

O MANEJO CLÍNICO PSICANALÍTICO COM ADOLESCENTES: contribuições aos jovens analistas

Agna Pereira Dourado¹

Fernanda Romano Soares²

RESUMO: O presente trabalho aborda o manejo clínico psicanalítico com adolescentes, a fim de oferecer contribuições aos jovens analistas e com o objetivo de compreender as características e especificidades dos adolescentes no *setting* analítico. A análise de adolescentes é caracterizada por fatores de difícil manejo e impõe aos jovens analistas o enfrentamento de constantes desafios e particularidades ao longo de todo tratamento. O papel do analista é fundamental, pois proporcionará ao adolescente ser escutado em sua singularidade, diferentemente dos adultos que o cercam. A partir de um relato de caso articulou-se questões teóricas e práticas da clínica com adolescentes, e pôde-se observar que o encontro, entre analista e analisando, possibilita ao jovem ressignificar e dar sentido às suas dores, que envolvem o processo adolescente.

Palavras-chave: Manejo psicanalítico. Adolescentes. Psicanálise. Relato de caso.

ABSTRACT: The present work addresses the psychoanalytic clinical management with adolescents, in order to offer contributions to young analysts and with the objective of understanding the characteristics and specificities of adolescents in the analytical setting. The analysis of adolescents is characterized by factors that are difficult to manage and requires young analysts to face constant challenges and particularities throughout the treatment. The analyst's role is fundamental, as it will allow the adolescent to be listened to in their uniqueness, unlike the adults around them. Based on a case report, theoretical and practical issues of the clinic were articulated with adolescents, and it was observed that the meeting, between analyst and analysand, allows young people to reframe and give meaning to their pains, which involve the adolescent process.

Keywords: Psychoanalytic management. Teenagers. Psychoanalysis. Case report.

1. INTRODUÇÃO

¹Psicóloga (FESGO) e Pós graduanda em Psicanálise (Incurso-GO). Contato: douradoagna@gmail.com

²Psicóloga (PUC-GO), Mestre em Psicologia Clínica (USP), Psicanalista (CEP – SP) e Docente do Centro Universitário Alfredo Nasser. Contato: fernandaromano@unifan.edu.br

A adolescência é um período que faz intermediação entre a infância e a adultez, uma travessia necessária e dolorosa caracterizada por desorganizações, sofrimentos, – e seguindo as ideias de Aberastury e Knobel (1981) – elaboração de lutos pelo corpo infantil, pelo papel e identidade infantis e pelos pais da infância, (MACEDO, 2012).

Esse momento do ciclo vital não se dá de forma padronizada. Deve-se considerar a inquestionável complexidade do processo da adolescência e seus profundos efeitos; observá-la como uma etapa de mudanças biopsicossociais, readaptação, ressignificação de si mesmo, reatualização das questões edípicas e intensas demandas pulsionais, (MACEDO, 2012; COLL; MARCHESI; PALÁCIOS, 2004).

Diante de tal singularidade, o presente trabalho abordou o manejo clínico psicanalítico com adolescente no intuito de contribuir com o desenvolvimento de facilitadores e auxiliar os jovens analistas nessa tarefa repleta de desafios. Segundo Kupermann (2007), a análise de adolescentes é caracterizada por fatores de difícil manejo e impõe aos jovens analistas o enfrentamento de constantes desafios ao longo de todo o tratamento.

A psicanálise, diante das especificidades da adolescência, possibilita trocas “intersubjetivas mais ricas e menos fugazes”, oferece importantes recursos de intervenção, respeitando e priorizando a individualidade do sujeito, reconhecendo-o como ser desejante. Dessa forma o analista poderá oferecer ao sujeito formas de questionar e ressignificar sua história (DOCKHORN; MACEDO, 2008; AYUB; MACEDO, 2011).

Inicialmente o primeiro desafio enfrentado pelos jovens analistas é a legitimidade da demanda inicial, que na maioria das vezes não parte do adolescente. Com isso, cabe ao analista, através da escuta analítica, distinguir a demanda apresentada pelo discurso familiar, da demanda do adolescente. Pela via da transferência, analista e analisando devem caminhar em direção à singularidade do sujeito e as novas simbolizações de seus conteúdos inconscientes (AYUB; MACEDO, 2011; DOCKHORN; MACEDO, 2008).

O presente artigo mostra-se necessário pela escassez de compreensibilidade, clareza e especificidade sobre o manejo clínico psicanalítico

com adolescentes nos artigos científicos encontrados com tema adolescência e psicanálise. É necessário contrapor-se a prudência dos jovens analistas e graduandos em abordar esse tema em específico, e em concordância com Freud, receber os adolescentes em análise. É fundamental aprofundar essa temática no meio científico, com intuito de difundir e disseminar a prática analítica com adolescentes, iniciada por Freud, sendo suas histéricas, amiúde adolescentes ou adultas jovens, e que lhe permitiram fundar a psicanálise (RASSIAL, 1999).

Assim, o objetivo geral deste estudo é compreender as características e especificidades dos adolescentes no *setting* analítico e o manejo clínico psicanalítico com adolescentes, através da apresentação e descrição de relatos e técnicas psicanalíticas.

Como objetivos específicos, buscou-se contribuir com o desenvolvimento de facilitadores no manejo clínico psicanalítico com adolescentes, auxiliar os jovens analistas no tratamento psicanalítico com adolescentes que apresenta inúmeros desafios e particularidades, e analisar um caso clínico de uma adolescente e suas características próprias que exigem da abordagem psicanalítica aspectos singulares no manejo clínico.

