



Entrevista com Catalina Bronstein

Entrevista concedida por Catalina Bronstein, Membro da Sociedade Britânica, em 29 de maio de 2009, na sede da Sociedade Psicanalítica de Porto à comissão editorial da Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre: Magali Fischer, Regina Orgler Sordi, Luisa Rizzo, Catalina Bronstein, Tula Bisol Brum, Zelig Libermann (editor) e Rosane Poziomczyk.





A Dra. Catalina é a convidada especial do XI Simpósio da Infância e da Adolescência, Simpósio de Psicanálise da Criança e do Adolescente. É analista didata da Sociedade Britânica de Psicanálise e também uma das editoras do *International Journal of Psychoanalysis*.

RP – *Costumamos fazer esta entrevista para conhecer melhor nossos convidados. Assim, gostaríamos que a senhora nos contasse sobre sua trajetória pessoal e profissional, sua formação analítica e as principais influências, psicanalíticas e não psicanalíticas, que contribuíram para formar a sua maneira de pensar e compreender a mente humana.*

CB – Bem, é uma pergunta longa. Meu interesse pela psicanálise começou quando eu era muito jovem. Acho que teve a ver com o fato de que, em Buenos Aires (onde nasci), havia muito interesse pela psicanálise e estava muito na moda entre os jovens ler Erich Fromm, discuti-lo no que se relacionava à política.

Quando eu tinha uns quatorze, quinze anos encontrei um livro da Karen Horney chamado *A auto-análise*, que me interessou muito. Comecei a lê-lo e a anotar todos os meus sonhos, pois o livro se ocupava bastante desse tema. Mas, após eu ter descrito esses sonhos, não sabia o que fazer com eles. Então, uma amiga cujo pai havia se analisado e tinha a obra de Freud, passou a me dar esses livros e comecei a me interessar. Nessa época, na Argentina, para ser psicanalista era preciso ser médico. E como Freud havia sido médico e como meu pai também era médico, decidi estudar medicina, mas com a idéia de fazer psiquiatria.

Nesse momento eu não conseguia distinguir muito bem a diferença entre psiquiatria, psicanálise e psicoterapia. De qualquer forma, fiz medicina com essa idéia. E, já durante o curso me interessei ainda mais pela psicanálise. Segui algumas matérias do curso de psicologia, depois comecei minha análise pessoal e a residência em psicopatologia no Hospital Ramos Mejía em Buenos Aires.

Havia ali um grupo de analistas muito interessante, entre eles Jorge Carpinacci, que fazia grupos de Freud, ensinando principalmente o *Projeto*, e outros analistas, muitos que agora estão na APA e na APBA e com os quais me formei. Fiz também vários cursos além dos que faziam parte da residência psiquiátrica, vários anos de cursos de Freud com diferentes professores. Nesse momento a psicanálise estava bem dividida, como ainda hoje, e muitos grupos deixaram a APA, dedicando-se mais à linha lacaniana. Também por anos estudei com Sciarreta, ou seja, tive uma formação freudiana-lacaniana em Buenos Aires.

Por questões familiares, que também coincidiram com o sentimento de que



naquele momento a política governamental não favorecia o livre pensamento, meu marido e eu fomos para a Inglaterra, a princípio por um ano, depois acabamos ficando por lá. Como muitos que emigraram, também nós emigramos. Minha idéia era seguir algo relacionado à psicanálise de crianças. Eu já havia começado a atender algumas em Buenos Aires e fazia supervisão privadamente, mas diferentes analistas recomendaram-me frequentar a Tavistock para aprender terapia infantil.

Nesse momento eu ainda não conhecia nada de Melanie Klein e segui o conselho de alguns analistas que diziam que, mesmo que não nos tornássemos kleinianos, era preciso conhecer profundamente o pensamento kleiniano. Chegando a Londres, decidi fazer a formação em crianças na Tavistock Clinic, o que foi muito interessante e envolveu vários anos. Ao mesmo tempo, fiz a formação em adultos no Instituto de Psicanálise de Londres. Assim que as completei, combinei ambas e creio ter sido uma experiência muito rica que, é lógico, posso utilizar ativamente em meu trabalho.

