

GERAIS

CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE WINNICOTTIANA À CLÍNICA COM ADOLESCENTES FRONTEIRÇOS: ESTUDO DE UM CASO

WINNICOTT'S PSYCHOANALYTIC CONTRIBUTIONS TO THE CLINIC WITH
BORDERLINE ADOLESCENTS: A CASE STUDY.

Sandra Aparecida Serra Zanetti¹, Geovanna Moreno Cianca²

RESUMO

Este artigo objetiva demonstrar os resultados de um estudo com base no trabalho terapêutico realizado com uma adolescente fronteira, a partir do manejo clínico fundamentado na teoria winnicottiana. O caso se refere a uma paciente com histórico de abandono materno, que procurou terapia aos 14 anos de idade, com episódios de desorganização mental. A metodologia utilizada foi o estudo de caso único, que dentro da pesquisa clínica visa a explorar e compreender fenômenos específicos pertencentes ao sujeito. O conceito-chave empregado para a compreensão teórica do caso foi a relação de *holding* proposta por Winnicott, bem como a noção de *false self*. O referencial adotado possibilitou a compreensão do caso como borderline, tratando-se de um falso *self* cindido, caracterizando uma patologia grave. Acredita-se que a melhora clínica foi possível por meio do *setting* terapêutico sustentado pela promoção de um ambiente “suficientemente bom” na terapia.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Trabalho; Oficinas de Trabalho Protegido.

ABSTRACT

This article intends to present the results of a case study about a borderline teenage girl, based on Winnicott's theory and clinical method. The patient had a history of abandonment by her mother, and sought therapy at the age of 14, suffering from thought disorders. The research was conducted through the method of case study, which inside the clinical context is meant to explore and understand the phenomena that are particular to the subject. The main concepts used for the case comprehension were the *holding* relation and the notion of *false self*, both proposed by Winnicott. The study of Winnicott's conception of therapy, made it possible for the case to be understood as borderline, being in fact a case of pathological false self. We believe that the therapeutic progress was made possible through a setting that sustained a “sufficiently good” environment inside therapy.

Keywords: Adolescence; Borderline States; Winnicott; Psychoanalytic Theory.

¹ Universidade Estadual de Londrina; sandra.zanetti@gmail.com

² Universidade Estadual de Londrina; geecianca@gmail.com

O *setting* terapêutico na clínica com adolescentes

A adolescência é um momento crucial no desenvolvimento do indivíduo, marcada pelas mudanças hormonais e corporais oriundas da fase da puberdade, acompanhadas por um importante processo de desenvolvimento mental (Almeida, Rodrigues & Simões, 2007). Neste período intenso de mudanças, o indivíduo necessita de condições favoráveis em seu ambiente para realizar a transição de maneira saudável até a vida adulta, rumo à estruturação final da personalidade (Eisenstein, 2006).

O estado emocional do adolescente é uma temática que suscita atenção do profissional da saúde mental, por se tratar de uma etapa crucial no ciclo de vida, na qual ocorrem transformações para além do corpo físico, no âmbito psíquico (Vilhena, 2006). Portanto, em alguns casos, é fundamental o suporte psicológico, buscando auxiliar o sujeito no enfrentamento de possíveis dificuldades de integração corpo e mente.

Aberastury e Knobel (1981) apontam que na adolescência ocorre a chamada “síndrome normal da adolescência”, caracterizada pela apresentação de comportamentos semelhantes a um quadro patológico que, no entanto, por ser transitório, pode ser considerado normal. Estabelecer o conceito de normalidade não é algo fácil; este varia de acordo com o meio socioeconômico, político e cultural; é regido pelas normas sociais vigentes e se complica ainda mais quando contextualizado numa fase turbulenta como a adolescência. Para esses autores, os acontecimentos marcantes nessa etapa são a formação da identidade e o processo de luto pela infância perdida e pela separação progressiva dos pais. Dentro da sintomatologia da “síndrome” citada pelos autores, está a necessidade de fantasiar como mecanismo de defesa às renúncias impostas pela realidade (ao corpo infantil, ao papel social anterior, aos pais da infância), fazendo com que o adolescente recorra ao pensamento fantasioso para compensar as perdas dolorosas e inevitáveis que sofre. Tal fuga seria vista como um autismo positivo, possibilitando um recurso para o reajuste emocional.

De acordo com Winnicott, a adolescência implica o crescimento físico e psicológico, estando

diretamente ligado à temporalidade. O autor postula inclusive que a melhor “cura” para esse período é a passagem do tempo (Winnicott, 1975). Para que isso transcorra da melhor maneira, o adolescente precisa de certo grau de confiabilidade em seu meio, para que possa naturalmente conquistar sua maturidade e seguir o *continuum* de seu “vir a ser” (*going on being*). Na concepção do autor, durante esse tempo de crescimento, a responsabilidade de cuidado deve ser assumida pelas figuras parentais, e se “essas figuras abdicam, então os adolescentes têm de passar para uma falsa maturidade e perder sua maior vantagem: a liberdade de ter ideias e de agir segundo o impulso” (Winnicott, 1975, p. 202). Ainda segundo o autor,

A criança saudável chega à adolescência já equipada com um método pessoal para atender os novos sentimentos, tolerar situações de apuro e rechaçar situações que envolvam ansiedade intolerável. [...], mas até nas melhores circunstâncias, quando o ambiente facilita os processos de maturação, cada adolescente ainda tem muitos problemas pessoais e muitas fases difíceis de transpor. (Winnicott, 1993, p. 152)

Dessa forma, fazem-se necessárias estratégias de suporte e acolhimento para esse momento de vida, visto que, além das mudanças corporais e da reestruturação das relações com o mundo, o amadurecer do adolescente consiste em conquistar a “consecução da maturidade através do processo de crescimento” (Winnicott, 1975, p. 198).

