

Os modelos do enquadre analítico na clínica psicanalítica com adolescentes limítrofes

*Models of the analytical framework
in the psychoanalytic clinic with borderline adolescents*

Sebastião Venâncio Pereira Júnior
Wilma Zuriel de Faria Maschke
Deise Matos do Amparo

Resumo

Pretendemos contribuir para os debates acerca do enquadre analítico na clínica psicanalítica com adolescentes. A experiência clínica destaca a resistência dos adolescentes limítrofes ao enquadre clássico. Ao buscar a adaptação necessária, é fundamental reconhecer a importância da presença do analista como expressão da pulsão de vida, contrapondo-se às manifestações de destrutividade que se apresentam nesta clínica. O confronto com as vicissitudes clínicas da adolescência desencadeia uma mobilização tanto no paciente quanto no analista, impondo a necessidade de ajustes na postura clínica e uma reconfiguração do enquadre analítico. Nesse contexto, cabe ao analista resistir aos potenciais ataques ao vínculo terapêutico e adaptar o dispositivo clínico às demandas e possibilidades do sujeito. Assim, é necessário retomar a discussão sobre as variações da própria técnica psicanalítica para compreender a clínica psicanalítica da adolescência e seus limites.

Palavras-chave: Enquadre, Adolescentes limítrofes, Dispositivo clínico, Elasticidade da técnica.

Introdução

O presente texto trabalha a perspectiva de que a clínica psicanalítica da adolescência possui alguns fatores que a diferenciam da clínica com adultos. Entre algumas dessas características, como a questão da demanda e do *acting out*, pode-se destacar o manejo das múltiplas transferências no atendimento de adolescentes. Isso se deve à presença de terceiros no tratamento (como os pais, outros familiares ou até mesmo instituições como a escola), o que coloca o analista em outra posição, implicando outro manejo terapêutico (Coutinho, 2006).

Nesse sentido, na maior parte dos casos, os adolescentes são levados à análise pelos

pais. Assim, o analista recebe não somente o paciente, mas também toda a 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.

Ocorre que a adolescência é um período no qual costuma haver um distanciamento entre pais e filhos, por isso é 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. Nesses casos, há um manejo delicado do enquadre, em que o analista ocupa um lugar de mediador da relação (Brito & Neto, 2018; Coutinho, 2006).

Sendo assim, a proposta deste estudo é abordar os diferentes modelos do enquadre analítico diante das singularidades da clínica psicanalítica com adolescentes, e consequentemente, seus limites.

A clínica psicanalítica com adolescentes limítrofes

O texto de Freud (1920/2011) *A psicogênese de um caso de homossexualidade feminina* pode ser tomado como ponto inicial para se pensar sobre a clínica psicanalítica de adolescentes e suas especificidades, como apontado por 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 quando 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 na desistência por parte de Freud e no encaminhamento para 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 da demanda de um terceiro, como os pais ou a escola. Dessa forma, cabe ao analista identificar 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 e construir conjuntamente essa demanda (Coutinho, 2006).

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, seja pagando os honorários, seja 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 decorrentes 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-limite da clínica da adolescência mobiliza tanto paciente quanto analista, pois requer modificações da postura clínica, além de 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 as variações da própria técnica psicanalítica.

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 consequente em deixar reproduzir os processos psíquicos desse 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).

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, consequentemente, 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 sua mobilidade suspensa, esboçam uma situação análoga à do sonho, cuja função é aproximar a associação livre do processo primário.

Quando Freud inventou a situação analítica, ele o fez para favorecer a associação livre, a fim de 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, em que o recalde é o modelo de mecanismo de defesa para a neurose (Urribarri & Berliner, 2012).

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), diferenciando 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 observável o processo psíquico, incluindo a função do analista, os fatores espaçotemporais e as diversas estipulações técnicas.

