

A cisão psíquica e a ampliação dos recursos internos: considerações a respeito do tratamento inicial de uma adolescente*

MARÍLIA RODRIGUES SANTOS**

RESUMO – Este trabalho reflete sobre o funcionamento psíquico de uma paciente adolescente limítrofe durante os primeiros meses de tratamento e aborda alguns aspectos importantes da ação terapêutica. A autora discute as características da cisão psíquica, os possíveis significados da automutilação e a fantasia de gravidez, articulando esses temas com a história de vida da paciente, principalmente com sua relação com a mãe. Além disso, a função terapêutica e o setting são abordados como importantes ações terapêuticas. O eixo teórico utilizado para compreender o caso baseia-se nos trabalhos de Freud, Klein, Bion e Winnicott, além de alguns autores contemporâneos.

PALAVRAS-CHAVE – Adolescente limítrofe. Cisão psíquica; Automutilação. Fantasia de gravidez. Ação terapêutica.

The psychic split and the expansion of internal resources: thoughts about the initial treatment of a borderline adolescent

ABSTRACT – This work reflects on the psychological functioning of a borderline adolescent patient during the first months of treatment and it covers some important aspects of the therapeutic action. The author discusses the characteristics of the psychic split, the possible meanings of self-harming and the pregnancy phantasy, linking these topics with the patient's life story, especially with her relationship with her mother. Furthermore, the therapeutic function and the setting are addressed as important therapeutic actions. The theoretical axis used to understand the case is based on the works of Freud, Klein, Bion and Winnicott, as well as some contemporary authors.

KEYWORDS – Borderline adolescent. Psychic split. Self-harming. Pregnancy phantasy. Therapeutic action.

* Adaptado do trabalho premiado na Jornada Interna do CEAPIA/2015

** Psicoterapeuta de Orientação Analítica (Centro de Estudos Luís Guedes) e Especialista em Estudos de Observação Psicanalítica (Tavistock Institute, Londres, Inglaterra)

Introdução

A clínica psicanalítica com adolescentes tem sido marcada pela manifestação de patologias nas quais se observa a convocação do corpo e do registro do ato, bem como uma falha no nível da representação. Ana, adolescente de quinze anos, ilustra os desafios e as vicissitudes do atendimento psicoterápico de um adolescente que teve seu processo simbólico interrompido. Assim, exige não somente que o terapeuta sirva de continente para suas projeções, mas também auxilie na expansão de seu psiquismo.

Bruna (mãe) buscou tratamento para a filha, pois Ana estava fazendo cortes pelo corpo. Além disso, Ana teve um surto psicótico em que via as coisas caindo sobre ela. Iniciou tratamento psiquiátrico e, algumas semanas depois, tiveram início as sessões de psicoterapia comigo.

Há muitos vértices do funcionamento da paciente que poderiam ser articulados neste trabalho, mas descreverei o funcionamento psíquico de Ana nos primeiros cinco meses de tratamento psicoterápico e aspectos importantes da ação terapêutica. Discuto a cisão psíquica, os possíveis significados da automutilação e a fantasia de gravidez, articulando esses temas com sua história de vida, principalmente sua relação com a mãe. O eixo teórico utilizado para compreender o caso baseia-se nos trabalhos de Freud, Klein, Bion e Winnicott, além de alguns autores contemporâneos.

Aspectos da história de vida

Bruna, mãe da paciente, engravidou de Ana aos dezessete anos. Ela e Vitor, pai da paciente, usavam álcool e drogas com bastante frequência. Quando soube da gravidez parou com as drogas, mas seguiu usando álcool por um período. Além disso, Vitor consumia exageradamente álcool e o casal organizava muitas festas para os amigos na sua residência, que era um ambiente caótico.

Bruna e Vitor tiveram mais uma filha quando Ana entrou na adolescência. Nas primeiras sessões do tratamento psicoterápico, a paciente relaciona esse período com sentir-se só: o pai saía muito para beber, a mãe trabalhava o dia todo, e cabia a ela cuidar da irmã bebê enquanto estavam fora. Começou a ter vontade de se cortar nessa época. Repetiu este ano da escola. Alguns anos depois seus pais se separaram.