Fiz essa formação em crianças no Departamento de Adolescentes na Tavistock. A Tavistock Clinic tem três departamentos: o Departamento de Adultos, o Departamento de Crianças e o Departamento de Adolescentes. Eu escolhi o Departamento de Adolescentes, um pequeno grupo, menor que o de crianças, mas que me permitiu trabalhar bem intensivamente com adolescentes.

Ao mesmo tempo fiz dois anos em Great Ormond Street, o Hospital de Crianças de Londres, onde pude também aprender bastante sobre terapia familiar, pois a orientação ali, naquela ocasião, era sobretudo voltada para a terapia familiar sistêmica. Tive, pois, um pouco de experiência sobre terapia familiar sistêmica, mas, fundamentalmente, na Tavistock, sobre trabalho psicanalítico com crianças e adolescentes. E tive a sorte de ter boas supervisões. Nesse momento Martha Harris ainda vivia. Fiz cursos muito interessantes com ela sobre Melanie Klein e sobre Bion. Foram épocas muito ricas intelectualmente. Também fiz minha formação na Associação Psicanalítica Britânica, bem intensiva, pois a análise pessoal é de cinco vezes por semana e os pacientes são atendidos cinco vezes por semana. Tudo isso representou bastante trabalho e consideráveis horas de esforço.

Quando terminei a formação em crianças decidi que queria trabalhar com um grupo do Brent Adolescent Center. O Brent Adolescent Center foi criado há uns quarenta anos por Moses Laufer, com o apoio de Anna Freud. Trata-se de um centro pensado especificamente para adolescentes. Naquela ocasião o Anna Freud Center atendia crianças e, eventualmente, adolescentes. Anna Freud, entretanto, tinha a idéia de que os adolescentes estavam tão à mercê de suas pulsões, de seus instintos e de sua necessidade de atuação, que era muito difícil pensar em como



contatar-se emocionalmente com eles. Por isso Moses Laufer se esforçou muito para conseguir o beneplácito de Anna Freud e sua ajuda, que se traduziu também em ajuda econômica, para poder estabelecer um centro de adolescentes.

A idéia de Laufer era que os adolescentes precisam de um lugar especial onde possam ser atendidos. Um lugar onde não se sintam identificados nem com as crianças, nem com os adultos. Acreditava que os adolescentes não gostam de ser atendidos no mesmo lugar onde são atendidas as crianças porque sentem que estão se diferenciando, separando-se de sua infância. Porém, ao mesmo tempo não era apropriado atendê-los em lugares para adultos. Ele queria organizar um lugar de portas abertas, ou seja, um lugar onde os adolescentes não tivessem que pedir licença a ninguém, nem serem encaminhados, para terem acesso à ajuda, onde tampouco tivessem que prestar contas a quem quer que fosse. Ou seja, se chegasse um adolescente e dissesse: “Eu não quero que ninguém saiba que eu estou aqui pedindo ajuda”, isso deveria ser respeitado. Um centro onde fosse possível acolhê-los independentemente do seu estado mental.

Esse lugar começou pequeno, somente com profissionais psicanalistas que trabalhavam meio turno, sem internação. Um centro que foi se renovando, mudando, mas que não tinha como oferecer desde entrevistas com adolescentes até análise de quatro e cinco vezes semanais. Bem, depois continuo com este assunto. Terminei aqui a primeira pergunta sobre minha trajetória pessoal e profissional, mas faltou o Instituto de Psicanálise. Após formar-me como analista (na Inglaterra, depois de formada, a pessoa se torna membro associado), fiz a Titularidade e nesse curso um dos casos que apresentei era de um adolescente também em análise. Assim, juntamente com isto, tornei-me analista de crianças e, tendo me apresentado ao Painel de Didatas, tornei-me analista didata.

Atualmente trabalho sobretudo como analista didata. Continuo no Brent Adolescent Center, onde estou há uns vinte e dois anos e também na Universidade. Gosto muito de trabalhar na Universidade, já que seu grupo difere dos da Associação Psicanalítica. Acho importante que nós, psicanalistas, possamos ter uma abertura a diferentes tipos de público e de interesses. Os estudantes universitários são mais jovens, ainda não sabem o que querem fazer de suas vidas, mas têm interesse teórico na psicanálise, estão cheios de idéias, de perguntas, talvez com pouca experiência.