A clínica do adolecer tem se mostrado um grande desafio e é comum que o profissional psicólogo se depare com impasses no estabelecimento do contrato terapêutico com adolescentes. Em se tratando de adolescentes com problemas psiquiátricos, fica evidente a importância de se criar no *setting* um vínculo de confiança que proporcione conforto para que o adolescente possa falar sobre questões diversas que o afligem (Veiga & Leitão, 2009), tendo em vista as mudanças profundas próprias da adolescência, que podem causar inibição, constrangimento, desconfiança e/ou insegurança.

O cuidado no manejo transferencial com este tipo de paciente é tão decisivo quanto trabalho. Veiga e Leitão (2009) assinalam que, não raro,

“uma intervenção apressada ou a insistência sobre o mesmo tema problemático podem levar à quebra precoce do vínculo ou mesmo à defesa do paciente” (p. 24), o que prejudica o avanço da terapia.

O *setting* terapêutico na clínica *borderline*

No tratamento de casos limítrofes, discute-se a eficácia do *setting* analítico clássico, colocando em questão se o método psicanalítico de total imparcialidade do analista realmente facilita trabalhar as questões centrais desses tipos de distúrbio, que exige uma atenção especial ao surgimento do fenômeno do “estranho” na transferência.

Na direção freudiana, cada novo caso deve ser tomado como se fosse o primeiro (Freud, 1969), e a abertura ao estranho diz respeito ao *ainda não sabido*, que na clínica constitui cada caso: ao material transferencial, que é a renovação de toda uma série de experiências psicológicas aplicadas à pessoa do analista no momento presente, e, como acrescenta Gazire (2010), cabe a este a capacidade de sustentar situações transferenciais e contra-transferenciais também inesperadas.

A clínica atual difere muito daquela de um século atrás, pois sofreu forte influência da mudança sociocultural (Zimerman, 1999). Para este autor, hoje quase não encontramos mais as neuroses “puras” da época de Freud. Assistimos ao surgimento de “novas patologias” e ao crescimento da demanda de pacientes mais regredidos, como psicóticos e casos *borderline*. Essas transformações convocam uma adaptação do *setting* psicanalítico em relação ao proposto pelos pioneiros do passado. Ainda para esse autor, na psicanálise contemporânea se destaca o fato de que há uma permanente interação afetiva entre paciente e analista, na qual o manejo da transferência toma papel essencial e substitui o foco que classicamente pertencia às intervenções interpretativas. Portanto, o autor afirma que a transferência na psicanálise contemporânea pode ser entendida como o “conjunto de todas as formas pelas quais o paciente vivencia com a pessoa do analista, na experiência emocional da relação analítica, todas as representações que ele tem de seu próprio *self*, as relações objetais que habitam seu psiquismo e os demais conteúdos psíquicos (...)” (Zimerman, 1999, p.

331). Desta forma, entende-se que mudanças no *setting* são possíveis e, mais do que isso, necessárias ao enquadre, a fim de tratar psicanaliticamente os pacientes fronteiros.

Por meio de suas contribuições sobre o desenvolvimento emocional primitivo, Winnicott trouxe uma interessante proposta de transformação do *setting* analítico para este tipo de paciente. Para este autor, a transferência vai além de uma repetição de impulsos e defesas revividas com a pessoa do analista (Zimerman, 1999). Nesta visão, especialmente com pacientes em estados regressivos, não cabe falar de “desejos”, como trataria a psicanálise clássica de Freud, mas sim de “necessidades” emocionais que devem ser satisfeitas pelo analista. Isso cede a este novas atribuições de função, entre as quais se destaca a construção de um espaço de acolhimento e escuta que, de acordo com Winnicott, é de extrema importância no tratamento psicanalítico. Assim, conforme o autor, no *setting* terapêutico o estabelecimento da confiança ocupa lugar central.

Segundo o pensamento winnicottiano, a instalação da confiança se dá no início do desenvolvimento infantil e depende da confiabilidade do meio, apoiada em três noções básicas: a presença do *holding* e do *handling*, a apresentação de objetos; e a função de espelho desempenhada pela mãe ou pessoa que realiza a função materna (Kloutau & Salem, 2009). Esses processos fornecem as condições ideais para o amadurecimento e os elementos necessários para o estabelecimento da confiança (Winnicott, 1999). Dentre eles, destacaremos o conceito e a utilização do *holding* como essencial para a compreensão do caso de que trataremos a seguir.