O início do tratamento

Quando chegou para tratamento, Ana estava iniciando um namoro. Via no namorado uma pessoa que a deixava feliz. Quando não estava com ele, ficava muito triste, achando seu dia-a-dia sem graça. Segundo ela, o namorado era “tudo na sua vida”. Ana logo me mostrou sua noção da própria fragilidade:

Paciente - Eu acordei e ele (namorado) ainda estava dormindo, mas eu não tinha mais vontade de dormir. Me deu uma vontade de me encolher...fui me encolhendo, me encolhendo e fiquei assim...depois ele acordou e me perguntou: 'mas por que tu estás deitada assim?' Fiquei numa posição igual a quando se está na barriga da mãe. Minha mãe me disse que às vezes parece que eu quero ficar dentro da barriga, encolhida.

Terapeuta - Tu achas que quer?

Paciente - Às vezes acho que sim. Tenho vontade de ficar só na minha, encolhidinha.

Terapeuta - Como se tu fosses um bebê...

Paciente - Sim. Acho a vida muito complicada.

Assim, nessa primeira sessão Ana já anunciava seu funcionamento: parte do seu psiquismo estava identificado com o de um bebê e precisava se sentir cuidada dessa forma. Ana teve que fazer pela irmã o que possivelmente sentia que fizeram pouco por ela: cuidá-la. Penso que nesta época percebeu a falta dos pais consigo nos seus primeiros anos de vida. Assim, a chegada da irmã ressignificou seu próprio nascimento.

Os trabalhos de Winnicott e Bion trazem algumas das teorias sobre os estágios primitivos na constituição do psiquismo, indicando a importância do papel materno nesse processo. Winnicott (1972/2001) pontua a importância da função de sustentação, em que a mãe instaura uma rotina de cuidados cotidianos que sustente o corporal e o psíquico do bebê, denominada pelo autor de *holding*. Dessa forma, o mundo externo fica mais simplificado para o bebê, permitindo que crie pontos de referência estáveis, o que facilita a noção de tempo e espaço.

Um conceito muito próximo a este é o de capacidade de *reverie*, de Bion (1967). Esta função refere-se ao estado mental em que a mãe está aberta à recepção de qualquer elemento vindo do bebê. Assim, é capaz de receber as identificações projetivas do filho, exercendo a capacidade de contê-las. Isso auxiliará que o bebê desenvolva seu psiquismo de forma saudável e de maneira mais integrada. Bion (1962) também desenvolveu o modelo continente/contido que é uma forma de compreender como se forma a base para a capacidade de pensar. O modelo baseia-se na função digestiva: a mente humana deve digerir elementos brutos, afetivos e sensoriais (elementos beta) que devem ser contidos e metabolizados por outra mente, sendo esta continente, tornando-os possíveis de serem pensados (elementos alfa).

Eu percebia que minha função terapêutica precisaria realizar-se como esta forma de suporte. Assim como a “mãe suficientemente boa” (Winnicott, 1945/2000) o terapeuta tem a oportunidade de ajudar o paciente a integrar suas partes do self. Isso fazia sentido no meu trabalho com Ana, mas era apenas uma das ferramentas da técnica de trabalho. Mais adiante discuto que outros elementos do funcionamento dela foram importantes para que eu compreendesse e pudesse, assim, orientar minha forma de trabalhar.

Uma mente fragmentada

Após o primeiro mês de tratamento medicamentoso e psicoterápico, Ana diminuiu a ansiedade de andar na rua. O estado psicótico que a levava a enxergar coisas caindo sobre ela havia cessado. Me disse que, desde criança, tinha a sensação, ao andar na rua de que aviões podiam cair sobre ela. Isso parecia ser o retrato do mundo interno de Ana: tudo muito assustador e perigoso.

Klein (1957/1997) diz que na primeira infância, surgem ansiedades no bebê que obrigam seu ego a criar mecanismos de defesa específicos e é neste período que se encontram pontos de fixação de distúrbios psicóticos. O bebê vive frustrações através de fome, dores e desconfortos e essa experiência é sentida como causada por objetos externos. Ao mesmo tempo, da mesma forma que tais impulsos são projetados no objeto externo, imediatamente são introjetados novamente. Assim, estes objetos sentidos como maus, passam a existir também no mundo interno.