2. DEBATE TEÓRICO

2.1 A História da Adolescência

Segundo Outeiral (2003) e o Dicionário Etimológico (2017) da língua portuguesa, a palavra *adolescência* tem dupla origem etimológica, vem do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer), significando, portanto, “crescer para” ou “crescente”; o indivíduo está habilitado à condição de crescimento. Adolescência também se origina de *adolescere* (adoecer). Pensar na dupla etimologia desta palavra remete-se a propensão de crescimento – físico e psíquico –, sofrimento e a ideia de amadurecimento.

O crescimento físico relaciona-se ao conceito de puberdade, desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, reorganização hormonal e reestruturação anátomo-fisiológica. O corpo infantil passa por um processo de

transformações para que esteja apto à reprodução. Tal fenômeno, como fato biológico, é universal, ocorrerá com todos os indivíduos de nossa espécie. Por outro lado, a adolescência como fato psicossociológico, não é padrão e ocorrerá de diferentes formas de acordo com a cultura que o indivíduo estará inserido (COLL; MARCHESI; PALÁCIOS, 2004).

Levando em consideração o critério cronológico, as definições do conceito de adolescência são diversas, com isso, para uma melhor compreensão da adolescência e suas especificidades, neste artigo será adotada a faixa etária entre 12 e 21 anos, proposta por Zimmerman (2004, p. 357):

[...] considera-se que a adolescência abrange três níveis de maturação e desenvolvimento: a puberdade dos 12 aos 14 anos, a adolescência propriamente dita, dos 15 aos 17 anos e a adolescência tardia, dos 18 aos 21 anos, cada uma delas com suas características próprias [...].

A adolescência obteve uma importante variação histórica que ao longo dos séculos foi configurando a adolescência que conhecemos hoje (COLL; MARCHESI; PALÁCIOS, 2004). Da Antiguidade ao século XVII, o conceito contemporâneo de adolescência não existia. A transição da infância para a idade adulta, caracterizada pelas modificações pubertárias, era marcada por rituais de passagem que variavam de acordo com a cultura em que o indivíduo estava inserido (LÍRIO, 2012).

Apenas no século XVIII ocorreram as primeiras tentativas de delinear o conceito de adolescência, instalando-se de modo definitivo nos dicionários no período de 1865 a 1880. O conceito de adolescente/adolescência contemporâneo consolidou-se apenas no século XX, considerado o século da adolescência, pelo foco dado a tal tema tanto pela mídia quanto por pesquisadores (LÍRIO, 2012).

No Brasil, o processo de estruturação da adolescência foi mais lento e recente, comparado à difusão do conceito na Europa. O cenário brasileiro do século XX foi duramente criticado pela vagareza na consolidação da adolescência, visto que a partir dos 10 anos as crianças, de ambos os sexos, adentravam na vida adulta, cada qual com sua sina. Era comum meninas se casarem e serem mães aos 12, 13 anos ou até mesmo aos 8 anos de idade (REIS; ZIONI, 1993).

Segundo Birman (2006), atualmente ocorre uma prolongação da adolescência, e conseqüentemente um encurtamento na duração da infância. Tal

fato ocorre pelas imposições socioculturais atribuídas aos indivíduos prematuramente. Como consequência o contexto familiar e suas relações são consideravelmente abalados.

2.2 A Construção da Identidade

Uma das aquisições de maior importância na adolescência é a construção de uma nova identidade ou identidade adulta e conseqüentemente o luto pela identidade infantil. A partir da vivência desse luto, duas forças antagônicas protagonizam a crise de identidade do adolescente, a força de manter privilégios infantis e a força para conquistar os privilégios ainda não alcançados e vividos, a qual impulsiona o adolescente para a vida adulta (ABERASTURY; KNOBEL, 1981; LEVISKY, 1998; MACEDO, 2012).

Nessa etapa de estruturação da identidade, o sujeito se sente e se comporta de maneira confusa e instável, o ego é invadido pelas pulsões e não consegue administrá-las, causando um crescente de afetos e comportamentos que serão mais ou menos controlados pelo superego. O adolescente está imerso em conflitos e ambigüidades, as vivências infantis estão sendo revisitadas e ressignificadas, o aparelho psíquico está sendo reorganizado e o conflito edipiano revivenciado (LEVISKY, 1998; MACEDO, 2012).

De acordo com Macedo (2012), a revivescência do Complexo de Édipo é mais evidente no relacionamento entre menina e mãe. Tal relação é caracterizada por brigas, discussões, separações e pela decepção da conflitiva edípica. A menina resiste às regressões causadas pela pressão exercida pela mãe pré-edípica, separa-se da condição infantil e afasta-se da mãe protetora e mantenedora. “É necessário [a menina] deparar-se com a castração, a evidência de diferenças e, portanto, de faltas” (MACEDO, 2012, p. 27).

A experiência da adolescência se organiza por identificações, inicialmente com as idealizações aos pais da infância e posteriormente com outros familiares, amigos, astros do cinema e da música, atletas e pessoas da sociedade em geral. O sujeito procura na imagem do outro definições e conteúdos para o preenchimento de seu “vazio identitário”. Conforme a organização da identidade se desenvolve, o adolescente busca sua identidade nos grupos de iguais, a fim de

tornar-se independente dos pais (OUTEIRAL, 2003; DOCKHORN; MACEDO, 2008).

O grupo de adolescentes ou grupo de iguais exerce um importante papel na construção da identidade do adolescente. Nesse período, como já mencionado anteriormente, os jovens estão perdendo os pais, a identidade e os privilégios da infância, por sentirem-se sozinhos, reúnem-se em grupos. Os membros dos grupos se identificam uns com os outros por compartilharem de interesses em comum – a busca pela identidade – com isso, sentem-se seguros e cúmplices (OUTEIRAL, 2003; MACEDO, 2012).