O conceito de *holding* diz respeito ao ambiente primário do bebê, um suporte confiável que deve existir desde o nascimento para que ele possa avançar em direção à integração. Trata-se da forma cuidadosa com que o bebê é sustentado pelo outro, numa etapa da vida na qual é ainda incapaz de executar movimentos suficientemente autônomos (Kloutau & Salem, 2009).

Winnicott (1990) assinala que, para além do suporte corporal que caracteriza o *holding* no início da vida, ele promove um apoio emocional entre a dupla mãe-bebê, decisivo para um desen-

volvimento saudável das funções psíquicas, pois quando a mãe promove uma adaptação completa às necessidades do bebê, proporciona-lhe a ilusão da onipotência, de controle mágico da realidade, e ele se sente seguro para “continuar sendo” (Winnicott, 1996). Segundo o autor, o desenvolvimento normal nesse período levará a aquisição de um esquema corporal integrado na criança, chamado por ele de uma unidade psique-soma. A apresentação gradual da realidade feita pela “mãe suficientemente boa” nesta fase ajuda a criança a caminhar da sua dependência total (dependência absoluta) para a capacidade de evocação dos objetos percebidos como fora de si e utilizáveis. Em termos diagnósticos, estas pessoas alcançam uma integração e, portanto, “funcionam em termos de pessoa inteira” (Winnicott, 2000, p. 375), sendo as dificuldades enfrentadas por elas da ordem das psiconeuroses. Encontram-se também os indivíduos cuja personalidade “recém-começou a integrar-se e tornar-se algo com o qual se pode contar” (Winnicott, 2000), estas pessoas lidam com questões relativas à aquisição da integração dos sentimentos conflitivos de amor e agressividade e da dependência relativa do ambiente – não mais absoluta nesta fase. Contudo, existem indivíduos que não alcançaram a integração da personalidade, pois não encontraram as condições necessárias para o amadurecimento nos estágios iniciais do desenvolvimento infantil, tratando-se de casos mais graves. A gênese desses casos se encontra, segundo o autor, nas situações em que o ambiente inicial do bebê não foi “suficientemente bom” e falhou a função materna de *holding*. Quando há falta de *holding* adequado, o bebê fica à mercê do impacto traumatizante das ameaças e invasões externas que inibem o desenvolvimento saudável de “continuar a ser” e, diante disso, um falso *self* patológico constitui-se, com a intenção de proteger o verdadeiro *self*, mas ao mesmo tempo impedindo-o de se desenvolver (Winnicott, 1990).

Conforme postulado por Winnicott, as falhas ambientais podem ser de diferentes níveis e ter consequências diversas, como apontado anteriormente. Quando ainda permitem algum tipo de constituição de objeto subjetivo e de ilusão de onipotência, mas não num nível suficiente para impe-

dir a formação de um falso *self* cindido, instaura-se o tipo de personalidade esquizoide, que pode ser considerada um caso *borderline* numa perspectiva da leitura winnicottiana (Naffah Neto, 2007).

Para Winnicott (1990), em um certo nível, a existência do falso *self* é saudável e comum: uma faceta social do *self*, funcionando como uma espécie de representante que utilizamos para nos relacionarmos com o mundo. O que caracteriza um falso *self* como patológico é a cisão, conforme explica o autor, formada no início da vida, resultando em um *self* falso, ligado à realidade externa, enquanto o verdadeiro *self* fica separado, protegido e incomunicável.

É essa divisão que caracteriza a patologia *borderline*, conforme postula Naffah Neto (2007). Nesse caso, o eixo de sobrevivência que o indivíduo elege é o mundo interno e subjetivo, restrito à sua área de onipotência, e o paciente relaciona-se apenas quando estritamente necessário com a realidade externa. Isso porque pôde conquistar, ainda que precariamente, a formação de um mundo subjetivo que contém a sua espontaneidade, e isso lhe parece autêntico e precisa ser protegido dos ataques que a realidade possa desferir. O outro eixo é o relacionamento de um falso *self* com um ambiente externo, obscuramente percebido, mantido para ganhar tempo até que, talvez, o primeiro possa conseguir o seu direito (Winnicott, 1998).

Viver em um mundo subjetivo restringe o contato com a realidade externa e, portanto, o paciente fica com seu desenvolvimento estagnado. O falso *self* tem uma constituição frágil, passível de desintegrações diante das demandas ambientais mais pesadas. Esse processo de desintegração consiste no surto psicótico, ou seja, quando o *self* verdadeiro tem de se defrontar diretamente com o mundo externo ele sucumbe, advindo estados de pânico, de tipo paranoide, que o obrigam a cindir-se para se proteger. Tal separação gera estados confusionais de grande magnitude, povoados por manifestações psicóticas, como mecanismos de proteção (Naffah Neto, 2007).

Para o tratamento de casos graves de falso *self*, Winnicott acreditava que o paciente necessita regredir ao estado que antecedeu as situações traumáticas para retomar seu amadurecimento. Nesses

casos, o *holding*, que abre espaço para a regressão, se torna um aspecto importante no processo terapêutico, em detrimento das clássicas interpretações (Santos, 1999).