O ataque a estes objetos faz surgir o medo de uma retaliação e dessa forma eles passam a ser sentidos como persecutórios. Para lidar com isso, o ego faz uma cisão buscando a dispersão do impulso destrutivo. Na cisão, este mundo interno ainda confuso, repleto de objetos introjetados é, de certa forma, organizado: de um lado, objetos maus, de outro objetos bons. O bebê, então, percebe o seio como bom (aquele de quem recebe amor e lhe protege) e como seio mau (aquele que o persegue e é receptor de seus ataques sádicos). O mundo é dividido entre bom e mau. Penso que o mecanismo de cisão (segundo a teoria Kleiniana) fora empregado por Ana, de forma que podia ser identificado no material que ela trazia.

“Coitado do meu namorado: eu sugo o bom da pessoa...deixo ela com a coisa ruim quando estou mal e sugo a energia boa dela. Sugo a felicidade da pessoa e deixo a minha tristeza. Quero poder mudar isso”.

Me questionei se isto que ela me contava poderia ser entendido como objetos maus dentro dela. Será que tinha dificuldade de integrar aspectos bons e maus?

“Tenho umas coisas com o meu corpo...tipo...a minha mão esquerda é do mau e a direita é do bem...umas coisas assim...me sinto meio louca”.

Klein (1946/1997) diz que a ansiedade e a frustração podem ameaçar a sensação de haver objetos bons dentro de si. O ego não consegue cindir objeto interno e externo sem que ocorra uma cisão correspondente dentro do próprio ego. Quanto mais o sadismo prevalece no processo de incorporação do objeto, mais este é percebido como estando em pedaços, ou seja, fragmentado. A fragmentação dos objetos do mundo interno de Ana podia ser observada na sua percepção sobre objetos inanimados e na frágil constituição de seu aparelho psíquico:

“Desde bastante tempo eu tenho uma coisa de pensar que os objetos têm vida e estão conversando...me sinto uma louca, mas me vem esses pensamentos! Tipo, se a gente sair daqui agora vou ficar pensando ‘será que as cadeiras vão conversar quando a gente sair?’. Eu sei que é provável que não, mas me vem esse pensamento de que pode ser que sim. Lá em casa, depois do almoço, empilho os pratos na cozinha e daí depois fico pensando ‘será que eles vão cochichar um com o outro depois que eu sair?’ (...) Tinha isso antes com meus brinquedos. Imaginava que depois que eu os guardava, eles conversavam.”

Bion (1977/1991) também se dedicou ao estudo do fenômeno da fragmentação psíquica. No artigo “Diferenciação entre a personalidade psicótica e a não psicótica”, ele explica que no funcionamento psicótico as funções do ego são alvo de ataques sádicos e assim ficam fragmentadas. Em seguida, são expulsas da personalidade e se enquistam nos objetos. Assim, essas partículas expelidas levam uma vida independente, deixando o paciente rodeado de objetos bizarros. Dessa forma, o tratamento se configurou em recolher os objetos estilhaçados e poder compartilhar com Ana meus objetos bons.

As vicissitudes da dor

Inicialmente, a automutilação parecia uma necessidade de se sentir viva, demarcando sentido de existência na pele. Quando não há função interna de conter partes do self, a sensação é de desintegração da personalidade (Bick, 1968/2002).

Terapeuta - Pois é, e porque será que tu sentes que é preciso te cortar? O que tem de tão ruim em ti que precisa ser ferida?

Paciente - É estranho porque eu gosto da sensação. Não me corto só quando estou triste, às vezes quando estou feliz também. Uma época eu tive momentos felizes me cortando. Fico feliz ao ver as marcas, a cicatriz, a textura da pele fica boa...Ai! Prefiro evitar pensar, pois me dá um pouco de vontade...

Fui percebendo que os cortes tinham também outros significados. Giaretta (2012), em sua revisão sobre o tema automutilação na adolescência, sugere que se levante diferentes hipóteses para compreender a complexidade sobre os mecanismos e significados relacionados a este sintoma. Cada sujeito tem suas peculiaridades, ainda mais o sujeito da adolescência. Assim, é importante o que nos lembra Ungar (2006) sobre esperarmos que o significado nos encontre e não ao contrário.