RP – *Que curso a senhora ministra?*

CB – Eu coordeno a Unidade de Melanie Klein no Mestrado de Teoria





Psicanalítica na Universidade de Londres, University College, com o Professor Peter Fonagy.

RP – *Os alunos vêm de que curso?*

CB – Os alunos deste mestrado vêm de todos os lugares, podem ser estudantes de história, artes, ou alunos que terminaram medicina. É um mestrado de pós-graduação que acontece no University College e que é um curso de um ano, em horário integral, ou de dois anos, em meio turno. Mas há algo que não comentei: um dos meus interesses especiais, além dos adolescentes, é também a psicossomática. Estou editando um livro sobre psicossomática. Ainda na Argentina trabalhei com pacientes que sofriam de problemas dermatológicos e neurológicos e é uma das minhas áreas de interesse, que é basicamente a relação entre a fantasia inconsciente e o corpo.

RP – *Bem, partimos então para a próxima pergunta. Em seus escritos sobre sua experiência clínica, a senhora relata o processo de avaliação de pacientes do Centro de Adolescentes e chama a atenção para peculiaridades técnicas relativas às entrevistas exploratórias. São entrevistas de contrato aberto, de prazo realmente indefinido e que podem estender-se por meses. Poderia comentar mais a respeito?*

CB – Na experiência com adolescentes, uma das coisas que vemos é que muitas vezes eles flutuam entre ansiedades claustrofóbicas e agorafóbicas. De alguma maneira temem ficar presos em um mundo do qual não conseguem escapar. E, por outro lado, às vezes sentem-se totalmente abandonados, à mercê de suas angústias e de seu sentimento de impotência.

Observamos no Centro de Adolescentes que, feitas rapidamente as entrevistas diagnósticas – o modelo clássico de entrevistas – que são duas, três entrevistas e encaminhamento, era muito comum que os adolescentes não continuassem as terapias; começavam e abandonavam, o que provocava uma maior dificuldade em tornarem a pedir ajuda. Então pensamos que o modelo de entrevista, encaminhamento e terapia era um modelo que talvez tivesse maior aplicação para os adultos, pessoas que vêm por vontade própria e com sua problemática, já com um interesse em explorar algo a ver com o seu mundo interno.

Ora, os adolescentes enviados para um centro deste tipo, ou que chegam sozinhos, são adolescentes que vivem um momento de urgência, que se sentem muito angustiados. Ou, então, adolescentes que são enviados porque estão agindo



num nível que preocupa os demais, porque entram na delinquência ou na droga, ou se cortam, ou estão num nível de atuação muito grande, mas que ainda não internalizaram a necessidade de uma ajuda terapêutica. Sentem que algo acontece, mas ainda não sabem nem o quê, nem por que acontece, nem o que querem. Mas sentem que há um tipo de necessidade de urgência, uma urgência que eles precisam manifestar.

O trabalho que fazemos é um trabalho mais focado em lentamente ajudá-los a compreenderem que sua angústia tem a ver com eles próprios, que não é somente algo proveniente do exterior, por exemplo, dos pais que não os compreendem, ou da escola onde ninguém quer ficar com eles, ou que há algo no seu corpo que não funciona e que, se fizerem uma cirurgia plástica e mudarem o nariz, por exemplo, tudo vai ficar bem.

Digamos que são trabalhos de elaboração ao longo dos quais supomos que pouco a pouco o adolescente, com nossa ajuda, poderá sentir que há algo ocorrendo e que precisa de ajuda. Talvez pudéssemos dizer em inglês que é um *ownership* (uma apropriação) de sua própria problemática. Quando sentimos que isso evoluiu entre o adolescente e o terapeuta, discutimos sua continuação, a iniciação de uma terapia, seja uma psicoterapia ou uma análise.

Quando isso acontece, o adolescente precisa trocar de terapeuta. Isto por razões do Centro - seria complicado continuar com o mesmo paciente -, mas também por uma razão que tem a ver com o *setting*, que neste primeiro encontro é um *setting* menos rígido, mais flexível, já que muitas vezes os que vêm são adolescentes em situação de emergência, que estão a ponto de se suicidar, ou tentaram se suicidar. Ou então, que se encontram num nível de atuação tão grave que precisam procurar esses serviços sociais com os médicos, ou com os pais. Às vezes é preciso atendê-los juntamente com os pais; há toda uma situação de contenção e esclarecimento do que está acontecendo, que perturbaria o *setting* se esse fosse de psicoterapia ou análise.