O conceito de regressão na teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott não se refere ao desenvolvimento instintual pulsional, mas sugere um retorno a uma condição anterior à falha ambiental e sua consequente reação experienciada no início da vida, tratando-se de uma regressão à dependência ambiental. Dessa forma, a regressão serve a fins terapêuticos e, para ocorrer, necessita de um ambiente passível de se amoldar totalmente às necessidades do paciente, trazendo consigo a possibilidade de corrigir uma adaptação inadequada em sua infância precoce, buscando desfazer-se de uma existência baseada no falso *self* e retomar o amadurecimento a partir do verdadeiro *self* (Winnicott, 2000).

O falso *self* é uma organização defensiva que protege o *self* verdadeiro, prejudicando a continuidade do amadurecimento. No entanto, essa defesa permite que o indivíduo espere por uma nova oportunidade de encontrar, no ambiente, as condições de *holding* de que necessita para prosseguir amadurecendo.

Uma das formas do *holding* na clínica psicanalítica envolve a provisão de um espaço psicológico em que o paciente possa se organizar. Winnicott aponta que quando o paciente fala de si, mesmo o analista sentindo que nenhuma elaboração analítica foi feita, o benefício terapêutico reside na possibilidade de o paciente ser conhecido em todas as suas partes, e assim sentir-se integrado ao menos na pessoa do analista (Ogden, 2010). O *holding* está na providência de tratar o paciente de um modo que este se sinta reconhecido e amparado, podendo vivenciar verdadeiramente seu *self*. A partir desta ideia, podemos pensar a função do terapeuta como de um lugar humano, provedor de um ambiente no qual o paciente pode se tornar inteiro.

Portanto, na clínica winnicottiana, quando a patologia do falso *self* se apresenta, o ideal é que o *setting* favoreça o aparecimento deste estado de regressão (Ogden, 2010), tendo o terapeuta a capacidade de sustentar a promoção de um ambiente “suficientemente bom”, a fim de que o verdadeiro *self* sinta-se seguro para emergir por meio deste *holding* terapêutico.

Outro conceito winnicottiano pertinente para a análise desse processo terapêutico é a ideia de espaço potencial, enquanto lugar de brincar. Este espaço também tem sua origem na relação inicial mãe-bebê, favorecido pelo tempo e pela continuidade do cuidado materno, por meio do qual, quando ocorre da maneira saudável, vai se distinguindo de um estado fusional com a mãe, até se tornar um espaço distinto. Com o passar do tempo, a mãe passa de um objeto indiferenciado de si mesmo a um objeto objetivamente percebido e é este espaço subjetivo – inicialmente originado entre mãe e bebê, mas persistindo e crescendo por toda a vida – que pode ser usado para brincar. Para o autor, a capacidade de brincar faz parte do amadurecimento humano, sendo sinônimo de saúde (Winnicott, 1975).

Muitas vezes, a escolha de um objeto para brincar caracteriza um fenômeno transicional, descrito por Winnicott como fundamental nessa passagem subjetiva. Este fenômeno para ele é a eleição de um objeto real pela criança, que remete ao seu primeiro vínculo com o mundo externo, representando a transição para um estado de diferenciação e de percepção da mãe como algo separado de si, funcionando também para acalmar o bebê diante da emersão de humores depressivos em relação a essa separação da mãe. Esse fenômeno, brincar com um outro objeto amplia a área de experimentação da criança e possibilita que essa importante transição paulatinamente aconteça.

No espaço potencial, espaço de brincar, persiste a ilusão de onipotência, mas também é favorecida a independência emocional, propiciando a experimentação, a criatividade e a espontaneidade. É uma área na qual as experiências alcançadas evocam sensações como aquelas vividas nos primeiros anos.

Ainda segundo o autor, “(...) o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros” (Winnicott, 1975, p. 63). Para ele, todo terapeuta deve permitir a manifestação da capacidade que o paciente tem de brincar, isto é, de ser criativo no trabalho analítico. A tarefa do analis-

ta consiste em ajudar o analisando a passar para um estado emocional que possibilite o brincar. Ao enxergar a análise como um brincar, tendo como base o *holding* terapêutico e a oferta de um ambiente suficientemente bom, possibilita-se que o analisando comece a utilizar-se de um espaço potencial, podendo recriar as relações da primeira infância e galgar a conquista da integração da personalidade, de maneira análoga à experiência vivida por um bebê com sua mãe, quando tudo corre bem.

Este artigo aborda a importância do atendimento psicológico para a saúde mental do adolescente, tendo como principal objetivo analisar a evolução de um caso clínico de uma adolescente com organização psíquica *borderline* à luz da teoria psicanalítica de Winnicott, destacando, neste processo específico, a importância do oferecimento de um *setting* como um espaço psicológico em que o paciente possa se organizar: a provisão de um *holding*.

Metodologia

Esta pesquisa se configura como um estudo de caso único, metodologia utilizada frequentemente na intervenção clínica com objetivo de compreensão e planejamento desta. Neste caso, em específico, tratou-se do exercício de analisar o material clínico de uma paciente com 14 anos, por meio das supervisões clínicas e dos relatos de sessões psicológicas, realizadas por uma terapeuta estagiária, sobre um tratamento de 1 ano e 11 meses de duração, realizado na clínica-escola de psicologia de uma universidade pública.