De fato, Ana passara a sentir prazer na dor desde a infância, pelo que me contara a paciente e sua mãe. Desde criança, sentia prazer em imaginar outras crianças caindo e se machucando. Na entrada da adolescência, algumas vezes

colocava o pé na frente de crianças para caírem, sentindo-se ao mesmo tempo que excitada por isso, culpada. Talvez fosse uma maneira dela transformar aquilo que sentia passivamente em algo ativo, sendo assim controlável. Quando me conta essas situações ela fala tentando conter a risada, pois ainda acha muito engraçado. Seu psiquismo desenvolvera prazeres sádicos no sofrimento. O prazer nas dores do corte também chamava minha atenção. Ela dizia gostar de ver o sangue escorrendo, tinha prazer em tocar na ferida e gostava da textura da pele. Havia todo um envolvimento erotizado com os cortes.

“Eu comecei a me cortar por causa do meu pai...uma vez fiz alguma coisa errada, que nem lembro o que era. Mas aí quando contei para ele, ele ficou muito brabo e já tinha bebido. Ele pegou um cinto e bateu com força na cadeira, bem do lado de onde eu estava sentada (risada nervosa). Eu chorei muito, mas é engraçado eu ter chorado porque ele não estava me batendo então eu não estava sentindo dor. Mas isso me marcou...não sei porquê. Lembro até a cor da cadeira (ri como se estivesse sentindo prazer em me contar)”

Esta vinheta acima nos remete a Freud (1919/2006) em seu texto “Uma criança é espancada”. Neste artigo o autor fala da fantasia da criança de ser possuída pelo pai e a combinação de aspectos sádicos e masoquistas que envolvem tal fantasia. Penso que Ana, ao mesmo tempo em que se assustava com a agressividade do pai, sentia prazer com as reações dele. A entrada na puberdade e o período de investimento sexual resultante do processo adolescente, podem ter ativado a erotização da dor.

Dessa forma, parecia que Ana se cortava por várias demandas psíquicas: para se sentir existindo, como uma experiência de vivenciar o self não bem formado na relação mãe-bebê; possivelmente por culpa e tentativa de reparação do objeto que foi agredido na fantasia; pelo excesso de angústia ao revivenciar a experiência de desamparo ao cuidar da irmã bebê; e, finalmente, por ter estabelecido, desde muito cedo, uma possível satisfação sexual ao vivenciar a fantasia de agressividade, ou seja, desenvolvera uma dor erotizada.

“Foi engraçado o jeito que eu e meu namorado ficamos a primeira vez. Estávamos brincando de luta e que usávamos espadas...aí eu fingi que ele tinha acertado o meu olho. Na verdade, ele deu uma batida sem querer e doeu um pouco, mas pegou no nariz e não no olho. Eu queria que me beijasse e por isso fingi que estava doendo. Assim, ele se aproximou mais e eu disse que me curaria com um beijo”

Embora na manifestação do amor na adolescência normal possa haver uma mistura de impulsos amorosos com agressivos, acredito que esta vinheta é representativa do que constituía o amor para Ana: envolvia um certo grau de dor física e não obstante a cena sexual do beijo com o rapaz que ocuparia o lugar de namorado teve esse aspecto de forma evidente. Esta questão da sexualidade da paciente mereceria maior atenção, no entanto, para os objetivos deste trabalho,

me deterei mais nos aspectos da sua relação com a figura materna que se destacaram nestes primeiros meses do tratamento.

A gravidez como busca do amor materno

A paciente começou a indicar durante as sessões um possível desejo de engravidar. Ana relatou, durante uma sessão inteira, o medo de estar grávida, pois apresentava os mesmos sintomas de uma gestante e, ao mesmo tempo, o conteúdo era de certa excitação com o tema. Nesta sessão, disse-lhe que eu havia ficado com a impressão de que, ao mesmo tempo que mal podia conceber uma gravidez na adolescência, parecia ter esse desejo. Ela confirmou minha ideia dizendo que “somente um filho ama de verdade uma mãe” e que se via, algumas vezes, imaginando tendo um bebê. Tive receio de que a questão geracional da gravidez precoce somada à sua impulsividade, gerassem, pela compulsão à repetição, a possibilidade de uma gravidez.

Além de deixar mais claro para Ana como ela estava se organizando em volta da ideia de ter um bebê, como se isso fosse algum tipo de salvação, também conversei com sua mãe sobre a probabilidade da gravidez precoce ser repetida. Assim, isso fora colocado em palavras no campo e compartilhado com a mãe, dando-lhe a oportunidade de ficar alerta a riscos que ela não parecia enxergar. Concordo com Kancyper (2007) quando diz que é importante que o terapeuta funcione como um aliado transitório do adolescente e de seus pais no processo de tratamento.

