade de edificar um ego auxiliar que foi o ponto basilar para ressignificar, subjetivamente, o papel social de cada uma dentro do núcleo familiar. A capacidade de “introjetar” este espaço suficientemente bom foi oferecido no período de análise mútua (e alternada). Algo que não ocorrera de início, mas encontrava, agora, o fio condutor para se estabelecer efetivamente.

Com a evolução do tratamento, pude perceber que a construção necessária à Karina para lidar com suas próprias aflições, que estavam sendo projetadas em sua filha, foi se estabelecendo. Falar no horário em que a filha era atendida, implicava um sentimento de estar recebendo os mesmos cuidados da filha – talvez essa fosse a questão crucial das inseguranças de Paula, interpretadas a partir da ideia de identificação projetiva de Melanie Klein (1946/1996).

O conceito de identificação projetiva foi uma das mais importantes descobertas da teoria kleiniana. Nesse mecanismo de defesa, partes do *self* e objetos internos são expelidos e projetados no objeto externo, o qual se torna então possuído e controlado pelas partes projetadas, identificando-se com elas (Segal, 1975). Notemos que não se trata apenas de uma simples projeção, mas, sim, de um artifício que possibilita que partes cindidas e intoleráveis do Eu do sujeito sejam inseridas no outro, possibilitando um maior controle desses fragmentos indesejados. Por este viés, compreendemos, então, que a própria angústia e insegurança de Karina haviam sido projetadas para a sua filha. Paula estava identificada e fusionada às dores psíquicas de sua mãe (e padecia psiquicamente com isso). É possível presumir que o fantasma do abandono e o permanente estado de dependência era algo que assombrava a dupla mãe-filha.

Apesar de, no início do tratamento, Paula se demonstrar introspectiva e tomada de atitudes apassivadas, aos poucos seu comportamento foi evoluindo: ela tomava a frente da brincadeira; falava da questão da mudança de escola; e me contava também de sua rotina (algo que dificilmente acontecia no início da terapia). Também conversávamos a respeito da alegria que ela sentia em poder cuidar do irmão mais novo, e repetia constantemente a expressão em tom de empolgação: “*Não vejo a hora de ele crescer, para brincarmos juntos*”. Destaco, novamente, que em nenhum momento Paula me perguntou o motivo pelo qual a sua mãe passou a vir em seu mesmo horário da análise, ela apenas cedeu.

Karina, embora fosse uma mãe atenciosa e dedicada aos filhos, sempre demonstrou demasiada insegurança em suas atitudes referentes à educação deles. Acredito que o medo ocasionado pelas mudanças de uma gravidez possa ter sido representado pelo medo de trocar a filha de escola. A não adaptação, aqui, poderia ser algo mais pertinente à mãe, do que à filha. Essa angústia gerada pela mudança faz referência às transformações produzidas no contexto familiar pela chegada de um novo membro (e todas as novas configurações que isso implica).

Quando Karina cansou de brincar e percebeu que havia crescido, cedeu o espaço da análise para o uso exclusivo da filha, que continuou em tratamento por mais alguns meses. Foi pela via do jogo (simbólico e formado pelas associações produzidas no *setting*) que Karina aprendeu a ser mãe e a conter suas angústias excessivas. Quanto à

Paula, as transformações provocadas durante o processo analítico lhe garantiram a coragem de se aventurar em uma escola nova, deixando suas amiguinhas para trás, lançando-se na descoberta de novas perspectivas e aprendizagens. O término dessa análise me permite dizer, com absoluta certeza, que também aprendi, aliás, aprendemos os três!

Aceitando a proposta da mãe, mediante a autorização da filha, eu poderia estar me colocando diante de uma grande cilada. Certamente, durante o processo terapêutico não estamos livres de riscos, mas é importante arriscar quando priorizamos o desenvolvimento psíquico de nossos pacientes. Arriscar, mas sem atirar no escuro, nos respaldando na teoria, na supervisão e (é claro) em nossa própria análise pessoal. Sobre isso Ferenczi (1928/2011) nos dirá que “a única pretensão alimentada pela análise é a da confiança na franqueza e na sinceridade do médico, não lhe fazendo mal algum o franco reconhecimento de um erro” (p. 37).

Talvez, ainda tenhamos muito a aprender com estes antigos mestres. Não seria a clínica um espaço potencial para isso?

Algumas reflexões finais

Ao apresentar, discutir e fundamentar os fragmentos desse caso clínico, meu propósito consiste, não apenas em revisitar o sistema de valores analíticos que fundamentam o método clínico em psicanálise, mas em uma tentativa de propor um questionamento acerca do ato de psicanalisar crianças.