Segundo Macedo (2012), diante das angústias, inquietações e medos dos jovens, o grupo assume um papel de “porto seguro”, assim como, um papel paterno. Por sentirem-se seguros, fortes e onipotentes, os jovens adotam diferentes papéis e comportam-se de maneira que sozinhos jamais o fariam, transferindo a culpa e a responsabilidade de seus atos ao grupo.

Conforme o sujeito consegue projetar-se no futuro, integrando seu passado com suas experiências do presente, a constituição de sua identidade desenvolve-se adquirindo uma forma mais definitiva. A partir de uma ideia de continuidade de sua vida o adolescente apropria-se de sua “nova identidade” como ser único. Com isso, o sujeito passa a ter uma “bagagem psíquica”, constituída de toda a elaboração da adolescência e suas vivências da infância, possibilitando-o a se enxergar como possuidor de sua própria história (MACEDO, 2012).

2.3 Psicanálise e Adolescência

Diante de tamanha singularidade no processo de construção de identidade, amadurecimento psíquico e frente às demais demandas da singularidade do indivíduo que vivência essa fase, a Psicanálise contribui para que o sujeito possa conhecer-se e apropriar-se de seus sentimentos, pensamentos, desejos, sua identidade, sofrimentos e angústias, como um ser único, singular, pensante e subjetivo (AYUB, 2009; CAHN, 1999). A Psicanálise propicia o ato de acolher a singularidade do adolescente e possibilita a ele a resignificação de seus sofrimentos e a elaboração de si mesmo.

Ainda que o foco de Freud não tenha sido propriamente a adolescência, suas históricas eram, em sua maioria, adolescentes ou adultas jovens e seus estudos sobre tal padecimento psíquico permitiu Freud a fundar a Psicanálise (RASSIAL, 1999). Em sua obra *Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade*, Freud (1905/2006) discorre sobre a puberdade, suas transformações, alterações, organizações pulsionais e sexuais e o retorno da conflitiva edípica.

Mesmo não encontrando em Freud uma teoria própria da adolescência, a partir de seus fundamentos, outros teóricos foram conduzidos a essa temática e diversos autores tomaram a adolescência como objeto específico de pesquisa, podem ser citados como exemplos: Anna Freud, Melanie Klein, Winnicott, Françoise Dolto, Peter Blos, Abéastury e Knobel, e Jean Jacques Rassial (MATHEUS, 2007).

Segundo Matheus (2007), Anna Freud, é considerada a “primeira psicanalista a tomar a adolescência como um tema específico de investigação” (p. 170). Anna Freud apropriou-se do ego como objeto de estudo em sua obra *O Ego e os Mecanismos de Defesa*, publicada originalmente em 1936, a autora enfatiza a escassez de interesse e estudos dos psicanalistas da época sobre esse período do desenvolvimento.

Anna Freud (2006) destaca que na adolescência ocorre um conflito entre o id, forte, e o ego, relativamente fraco. Afirma que os adolescentes são “excessivamente egoístas considerando-se o centro do Universo e o único objeto de interesse” (p. 99). Os descreve como seres intensos, contraditórios, idealizadores, sensíveis e materialistas. De acordo com Sagna (2009), para Anna Freud, o desejo é determinado na infância pelo Édipo e o ego é elaborado na adolescência. Evidenciando a importância da adolescência tanto quanto a infância.

Melanie Klein dedicou-se a temática da adolescência abordando sobre as técnicas de análise na puberdade em alguns capítulos de suas obras, destacam-se *A Psicanálise de Crianças* (1997) e *Amor, Ódio e Reparação* (1975). Para Klein (1997), as angústias e os afetos manifestam-se intensamente na adolescência, em decorrência dos movimentos pulsionais que decorrem desse período do desenvolvimento, recordando a angústia da infância.

Ainda que Anna Freud e Melanie Klein opunham-se quanto às teorias e técnicas psicanalíticas, na psicanálise com adolescentes ocorre uma “trégua teórica” e ambas seguem pelo mesmo caminho, iniciado por Freud. Ambas partilham da opinião que na adolescência a sexualidade é novamente despertada, exigindo novas elaborações do indivíduo para alcançar a sexualidade normal (CAPANEMA, 2009).

Longe dessa rivalidade teórica, Winnicott foi o autor psicanalítico clássico que mais escreveu de modo direto sobre a temática adolescente e suas ramificações. Para Winnicott, na adolescência o indivíduo reconquista e revivencia dinâmicas da infância, dessa vez com um corpo apto à agressão e a reprodução, a fim de chegar à maturidade. A adolescência é uma etapa de ensaio e erro, em que o indivíduo realiza experimentações, alternando rebeldia e dependência. O adolescente isola-se a fim de se encontrar na solidão, consumir seu processo de construção de sua identidade, descobrir seu próprio eu e sentir-se real (OLIVEIRA; FULGENCIO, 2010).

Peter Blos colaborou de forma excepcional com os estudos psicanalíticos da adolescência, realizou uma das mais importantes contribuições à literatura psicanalítica com a obra *Adolescência: uma Interpretação Psicanalítica* (1998). Assim como os demais teóricos psicanalistas, Blos iniciou seus estudos sobre a adolescência baseando-se em sua prática clínica com crianças (POMPERMAYER, 1999). Blos (1998) propõe uma divisão da adolescência, contrariando critérios cronológicos e priorizando uma sequência em fases, pautada pelo desenvolvimento psicológico, percorrido pelo adolescente.