Depois de alguns dias, a paciente se assustou, pois havia saído leite de sua mama. Imediatamente ela considerou a gravidez uma realidade e construiu uma fantasia sobre o bebê. O leite parecia garantir que havia algo dentro dela. Ana foi quase imediatamente fazer uma ecografia, antes de fazer o exame de sangue, que é o mais comum. Não aparecera nada na ecografia, segundo ela, estava “vazia”.

A medicação de Ana parecia ter ocasionado o aleitamento. Além disso, seu desejo intenso por um bebê parecia aumentar sensações e sintomas que pertencem a mulheres grávidas. Mas Ana mostrava-se entristecida com o resultado negativo. Parecia que o bebê ocupava três funções no psiquismo de Ana: o resgate da união dual que constitui a relação mãe-bebê, pois Ana deve ter sido um bebê que sofreu privação afetiva e de cuidados. Esse resgate estava relacionado ao desejo de ser amada: “somente um filho ama de verdade uma mãe”. A outra função poderia estar associada ao desejo de introjeção de uma mãe cuidadora. Talvez sentisse que o bebê traria a mãe para dentro de si mesma e ela se identificaria com este objeto introjetado. O bebê e o leite davam-lhe a sensação de preenchimento de um local que descrevia como “vazio”, ocupando espaço nas falhas da estrutura psíquica. Assim talvez, sentisse o bebê como uma forma de renascer. Por fim, a terceira função parecia ser a de

reparação e estaria relacionada às fantasias sádicas e agressivas direcionadas ao corpo de sua mãe.

O primeiro e principal alvo das fantasias primitivas da criança é o corpo da mãe (Klein, 1959/1997). A criança tem a imagem do corpo da genitora como algo capaz de lhe proporcionar a mais plena gratificação, uma vez que este é, em fantasia, o possuidor de que tudo o que pode provocar-lhe satisfação, tal como o seio, o pênis do pai e ainda os bebês, possíveis irmãos. As fantasias sádicas, originárias da posição na qual o bebê se encontra ao nascer (esquizoparanóide), despertam uma grande ansiedade (Klein, 1959/1997). Talvez Ana tenha feito diretamente uma ecografia porque, vendo o interior do corpo, poderia certificar-se de não ter danificado os objetos que fantasiou ter agredido no corpo materno. Ela pode ter experimentado uma ansiedade em relação ao próprio corpo, que, em sua fantasia, teria sido agredido como o da mãe.

Brincando com a realidade

Ana parou de se cortar, pois pensava que o namorado ficaria “brabo” ou “triste”. Assim, percebi que algo interessante ocorrera: antes se cortava para receber atenção e agora parava de se cortar pelo mesmo motivo. Sua busca era sempre o olhar do outro e seu acompanhamento.

Ao mesmo tempo, parecia sentir prazer em estar doente psiquicamente, gostando da ideia de nunca estar só, pois segundo ela, eles “temiam que ela fizesse algo contra si”. Algumas vezes, ela dizia que estava com vontade de se cortar porque isso atraía o olhar de sua mãe que passou a tirar todos os objetos cortantes da casa. Levy (2006) diz que quando há falha no reordenamento do simbólico o processo de subjetivação fica inacabado e o jovem pode se direcionar a patologias narcísicas (que atingem o corpo e a conduta). O autor ressalta a importância do cuidado dos pais para com o adolescente e do quanto este precisa do “olhar” dos mesmos, relacionando o período da adolescência com a etapa dos primeiros anos de vida do bebê.

Por mais que Ana quisesse melhorar e ficar mais autônoma ela sentia que tinha um ganho em estar doente: recebia um cuidado especial que dizia que perdera com a chegada da irmã (na verdade, me pareceu que não tivera esse cuidado nem antes de nascer sua irmã e por isso constituiu um psiquismo tão frágil). Era como se Ana quisesse dar sentido às suas experiências, mas não buscasse realizar isso através da atividade do pensar, mas do atuar. Por um longo tempo, faltou a escola, mesmo depois de passado o período de internação domiciliar e já estar bem para retornar. A mãe a incentivava a ir, mas não cuidava se estava realmente indo à escola ou, com frequência, ocorriam imprevistos, como “gripes”. Vivía em casa ou na casa do namorado. Estava sempre acompanhada por ele ou pela mãe. Não estava tomando regularmente as medicações, pois, às vezes, esquecia.

