



# trama,

REVISTA DE  
PSICOSSOMÁTICA  
PSICANALÍTICA

ano - Nº 1 - 2019

publicação: 15-10-2019

ARTIGOS

## Adolescência e a Psicanálise nos Casos Limite

Adolescence and\_Psychoanalysis in Borderline Cases

*Wagner Ranña*

Instituto Sedes Sapientiae

*Mirian Iolanda Rejani*

Instituto Sedes Sapientiae

*Cristiana Rodrigues Rua*

Instituto Sedes Sapientiae

### RESUMO

O presente artigo visa propiciar uma discussão teórico-clínica com base no referencial da psicossomática psicanalítica na clínica com adolescentes. O relato do caso de um adolescente de 15 anos de idade nos conduziu a algumas reflexões sobre os movimentos de organização e desorganização psicossomática responsáveis pela integração ou dissociação do psique-soma. As hipóteses clínicas levantadas apontaram para uma falha de mentalização característica de uma neurose de comportamento, em que o corpo e as atuações se constituíam em vias de expressão para o que não era passível de ser representado psiquicamente. As questões relativas à desorganização psicossomática foram articuladas aos aspectos específicos da técnica que operaram na relação psicanalítica, como o manejo, o enquadre, a interdisciplinaridade, as modalidades da transferência. Especial destaque foi dado à importância do trabalho na transferência, no qual o analista, acompanhando e adaptando-se às demandas e ao ritmo do adolescente, proporcionou condições para uma maior integração psicossomática.

### Palavras-chave

Adolescência, Psicossomática psicanalítica, Corpo, Representação

### ABSTRACT

The present article aims to provide a theoretical-clinical discussion based on the Psychosomatic Psychoanalytic reference in the clinic with adolescents. The case report of a fifteen-year-old adolescent led us to some reflections on the organizational movements and the psychosomatic disorganization responsible for the integration or dissociation of the psyche-soma. The clinical hypotheses raised pointed to a lack of mentalization characteristic of a behavioral neurosis, where the body and the actions constituted in ways of expression for which it could not be represented psychically. Issues related to psychosomatic disorganization were articulated to specific aspects of the technique that operated in the psychoanalytic relationship such as handling, framing, interdisciplinarity, the modalities of transference. Special emphasis was given to the importance of the work in the transference, in which the analyst accompanying and adapting to the demands and to the adolescent rhythm provided the conditions for a greater psychosomatic integration

### Keywords

Adolescence, Psychosomatic psychoanalytic, Body, Representation

### Introdução

A demanda por dispositivos psicoterapêuticos e por conceitos psicopatológicos é um desafio para os que se aventuram no atendimento de jovens nos diversos níveis de atenção em saúde mental. A "crise da adolescência" implica desde os desafios de um jovem na passagem do *status* simbólico de criança para a vida adulta até situações psicopatológicas graves, como casos limítrofes. Limítrofes entre vida e morte, nos suicídios; entre corpo e psique, na psicossomática; entre real e imaginário, nas psicoses; entre *acting out* e passagens ao ato, nas atuações auto e heterodestrutivas. Cisões, dissociações, alienações, economia de gozo compõem esse cenário clínico complexo.

A psiquiatria sempre cuidou de adolescentes em situações-limite; a demência precoce, denominação da esquizofrenia que ocorre em jovens, foi descrita por Kraepelin, o fundador da moderna psicopatologia psiquiátrica, diferenciando-a de casos de esquizofrenia em adultos. A demência precoce inaugura o que virá a ser conceituado como a crise da adolescência com muitos casos-limite.

Muitos pacientes de Freud, já clássicos para a psicanálise, eram adolescentes, como Dora e a jovem homossexual. Adela Gueller (2014) destaca que, no relato desses casos, Freud descreve as dificuldades na transferência e contratransferência com as jovens e o problema do lugar dos pais nessa relação. Freud apresenta grandes articulações teóricas com base no estudo desses casos, contribuindo de forma significativa para estabelecer as bases teórico-clínicas deste trabalho.

Desde sempre esses desafios estiveram presentes na psicanálise com crianças ou com bebês, sendo superados pela criação de dispositivos como o da "função materna na transferência", a substituição da associação livre pelo brincar, a técnica das terapias conjuntas pais-bebê, a inclusão da escuta dos pais e as articulações interdisciplinares.

A psicanálise com crianças e adolescentes elabora uma prática clínica caracterizada pela descoberta de dispositivos terapêuticos que resultaram em importantes contribuições para a ampliação terapêutica da psicanálise contemporânea, muito implicada em casos-limite.

A crise da adolescência convoca para uma referência em Winnicott (2000) e suas importantes implicações no trabalho psicoterapêutico quando se pensa em casos em que o narcisismo primário ainda não se estabeleceu, e a relação disso com a questão das psicoses e dos casos-limite na análise.

Outra importante contribuição para a clínica das psicoses e dos casos-limite foi a de Lacan (1998), que apontou para o paradigma intersubjetivo e a alienação do sujeito ao discurso do Outro, com a metáfora paterna e o conceito de forclusão.