Penso que o manejo escolhido na intervenção com Paula, acena para a importância de o analista atender às necessidades de dependência de seu paciente, tal como concede uma mãe suficientemente boa em seu trabalho de continência em relação ao bebê. Nas palavras de Winnicott (1960/2007): “o amor da mãe, ou do terapeuta, não significaria apenas um atendimento às necessidades da dependência, mas vem a significar a concessão de oportunidade que permita ao bebê, ou ao paciente, passar da dependência para a autonomia” (p.150).

Acreditamos ser possível afirmar que a qualidade da intervenção psicanalítica com crianças pode ser definida, sobretudo, pela oferta de um contexto clínico capaz de contribuir para a criação de uma experiência potencialmente nova, um espaço que inspire a confiança necessária para a criança brincar, criativamente, e entrar em contato com suas heranças culturais e familiares (Winnicott, 1960/2007). Uma técnica elástica e capaz de sustentar “como brincadeira” a presença dos pais no *setting* e a alternância das sessões feitas com a criança ou para ela mostrou-se, neste trabalho, como o principal subsídio para o debate a respeito do método clínico na psicanálise com crianças. Reafirmando, assim, que a soberania da clínica e o respeito à singularidade de cada caso ainda se impõem como um combustível que alimenta o veículo da pesquisa e o tratamento em psicanálise – seja ele feito em qualquer tempo.

Ao pensar as relações entre método, técnica e enquadramento na psicanálise com crianças, recoloço como questão, não apenas os valores metodológicos, mas também destaco a necessidade de revisitar os dilemas éticos, aqui tomados em referência às práticas de cuidado, que atravessam o ofício de todo psicanalista. Nele reside o ato de brincar tomado como modelo do método de tratamento psicanalítico, assim como o reconhecimento de que a ação terapêutica passa pelo esforço do analista em ser demasiadamente humano; ter seus próprios pensamentos; e salvaguardar a capacidade

criativa e espontânea em sua arte de psicanalisar (Ogden, 2010). Como propõe Figueiredo (2014):

Nos processos de elaboração de experiências emocionais e de elaboração de resistências ressalta a importância das experiências do sonhar (e do brincar) em análise: isso inclui tanto o sonhar do paciente como o sonhar o paciente pelo analista, como ainda, o sonhar compartilhado de ambos; trata-se do brincar de ambos na construção de uma ambivalência viva de recolhimento, pesquisa e transformação. O brincar em Melanie Klein e o jogo do rabisco em Winnicott exemplificam perfeitamente bem esta criação intersubjetiva de uma situação analisante. (p. 113)

O que seria a psicanálise, se não uma rica experiência de “recolhimento, pesquisa e transformação”? Recolhimento, pois precisamos nos manter “recolhidos” em nosso silêncio para elaborar todas as construções (e desconstruções) realizadas com um determinado paciente, assim como os desafios que envolvem essa dinâmica; pesquisa, porque todo atendimento baseia-se em uma experiência única e singular que nos promove inquietações que resultam, inevitavelmente, na produção de uma pesquisa (nem que ela ocorra de modo informal); transformação, pois toda experiência humana produz transformações (em nós e naqueles que estão envolvidos).

Como afirma Figueiredo (2014), “criar, instalar e sustentar os processos de fala nos limites da linguagem é fazer psicanálise, é manter viva e operante uma situação analisante, é participar da elaboração da experiência emocional” (p. 124). Como analistas, temos que sustentar um grau de confiabilidade que nos impõe uma formação complexa (teórica e clínica), respalda por nossa própria análise pessoal. Por essa confiabilidade, evitamos que nossos pacientes passem por situações de imprevisibilidade (Dias, 2014). Se formos capazes de oferecer este lugar, o paciente poderá, aos poucos, ir descobrindo um modo de existir como si mesmo, integrando-se como uma unidade e ampliando o seu campo de relação com as coisas e os outros.

Para Ferenczi (1928/2011), é necessário nos colocarmos no lugar do paciente, “sentir com ele todos os seus caprichos, todos os seus humores, mas também nos atermos com firmeza até o fim, sem renunciar a nossa posição ditada pela experiência analítica” (p. 42). Para tanto, vale a pena arriscar em busca de certa inovação, que promova algum progresso terapêutico, ultrapassando as limitações de uma clínica singular, guiada por uma única escuta, que, muitas vezes, poderá não se adequar à pluralidade de nossos pacientes.