Era uma realidade paralela: Ana passava os dias em casa, vivendo em uma constante divagação sobre a vida. Ela ia para a aula quando queria. Percebi que Ana e sua mãe desmontavam a realidade: frequentar a escola, tomar as medicações e tomar cuidado para não engravidar eram situações pouco valorizadas. Assim, apontei tal situação para a mãe de Ana e ajudei a perceber a realidade que a filha estava inserida. Vitor, pai de Ana, não vinha às sessões marcadas comigo então só pude trabalhar com a mãe. Eu via Bruna uma vez ao mês para ajudá-la a pensar sobre Ana. Percebi que o trabalho envolveria auxiliá-la a se colocar mais no papel materno.

A função terapêutica e o setting: espaços de trânsito de pensamentos e símbolos

Freud (1920/2006) ao descrever e pensar sobre a pulsão de morte em "Além do Princípio do Prazer", ressalta a brincadeira das crianças, mais especificamente como através dela o bebê lida com a separação da mãe. Assim, ele observou o jogo realizado por seu neto de um ano e meio. Neste jogo o carretel é posto longe (fora do campo visual), sendo mantido por um cordão. Logo após, o carretel é trazido de volta para perto e ambos os movimentos (perto e longe) eram acompanhados pelas palavras *fort* (fora) e *da* (aqui). Freud mostra que nessa ação há uma necessidade de repetir uma experiência dolorosa (afastamento da mãe). A criança busca tornar-se ativa nas situações em que se sentiu passiva: não tendo o controle da presença da mãe, a criança passa a exercer esse controle através da brincadeira, de forma lúdica. Tal atitude é baseada na capacidade de simbolizar: a criança saudável pode brincar daquilo que equivale à problemática ausência/presença.

Ana tinha dificuldade de lidar com a ausência. Sentia a necessidade de ter o objeto concretamente, pois não tinha internalizado a função de contenção da qual nos fala Bion (1962). Algumas vezes me dizia "não posso ficar sozinha e por isso minha mãe ou meu namorado estão sempre comigo". Ou "saio daqui (sessão), vou para casa e esqueço tudo". Bion (1965/1984) diz que esses pacientes, na ausência do objeto, demonstram incapacidade de manter a função de pensar. Green (1986/1990, p.65) ao falar sobre a capacidade de representação afirma:

"Nos casos chamados difíceis o analista deve, ele mesmo, fazer um esforço considerável de representação daquilo que o paciente não pode representar, isto é, o analista deve fazer como se colocasse seu próprio aparelho mental em ação, como auxiliar do aparelho mental do paciente"

Era como se Ana estivesse organizada com e pela minha presença (sendo capaz de pensar) ou desorganizada (e incapaz de pensar) quando sozinha. Seu funcionamento era assim de certa maneira: quando estava ali pensava, mas quando saía ficava esvaziada novamente. Ana precisava de um modelo de

psiquismo para organizar o seu. Parte da técnica de trabalho envolveu que eu emprestasse meu aparelho de pensar fazendo conexões entre acontecimentos e seus afetos para ela ampliar sua capacidade representativa.

Em uma sessão uma vez me disse que tinha a sensação que “podia cair a qualquer momento”, que era como se tivesse “na ponta ou no alto de algum lugar”. Acredito que essa sensação de Ana, de encontrar-se na borda de algo, na linha fronteira, ameaçava o pensar. Winnicott (1969/1975) define o termo *borderline/fronteira*:

“Pela expressão ‘caso fronteira’ quero significar o tipo de caso em que o cerne do distúrbio é psicótico, mas onde o paciente está de posse de uma organização psiconeurótica suficiente para apresentar uma psicose, ou um distúrbio psicossomático quando a ansiedade central psicótica ameaça irromper de forma crua.”

Penso que, ao ter que cuidar de sua irmã, Ana vivenciou, a *posteriori*, a sensação de falta de cuidado que experimentara a primeira vez, quando nasceu. Poucos anos depois, quando os pais se separaram, a ansiedade atingiu um nível tão intenso (ansiedade primitiva e com núcleo psicótico), que ela fez um surto psicótico.