Estamos hoje diante de novos desafios psicoterapêuticos, principalmente das configurações psicopatológicas das não neuroses, também chamados de casos-limite nas vicissitudes do negativo em psicanálise, seguindo proposição de Green (2010), destacando suas concepções que tomam como paradigmas os processos da constituição do aparelho psíquico e sua íntima relação com a constituição do corpo.

## A Discussão do Caso Clínico

O caso em destaque neste texto vem na esteira de dois textos publicados anteriormente: o caso Elizabeth (RANÑA, 2008), que aborda uma psicoterapia conjunta pais-bebê, e o caso Gabriel (RANÑA, 2015), que aborda a psicoterapia de um menino hiperativo com risco de ser medicalizado ou de estruturar uma psicose. O caso Antônio, como chamaremos, complementa os anteriores,

destacando a complexidade do contexto da psicanálise com adolescentes.

Tomamos como modelo neste artigo a publicação histórica de Leon Kreisler, Michel Fain e Michel Soule, *A criança e seu corpo* (1981), na qual os transtornos psicossomáticos de bebês e crianças na primeira infância são estudados com base na apresentação de casos por um dos integrantes do grupo, um pediatra psicanalista, e a discussão é feita pelos outros dois psicanalistas, com ampla experiência na clínica de fenômenos psicossomáticos. Essa publicação foi fundamental para a psiquiatria infantil, em que a psicossomática tem uma presença central, como afirma Lebovici no prefácio dessa obra. No século XXI essas pesquisas desdobraram-se no campo das terapias conjuntas pais-bebê, que, por sua vez, se tornaram um paradigma central para a psicanálise com pacientes diagnosticados com autismo na contemporaneidade. Foram também importantíssimas para a construção do arcabouço teórico da psicossomática psicanalítica da Escola de Paris.

A constituição subjetiva tem dois momentos importantes: a primeira infância e a adolescência. Na primeira infância, estamos no tempo das origens e da travessia de organismo para corpo e de corpo para sujeito. Na adolescência, o real da puberdade e o apelo da cultura colocam o jovem diante do desafio de um trabalho psíquico que, segundo Ruffino (1993), é equivalente ao do luto, como colocado por Freud em "Luto e melancolia" (1917); luto de uma infância ideal, de pais ideais, de ego ideal, para o posicionamento subjetivo no mundo adulto. Não podendo ser mais a criança do ego ideal, fruto do narcisismo de seus pais, o jovem se vê diante da necessidade de abrir caminho rumo à vida adulta e constituir seu ideal de ego.

Pensamos então que esse trabalho pode ser situado no contexto teórico-clínico da psicanálise com adolescentes, construído a seis mãos, como assinalamos antes, numa parceria interdisciplinar, contribuindo para a clínica dos fenômenos psicossomáticos na adolescência.

## **Antônio**

Antônio veio para avaliação e psicoterapia por indicação de um gastroenterologista, especialista também em psicossomática psicanalítica, que diagnosticou refluxo gastroesofágico e depressão.

Antônio nasceu em 2002, e estava com 15 anos no momento da escrita do caso. Estava sendo atendido há três anos em psicoterapia, desde a idade de 12 anos. É o terceiro filho em sua família. Quando começou o trabalho atual, estava sendo apoiado por uma psicopedagoga há um ano e seis meses.

De início a mãe disse: "Sou muito sozinha. Eu que faço tudo". Ao ser questionada sobre a história de Antônio, disse que foi muito querido, e que o seu parto foi o melhor, "escorregou". "Saiu fácil. Aliás, ele foi fácil como bebê. Muito doce. Bonzinho. É muito retraído com estranhos, mas em casa fala alto, reivindica suas preferências. É outra pessoa."

Quando estava com 4 anos, uma tragédia aconteceu na família: o avô materno, muito amado e seu grande amigo, morreu. "Com a morte de meu pai, eu também sofri muito, sendo que muitos anos de sofrimento em estado terminal foram vividos." "Antônio não teve sorte", complementa a mãe, "mas enfrentou tudo quieto e não reclamava".

Quando foi para a escola, as dificuldades evidenciaram-se, e uma série de terapias com diversos terapeutas foram iniciadas. "Falamos que ele não tem capacidade para gravar as coisas ensinadas." "Seria um disléxico? Um deficiente?" "Ninguém fala bem claro." "Teria isso tudo um fundo emocional?", interroga a mãe. "Ele só viveu coisas fortes. É um forte."

Antônio tem asma alérgica e rinite. Está engordando muito. Teve enurese até 8 anos. É impulsivo diante da comida. "Ataca a comida." Lembremos que foi encaminhado por apresentar refluxo

gastroesofágico, além de uma suposta depressão.

Com o pai, a mãe afirma que Antônio faz muitas atividades: pesca, joga *video games*; ganhou um campeonato de *kart*. Ela refere que seu marido é "criança" e que Antônio é a cópia do pai.