O enquadre é constituído por dois fatores. Um deles é 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, além da atenção e da escuta flutuantes do analista, sendo a “joia” protegida pelo estojo (Green, 1990; 2008; Green & Urribarri, 2020).

Partindo dessas concepções, pode-se pensar a técnica psicanalítica como 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 “joia” de eventuais transgressões e até ataques por parte do analisando, visando manter invariável o enquadre (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 que se deparam com o “duplo limite”, uma vez que “o conflito com as pulsões próprias (do sujeito) vem acompanhado do conflito com as pulsões do objeto (do outro)” (Green & Urribarri, 2020), 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 em vez de um modelo do sonho (Green & Urribarri, 2020).

Temos, assim, dois modelos clínicos: o modelo do sonho e o modelo do ato. O primeiro tem 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 a outro da representação. Fundamentado na primeira tópica freudiana, o modelo do sonho se enquadra na consciência e na representação. 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, embasado na segunda tópica freudiana e no segundo dualismo pulsional, surge nesse contexto de falência de representação e do paradigma do sonho. 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 objetais, 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, porque, 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 se desenvolva, é preciso que o analista introduza mudanças importantes no enquadre, no que se refere tanto ao estojo (por exemplo, na mudança da posição física para uma disposição face a face), quanto na matriz ativa (adaptando o diálogo à 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 em vez de um ato unilateral por parte do analista. Mais importante do que achar a interpretação precisa ou “tudo interpretar”, o analista deve buscar sustentar a relação e manter o ambiente, enquanto mantém a função interpretativa (Roussillon, 2005).

Elasticidade da técnica e variações do enquadre analítico

Ao se deparar com dificuldades relativas à sua prática clínica, Ferenczi (1928/2011) elaborou o conceito de elasticidade da técnica psicanalítica. 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” (p. 37).

Ao falar da importância do tato psicológico, que seria a capacidade do analista de “sentir com”, Ferenczi (1928/2011) demonstra a importância de o analista apresentar não somente uma capacidade empática, mas também toda uma expressão de vitalidade para o analisando. Outro aspecto tratado por Ferenczi (1928/2011) é a questão de o analista sustentar o papel de João-teimoso, boneco de borracha ou de plástico, erguido sobre uma base semiesférica onde se concentra a maior parte de seu peso, o que o leva de volta à posição vertical a cada esforço feito para derrubá-lo. Essa base, que lhe permite aguentar impactos e mover o corpo, o mantém no lugar. Ou seja, o analista deve ser capaz de sustentar diversos ataques e transgressões à situação analítica, sem “sair de sua base”, assim como o João-teimoso. 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 se estende 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 (2020) afirmam que “com as estruturas não neuróticas é preciso parar de ser freudiano de

uma maneira freudiana” (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). Ou seja, falar de enquadre é falar de limites da análise.

Justamente porque o enquadre é definido como limite, 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 que se divide um espaço em dois, cria-se um terceiro espaço na junção dos dois. Esse 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 “joia” 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).

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). O autor propõe uma teoria do dispositivo clínico, uma teoria que abarque as diferentes formas como a clínica se apresenta ao analista. Assim como Freud elaborou uma

metapsicologia, há uma elaboração de uma metateoria da prática clínica.

A elaboração dessa metateoria ressalta a importância da 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. Esse enfoque 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 a apropriação subjetiva daquilo que o sujeito vivencia. Assim, o sofrimento que aparece para o sujeito, em muitos casos, trata-se de um sofrimento de simbolização, de uma experiência que ainda não foi simbolizada e que busca caminhos para tal, mesmo que isso resulte em sintomas (Roussillon, 2019).

Freud (1896/2017) propõe três tipos de inscrições da experiência psíquica: o traço mnêmico perceptivo; a inscrição inconsciente (representação de coisa); e a 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: o 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 o 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).