Em relação à metodologia de estudo de caso, Stake (2000) postula que a utilização de um único caso em pesquisa é funcional em certas circunstâncias, dentre elas: quando se utiliza o caso para investigar determinadas proposições teóricas e quando o caso é revelador, permitindo o acesso a informações não facilmente disponíveis. Nesta pesquisa, o estudo de caso foi pensado a partir destas duas premissas.

Nessa metodologia aplicada à pesquisa clínica, o conhecimento teórico se debruça sobre o particular e individual, por meio de um “procedimento de observação direta e minuciosa” (Barbier, 1985, p. 45) aliado ao sentido inerente à técnica clínica de exploração e compreensão dos fenômenos pertencentes ao sujeito.

Sobre a relevância da pesquisa em clínica, Barbier (1985) afirma que a clínica é um ponto de encontro entre a ciência fundamental e a ciência aplicada, no que diz respeito ao homem, sendo um valioso espaço de conhecimento no qual hipóteses são construídas e postas à prova constantemente, de maneira semelhante a um laboratório. A clínica pode ser considerada um espaço de confronto entre teoria e realidade, no embate cotidiano da ciência por melhores soluções de vida; dessa forma, o autor propõe a visão do espaço clínico como um espaço científico, destacando sua característica fundamental de sensibilidade às ambiguidades e hipercomplexidades características dos fenômenos clínicos.

Quando falamos de fenômenos que não se apresentam nitidamente definidos, estamos falando de casos em que o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos pesquisados – o que geralmente acontece na prática da clínica psicológica. O estudo de caso particular se mostra uma relevante estratégia na busca por respostas a questões do tipo “como” e “por que” nesse contexto.

Importante acrescentar que o objetivo dos estudos de caso não é generalizar resultados, mas obter uma compreensão e interpretação mais profunda dos fenômenos específicos, delineados como objetivo da investigação. Neste tipo de pesquisa, o objetivo geral do pesquisador é expandir e generalizar teorias, visando a que se produza e se opere sobre elas (Yin, 2001).

Apresentação do Caso Clínico

O caso a ser apresentado é de uma adolescente, que chamaremos de Jacqueline, encaminhada a uma Clínica-Escola, aos 14 anos de idade, onde foi atendida por uma terapeuta em estágio curricular. Inicialmente a paciente relatou desejar alguém para conversar e “desabafar”, pois estava passando por “coisas difíceis” na vida e já “não aguentava mais”. Jacqueline parecia estar sendo incompreendida e não encontrar em suas relações um espaço de escuta e acolhimento. Ao longo das entrevistas com o avô materno, pessoa responsável pela adolescente, a queixa inicial foi a de que estaria muito irritada, “malcriada” e maltratando a avó, que tivera um AVC, ficando comprometida neurologicamente.

Jacqueline é fruto de um casamento que durou pouco. Os pais separaram-se antes de ela completar 1 ano de idade. Desde os seus 6 meses de vida, passou a morar com os avós maternos porque sua mãe assim preferiu. Após a separação do casal, o pai de Jacqueline afastou-se de sua função paterna, vindo a falecer quando ela estava em processo terapêutico. Enquanto vivo, o relacionamento dela com o pai era quase inexistente.

A presença da mãe também era rara na vida de Jacqueline. Na casa dos avós, ela foi cuidada por babás, pois o avô trabalhava durante o dia e a avó pôde ajudar nos seus cuidados durante os primeiros anos, até ser acometida por uma deficiência cognitiva progressiva. A paciente relatava ter pouquíssimas memórias com a mãe, que na época se casou novamente, formando uma nova família e distanciando-se ainda mais da filha.

A mãe mantinha-se longe da adolescente, quase como se não se responsabilizasse por ela. Eram poucos os momentos de convivência. Supostamente, Jacqueline deveria passar os finais de semana com a mãe, mas era muito comum que esta a dispensasse, o que deixava a filha muito triste, sentindo-se abandonada.

Com o adoecimento da avó, que começou quando a paciente tinha cerca de 7 anos de idade, os papéis se inverteram e Jacqueline tornou-se sua principal cuidadora, tendo responsabilidades como preparar a comida, fazer a higiene íntima e tomar conta dela durante o dia todo, sozinha. A família de Jacqueline não aparentava se implicar o necessário com a doença da avó. O assunto não era conversado ou pensado pelos adultos da família. Jacqueline parecia ser a única cuja vida era afetada diretamente pela situação. Até o avô pouco se envolvia, pois passava o dia todo no trabalho. Embora já com mais de 75 anos de idade, ele provia o sustento da casa e ajudava financeiramente os filhos, incluindo a mãe de Jacqueline.

A relação de Jacqueline com o avô sempre foi boa. O avô parecia ser o único modelo masculino adequado presente na vida da paciente. Ela preocupava-se muito com ele e ficava assombrada diante da possibilidade de perdê-lo. No discurso dela, não apareciam muitos outros laços familiares, apenas um tio de quem ela falava muito pouco e um irmão mais novo por parte de mãe, de quem gostava.