Antônio dorme com os pais, tem pesadelos, range os dentes e não dorme fora de casa. A mãe considera que desandou e grudou nos pais após a morte do avô.

**Contato com a psicopedagoga.** Em contato com a psicopedagoga, ela relata que Antônio está apático, dorme na sala de aula, sem contato com os colegas, e recusa-se a participar de atividades sociais com a classe. Mas está melhorando. É inteligente. É "simbiotizado" com a mãe. Tem dificuldade com o saber. Não quer saber. Sente-se injustiçado pela escola.

**Sessões com Antônio.** Nas sessões, Antônio é ativo, quer jogar. Quando jogamos, ele tenta burlar as regras para ganhar, mas entende as regras e joga bem; escolhe jogos mais fáceis. Adora o celular e, em muitas sessões, fica olhando-o. No celular assiste a vídeos de acrobacias ilusórias. Parece ficar num mundo imaginário, fora do real. Nesses momentos, o terapeuta parece não existir.

Às vezes apresenta-se sem vontade de nada. Diz que está com vírus da água de "volume morto", referindo-se aos supostos efeitos contaminantes da água do volume morto da represa. Identifica-se com o "volume morto"?

**Nova entrevista com os pais.** A mãe fala bastante, assumindo os relatos. O pai é quieto. Dizem que Antônio está melhor. Está melhor do refluxo e da esofagite, e sem crises de asma. Queixa-se de "dores de cabeça", mas está feliz.

Acha que vai se dar bem sem estudos. Estava mal em uma matéria, e a solução sugerida por ele foi: "tira o professor".

Mas está mais independente, com amigos e sem dúvida teve progressos no seu processo de subjetivação e amadurecimento. Foi a uma excursão com a escola pela primeira vez, o que até então era recusado sistematicamente.

Depois de um tempo ativo nas sessões, passa por uma fase em que não larga do celular. Faço uma intervenção, implicando-o no assunto do celular. "Seria um gozo? Seria uma defesa? Ou seria um vazio?" O celular como objeto transicional, ou como meio de estar no mundo, pela via da virtualidade? Diante da afirmação do terapeuta de que gostaria que não usasse o celular na sessão, fica chateado. Recusa-se a fazer outras coisas e fala em não continuar a terapia. Interrogado sobre o porquê de vir, afirma que vem "porque a mãe manda".

Discutimos que, pela primeira vez, coloca o seu desejo e sua crítica na sessão. É seu desejo interromper os atendimentos, e eu respeito. Mas temos que ver isso com os pais e outros profissionais. Antônio aceita essa colocação, e marcamos entrevista conjunta com os pais.

Na sessão conjunta, em que discutiríamos a continuidade da terapia e seu desejo de interromper os atendimentos, só a mãe comparece. Na sessão fica deitado no colo da mãe e fala baixinho com ela, como se eu não estivesse ali. Tudo que quer falar comigo, pede que ela fale. Discutimos sobre esse comportamento, e a mãe refere que, até para falar com o pai ou com os irmãos, a utiliza como intermediária. No final da sessão, Antônio concorda em seguir a terapia e parece que viu alguns motivos. As "colas" no celular e na mãe passam a ser abordadas.

Antônio passa a estar mais ligado nos seus desejos, propondo assuntos e atividades. Fica mais independente. Começa a falar de seu futuro e diz que quer ser médico. As sessões em que quer jogar passam a ser mais raras, e escolhe jogos adultos.

Acontece o falecimento da avó materna. Recusa-se a falar.

Tem uma crise de cefaleia muito forte. É atendido na emergência de um hospital. Depois de muitos exames e inclusive de se ter constatado um aumento da pressão líquórica, o neurologista chega à conclusão de que pode ter uma HIB, Hipertensão Intracraniana Benigna, mas discutiu-se a possibilidade de apresentar uma cefaleia com determinante psicossomático.

Diante da ausência de associações e de desejo de jogar, apontando para um esvaziamento pulsional, proponho que ele use o papel e tente desenhar. Desenha um rapaz chorando, expressando uma grande tristeza e uma cobra soltando veneno.

Desenha um cemitério, o que abre espaço para falarmos da morte e dos acontecimentos que a mesma suscitou na família. Seu luto, sem dúvida, liga-se aos "lutos" da adolescência.

Em função de apresentar muitas crises de cefaleia, é medicado com analgésicos, antidepressivos e ansiolíticos nos atendimentos de urgência. O neurologista assume papel importante no cuidado,

Na volta para as sessões, vem mais ativo, desliga o celular e conversa sobre as questões que está enfrentando. Assume outra posição e fala de suas dificuldades com seus pares na escola e nos esportes. Um sujeito se faz presente e desejante.