Antes de finalizar, cito, mais uma vez, o nosso grande mestre de Viena e suas contribuições apresentadas no texto “Construções na análise” (1937/2017):

O analista produz um pedaço de construção, comunica-o ao paciente, para que faça efeito sobre ele; depois ele constrói mais um pedaço a partir do novo material que chega como um afluente e trabalha do mesmo jeito, e nessa alternância vai até o fim. Se nas apresentações do trabalho analítico se ouve falar tão pouco em “construções”, isso se deve ao fato de que, em vez disso, fala-se em “interpretações” e seus efeitos. Mas penso ser construção o termo infinitamente mais adequado. (p. 369-370)

É preciso, sobretudo, que sejamos ousados e inovadores, proporcionando o que há de melhor em nós aos nossos pacientes. Freud nos ensinou isso com sabedoria. Inovou para criar. A inovação faz parte da inscrição da identidade de um psicanalista. Psicanalisar é criar, é se permitir e, principalmente, permitir ao outro a plena capacidade de evolução.

É pelo fio da interpretação que o analista irá tecer nexos entre as dificuldades, impedimentos, inconsistências e pavores, que aprisionam e atormentam o paciente. O próprio Freud (1937/2017), contudo, deixa claro que uma boa psicanálise não deve se limitar, unicamente, pela atividade interpretativa. É claro que há inúmeros riscos e perigos na condução do manejo da situação clínica, por isso, um conhecimento amplo, referenciado em múltiplas abordagens e ancorado pela ética do cuidado pode ser a chave que buscamos quando pensamos em abrir as portas mais atravancadas de nossos pacientes, em busca deste incrível desafio que é o vir a ser humano. Neste quesito, a pluralidade de ser singular (por mais paradoxal que soe) torna-se indispensável.

Referências

- Balint, M. (1952). The final goal of psychoanalytic treatment. In M Balint, *Primary love and psycho-analytic technique* (pp. 188-199). London: Karnac. (Trabalho original publicado em 1934)
- Birman, J. (2017). Discurso freudiano e contemporaneidade. In M. R. Kehl et. al., *Por que Freud hoje?* (pp. 25-46). São Paulo, SP: Zagodoni.
- Bleichmar, N. M. & Bleichmar, C. L. (1992). *A psicanálise depois de Freud*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Costa, J. F. (1994). *Redescrições da psicanálise: ensaios pragmáticos*. Rio de Janeiro, RJ: Relume Dumara.
- Dias, E. O. (2014). *Interpretação e manejo na clínica winnicottiana*. São Paulo, SP: DWW Editorial.
- Ferenczi, S. (2011). *Elasticidade da técnica psicanalítica*. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV* (A. Cabral, trad., pp. 29-42). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928)
- Figueiredo, L. C. (2012). *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo, SP: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2014). *Cuidado, saúde e cultura: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante*. São Paulo, SP: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2018). *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise*. São Paulo, SP: Blucher.
- Freud, S. (2011). Construções na análise. In S. Freud, *Obras completas* (Paulo César de Souza, trad., Vol. 16, pp. 327-344). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1925)
- Freud, S. (2017). As resistências à psicanálise. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. de Souza, trad., Vol. 19, pp. 252-266). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1937)
- Fulgencio, L. (2008). O brincar como modelo do método de tratamento psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 123-136. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2008000100013
- Klein, M. (1996). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In M. Klein, *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)* (pp. 17-43). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1946)
- Mezan, R. (2014). *O tronco e os ramos*. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2014.

- Mezan, R. (2017). *Sociedade, cultura, psicanálise*. São Paulo, SP: Karnac, 2017.
- Ogden, T. (2010). *Esta arte a psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Segal, A. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Winnicott, D. W. (2007). Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, trad., pp. 101-105). Porto Alegre, RS: Artmed. (Trabalho original publicado em 1957)
- Winnicott, D. W. (2007). A capacidade de estar só. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, trad., pp. 31-37). Porto Alegre, RS: Artmed. (Trabalho original publicado em 1958)
- Winnicott, D. W. (2007). Contratransferência. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, trad., pp. 145-151). Porto Alegre, RS: Artmed. (Trabalho original publicado em 1960)
- Winnicott, D. W. (2007a). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, trad., pp. 55-61). Porto Alegre, RS: Artmed. (Trabalho original publicado em 1962)
- Winnicott, D. W. (2007b). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, trad., pp. 152-155). Porto Alegre, RS: Artmed. (Trabalho original publicado em 1962)
- Winnicott, D. W. (2007). Moral e educação. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, trad., pp. 88-98). Porto Alegre, RS: Artmed. (Trabalho original publicado em 1963)

Recebido em novembro/2017 – Aceito em fevereiro/2019.