Uma vez concluído este primeiro trabalho e que esteja mais ou menos clara a situação do adolescente e o quanto necessita ajuda, passamos ao seu encaminhamento. Com isso o adolescente pode, por exemplo, ser enviado para análise e o Centro se ocupar separadamente dos pais, enquanto o assistente social, que também temos no Centro, pode se responsabilizar pelo contato com a escola, a instituição. Dessa forma tentamos fazer com que o começo da terapia já tenha certo nível de solidez para que isso ajude na sua continuidade e não seja interrompida prematuramente.



RP – *Essa notícia de que ele vai trocar de terapeuta é dada logo no início ou no decorrer?*

CB – É dada no começo, é dito no início ao adolescente que vamos ter uma série de encontros, até que se torne claro para ele e para nós do que ele necessita. E uma vez que possamos discutir isso, vamos tratar de ajudá-lo a encontrar um tipo de ajuda terapêutica que não será conosco.

RP – *A senhora está nos colocando a questão do setting com os adolescentes. Temos uma pergunta a lhe fazer também relacionada a esta questão. Nós pensamos em lhe perguntar sobre sua experiência com adolescentes que fazem uso pesado de drogas e/ou álcool e se colocam em risco. Qual a conduta em relação à família e ao sigilo?*

CB – Para começar, eu poderia dizer que o mais importante é poder se conectar com o adolescente, com as ansiedades que ele traz e a possibilidade de lhe oferecer certa continuidade no contato. Na Inglaterra, há uma situação diante da qual não podemos manter segredo profissional, que é quando há a possibilidade de abuso de crianças, ou seja, se temos um adolescente que nos comunica estar abusando de crianças, temos a obrigação de entrar em contato com o Serviço Social.

O resto vai depender do critério profissional. Ou seja, vai depender de nós, se consideramos que ajudaremos o adolescente se contarmos alguém ou não. Acho que, de certa forma, nós, trabalhando com adolescentes, estamos sempre tentando conter ansiedades muito primitivas, ansiedade de morte, ansiedade de grandes riscos, ansiedade de perda de controle. Creio que esse trabalho envolve conseguir viver com essas ansiedades e contê-las suficientemente, de forma a pensar que o adolescente, que nos confiou estar com a sensação de querer se matar, saiba que o comunicou e que nós não fizemos nada impulsivamente, da mesma maneira como ele comunicou sua própria impulsividade. Para isto é fundamental contar com um grupo, ter outros profissionais com os quais nos comuniquemos, porque esse tipo de trabalho não pode ser feito isoladamente, penso que provoca muita angústia. Por isso, no Brent Center, temos várias horas dedicadas à discussão dos casos, quando já conhecemos os casos.

Na verdade, outra situação ocorre quando devemos envolver os pais. Penso que é fundamental atender primeiro o adolescente, fazer com que sinta que tem a possibilidade de ser escutado, que não procuramos imediatamente saber o que acontece com os pais, onde estão eles. Mas por outro lado, quando um adolescente



vai entrar em terapia ou em análise, não podemos deixar seus pais marginalizados. O adolescente vive numa certa relação de dependência e é muito problemático quando os pais são contra uma terapia. Cria-se uma situação em que os pais sentem suspeitas em relação ao terapeuta, ou sentem que este os culpa e que nunca foram convidados a conhecer o terapeuta, a situação. Portanto, antes de enviar um adolescente para a terapia, geralmente o convidamos juntamente com os pais. Não atenderíamos os pais sem o adolescente, a não ser que se tratasse de uma situação muito especial. Geralmente tentamos trabalhar com o adolescente para que ele aceite que os pais venham junto com ele a uma consulta.

No que se refere às drogas, é um fato habitual sabermos que muitos dos adolescentes que atendemos fazem uso e abuso de drogas massivamente, de todo tipo de droga, e poder continuar interpretando. E também que muitos usam facas e todo tipo de armas.