### **Enfoque Teórico sob a Perspectiva da Psicossomática Psicanalítica**

*Mirian Iolanda Rejani*

A adolescência, período intermediário e de transição entre a infância e a idade adulta, exige do psiquismo um novo processo de subjetivação, em que as relações entre o eu e o outro, entre o corpo e a psique são postas à prova, o que pode comprometer a integração psicossomática. A intensidade das forças pulsionais que invadem o psiquismo, assim como as pressões externas configuram uma situação traumática e colocam o adolescente diante do desamparo, exigindo dele um novo trabalho de elaboração e de simbolização que será bem ou malsucedido, dependendo de como foram experienciados os momentos anteriores do seu desenvolvimento.

O bebê nasce em uma condição de desamparo e necessita da presença de outro ser humano para satisfazer suas necessidades, condição básica para o seu desenvolvimento e para a manutenção da integração psicossomática. Essa função é exercida pela mãe ou por qualquer outra pessoa que faça a maternagem, cuja tarefa é fornecer uma proteção contra os estímulos tanto externos quanto internos, dando significado ao que o bebê apresenta, favorecendo, assim, de acordo com Marty (1993), o desenvolvimento das funções mais simples para as mais complexas, em um movimento de organização, de associações e de hierarquizações, até que a criança tome para si essa organização, que se dará em planos cada vez mais elaborados e complexos. Esse movimento evolutivo pode ficar prejudicado em virtude das perturbações do desenvolvimento, quer por carência ou por excesso de investimento libidinal da mãe ou pela ocorrência de eventos traumáticos com os quais o sujeito se depara ao longo da vida. Tais situações podem provocar regressões ou desorganizações e comprometer o equilíbrio psicossomático. Podemos pensar que o possível apaixonamento da mãe de Antônio e conseqüentes falhas na para-excitação pelo excesso de investimento comprometeram o movimento evolutivo e prejudicaram o processo de diferenciação?

Winnicott (2000) refere que o bebê nasce em um estado de não integração, caracterizado pela não diferenciação eu/não eu. A mãe, pela adaptação quase completa às necessidades do bebê, promove a integração e a personalização, processos que decorrem das experiências pulsionais e dos cuidados proporcionados pela manipulação e pela elaboração imaginativa das partes e funções corporais, produzindo a sensação de continuidade, o desenvolvimento do *self* e a integração psique-soma. Antônio parece não ter desenvolvido o sentimento de habitar o próprio corpo, ficando capturado pelo corpo e pela subjetividade materna.

O ambiente que inicialmente se adaptou quase que completamente às necessidades do lactente deve promover a experiência de desilusão com a introdução de pequenas falhas, o que favorece a inserção do bebê no princípio da realidade, propicia a diferenciação eu/não eu e a aquisição do sentimento de identidade.

Para que a diferenciação ocorra, faz-se necessário que a mãe possa desinvestir narcisicamente o filho, voltando sua atenção e seu desejo para outros interesses, como seu companheiro, o trabalho. Fain, citado por Volich (2010), descreve esse movimento como "censura do amante". Diz o autor que a mãe que assumiu a função de para-excitação desinveste provisoriamente seu filho, desde que o desejo a transforme em mulher. Nesse processo é fundamental a função paterna como resgate da mãe da relação dual, propiciando assim, a seu filho, a diferenciação, a autonomia, a experimentação da oscilação presença-ausência materna, assim como a capacidade de representação psíquica, reconhecimento do pai e o acesso à estruturação edípica. O pai de Antônio, "criança", como dito pela mãe, não interveio no movimento de separação, e assim a triangularidade ficava comprometida, o movimento de transicionalidade não ocorria, a relação de dependência materna permanecia e a inserção de Antônio no mundo ficava prejudicada.

A dependência extrema de Antônio da figura materna refletia-se nos sintomas de asma, que, de acordo com Marty (1993), consiste na fixação a uma fase pré-objetal de indistinção primária com a mãe, decorrente de uma superpresença e de superinvestimento materno. Nos quadros de asma, observa-se uma falha na representação da mãe ausente, o que compromete o enfrentamento da angústia diante de estranhos e a triangulação. Segundo essa óptica, a crise é decorrente da angústia ao se deparar com o estranho. Ressaltamos que as dificuldades de Antônio começaram com seu ingresso na escola.

Com base na informação sobre a apatia de Antônio, observada em seu retraimento e isolamento social, pensamos no bebê "bonzinho", que não dava trabalho, o que associamos ao que Kreisler (1999) denominou de atonia depressiva, mecanismo de desorganização psicossomática, expressa em sintomas como: inibição, inércia, indiferença, sem sinal de angústia, desespero ou tristeza. Cabe lembrar que Antônio não expressou qualquer reação afetiva perante a perda do avô, o que pode caracterizar uma depressão branca, que, de acordo com Kreisler (1999), é provocada por uma depressão da mãe diante de uma perda significativa (a mãe reagiu com muita tristeza à perda de seu pai). Esse tipo de depressão caracteriza-se pelo pensamento operatório, podendo evoluir para uma neurose de comportamento.