Françoise Dolto, uma das pioneiras em psicanálise com crianças e adolescentes, menciona em sua obra *A Causa dos Adolescentes* (2015), que compreende-se menos o adolescente do que a criança. Tal afirmação ocorre pela ausência de foco dado a temática adolescente por teóricos e autores psicanalíticos da época. Dolto (2015) analisa e critica a discordância entre psicólogos, sociólogos, endocrinologistas, neurologistas e demais profissionais, acerca da faixa etária que abrange o período da adolescência. Para Dolto (2015), adolescente e bebê assemelham-se quanto às fragilidades e sensibilidades vivenciadas em ambas as etapas do desenvolvimento.

Em suma, o contexto histórico do movimento psicanalítico da adolescência, seus teóricos, as diferentes vertentes, escolas de psicanálise e seus contrastes, possibilitam uma produtiva “polissemia de leituras”. A psicanálise é um saber aberto que busca atualizar-se, constituída por releituras e, por conseguinte, ressignificações. Por meio de seus aportes teóricos, busca-se refletir sobre a demanda psíquica existente na adolescência (AYUB, 2009; COUTINHO, 2006).

2.4 O Analista e o Adolescente

A adolescência – às voltas da pressão pulsional, cultural contemporânea e as demandas individuais e subjetivas – exige do adolescente recursos psíquicos para percorrer o processo de *adolescer* e tornar-se adulto. Nesse contexto, o papel do analista é fundamental, pois proporcionará ao indivíduo ser escutado em sua singularidade, diferentemente dos adultos que os cercam. Esse encontro, entre analista e analisando, possibilita ao jovem ressignificar e dar sentido às suas dores que envolvem o processo adolescente (AYUB, 2009; RASSIAL, 1999).

Ao adentrar no *setting* analítico com os adolescentes é preciso estar claro para o analista o que é demanda da própria adolescência e o que já se tornou sintomático e psicopatológico. Além disso, os atendimentos com adolescentes exigem do analista uma maior flexibilidade, tolerância a atuações e ataques constantes, e absoluta atenção aos aspectos de sigilo e neutralidade. Por tratar-se de pacientes com faixa etária que abrange a menor idade e a dependência dos pais, a presença e envolvimento dos familiares e responsáveis no vínculo analítico provoca sofrimento ao adolescente e a transferência torna-se mais complexa (CASTRO; STURMER, 2009).

É necessário considerar as especificidades e peculiaridades técnicas que demandam a análise com adolescentes. Com isso, os analistas que se dedicam aos pacientes dessa faixa etária, precisam dispor de características essenciais, que vão além do tripé que sustenta a orientação psicanalítica – análise pessoal, estudos teóricos e clínicos e supervisão clínica – e possibilitam os analistas a estarem mais instrumentalizados à prática clínica com os adolescentes (CASTRO; STURMER, 2009).

É imprescindível ter domínio e internalizar os conceitos, teorias e técnicas psicanalíticas, porém como postula Bion, ao adentrar o *setting* analítico, o analista deve estar sem memória, sem desejo e sem busca de compreensão. O analista deve reconhecer-se como um continente, com a capacidade de absorver momentaneamente as angústias do paciente para então compreendê-las, decifrá-las e “devolvê-las ao paciente desintoxicadas e em forma de interpretação” (SOUZA; TEIXEIRA, 2004, p. 49).

É primordial gostar genuinamente de estar e trabalhar com os adolescentes. É fundamental, disponibilizar-se para estar de fato no *setting* analítico com esses pacientes e deixá-los à vontade, com intuito de possibilitar a expressão de suas mais profundas dores e angústias, estabelecendo assim, um bom vínculo. Nessa perspectiva, ser flexível e criativo facilita o manejo de manifestações inusitadas, sentimentos hostis e ataques (CASTRO; STURMER, 2009).

Um ponto de extrema importância ao pensar a relação analista e adolescente é a transferência. A transferência é condição fundamental para que ocorra análise, e se apresenta como um espaço essencial no *setting*. No cenário da transferência é possível processar os excessos psíquicos da adolescência. Nesse sentido, o analista deve buscar uma postura mais flexível, maleável e próxima do adolescente, questionando-se constantemente se está ocupando alguma posição na relação transferencial (AYUB, 2009; COUTINHO, 2006; RASSIAL, 1999).

Segundo Rassial (1999), “não há mais análise quando o analista ocupa uma posição” (p. 161). O autor refere-se às posições de adulto, cúmplice e mestre. Ao iniciar a análise, em algum momento, o adolescente tentará colocar o analista em alguma das posições anteriormente citadas. A partir do momento que o analista assente essa determinação do adolescente ou ele mesmo posiciona-se em um desses papéis, a análise está fadada ao fracasso.

O analista considerado como adulto será visto pelo adolescente como qualquer outro adulto que seja incapaz de compreender suas dores, com isso o analista será desqualificado e rejeitado. Em contrapartida, o analista também não deve ocupar a posição de cúmplice, partilhando de fraquezas, produzindo um apoio identificatório ou se reconhecendo na imagem e solidão adolescente do

analisando. Essa posição pode ser evitada dispondo de uma prática ética e estando com a elaboração da própria adolescência em dias. E, por fim, no caso do analista considerado como um mestre, sem dúvida a posição mais difícil de evitar, o analista seria o detentor do saber, o possuidor de todas as respostas e que jamais se engana. O adolescente “induzirá o analista a assumir esse papel” (RASSIAL, 1999, p. 165), cabe ao analista saber se diferenciar do mestre demonstrando que não é o possuidor de todas as respostas, “mas aquele que abre questões e as deixa abertas”.