RP – *Na sessão?*

CB – Na sessão não. Mas podem chegar a trazer alguma faca. Às vezes, por exemplo, trazem as pílulas com as quais querem se suicidar e, no final da sessão, as deixam conosco. Também há situações em que as ansiedades persecutórias são muito grandes, então vêm armados para se defender dos possíveis ataques de que serão objeto. É uma época em que as ansiedades paranóides se intensificam, então temos que trabalhar com isso o tempo todo.

RP – *Voltando às nossas perguntas, a senhora aponta uma peculiaridade típica de adolescentes que sobrevivem à tentativa de suicídio, uma mudança que parece se refletir nos sintomas e/ou na atitude do adolescente na sequência do processo terapêutico. Gostaríamos de ouvir sobre a sua experiência nestes casos.*

CB – Não entendi bem a pergunta.

RP – *Nós lemos no seu trabalho que estes adolescentes têm uma peculiaridade, que eles se tornam mais onipotentes. Gostaríamos de ouvir algo sobre isso, sobre suas características após a tentativa.*

CB – Como vive um adolescente que tentou se suicidar e que sobreviveu? A primeira coisa a pensar é que a tentativa de suicídio é uma passagem ao ato que confere uma peculiaridade diferente do que simplesmente pensar no ato e não se



passar ao ato. Uma vez que há a passagem ao ato, foi usurpada uma barreira que é a barreira da atuação, na qual fica a sensação de que, se a pessoa tentou fazê-lo, poderá tornar a fazê-lo. Há ali uma barreira onde o superego, de alguma maneira, não conseguiu proteger o ego, o superego foi mais poderoso que as medidas de conservação, de autoconservação, de proteção de um superego mais benigno.

Nesse momento, a sensação é de que algo se leva a cabo. Em função disso e da compulsão à repetição, é muito comum que, quando um adolescente já tentou suicidar-se, venha a tentá-lo novamente. Ou sinta que essa possibilidade está sempre aberta e que é uma medida de saída, de possível solução. Ou seja, a passagem ao ato sempre é vivida pelo adolescente como uma medida desesperada, mas também como uma medida de solução. Uma formação de compromisso, mas que é uma solução.

Nós, com o trabalho terapêutico, estamos tentando fazer algo que, basicamente, entra em conflito com esse tipo de solução ou de medida de solução interna. Confrontamos o adolescente com a idéia de um trabalho psicológico, que implica em viver com a ansiedade, viver com a culpa, viver com a angústia, viver com o conflito, enquanto que há uma parte deles que diz: “Eu tenho uma solução pela qual não necessariamente vou viver com o conflito. Tenho uma saída que contradiz viver com o conflito”. E que faz com que se sintam importantes, poderosos mais do que importantes. Faz com que sintam que têm uma possível solução que, por outro lado, podem expressar de forma masoquista ou sádica numa relação de transferência. Assim, estar com um adolescente que antes do fim de semana nos faz sentir que ele, se o quiser, pode se matar e que sabe que nós vamos sentir angústia, preocupação, tudo isso lhe dá uma sensação de onipotência.

RP – *E controle?*

CB – E controle. Mas, ao mesmo tempo, lhe deixa internalizado um objeto que sabem que se preocupa, se angustia, o que aumenta sua culpa. Com o que, muitas vezes, se incrementam as possibilidades de passagem ao ato.

RP – *Eis nossa próxima pergunta: poderia comentar um pouco da sua experiência sobre a repercussão das diferenças de gênero no processo de análise do adolescente, no qual está implícito o objetivo de uma integração da imagem corporal madura e da visão mental de si?*

CB – A pergunta refere-se às diferenças entre a mulher e o homem?



RP – *Você escreveu sobre a diferença do aparelho reprodutor masculino ser externo e o da menina ser interno. Gostaríamos de ouvi-la quanto à repercussão disso.*

CB – Há muitas diferenças em todos os níveis. As diferenças de ter os órgãos sexuais internamente e externamente, essa diferença vem um pouco de uma observação também de Melanie Klein, que escreveu que, enquanto o homem pode ter sempre a visão do pênis e a tranquilidade de ver que ainda está ali, a menina, a mulher, tem que se basear numa idéia sobre seus órgãos internos reprodutivos.