Pela desafetação, pela pobreza de associações e de representações mentais, pela não elaboração dos lutos, pela dependência e fusão com a mãe, pela inexistência de organização edípica, pensamos em uma falha de mentalização, característica de uma neurose de comportamento decorrente das perturbações das primeiras relações objetais. Na psicossomática psicanalítica, o conceito de mentalização é fundamental para o entendimento do destino do afluxo de excitações com as quais o indivíduo é confrontado. Dependendo dos recursos disponíveis para lidar com essas excitações, a resposta visando o restabelecimento do equilíbrio psicossomático pode ser psíquica (rica em representações), comportamental ou somática (ausência ou pobreza de representações). Entendemos que as falhas na para-excitação no desenvolvimento inicial de Antônio prejudicaram o processo de simbolização, e assim o corpo e o comportamento serviam de veículos de expressão para o que não era representado mentalmente.

Os sintomas de compulsão alimentar e de refluxo mostravam o uso do corpo para lidar com questões relativas à dependência e à separação. A ingestão exagerada de alimentos poderia preencher o vazio da falta, cuja angústia era aplacada pela comida, o que mantinha certo equilíbrio psicossomático. Mas o comer em excesso encontra-se no registro da necessidade, e não do desejo, não permitindo, portanto, nenhuma elaboração psíquica quanto à depressão pela ausência. Ficamos também com a hipótese de que, pela comida em exagero, Antônio incorporava o objeto mãe, mas pelo excesso ou "pelo efeito contaminante do volume morto da água da

represa" vinha o refluxo, a excorporação, alternando, assim, presença e ausência.

Transitando pela presença e ausência, Antônio apegava-se ao celular, em uma relação de dependência semelhante à que tinha com a mãe. O uso do celular abria caminho para a transicionalidade se apostássemos em sua transformação em objeto simbólico, em objeto intermediário na transição da dependência para a independência. Caso contrário, seria apenas um objeto autocalmante para lidar com a ausência da mãe, um movimento repetitivo de pura descarga, na tentativa de suportar e tamponar angústias que o psiquismo não dava conta de representar.

No decorrer do processo terapêutico, os sintomas de refluxo, de esofagite e os de asma desapareceram e surgiu a cefaleia como novo sintoma, com início após a morte da avó. Marty (1993) se refere à cefaleia como uma recusa do saber e do conhecimento, cuja causa é a criança ter presenciado na infância cenas sexuais antes de poder compreendê-las. (Cabe lembrar que Antônio dormia com os pais.) Quando ela se torna capaz de entender e significar o que viu no passado, bloqueia aquele pensamento. A cefaleia de Antônio surgiu na adolescência, período em que a sexualidade ganha significado genital. Inserimos aqui a frase de Antônio: "não quero saber". As pessoas que sofrem de cefaleia apresentam dificuldade escolar, como observado em Antônio, que pode ser entendida como uma reação negativa ao conhecimento. Segundo essa teoria, Antônio podia não querer saber da sexualidade, mas esse não querer saber parece ter se estendido para a morte e as separações. Ainda de acordo com Marty (1993), a cefaleia está próxima dos mecanismos de defesa neuróticos, portanto mais mentalizados, fazendo parte das doenças funcionais regressivas.

Seguindo a linha de uma melhora na mentalização, temos as produções gráficas como novos intermediários na relação terapêutica. Apesar de as figuras humanas mostrarem um corpo fragmentado, era por meio dos desenhos que Antônio começava a representar a tristeza, o que entendemos como indícios de elaboração das perdas. Elaboração pelo luto ou pela melancolia? Ainda era muito cedo para saber, mas, de qualquer forma, o processo estava dirigido ao objeto.

Outro sinal para acreditarmos nas melhores condições de mentalização de Antônio foram os seus pesadelos, que, apesar de terem conteúdos dolorosos, eram manifestações da angústia. Eram sonhos sonhados, e não atuados, e, portanto, passíveis de associações e de representações. De acordo com Marty, "as atividades fantasmáticas e oníricas permitem integrar e ligar as tensões pulsionais e protegem a saúde física individual" (MARTY, 1993, p. 17).

Entendemos que Antônio está no processo de elaboração do luto da perda de seus objetos primários, em vias de aquisição de um corpo e de uma psique próprios e integrados, um corpo erógeno e pulsional. A depressão é inerente a esse processo, mas acreditamos em uma depressão que possa ser constitutiva, dirigida ao objeto e que, elaborada na relação transferencial e sustentada pelo ambiente familiar e social, promoverá a constituição da subjetividade, a saída do universo familiar e a abertura para o mundo.

## **Aspectos da Técnica e as Transformações em Transferência**

*Cristiana Rodrigues Rua*

O caso descrito nos proporciona algumas reflexões sobre o que podemos enfatizar em termos de manejo e do que entendemos por "técnica" em psicossomática psicanalítica. O objetivo é ilustrar como alguns aspectos técnicos essenciais operam nessa relação analítica.