A simbolização primária consiste na transformação do traço mnêmico perceptivo em representação de coisa, de caráter inconsciente. Já a simbolização secundária diz respeito à passagem da representação de coisa para a representação de palavra, rumo à consciência. O dispositivo clínico contém a 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).

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 analista e analisando caminham na mesma direção, tratando-se de uma postura que não apresenta as mesmas ameaças de intrusão potencial como no face a face (Roussillon, 2019).

Visando a partilha do afeto entre a dupla analítica, verifica-se que pacientes limítrofes e adolescentes acabam por se adaptar melhor a dispositivos que adotam a 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 na disposição face a face (Roussillon, 2019).

O 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 apoio, disposição e expressão de vitalidade que somente a postura de andar juntos na mesma direção consegue dar conta.

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 ao desligamento apresentados pelas problemáticas limítrofes da adolescência.

A expressão do modo como os adolescentes não costumam sustentar o enquadre clássico se apresenta no fato de que eles se adaptam melhor ao enquadramento face a face ou ao lado a lado em comparação com o 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-limite da clínica da adolescência mobiliza a dupla analítica, o que acaba por exigir modificações da postura clínica e o 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 do sentimento de frustração e mágoa, o que denota

dificuldade de simbolização e de representação verbal do sofrimento. 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). A 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 a capacidade de criar e vincular objetos 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).

Considerações finais

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

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.

Abstract

Our intention is to contribute to the discussions about the analytical framework in psychoanalytic clinical work with adolescents. Clinical experience underscores the resistance of borderline adolescents to the classical framework. To find a necessary adaptation, is crucial to recognize the importance of the analyst's presence as an expression of the life drive, countering manifestations of destructiveness present in this clinical setting. Confronting the clinical vicissitudes of adolescence triggers mobilization in both the patient and the analyst, necessitating adjustments in clinical approach and a reconfiguration of the analytical framework. In this context, it is the analyst's role to resist potential threats to the therapeutic bond and adapt the clinical setup to the demands and possibilities of the individual. Thus, to comprehend psychoanalytic clinical work with adolescents and its limitations, it is necessary to revisit the progress and variations of the psychoanalytic technique itself.

Keywords: *Framework, Borderline adolescents, Clinical setup, Elasticity of the technique.*

Referências

- Bleger, J. (2002). Psicanálise do enquadre psicanalítico. **Revista FEPAL**, vol. 5, pp. 103-113, set.
- 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**, vol. 51, n. 95, pp. 119-134.
- Coutinho, L. G. (2006). Pensando sobre as especificidades da clínica psicanalítica com adolescentes. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology online**, vol. 6, n. 2, pp. 44-55.
- Ferenczi, S. (2011). A elasticidade da técnica psicanalítica. In S. Ferenczi, **Obras completas**, vol. 4. (Á. Cabral, trad., pp. 29-42). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original concebido entre 1927-1928).
- Fernandes, J. M. D. S. (2019). A escuta polifônica no atendimento psicanalítico de adolescentes. **Jornal de Psicanálise**, vol. 52, n. 97, pp. 99-117.
- Figueiredo, L. C. (2014). Escuchas en análisis/ Escuchas poéticas. **Revista Brasileira de Psicanálise**, vol. 48, n. 1, pp. 123-137.
- Freud, S. (1969). **A interpretação dos sonhos**. In S. Freud, **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (Vols. 4-5). (W. I. de Oliveira, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900 e 1901).
- Freud, S. (1996). O método psicanalítico. In S. Freud, **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (Vol. 7, pp. 233-240). (J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1904 [1903]).
- Freud, S. (2010). Recordar, repetir e elaborar. In S. Freud, **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber")**, **Artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)**. (Vol. 10, pp. 146-158). (P. C. de Souza, trad.) São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2011). Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina. In S. Freud, **Obras completas**. (Vol. 15, pp. 114-148). (P. C. Souza, trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1920).