E a configuração sobre o que a adolescente sente quanto a sua genitalidade tem a ver com a fantasia inconsciente, com a fantasia da relação com o objeto. Se o objeto foi atacado em fantasia, a concorrência, a rivalidade, a inveja, o amor pelo objeto, todas essas fantasias inconscientes reforçam a idéia do que somos como mulher ou como homem em relação aos objetos. Um pouco do que Melanie Klein dizia era que, se a menina, quando menina, experimenta uma situação de grande rivalidade com a mãe, inveja da sua capacidade de reprodução, dos bebês internos, e tem a fantasia de talvez ter destruído o corpo da mãe, o fato de ter os períodos menstruais confirma que seu sistema funciona, que ela não o destruiu, que não foi atacada, digamos, e que ela também pode ser uma mulher, que ela também poderá chegar a ter filhos.

Outra diferenciação é que, em geral, o menino deposita muito mais libido narcisista no pênis, nos seus órgãos genitais, enquanto as meninas podem chegar a libidinizar o corpo todo. Ou seja, a menina, a mulher não se preocupa somente com seus genitais, ela no fundo se preocupa com seus seios, como é seu corpo em geral, como se o corpo fosse de alguma maneira libidinizado mais do que faz o menino. Outra diferença é que o menino sente que tem que ser ativo e potente e isso cria muito mais ansiedade quanto à forma de funcionamento. Ou seja, a grande preocupação dos adolescentes homens é que sentem que têm que funcionar, que terão que manter uma ereção, terão que poder penetrar uma menina. Isso cria muita ansiedade porque como saber que vão consegui-lo, se nunca o fizeram? E como poderão fazê-lo, se não sabem que podem fazê-lo? Então todas suas ansiedades giram em torno de poder demonstrar a si próprios e aos demais, na fantasia, que podem funcionar como homens.

As meninas estão menos preocupadas em como vão funcionar sexualmente e mais preocupadas acerca de se vão ser queridas, se vão ser escolhidas, se vão poder ter um rapaz. Criam-se assim muitas vezes momentos - ou períodos longos - em que as preocupações dos meninos e das meninas diferem bastante. As



meninas, as jovens, têm expectativas que não conseguem ser satisfeitas pelos meninos, peculiaridades que com o tempo e a experiência vão se modificando. Por outro lado, as coisas mudaram. Numa certa época, a masturbação era algo que se vivia com muita culpa, tanto pelos meninos quanto pelas meninas, que não se masturbavam muito ou tanto quanto aqueles.

Atualmente a masturbação cria menos culpa e há toda uma campanha, digamos, de educação para a juventude, nos colégios, nas revistas, que busca desculpabilizar a exploração sexual, a masturbação. Ou seja, há também certas mudanças culturais que afetam as meninas e os meninos. Penso que há muitas outras diferenças.

RP – Gostaria de fazer uma pergunta associada a essa, pois o que a gente percebe é que nos dias de hoje as manifestações culturais da sexualidade mudaram. Quando a senhora diz que as meninas cuidam mais do corpo do que dos órgãos sexuais, eu lembrei que os homens também se preocupam, fazem ginástica, tomam anabolizantes, assim como as meninas fazem cirurgias. O que a senhora pensa com relação aos conflitos internos: eles mudaram? Ou as manifestações estão mudando?

CB – Eu acho que são mais as manifestações, porque o conflito básico creio que é um conflito no nível da identidade e da identificação. Talvez tenham mudado os diferentes grupos de adolescentes, porque são os grupos que determinam as modas. Quando os adolescentes querem ou precisam separar-se de seus pais, são seus grupos de amigos que determinam as modas e tudo o mais. Acho que são os grupos que determinam o que significa ser homem ou ser mulher, o que significa ser desejável e desejado como homem ou como mulher. E assim temos desde grupos de anoréxicas até grupos de jovens que se tatuam, que colocam *piercings*, que precisam manter a forma e ter músculos para demonstrar que isso é ser viril. Mas também temos muitos jovens que precisam mudar seu corpo, a forma do seu corpo, para compensar ansiedades homossexuais. Enquanto há outros grupos que consideram como sendo mais atraente, para a homossexualidade, cortar o cabelo de uma determinada forma. Mas acho que os conflitos básicos continuam sendo os mesmos.

RP – Aqui, não raro, inclusive há um fenômeno em que a homossexualidade está sendo valorizada, na verdade a bissexualidade. O que ocorre nas festas é que há a adolescente com o namorado, mas ele fica com um guri e ela com uma



guria. E isso não raro se observa nos grupos heterossexuais de uma maneira assustadora. Parece que se perdeu qualquer barreira.