Para introduzir o tema, recorreremos a Freud, lembrando que ele publicou poucos textos em que discorreu essencialmente sobre a técnica, mas os seus casos clínicos foram a melhor forma de constatarmos o método psicanalítico. Retomando o que fora nomeado de artigos técnicos de Freud

(1911-1915 [1914]) nas *Obras completas* traduzidas para o inglês, deparamos com a importante observação feita pelo editor James Strachey de que, embora Freud tivesse a intenção de fazer um "Manual de Técnica", ficou longos anos sem escrever artigos que abordassem o tema diretamente. O mais interessante é a observação de que, na realidade, a técnica é revelada em vários momentos da escrita sobre a sua prática, especialmente em três importantes histórias clínicas: Caso Dora (1905 [1901]); Pequeno Hans (1909) e Homem dos Ratos (1909).

Nesta breve introdução, retomando Freud, tivemos a intenção de enfatizar que, desde os primórdios da psicanálise, é a clínica, no caso a caso, que nos aponta para o manejo técnico mais adequado em cada momento.

A clínica psicanalítica com crianças e adolescentes implica em múltiplas intervenções, que não se limitam ao paciente em si, mas se estendem aos pais, à escola e a outros profissionais envolvidos no cuidado. No caso de Antônio, devido às desorganizações psicossomáticas apresentadas, temos uma complexidade ainda maior e o envolvimento de especialidades médicas diferentes. Já no início, da forma como é feito o encaminhamento, a parceria da médica gastroenterologista com o analista é evidente e preciosa. Sendo assim, já podemos destacar o primeiro aspecto que pode ser entendido como uma forma de trabalho necessária no atendimento de casos que envolvam distúrbios somáticos, que é a interdisciplinaridade. Cada profissional, com suas especificidades, é parte de uma rede de apoio que visa dar contorno às frágeis organizações psíquicas com as quais deparamos em alguns casos, como o de Antônio.

No caso específico de distúrbios somáticos, o cuidado integrado permite o enfrentamento da conhecida questão da dissociação entre mente e corpo, que ainda assistimos na atualidade. Ou seja, nesses casos, se os cuidados estiverem dissociados entre si, há o risco de que a patologia somática fique isolada, sem integração com a história do paciente como um todo. Sem a interdisciplinaridade, temos um cuidado fragmentado, e muitas vezes repetindo a dissociação entre mente e corpo da qual o paciente já sofre.

No caso de Antônio, temos o analista dialogando com várias especialidades médicas e não médicas. No diálogo com a psicopedagoga, descobrimos que Antônio "não quer saber". Este é um dos principais dados do caso, que sofre transformações a partir da transferência.

No início, o analista segue o ritmo colocado por Antônio nas sessões, ou seja, ele espera, observa, não impõe regras que Antônio não sustente. A percepção de que é um garoto imaturo e com poucos recursos simbólicos traz a necessidade desses cuidados no manejo. Há assim uma delicadeza no acompanhamento do que Antônio apresenta inicialmente, que se caracteriza mais por um agir na sessão do que pelo poder falar. Sabemos de Antônio pelos pais, principalmente pela mãe, que destaca uma situação de perda. Antônio parece ter se calado desde então, principalmente fora de casa, e, como não poderia deixar de ser, cala-se na relação analítica, mas se mostra pelos jogos que escolhe.

O analista acompanha o "volume morto" que parece não ser só uma descrição de como Antônio se sente, mas algo que se estende aos pais também. Pai deprimido, mãe solitária e talvez melancólica; filho parado e contaminado.

Além dos jogos, o celular entra em cena e é entendido como um entrave à fala. Mas será que o celular não poderia também ser utilizado como um aliado nas sessões, ao invés de somente um entrave?

Colocamos esta questão para pensarmos se, quando assiste às "acrobacias", Antônio não estaria admirando as outras formas em que o corpo pode estar em cena, sem adoecer. Desta forma, será que o menino identificado com o volume morto agora quer voar?

Como o tema das acrobacias poderia ser aproveitado nas sessões?



Não nos ateremos a responder essas questões, mas destacamos que foi a partir do pedido de que não usasse mais o celular que pôde surgir algo próprio, uma vontade, a de não ir mais à psicoterapia. Na entrevista conjunta com a mãe, o analista fica como o terceiro excluído, com o qual Antônio não dialoga. Esta é uma repetição do que ocorre em sua casa, conforme a fala de sua mãe.

Mas, na sessão, o analista existe e é aquele com quem Antônio começa a construir uma relação e, arriscamos dizer, uma identificação. Do volume morto para o médico, pois é esta a profissão que quer seguir, a mesma do médico (analista) e de outros que cuidam dele. Nesse momento do processo, temos o indício de um querer saber, pois como médico precisará saber para cuidar de outros seres humanos. Assim, a partir da transferência, Antônio dá sinais de um "querer saber".