Me parece que a técnica de emprestar a própria capacidade de pensar sobre os possíveis significados das ações do paciente, se configura uma importante ação terapêutica para pacientes que se sentem constantemente ameaçados de desorganização psíquica. A função de *reverie* é um modelo de funcionamento psíquico que depois de algum tempo pode ser introjetado pelo paciente.

Terapeuta – Tu disseste que a vontade de te arranhar veio “do nada”, mas tu de deste conta que foi um pouco depois de ter recebido o resultado da ecografia?

Paciente – É. Não tinha pensado nisso. Eu acho que mesmo não querendo eu fiquei imaginando como seria esse bebê...não queria, mas queria ao mesmo tempo.

Ponderei se Ana parara de se cortar, pois agora tinha a atenção, o olhar necessário que faltara. Ao mesmo tempo, ainda não podia representar tal sensação de desamparo. Uma vez, após escutar uma interpretação que lhe soou tranquilizante me disse *“posso te colocar em uma bolsa e te levar para casa?”* Assim, me confirma que, ao mesmo tempo em que estava bem vinculada comigo e, portanto, no processo de desenvolver uma função continente, precisava das pessoas acompanhando-a fisicamente. Toda vez que o namorado saía de sua casa, mesmo sabendo que o veria novamente em poucos dias, ela sentia-se extremamente “abandonada”.

Green (1990) nos fala da importância do *setting*, pois ele remete ao espaço psíquico, à relação mãe-filho e à manutenção de um espaço no qual é pronunciado um discurso. Quando Ana saía da sessão e não sabia se poderia continuar pensando, para suas ações e impulsos ganharem representação em seu psiquis-

mo, ela precisava voltar sempre ao setting. As trocas entre os aparelhos psíquicos ganharam mais espaço conforme Ana sentia-se cuidada.

Em torno do quarto mês de tratamento Ana passou a questionar, de forma muito saudável para uma adolescente, algumas atitudes da mãe antes não questionadas. Ela passou a fazer conexões entre assuntos dolorosos, entre eles o fato da mãe “a deixar confusa”. Embora a sensação primitiva de desamparo ainda estivesse no núcleo central, ela diminuiu o processo de cisão psíquica.

Paciente – Às vezes eu queria que minha mãe me entendesse mais, que ela pudesse me ver...não que ela não me veja...mas ela não percebe algumas coisas, tipo isso: porque as vezes temos regras e outras não? Isso está me incomodando muito ultimamente...eu nunca sei o que ela vai exigir...

Terapeuta – Tu vês que houve situações que tu sentisses que tua mãe não estava te entendendo ou te vendo e a forma que tu encontraste de ela te olhar foi te cortando. Agora tu estás podendo trazer esse assunto aqui, estamos conversando sobre ele. Estás podendo falar sobre algo dolorido para te sentir olhada ao invés de cortar teu corpo.

Acredito que neste início de tratamento entrei no processo de tornar-me, para Ana, o objeto real que era usado por ela para fazer parte de sua realidade. Winnicott (1969/1975) oferece seu entendimento sobre o uso do objeto como uma capacidade que depende de um meio ambiente favorável. O autor refere que a transição da relação de objeto para o uso do objeto faz parte da mudança para o Princípio da Realidade.

O funcionamento de Ana foi se apresentando cada vez de forma mais paradoxal, no sentido de ela cada vez mais poder representar sua experiência e, por outro lado, ainda ter intensas sensações de abandono. No entanto, é perceptível o quanto o setting e a função terapêutica auxiliaram para que ela se sentisse amparada, ampliando sua capacidade de tomar contato com aspectos dolorosos via pensamento e menos pelo impulso. Isto foi possível pois a realidade estava sendo vivida de forma compartilhada. Ana criou um espaço potencial onde pôde tomar contato com o seu interior sem que este lhe atacasse, tal qual um objeto mau. Ela pôde, então, começar a trabalhar à nível mais simbólico.

Considerações finais

Ao longo deste trabalho, procurei mostrar a falha no plano da contenção e narcisização materna (que possibilita uma série de recursos egóicos), questão que mais se destacou neste início do tratamento de Ana. No entanto, é importante lembrar que a ausência da função paterna não permitiu o estabelecimento de limites (sendo estes muito frágeis). Ambos elementos levaram a uma falha estrutural na capacidade simbólica que era atuada pelos cortes no corpo. Ana constituiu-se com componentes de agressividade (sádico oral e anal) muito for-

tes que eram um excesso em seu psiquismo. Assim, após a separação de seus pais ela revivenciou a experiência de desamparo da infância, também experimentada quando tivera que cuidar da irmã.