O processo terapêutico aqui relatado contou com 1 ano e 11 meses. No início, a paciente conservava-se a maior parte do tempo em silêncio, não olhava para a terapeuta e tinha dificuldade de falar sobre si. A terapeuta procurou, então, ocupar principalmente o papel de escutá-la atentamente, dando sinais de que ali seria plenamente aceita e reconhecida. Com o tempo, a paciente passou a trazer pistas de seu relacionamento vago com a mãe e o peso das responsabilidades em relação à avó. Foi relatando as dificuldades de ser uma adolescente com um grande encargo e sem nenhum suporte emocional, a falta de uma estrutura familiar e o adoecimento da pessoa com quem tinha um dos mais fortes vínculos afetivos em sua vida: sua avó, que foi quem substituiu a mãe durante sua infância. A rotina de Jacqueline consistia em ir à escola durante a manhã e retornar para casa, onde passava o restante do dia, dedicada aos cuidados da casa e da avó debilitada.

Após um período curto de escuta contínua, a paciente trouxe a ocorrência de vivências de desligamento, que podem ser analisados como pequenos surtos psicóticos, episódios de desorganização da representação da realidade. Explicou ter construído um mundo de fantasias para onde ia periodicamente e, em uma dessas “viagens”, não conseguiu retornar para a realidade, precisou ser levada ao chuveiro para acordar. Outros surtos consistiam em ficar girando no chão, dando voltas ou batendo a cabeça contra paredes. Esses fenômenos aconteciam em momentos em que ela passava por estados de muita irritação e, em seguida, “apagava”, sem se lembrar de nada depois. Analisando-se a sintomatologia, pode-se verificar que não se tratava de crises convulsivas e, ao estudar-se o histórico médico, o diagnóstico de epilepsia foi descartado. Foi também descartada a possibilidade de delírios esquizofrênicos com base nas características peculiares do “mundo imaginário” da paciente, que podia ser evocado de acordo com sua vontade e era por ela distinto da realidade – assemelhando-se mais a um exercício de fantasia do que a um delírio – e dos pequenos desligamentos de consciência – periódicos e restritos a situações de muita sobrecarga emocional, como brigas com a mãe ou dificuldades com a avó.

Jacqueline relatou que começou a construir seu mundo imaginário fazia alguns anos: cada dia construía um pouco e, diariamente, desligava-se de sua rotina para ficar em silêncio, fechar os olhos e adentrar nesse mundo. Contava que sempre fazia mudanças nele, acrescentava mais detalhes, construía mais espaços e personagens. As pessoas habitantes desse mundo eram uma versão “melhor” das pessoas reais, segundo ela. Tratava-se de um lugar onde ela tinha controle onipotente dos acontecimentos e tudo corria como ela gostaria que fosse – seu refúgio subjetivo.

Logo no início desses relatos, ela contou ter incluído mais alguns detalhes: uma árvore, que tinha frutos que se assemelhavam a estrelas azuis e cujo interior era formado por uma biblioteca com toda a sabedoria do mundo. Ela relatou que a árvore era a terapeuta e que gostava muito de ficar sentada à sua sombra. O simbolismo desse relato foi considerado um avanço terapêutico e uma afirmação do estabelecimento da transferência positiva entre paciente e terapeuta.

A escuta atenta e presente da terapeuta possibilitou a construção de um vínculo que foi se fortalecendo. Estava ávida por um tipo de relação assim, parecia ter muito desejo de compartilhar seu mundo imaginário com a terapeuta e era muito desvolta em explicá-lo com riqueza de detalhes. O manejo essencial desta etapa esteve em a terapeuta não se assustar com a gravidade da patologia que ela apresentava, manter o interesse em ouvi-la relatar esse mundo e sua disponibilidade de adentrá-lo, e até mesmo fazer parte dele.

Análise dos resultados

O caso ilustrado demonstra uma organização psíquica comprometida por falhas de cuidado durante toda a vida da paciente, mas principalmente no início. Levou-se em consideração para a análise do quadro clínico, além da hipótese de falhas ambientais, os agravantes do período de adolescência e a situação atual da paciente, de sobrecarga de trabalho tanto físico quanto afetivo em relação a ser responsável pelos cuidados de uma idosa com necessidades especiais.

É comum do adolescer uma dificuldade de diferenciar a realidade interna e externa e, junto a

isso, o desenvolvimento corporal nessa fase é visto como psicótico e psicotizante, pois leva à perda de aspectos infantis. Entendemos que a paciente em questão não pôde atingir a capacidade para a elaboração desses lutos devido a falhas em fases mais primitivas do seu desenvolvimento psíquico, o que agrava seu quadro clínico. Em casos como esse, quando o comprometimento psíquico tem raízes na relação mãe-bebê insatisfatória, torna-se ainda mais difícil ter bons pais internalizados, introjeções essas que, segundo Aberastury e Knobel (1981), seriam a base da estrutura psíquica e ajudariam o adolescente na vivência de seus lutos. Tendo isso em vista, e considerando a sua história de vida, o momento de adolescência traz à tona os efeitos dessas falhas iniciais, tornando o caso ainda mais delicado e dificultando o diagnóstico.