É muito bela esta passagem: do garoto imaturo ("criança" como o pai) que não quer saber para o adolescente que já pode desejar ser médico. Mas esses progressos só são possíveis graças a um tipo de intervenção que se caracteriza pela presença do analista, que, inicialmente, nos moldes de uma função materna, pode seguir os ritmos do paciente, pode nomear, pode dar contornos ao vazio. Como nos lembra Bombana:

A experiência de uma mãe cuidando de seu bebê, convivendo pacientemente com suas capacidades e ensinando-lhe progressivamente o código compartilhado da linguagem, pode servir como modelo para o papel necessário ao analista num atendimento a pacientes que somatizam. Esse modelo também se mostra pertinente, pois a mãe diante de seu bebê, não podendo apenas contar com suas expressões verbais, torna-se especialmente sensível às suas manifestações corporais: seu ritmo lento ou acelerado, seu choro que nada acalma ou choro excessivo, a temperatura do corpo, a própria disposição para se relacionar etc. (BOMBANA, 2008, p. 333)

No caso de Antônio, a partir da descrição do analista, temos os indícios de como ele acompanhava os ritmos do paciente e visava seus avanços. Por exemplo, da atividade nos jogos para a paralisia no celular e depois a proposta de jogos mais elaborados. Podemos inferir que a paralisia na tela do celular deve ter sido um momento transferencial difícil, delicado, de contato com o vazio, com o indizível. É um momento diferente do inicial, em que se mostrava ativo nos jogos. O analista pensa no celular como gozo ou como vazio. Talvez ali esteja mesmo representado o mortífero que parece rondar a família, desde a perda do avô.

Aproveitando a "acrobacia", que era onde Antônio paralisava, podemos pensar que era o analista que estava como o equilibrista neste caso, transitando entre os momentos mais calmos e arriscando em outros, como na proibição do celular?

Ou também acompanhando cada deslocamento de sintoma somático e intervindo no momento adequado?

Acreditamos que, em certas situações clínicas, somos mesmo acrobatas e temos que saber o momento de cada tipo de intervenção.

Voltando à questão do celular, quando entra a lei, Antônio ressentido-se, mas ao mesmo tempo é nesse momento que ele aparece enquanto sujeito. Podemos entender como um corte necessário, como a colocação de um limite. O pai de Antônio é deprimido e, na fala da mãe, "criança". Aparece como parceiro de Antônio em atividades, mas tem dificuldades na interdição da simbiose de Antônio com a mãe. Se estava grudado no celular como estava com a mãe, a palavra "corte"

nos parece a mais pertinente. E é por este caminho, de já poder apontar "a cola" no celular como sendo a cola com a mãe, que o analista pode fazer intervenções mais diretas e até, em algum nível, interpretações.

Acreditamos que a colocação do limite do celular tenha sido uma virada estratégica em termos de manejo.

Depois desse momento, após a decisão de seguir em psicoterapia, escolhe os jogos mais elaborados.

Quando ocorre outra perda, que certamente reatualiza a primeira, Antônio se cala, e o analista tem que lançar mão de outro recurso, os desenhos. Com essa estratégia, consegue que Antônio expresse sua tristeza e ao mesmo tempo destile algum veneno na forma de uma cobra. Temos avanços, sinais de agressividade aparecem e mais uma vez o corpo, dessa vez com a cefaleia, que, segundo os estudos de Pierre Marty (1993), pode ser observada em pessoas que "não querem saber", como Antônio. De qualquer forma, podemos afirmar que temos transformações em transferência. E o analista está novamente dialogando, dessa vez com o neurologista.

Destacamos o olhar do analista, que vai além das limitações simbólicas observadas desde o início. Há um olhar para a variedade de sintomas que acometem o corpo e uma adaptação às necessidades de Antônio quando ele ainda não podia "jogar jogos de adultos". Somente um olhar, sim, porque não é só a escuta, mas também um olhar para a precariedade do funcionamento psíquico que pode sustentar a transferência nesses casos. E é importante destacar que se trata de transferências múltiplas, com o pai, com a mãe, com a escola.

Salientamos que, como em todos os casos, não só com adolescentes, a escuta que temos de operar é também uma escuta do corpo. O analista escutou e acompanhou esse corpo por meio das parcerias, do trabalho interdisciplinar.

Embora não haja uma interpretação da transferência, há um trabalho na transferência, na medida em que as vivências transferenciais podem ser observadas, consideradas como parte essencial do andamento do trabalho. Como nos lembra Bombana (2008), nesses casos o analista deve estar disposto a exercer a função de um suporte transferencial.

---

## Notas

BOMBANA, José Atilio. Transferência e interpretação na clínica da somatização. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RANÑA, W. (Orgs.). **Psicossoma IV: Corpo, história, pensamento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

FREUD, Sigmund. (1911-1915 [1914]). Artigos sobre técnica. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. v. XII.

\_\_\_\_\_. (1917). Luto e melancolia. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XIV.

GREEN, Andre. Para introduzir o negativo em psicanálise. In: \_\_\_\_\_. **O trabalho do negativo**. Tradução: Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 15.

GUELLER, Adela S. Duas adolescentes às voltas com os limites: Dora e a jovem homossexual. In: VOLICH, Rubens Marcelo; RANÑA, Wagner; LABAKI, Maria Elisa Pessoa. **Psicossoma V: Integração, desintegração e limites**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

KREISLER, Leon; FAIN, Michel; SOLULE, Michel. **A criança e seu corpo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

KREISLER, Leon. **A nova criança da desordem psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

LACAN, Jaques. O estádio do espelho como formador da função do eu. (1949). In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 93-103.