Como foi observado anteriormente, a questão edípica relacionada à erotização da dor não foi o objetivo deste trabalho. Dediquei-me a compreender o conteúdo relacionado ao núcleo que mantinha a sensação interna de desamparo que faz parte dos primeiros meses de vida da paciente.

Atentei-me a estar com meu psiquismo extremamente disponível a Ana para ela fazer uso de minha capacidade de pensar sobre os possíveis significados de seus atos. Além disso, mantive-me guardião do *setting* como espaço potencial. Acredito que junto com a mente do terapeuta o *setting* forma os pilares para dar sentido aos pensamentos do paciente que têm falhas de representação. Tanto um quanto o outro são ações terapêuticas por si só.

Acredito que no caso de pacientes adolescentes com falhas importantes na capacidade de representação, o terapeuta serve como modelo de forma mais ativa e o vínculo estabelecido entre eles é fundamental para ocorrer mudanças no funcionamento psíquico do paciente. Penso que Ana soube aproveitar minha disponibilidade pois, nestes cinco meses de tratamento, pôde avançar no processo de integrar em si mesma o que estava cindido. Agora, ainda que com dificuldades, ela consegue localizar em si objetos bons que têm sido valiosos para que, ao invés de cortar-se, possa fazer uso da palavra como forma de dar conta dos conteúdos do seu psiquismo.

Referências

- Bick, E. (1968/2002). The experience of the skin in early object relations. In: Briggs, A. & Meltzer, D. (eds.). *Surviving space: papers on infant observation* (pp. 55-59). London: Karnac Books
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann
- Bion, W (1984) *Transformations*. London: Karnac Books (Trabalho original publicado em 1965)
- Bion, W (1967). *Second thoughts*. London: Karnac Books
- Bion, W. (1991). Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não-psicótica. In: Spillius, E. . *Melanie Klein Hoje*. Imago, Vol. 1, p. 69-86 (Trabalho original publicado em 1957).
- Giaretta, V. (2012) Cicatrizes psíquicas. *Publicação CEAPIA: Revista de Psicoterapia da Infância e Adolescência*, 21, 55-62
- Green, A. (1990) Conceituação e Limites. In: *Conferências Brasileiras*. Rio de Janeiro: Imago Editora, p.11-32
- Green, A (1990) O Trabalho do Negativo In: *Conferências Brasileiras*. Rio de Janeiro: Imago Editora p. 63-82 (Trabalho original publicado em 1986)
- Freud, S (2006) Uma criança é espancada: uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas*

- completas de Sigmund Freud*. (vol XVII, p. 195-218). Rio de Janeiro: Imago (Texto original publicado em 1919)
- Freud, S (2006) Além do Princípio do Prazer. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol XVIII, p. 17-75). Rio de Janeiro: Imago (Texto original publicado em 1920)
- Kancyper, L (2007) *El fin de la ingenuidad*. Buenos Aires: Ed. Lumen Tercer Milenio.
- Klein, M.(1997). *Our adult word and its roots in infancy*.In: Klein, M. *Envy and gratitude and other works (1946-1963)*. London: Vintage (Trabalho original publicado em 1959)
- Klein, M. (1997) Notes on some schizoid mechanisms. In: Klein, M. *Envy and gratitude and other works (1946-1963)*. London: Vintage (Trabalho original publicado em 1946)
- Klein, M. (1997) Envy and Gratitude. In: Klein, M. *Envy and gratitude and other works (1946-1963)*. London: Vintage (Trabalho original publicado em 1957).
- Ruggero, L (2006) O re-ordenamento do simbólico, o olhar e o equilíbrio narcísico In: *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, v. XIII, n. 2
- Ungar, V. (2006) La tarea clínica com adolescentes hoy.In: Hornstein, M. C. R. (Comp) *Adolescencias: trayectorias turbulentas*. Buenos Ayres, Paidós.
- Winnicott, D (1975) O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In: Winnicott, D. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1969)
- Winnicott, D. (2000) Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: Winnicott, D. *Da Pediatria à Psicanálise: obras Escolhidas* (pp. 218-232), Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1945).
- Winnicott, D. (2001) *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1972).