Freud, S. (2017). **Carta 112 [52]**, de 06 de novembro de 1896. In S. Freud, **Obras incompletas de Sigmund Freud: Neurose, psicose, perversão**. (M. R. S. Moraes, trad., p. 35). Belo Horizonte: Autêntica. (Trabalho original publicado em 1896).

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**. São Paulo: Blucher.

Milner, M. (1969). O papel da ilusão na formação simbólica. In M. Milner, **Novas tendências na psicanálise**. (pp. 116-147).

Roussillon, R. (2005). La “conversation” psychanalytique: un divan en latence. **Revue Française de Psychanalyse**, vol. 692, n. 2, pp. 365-381.

Roussillon, R. (2019). **Manual da prática clínica em psicologia e psicopatologia**. 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), vol. 4, n. 2, pp. 1-18.

Urribarri, F., & Berliner, C. (2012). André Green: a clínica contemporânea e o enquadre interno do analista. **Revista Brasileira de Psicanálise**, vol. 46, n. 3, pp. 213-225.

Recebido em: 10/02/2024

Aprovado em: 26/04/2024

Sobre os autores

Sebastião Venâncio Pereira Júnior

Psicólogo.

Psicanalista.

Mestre em Psicologia Clínica e Cultura (PPGpsiCC) do Departamento de Psicologia Clínica (PCL) da Universidade de Brasília (UnB).

Psicólogo e pesquisador do grupo de Vivências e Psicopatologias na Contemporaneidade - Diagnóstico e Supervisão Clínica da Universidade de Brasília junto ao Hospital Universitário de Brasília (VIPAS).

Professor do curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de Brasília.

Membro do Grupo Brasileiro de Pesquisas Sándor Ferenczi (GBPSF).

E-mail: sebsvenancio.psi@gmail.com

CV lattes: <http://lattes.cnpq.br/7975352766591075>

Wilma Zuriel de Faria Maschke

Psicóloga.

Psicanalista em formação continuada pelo Círculo Psicanalítico do Pará (CPPA), filiado ao Círculo Brasileiro de Psicanálise (CBP) e à International Federation of Psychoanalytic Societies (IFPS).

Bacharela em Direito.

Mestre em Psicologia Clínica e Cultura (PPGpsiCC) do Departamento de Psicologia Clínica (PCL) da Universidade de Brasília (UnB).

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPGpsiCC) do Departamento de Psicologia Clínica (PCL) da Universidade de Brasília (UnB).

Psicóloga e pesquisadora no grupo de Vivências e Psicopatologias na Contemporaneidade - diagnóstico e supervisão clínica da Universidade de Brasília junto ao Hospital Universitário de Brasília (VIPAS).

Integrante do corpo clínico da Clínica Social de Psicanálise Hélio Pellegrino.

Coordenadora do Grupo de Estudo em Psicanálise Contemporânea.

E-mail: zurimaschke2501@gmailcom <https://www.clinicasocial.org/tag/corpo-clinico/>

CV lattes: <http://lattes.cnpq.br/853800324401336>

Deise Matos do Amparo

Graduada em psicologia pela Universidade de Brasília (UnB).

Mestre em psicologia clínica pela Universidade de Brasília (UnB).

Doutora em Psicologia com doutorado sanduíche pela Université Jules Verne - França (2002).

Pós-doutora pela Université Paris V (2009).

Pós-doutora pela Université Paris XIII (2016).

Pós-Doutora pela Universidade Federal da Bahia (2022).

Professora adjunta do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia - Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB).

Membro da ANPEPP.

Participante do GT - Desenvolvimento em situação de risco psicossocial (2003/2006) e do GT Métodos Projetivos no Contexto da Avaliação Campus Universitário Darcy Ribeiro - Asa Norte - CEP 70910-900 - Brasília - DF - Brasil - Tel: (061) 330-72625 - R. 315 -

E-mail: <http://www.psicc.unb.br/pt-br/>

CV lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4782422Z8>