MARTY, Pierre. **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MEYER, H. Passagem ao ato, clínica psicanalítica e contemporaneidade. In: RESENDE, Marta (Org.). **Adolescência: reflexões psicanalíticas**. Rio de Janeiro: NAU, FAPERJ, 2001. p. 81.

RANÑA, Wagner. Caso clínico: a pequena Elizabeth. A separação e suas metábolos. In: ATEM, Lou Muniz (Org.). **Cuidados no início da vida**. Clínica, instituição, pesquisa e metapsicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 233.

\_\_\_\_\_. Hiperatividade na infância: contribuições da psicossomática psicanalítica. In: SOARES, Ana Maria et al (Orgs.). **Psicanálise e psicossomática: casos clínicos, construções**. São Paulo: Escuta, 2015.

\_\_\_\_\_. Desafios da adolescência. **Revista Mente Cérebro**, Ano XII, Edição 293, p. 62, jun. 2017.

RUFFINO, R. Sobre o lugar do sujeito na teoria do sujeito. In: RAPPAPORT, Clara Regina (Org.). **Adolescência**. Abordagem psicanalítica. São Paulo: EPU, 1993.

VOLICH, Rubens Marcelo. **Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

WINNICOTT, Donald W. Desenvolvimento emocional primitivo (1945). In: \_\_\_\_\_. **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 218-253

---

### Referências bibliográficas

BOMBANA, José Atilio. Transferência e interpretação na clínica da somatização. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RANÑA, W. (Orgs.). **Psicossoma IV: Corpo, história, pensamento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

FREUD, Sigmund. (1911-1915 [1914]). Artigos sobre técnica. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. v. XII.

\_\_\_\_\_. (1917). Luto e melancolia. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XIV.

GREEN, Andre. Para introduzir o negativo em psicanálise. In: \_\_\_\_\_. **O trabalho do negativo**.

Tradução: Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 15.

GUÉLLER, Adela S. Duas adolescentes às voltas com os limites: Dora e a jovem homossexual. In: VOLICH, Rubens Marcelo; RANÑA, Wagner; LABAKI, Maria Elisa Pessoa. **Psicossoma V: Integração, desintegração e limites**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

KREISLER, Leon; FAIN, Michel; SOLULE, Michel. **A criança e seu corpo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

KREISLER, Leon. **A nova criança da desordem psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

LACAN, Jaques. O estádio do espelho como formador da função do eu. (1949). In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 93-103.

MARTY, Pierre. **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MEYER, H. Passagem ao ato, clínica psicanalítica e contemporaneidade. In: RESENDE, Marta (Org.). **Adolescência: reflexões psicanalíticas**. Rio de Janeiro: NAU, FAPERJ, 2001. p. 81.

RANÑA, Wagner. Caso clínico: a pequena Elizabeth. A separação e suas metábolos. In: ATEM, Lou Muniz (Org.). **Cuidados no início da vida**. Clínica, instituição, pesquisa e metapsicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 233.

\_\_\_\_\_. Hiperatividade na infância: contribuições da psicossomática psicanalítica. In: SOARES, Ana Maria et al (Orgs.). **Psicanálise e psicossomática: casos clínicos, construções**. São Paulo: Escuta, 2015.

\_\_\_\_\_. Desafios da adolescência. **Revista Mente Cérebro**, Ano XII, Edição 293, p. 62, jun. 2017.

RUFFINO, R. Sobre o lugar do sujeito na teoria do sujeito. In: RAPPAPORT, Clara Regina (Org.). **Adolescência**. Abordagem psicanalítica. São Paulo: EPU, 1993.

VOLICH, Rubens Marcelo. **Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

WINNICOTT, Donald W. Desenvolvimento emocional primitivo (1945). In: \_\_\_\_\_. **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 218-253.

---

#### Autor(es)

##### Wagner Ranña

Pediatra e psicanalista. Mestrado - Faculdade de Medicina da USP. Membro dos Departamentos de Psicanálise com Crianças e de Psicossomática Psicanalítica do Instituto Sedes Sapientiae.

E-mail: [wranna@uol.com.br](mailto:wranna@uol.com.br)

##### Mirian Iolanda Rejani

Psicóloga e psicanalista. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Membro dos Departamentos de Psicanálise e de Psicossomática Psicanalítica do Instituto Sedes Sapientiae.

E-mail: [mirejani@uol.com.br](mailto:mirejani@uol.com.br)

**Cristiana Rodrigues Rua**

Psicóloga e psicanalista. Mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP. Membro do Projeto de Atendimento e Pesquisa em Psicossomática Psicanalítica da Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae. Membro do Departamento de Psicossomática do Instituto Sedes Sapientiae.

E-mail: [cris.rua@uol.com.br](mailto:cris.rua@uol.com.br)