Confrontando o pensamento desses autores sobre a adolescência com a teoria winnicottiana a respeito do desenvolvimento psíquico, enxergamos no mundo imaginário da paciente o retrato de uma área de onipotência onde a ela se sentia segura para expressar seu verdadeiro *self*, o mais segregado possível do contato com a realidade. Este mundo próprio necessitava de proteção contra perigos da realidade: um falso *self* - uma maneira de agir e se comportar que a paciente sabia não ser autêntica, porém, um recurso possível, mesmo que frágil, diante das duras demandas de sua realidade, frequentemente cedendo e dando lugar às manifestações psicóticas decorrentes da cisão e do pavor da destruição que vinham à tona com situações de extremo estresse emocional.

Diante de tudo o que foi relatado, a hipótese de que se trataria de um caso *borderline*, agravado pela fase de adolescência, se fortalecia. No início, foi feito o encaminhamento psiquiátrico, ela chegou a realizar uma consulta, mas o parecer médico foi o de que ela não apresentava comprometimento grave, o que fez com que o avô, responsável por ela, aceitasse prontamente esta ideia porque se dizia contra medicamentos. Este acontecimento dificultou um novo encaminhamento e ao mesmo tempo Jacqueline foi dando sinais de melhor organização, com os pequenos surtos deixando de acontecer.

Dessa forma, foi proposta uma intervenção psicológica no sentido de clarificar, organizar e

transformar os elementos internos em elementos pensáveis, entrando-se em contato com o verdadeiro *self* e, por meio do seu acolhimento, dando suporte a um progresso na adaptação à realidade, ou seja: por meio do *holding* terapêutico.

O trabalho visava à melhor adaptação, no sentido de possibilitar, através de uma relação de confiança com o meio, que a paciente pudesse vivenciar seu *self* autêntico no mundo real, sem que com isso precisasse mobilizar defesas de cunho psicótico e passar por sofrimento paralisante, como vinha acontecendo. Para isso, as intervenções inicialmente se basearam na promoção de um *setting* confiável e no acolhimento da necessidade da paciente de se fazer conhecida, sem fazer qualquer apontamento que sinalizasse que havia algo a ser pensado sobre o que ela trazia, uma aceitação incondicional da paciente. Os temas do mundo imaginário, que tomaram conta de boa parte das sessões no início do tratamento, precisaram ser esgotados por meio das vias do discurso e também de outras formas de expressão, como brincadeiras e desenhos. O interesse e a curiosidade constantes da terapeuta nesta etapa se mostraram importantes, na medida em que propiciaram que a paciente passasse de uma resistência em falar de si ao relato apaixonado e entusiasmado de suas experiências particulares neste mundo. A partir disso, pôde-se avançar rumo à integração da parte cindida de seu *self*, representada pelo mundo fantasioso, segregado e de difícil acesso, ao todo de sua personalidade, concomitantemente ao trabalho de introdução gradual da paciente à realidade. Isto porque, uma vez aceito pela terapeuta, esta parte cindida pôde ser conhecida, aceita e assimilada pela paciente como parte de si, ligada à sua capacidade criativa da personalidade.

Um dos trechos do material clínico que exemplifica o estilo de intervenção que serviu a propósito desta integração pode ser visto no diálogo que aconteceu por ocasião da 8ª sessão:

Terapeuta: Realmente, Jacqueline, me parece fantástico este seu universo! E sabe do que mais? Eu acho que ele é uma parte de você, uma parte muito bonita e criativa, por sinal. Você tem recursos incríveis dentro de si.

Jacqueline: Você acha? Talvez eu sou criativa mesmo. Gosto de inventar histórias. Eu leio os livros e depois fico imaginando. É verdade, eu gosto de criar, eu gosto de desenhar e de imaginar. Na escola sempre fico na equipe de criação do festival e na feira de artes (...).

Neste trecho, pode-se observar que a intervenção favoreceu uma aproximação entre os dois mundos, fantasiado e real, simbolizando os dois *selves* cindidos, que alcançaram um nível de integração na fala da paciente.

À medida que os temas do mundo imaginário se tornaram cada vez menos recorrentes, a paciente foi capaz de confessar à terapeuta que não agia espontaneamente quando estava junto aos outros, e que só conseguia ser ela mesma neste mundo, relatando que as pessoas de seu convívio não a conheciam verdadeiramente. Ela passou a ser capaz de colocar em palavras o quanto se sentia incompreendida, triste e desesperada. Falava sobre o grande sentimento de abandono em relação à mãe e às pessoas ao seu redor, do quanto seus sentimentos eram desconhecidos por elas e o quanto precisava agir de forma artificial para manejar a convivência. Esta confissão propiciou que a terapeuta intervisse de maneira a esclarecer à paciente o mecanismo adotado pelo seu psiquismo para se defender, e trazer ao consciente a existência de seu medo em expor seu *self* verdadeiro. Dessa forma, a paciente conseguiu acessar os sentimentos advindos desse embate e eles puderam ser trabalhados. Assim, o processo terapêutico teve efeito estruturante, possibilitando à paciente maior discriminação entre fantasia e realidade, demonstrando melhora na capacidade para pensar e elaborar sentimentos e emoções.