De acordo com Graboski (2010), a transferência no *setting* analítico com adolescentes é a “arte de escutar o silêncio que grita as palavras, as palavras não ditas” (p. 04). A análise com adolescentes ultrapassa as palavras, nesse cenário o silêncio é frequente, o analista deve tolerá-lo, reconhecer sua positividade e compreendê-lo como um fenômeno que vai além da resistência. Através do silêncio o adolescente comunica, de forma singular, “algo que não pôde se manifestar no plano verbal” (GRABOSKI, 2010, p. 03), tamanha a sua intensidade. O analista deve considerar o silêncio como um idioma a ser traduzido e uma possibilidade de elaboração, essa perspectiva propicia o acolhimento ao sofrimento psíquico do adolescente (SANTOS; SANTOS; OLIVEIRA, 2008).

3. METODOLOGIA

Este artigo constituiu-se como um relato de caso clínico individual, um processo de buscas, análise, descrição do presente assunto, considerações significativas e reflexões. O relato de caso trata-se de um método de investigação, elaboração e construção teórica em psicanálise. É uma ferramenta essencial para a produção teórica, e primordial para o encontro entre a teoria e a prática psicanalítica.

A metodologia utilizada nesta pesquisa foi o método narrativo, que sob o ponto de vista teórico, busca descrever e discutir o desenvolvimento do assunto abordado, proporcionando ao leitor conhecimento e compreensão sobre o tema discutido, possuindo papel fundamental para o meio acadêmico e científico (ATALLAH; CASTRO, 1997; ZANETTI; KUPFER, 2006).

O caso descrito neste relato trata-se do atendimento de uma paciente adolescente de 16 anos, – abrangendo o nível de maturação e desenvolvimento da adolescência propriamente dita – realizados entre Agosto de 2017 e Novembro de 2017. A participante foi selecionada por amostragem do tipo conveniência, o critério de inclusão foi ter idade entre 15 e 21 anos. A fim de preservar a identidade e o sigilo da paciente foi utilizado o nome fictício de Helena.

O estudo foi realizado em um Serviço de Psicologia Aplicada de uma Instituição de Ensino Superior situado no estado de Goiás. O serviço é aberto à comunidade e visa atendimentos psicológicos à crianças, adultos e idosos, realizados pelos estagiários de psicologia do 8º ao 10º período.

Após o encaminhamento da paciente ao SPA e a realização da triagem, a paciente foi direcionada ao atendimento psicológico. O atendimento foi iniciado após as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Assentimento Para Menores de Idade, Carta de Informação Sobre os Atendimentos e Participação em Pesquisas e Termo de Consentimento para Menores de Idade.

O atendimento psicológico foi realizado pelo viés da abordagem psicanalítica, uma vez por semana, em horário, dia da semana e consultório fixos – equipados por cadeiras, mesa e poltrona –, com a duração de até 50 minutos, com posterior transcrição na íntegra dos relatos da paciente e ficha de evolução para composição do prontuário, conforme Portaria nº 1.820/09 do Ministério da Saúde.

Os dados foram obtidos através da escuta, observação e interpretação clínica das informações verbais e não verbais fornecidas pela paciente, queixas e sintomas evidenciados nas sessões semanais de psicoterapia. A análise dos dados obtidos foi realizada à luz das teorias e técnicas psicanalíticas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Helena reside no Brasil desde os dois anos de idade; atualmente mora com a mãe, pais e três irmãos; duas do sexo feminino, sendo uma delas sua irmã gêmea e um do sexo masculino. Os pais são comerciantes e toda a família auxilia

nas tarefas da pequena empresa. Helena cursava o segundo ano do ensino médio, até o término do atendimento. Seus pais buscaram o SPA (Serviço de Psicologia Aplicada), orientados por médicos que desconfiaram que Helena sofresse de Síndrome do Pânico.

Desde a primeira sessão, a paciente foi instruída a verbalizar tudo que lhe viesse à mente, independente do teor de tais conteúdos ou do fato de achá-los insignificantes ou não. Possibilitando, assim, a técnica da associação livre e o acesso aos conteúdos recalçados e inconscientes. Além das palavras, os adolescentes utilizam da comunicação não verbal, uma forma primitiva de se comunicar, através da vestimenta, utilização de *piercings*, tatuagens, outros símbolos, representações corporais e lúdicas (CASTRO, STURMER, 2009).

4.1 Demanda Inicial

No início do tratamento de Helena, várias demandas iniciais foram apresentadas, pela mãe, pelo pai e pela própria paciente, ambas se divergiam. Para mãe, a paciente era uma adolescente tranquila, comparando-a com as demais adolescentes da mesma idade, tratava-se “apenas” de nervosismo e cansaço decorrentes das exigências e atividades escolares e uma possível separação da irmã gêmea, pois poderiam estudar em colégios diferentes, deixando claro que discordava da iniciativa do marido em buscar tratamento psicológico para filha.

Para o pai da paciente, o tratamento era necessário, pois Helena fora acometida de “crises” de enrijecimento musculares, em que se contorcia, principalmente seus pulsos e pescoço. Nesses episódios, ao passar por atendimento médico, os pais foram aconselhados pelos profissionais a buscarem tratamento psicológico para filha, pois as causas das “crises” não eram fisiológicas. Já para Helena, ao ser questionada sobre a busca por tratamento psicológico, a paciente respondeu que inicialmente não gostou da ideia, mas posteriormente concordou, pois era uma indicação médica, para que seu quadro de ansiedade não evoluísse para síndrome do pânico.

A ansiedade, com seus sintomas somáticos e psíquicos, foram trazidos ao *setting* por Helena como uma de suas queixas. A paciente queixava-se de

dispneia, inquietude, dores físicas, e através de seus relatos constatou-se pensamentos de impotência, limitação, negativismo, medo do insucesso acadêmico, falta de concentração e noção de tempo. As queixas de Helena ultrapassavam a demanda da própria adolescência, tornando-se sintomáticas e psicopatológicas.

O primeiro desafio fora enfrentado, a legitimidade da demanda inicial. Através da escuta analítica, pôde-se distinguir as demandas apresentadas pelo discurso familiar, da demanda da adolescente. Segundo Coutinho (2006), trata-se do trabalho inicial do analista, “desidentificar” a demanda do próprio adolescente das demandas atribuídas a ele por seus responsáveis ou outros profissionais, como médicos, professores, entre outros.

4.2 Helena e a relação com o próprio corpo

Helena apresentou-se como uma adolescente introspectiva e silenciosa. Ao longo das sessões notou-se que seu recolhimento emocional era acompanhado de sentimentos de rigidez, incapacidade, ansiedade e angústia frente a diversas situações, especialmente de conflitos emocionais ligados à dinâmica familiar. O silêncio de Helena, inicialmente foi encarado como uma resistência, porém ao decorrer das sessões notou-se que era necessário tolerá-lo, compreendê-lo e traduzi-lo. Alguns sentimentos de Helena, como a angústia de alcançar a perfeição “inalcançável” e o medo do fracasso, eram tão intensos que dificilmente se manifestavam no plano verbal. Com isso, o silêncio da paciente foi compreendido como uma função elaborativa, para reflexão e integração dos conteúdos trabalhados.

Helena comparecia as sessões com longas camisetas de bandas de rock, sobrepostas de camisas aparentemente masculinas, calças jeans, tênis e cabelos mal penteados.

Helena: - Eu gosto de rock, pop rock. Não curto samba, funk, essas músicas de hoje em dia. Eu gosto de roupas largas, assim [pega na camiseta, demonstrando como se veste]. As meninas da minha idade não são assim.

Estagiária: - O que difere você das meninas da sua idade?

Helena: - Elas gostam de roupas justas, decotes, as vezes quase não estão de roupa [risos]. São bem diferentes de mim.

As manifestações corporais devem ser consideradas. É fundamental escutar o que elas têm a nos dizer pois representam um forte sentimento de apropriação de um novo corpo, que deixou de ser infantil, porém ainda não é adulto. O corpo (simbólico) é “cenário privilegiado de expressão do psiquismo” (MACEDO, 2012, p.136).

A paciente relatou que no período da infância, seus primos faziam “brincadeiras sem graça”, quando questionada sobre o teor das brincadeiras a paciente revelou sua relação com o próprio corpo, demonstrando desconforto. Helena narrou que por ser uma criança “gorda” sofreu *bullying* dos primos e dos colegas de escola. Ao decorrer dos relatos, Helena em diversos momentos tremia os lábios e esfregava os olhos como quem queria chorar, porém não conseguia.

Helena: - Eu sabia que eu era gorda, ai eu fui crescendo e emagreci um pouco. Eu sei que ainda preciso emagrecer mais. (...) Eu estou acima do meu peso.

Estagiária: - E como você se sente em relação ao seu corpo hoje em dia?

Helena: - (...) eu preciso fazer dieta se não vou ficar obesa.

Estagiária: - Quando você se olha no espelho, como você se sente?

A paciente se esquivou das perguntas relacionadas à sua atual percepção do próprio corpo. Atualmente, Helena não era gorda como descrito em seus relatos, evidenciando assim, uma concepção distorcida da imagem corporal e difícil elaboração da imagem de si mesma. O processo de reformulação da imagem corporal e luto pelo corpo infantil na menina torna-se ainda mais complexo na atualidade, visto que as adolescentes convivem com a idealização de um corpo feminino (CAMPAGNA; SOUZA, 2006).

4.3 Dinâmica Familiar

Ao mudar-se para o Brasil, Helena e a família foram morar com a avó materna, logo em seguida o pai voltou para o país de origem e após dois anos a mãe. Com isso, Helena fora acometida por um sentimento de abandono e desconfiança, uma criança deixada “para trás” para ser criada pela avó e tios até os sete anos de idade, tendo que vivenciar o “luto pelos pais da infância” em dois momentos do desenvolvimento. A paciente descreveu esse período da infância como “ruim e triste”, reforçando por várias vezes a palavra “ruim”, acrescentado:

Helena: - (...) foi uma época muito difícil, nos dias das mães no colégio ninguém ia. Essa ausência dos meus pais foi muito ruim.

A partir dos sete anos de idade, os pais de Helena voltaram ao Brasil e as condições financeiras da família eram ruins. A paciente foi transferida para uma escola pública e desde cedo foi incumbida a ajudar os pais no trabalho em feiras livres e posteriormente no comércio. A partir desse período, o brincar da infância, principal atividade dessa fase, foi deixada de lado. A paciente considerou irrelevante a ausência do brincar e enxergou esse fato com rigidez, colocando-se no papel de “ser responsável” desde cedo.

Helena (...) minha vida foi sempre corrida, eu não tive aquela fase de brincadeiras, eu sempre ajudei meus pais desde cedo. Eu sempre soube o significado do trabalho e aos 10 anos eu tinha uma visão de mundo que as outras pessoas da minha idade não tinham.

Estagiária: - Você sente falta dessa fase de brincadeira?

Helena: - Não, hoje eu entendo que me fez bem. Me fez crescer.