É esperado na evolução clínica que o progresso conquistado na relação paciente-terapeuta possa se generalizar para outras relações, o que pode ser verificado à medida que a paciente foi trazendo relatos do seu sucesso em utilizar sua potência de criação nas atividades concretas de seu cotidiano: passou a se envolver com atividades artísticas dentro da escola, focar-se em trabalhos manuais e de escrita junto aos colegas, de onde era capaz de extrair muita satisfação. Isso demonstrou

que a paciente alcançara certo êxito em trazer para o âmbito da vivência real aspectos do seu *self* verdadeiro, de modo a obter uma relação mais satisfatória com a realidade.

Considerações finais

O processo terapêutico possibilitou à paciente adquirir recursos mais ricos para que conseguisse aos poucos se reorganizar de uma forma que a adaptação à realidade não fosse tão custosa, já que com o tempo conseguiu extrair um pouco mais de veracidade em sua vida. O *holding* oferecido proporcionou a ela entrar mais profundamente em contato consigo mesma, com seu verdadeiro *self*, buscando integrá-lo à sua personalidade. O processo visava a desfazer a segregação entre os dois mundos e capacitá-la a relacionar-se com as demandas da realidade. Passou a conseguir lidar melhor com as demandas que precisava fazer à mãe, apropriando-se do espaço terapêutico para conquistar uma organização psíquica mais saudável. Após 1 ano e 11 meses de processo, a terapeuta se formou e passou a atender em consultório particular. A paciente teve, então, a opção de continuar na clínica-escola ou seguir com a terapeuta para a clínica particular, e a paciente optou por seguir o tratamento com a terapeuta, tomando-se o cuidado com o valor da sessão, de forma que lhe fosse acessível.

Ressalta-se, finalizando, que as conquistas realizadas pela paciente em terapia dificilmente teriam sido possíveis se não tivesse havido, desde o início do tratamento, um entendimento de sua demanda possibilitado pela teoria winnicottiana e um manejo adequado. Entendemos que, com pacientes como ela, casos graves, o paciente se beneficia imensamente do manejo do *holding* terapêutico, por meio da disponibilidade do terapeuta em receber e acolher o verdadeiro *self* do paciente, adaptando-se totalmente às suas necessidades e proporcionando que este possa retomar a fase de desenvolvimento psíquico que se encontra bloqueada, onde a função materna provavelmente falhou, e proceder com suas tentativas no avanço rumo à integração e à saúde.

Referências

- Aberastury, A., Knobel, M. (1981). *Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Almeida, I. S. , Rodrigues B. M. R. D. & Simões, S. M. F. (2007). O adolescer... um vir a ser. *Adolescência e Saúde*, 4(3), 24-28. Recuperado em October 12, 2015 de: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=95
- Barbier, R. (1985). *A noção de ciências humanas clínicas e as análises institucionais*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Eisenstein, E. (2006). Traumas e suas repercussões na infância e na adolescência. *Adolescência e Saúde*, 3(2), 26-28. Recuperado em October 10, 2015, de http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=37
- Freud, S. (1969). *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XII. pp 149-159) Rio de Janeiro: Imago.
- Gazire, P. C. (2010) Abraços Partidos: repetição e abertura no vínculo transferencial de pacientes fronteiriços. *Rev. Bras. de Psicanálise*, 44(2), 28-31.
- Klautau, P. & Salem, P. (2009). Dependência e construção da confiança: A clínica psicanalítica nos limites da interpretação. *Natureza humana*, 11(2), 33-54. Recuperado em October 10, 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302009000200002&lng=pt&tlng=pt
- Naffah Neto, A. (2007). A problemática do falso self em pacientes de tipo borderline: revisitando Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(4), 77-88. Recuperado em October 10, 2015 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2007000400008&lng=pt&tlng=pt.
- Ogden, T. H. (2010). Sobre sustentar e conter, ser e sonhar. In: *Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos* (p. 120 -138). Porto Alegre: Artmed.

- Santos, M. A. dos (1999). A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(3), 00. Recuperado em February 15, 2015 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000300005&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-79721999000300005.
- Stake, R. (2000). The case study method in social inquiry. In Norman K. Denzin & Yvona
- Lincoln S. *The American tradition in qualitative research*. Vol. II. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Veiga, D. S. & Leitão, E. M. P. (2009). Sobrevivendo na adolescência. *Adolescência e Saúde*, 6(1), 24-27. Recuperado em October 10, 2015 de http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=37
- Vilhena, M. M. (2006). Corpo e adolescência em psicanálise. *Adolescência e Saúde*, 3(2), 24-25. Recuperado em October 10, 2015 de http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=142
- Winnicott, D.W. (1982). *A criança e seu mundo* (pp. 161-165). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Winnicott, D.W. (1990). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1996). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1998). *Human Nature*. London: Free Association Books.
- Winnicott, D.W. (1999). Conversando com pais. In: *A construção da confiança* (pp. 139-141). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1993) *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting analítico. In D. W. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados: da Pediatria à Psicanálise* (pp. 374-392). Rio de Janeiro: Imago.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso – planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Recebido em: 10/11/2016

Aceito em: 13/02/2017