A ausência das brincadeiras na infância exerceu influência significativa no desenvolvimento psíquico de Helena, pois o brincar vai além do lazer e do prazer. O brincar exerce influência direta no desenvolvimento psíquico, social, emocional e da personalidade. Através das brincadeiras as crianças também podem expressar seus sentimentos, aumentar suas experiências, desenvolver habilidades sociais, de autocontrole e domínio das angústias (CORDAZZO; VIEIRA, 2007).

Ao ser questionada sobre a dinâmica familiar, a paciente relatou que sua família é unida e o relacionamento é “muito bom”, porém se contradisse em discursos subsequentes, afirmando que seu relacionamento com sua mãe “não é de muita confiança” e diálogo; o relacionamento com o pai é conflituoso, deixando-a “transtornada” e triste, pelo modo agressivo em que o mesmo trata o irmão mais novo. A convivência com a irmã caçula é hostil.

A afirmação de Helena sobre o relacionamento com a mãe contrapõe o que a própria mãe afirmou nas entrevistas iniciais. Seu discurso apontou para um relacionamento nutrido por confiança, porém para Helena essa relação não existe. Tal manifestação ocorreu, também, com intuito de desqualificar o tratamento psicológico e a posição da estagiária.

Mãe de Helena: - Ela pode me contar o que vocês conversaram?

*Estagiária: - Se ela se sentir a vontade e a iniciativa de contar sobre a sessão partir dela, não vejo problemas.
Mãe de Helena: - Ela vai me contar sim.*

Nesse contexto, é necessário lidar com as resistências dos pais, familiares ou responsáveis pelo adolescente, o que exige manejo do analista. São inúmeras as interferências dos pais no *setting* analítico, com isso é necessária tolerância às frustrações e o analista precisa estar preparado para possíveis retiradas do adolescente da análise quando o tratamento está progredindo.

4.4 Irmã Gêmea, Grupos e a Construção da Identidade

O relacionamento com a irmã gêmea foi descrito por Helena como uma relação nutrida por confiança, companheirismo, cumplicidade e amparo. A paciente narrou a relação de gemelidade de forma intensa, considerando ela e a irmã como gêmeas univitelinas, quando os próprios médicos afirmaram que a gestação da mãe era de gêmeas bivitelinas. Dessa forma, a paciente evitou um instaurador de diferenças, demonstrando um desejo de igualdade e o medo da separação de alguém que a acompanhou desde o útero da mãe. Essa relação de união – quase fusão –, dependência, com a irmã gêmea refletiu negativamente na construção de identidade da paciente.

Outro aspecto que refletiu negativamente na construção de identidade de Helena é o isolamento, imposto pelos pais, da convivência com o grupo de iguais. O que pôde ser percebido pelo discurso da mãe da paciente nas entrevistas iniciais.

*Mãe de Helena: - (...) sempre fica em casa, conversa com poucas pessoas da idade dela, não fica saindo.
Estagiária: - Essa pouca convivência com outras pessoas da idade dela, é uma escolha da Helena?
Mãe de Helena: - Não, foi uma imposição minha e do pai dela. O mundo está muito perigoso (...). Por isso, não deixamos a Helena sair.*

Helena narrou que na escola pouco se relacionava com as meninas de sua classe; relatou que as mesmas vão a lugares legais, e ela não pode ir pela determinação dos pais. A paciente completou que já algum tempo não tem contato com os amigos próximos; uma vez ou outra envia apenas uma mensagem de texto e se justifica que isso ocorre em decorrência da correria de seu dia-a-dia.

O grupo de iguais exerce papel de extrema importância na construção de identidade na adolescência, possibilita ao adolescente a conquista de um espaço subjetivo próprio e a separação dos modelos de identificação com os pais, permitindo que o adolescente se reconheça e elabore sua nova identidade.

Ao final do semestre notou-se o início de um progresso no quadro clínico de Helena, o atendimento foi encerrado na primeira quinzena de Novembro/2017, pois a paciente havia sido selecionada, por um programa do governo estadual, para participar de um intercâmbio nos Estados Unidos. Helena demonstrou interesse em continuar o acompanhamento psicológico após o retorno das férias, porém após várias tentativas de contato para retomada do tratamento, a mãe da paciente declarou que a filha não tinha mais interesse em continuar, mesmo após a insistência dos pais, dificultando um desfecho do caso.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do caso clínico de Helena, pôde-se perceber a relevância e a importância do tema abordado e o quanto a prática clínica com adolescentes requer mais foco e investigação no contexto psicanalítico. Constatou-se o quanto a Psicanálise tem a contribuir e a possibilitar a desmitificação dos processos psíquicos que envolvem a adolescência. Observou-se, ainda, que cabe ao analista acolher o adolescente no *setting* analítico em sua totalidade psíquica. Amparar esse sujeito imerso num mundo permeado por urgências, repleto de transformações, conflitos, intensidades, contradições, movimentos, inseguranças, ambivalências, inquietudes, perplexidades, dúvidas e ansiedade.

Verificou-se que a clínica psicanalítica com adolescentes é repleta de desafios, situações inesperadas e fatores surpresas. Sobretudo, é necessário apreciar e aperfeiçoar-se nessa faixa etária carregada de particularidades, considerando o já célebre tripé da formação psicanalítica proposto por Freud. No decorrer do ofício cada profissional deverá desenvolver de forma única um estilo de manejo clínico, cumprindo e respeitando as regras e técnicas que regem a clínica psicanalítica e o exercício da profissão de psicólogo (CASTRO; STURMER, 2009).

Conclui-se que para adentrar no *setting* analítico com o paciente adolescente, a elaboração da adolescência do próprio analista deve estar em adequada, dessa forma os sentimentos contratransferenciais, projeções, fantasias e o posicionamento do analista em um ou mais papéis (adulto, cúmplice e/ou mestre) propostos por Rassial (1999), podem ser evitados, e a análise de fato poderá ocorrer sem ressalvas, interdições e fracassos.

6. REFERÊNCIAS

ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Mauricio. **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ATALLAH, Alvaro Nagib; CASTRO, Aldemar Araujo. Revisões sistemáticas da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. **Diagnóstico & Tratamento**, v. 2, n. 2, p.12-15, 1997.

AYUB, Renata Cardoso Plácido. **O olhar de psicanalistas que escutam a adolescência**: singularidades da clínica atual. 2009. 76 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)-Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

AYUB, Renata Cardoso Plácido; MACEDO, Mônica Medeiros Kother. A clínica psicanalítica com adolescentes: especificidades de um encontro analítico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 3, p.582-601, 2011.

BIRMAN, Joel. Tatuando o desamparo: a juventude na atualidade. In: Cardoso MR, organizador. **Adolescentes**. São Paulo: Escuta, 2006. p. 25-43.

BLOS, Peter. **Adolescência**: uma interpretação psicanalítica. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

CAHN, Raymond. **O adolescente na psicanálise**: a aventura da subjetivação. 1 ed. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 1999.

CAMPAGNA, Viviane Namur; SOUZA, Audrey Setton Lopes De. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. **Boletim de psicologia**, São Paulo, v. 56, n. 124, p. 9-35, 2006.

CAPANEMA, Carla Almeida. **As modalidades do ato e sua singularidade na adolescência**. 2009. 96 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

CASTRO, Maria Da Graça K.; STURMER, Anie. **Crianças e adolescentes em psicoterapia**: a abordagem psicanalítica. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COLL, César; MARCHESI, Álvaro; PALÁCIOS, Jesús. **Desenvolvimento psicológico e educação**: Psicologia Evolutiva Vol 1. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CORDAZZO, Scheila Tatiana Duarte; VIEIRA, Mauro Luís. A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2007.

COUTINHO, Luciana Gageiro. Pensando sobre as especificidades da clínica psicanalítica com adolescentes. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line**, v. 6, n. 2, p. 44-55, nov. 2006.

DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO. **Etimologia de adolescente**. Disponível em: <<https://www.dicionarioetimologico.com.br/adolescente/>>. Acesso em: 25 set. 2017.

DOCKHORN, Carolina Neumann de Barros Falcão; MACEDO, Mônica Medeiros Kother. A complexidade dos tempos atuais: reflexões psicanalíticas. **Revista Argumento e Psicologia**, v. 26, n. 54, p. 217-224, 2008.

DOLTO, Françoise. **A causa dos adolescentes**. 2 ed. Aparecida: Ideias & Letras, 2015.

FREUD, Anna. **O ego e os mecanismos de defesa**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FREUD, Sigmund. **Um caso de histeria, três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos**. Edição *Standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1905/2006.

GRABOSKI, Iracilda Delourdes. **Reflexões sobre transferência na clínica psicanalítica de adolescentes**. 2010. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Psicologia Clínica)-Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2010.

LEVISKY, David Leo. **Adolescência**: reflexões psicanalíticas. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

LÍRIO, Luciano de Carvalho. A construção histórica da adolescência. **Protestantismo em Revista**, São Leopoldo, v. 28, p.72-79, 2012.

KLEIN, Melanie. **A Psicanálise de crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

KLEIN, Melanie. **Amor, ódio e reparação**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

KUPERMANN, Daniel. Sobre o final da análise com crianças e adolescentes. **Estilos da clínica**, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 182-197, dez. 2007.

MACEDO, Monica Medeiros Kother. **Adolescência e psicanálise**: intersecções possíveis. 2 ed. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012.

MATHEUS, Tiago Corbisier. **Adolescência**: história e política do conceito na psicanálise. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

OLIVEIRA, Daniella Machado De; FULGENCIO, Leopoldo Pereira. Contribuições para o estudo da adolescência sob a ótica de Winnicott para a educação. **Psicologia em revista**, Belo horizonte, v. 16, n. 1, p.64-80, abr. 2010.

OUTEIRAL, José. **Adolescer**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

POMPERMAYER, Ciane. **O processo de luto do adolescente em relação às imagens parentais relacionado com a escolha de uma profissão**. 1999. 94 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

RASSIAL, Jean-Jacques. **O adolescente e o psicanalista**. 1 ed. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

REIS, Alberto Olavo Advincula; ZIONI, Fabiola. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 472-477, 1993.

SAGNA, Philippe La. A adolescência prolongada, ontem, hoje e amanhã. In: Mental n.23, **Quel avenir pour l'adolescence?**. Paris: Diffusion Seuil, 2009, p. 17-28.

SANTOS, Larissa Forni Dos; SANTOS, Manoel Antônio Dos; OLIVEIRA, Érika Arantes De. A escuta na psicoterapia de adolescentes: as diferentes vozes do silêncio. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 01-15, jun. 2008.

SOUZA, Márcia Michele De; TEIXEIRA, Rita Petrarca. O que é ser um "bom" psicoterapeuta?. **Aletheia**, Canoas, n. 20, p. 45-54, jul./dez. 2004.

ZANETTI, Sandra Aparecida Serra; KUPFER, Maria Cristina Machado. O relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo. **Estilos da clínica**, São Paulo, v. 11, n. 21, p. 170-185, dez. 2006.

ZIMERMAN, David E. **Manual de técnica psicanalítica**: uma re-visão. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.