CB – Sim, há mais permissividade cultural, social, com o que as proibições funcionam menos do que antes. Inclusive isto é fomentado pelos grupos. Há pouco eu estava com uma adolescente que dizia: “Eu tenho que experimentar tudo”. Isso era o valorizado pelo grupo, todo tipo de droga e todo tipo de sexualidade. “E depois disso” – dizia – “vou deixar as drogas e vou casar e ter filhos”. Mas a sua própria avaliação era de que precisava antes experimentar tudo.

RP – *Só que isso gera um maior número de conflitos e sintomatologia. E às vezes não é tão fácil voltar e buscar o caminho da vida adulta.*

CB – Mas esse estado de confusão também existia antes. O que acontece é que havia talvez menos possibilidades a explorar, digamos. Trata-se um estado de oscilação entre identidades femininas e masculinas, aspectos como: “Sou parecido com quem? Por que sou o que sou? O que tenho do meu pai, de minha mãe? Em que sou diferente deles?”

RP – *Como a senhora vê o futuro da psicanálise de adolescentes num contexto mundial que favorece a dissolução dos valores, das diferenças entre as gerações e a busca pelo prazer imediato?*

CB – Bem, eu espero que haja um grande futuro para a psicanálise, um grande futuro para a psicanálise de adolescentes. Atualmente há a preocupação com a perda de importância da psicanálise com relação à medicação, ao *CBT* (*Cognitive Behaviour Therapy*). Porque a adolescência é um período de grande flutuação, no qual não teríamos que usar diagnósticos fixos e no qual não podemos garantir nada. O que se pode dizer, por exemplo, é que há um funcionamento psicótico, mas não se pode falar, acho, de uma esquizofrenia na adolescência.

Penso que há uma grande diferença entre manifestações que são psicóticas, obsessivas, que são de todo tipo afetivo, mas que estão, neste momento, à mercê de possíveis mudanças, como uma revolução interna. Penso que rotular um adolescente com um diagnóstico, com uma medicação, rapidamente encerra um campo de exploração e fixa o adolescente numa modalidade na qual ele próprio se sente à mercê, digamos. Por exemplo, eu tenho adolescentes que chegam e me dizem: “Eu sofro de TOC e me disseram que tenho uma Síndrome de Asperger”. Ele já vem com o diagnóstico e já indagou tudo sobre como se sente, o que fecha



a possibilidade de exploração. Por isso penso que é muito necessário, antes de se apressar e dizer qual o diagnóstico, utilizar os elementos de análise que todos temos na psicanálise para compreendermos a origem das ansiedades que estão mobilizando certas defesas.

E se voltarmos à psicanálise clássica, à noção de conflito, de defesa, de ansiedades primitivas, básicas, os *psychic treats* também, podemos tentar entender qual a dinâmica em jogo. Eu espero que a psicanálise de adolescentes realmente possa se expandir e não se fechar. E para isso precisamos de pessoas dispostas a atender adolescentes em análise, apesar da ansiedade que isso produz; pessoas que sejam capazes de se formar e de tolerar essa ansiedade e de escrever, publicar e expor os trabalhos.

RP – Também há sua experiência como professora em um curso onde jovens de várias áreas se interessam pela psicanálise; penso que é uma forma de divulgar a psicanálise junto aos jovens, sua importância para os adolescentes.

CB – Há muitas. Outra possibilidade é o trabalho nos colégios – que hoje comentávamos – participar nos colégios, na formação dos educadores, poder se comunicar com muitas pessoas que trabalham nas áreas vinculadas à adolescência. A Polícia, a Assistência Social, o Juizado de Menores, são todos profissionais que estão em contato com grupos de adolescentes que precisam de ajuda.

RP – Mais alguma pergunta?

CB – Ficaram muitas coisas sem comentar. Muito obrigada a vocês pelo convite. □

Tradução de **Beatriz Affonso Neves**
Revisão técnica de **Rosane Shermann Poziomczyk**

Catalina Bronstein
7 Mackeson Road,
NW3 2LU London, UK
e-mail: bronstein@compuserve.com

© Revista de Psicanálise – SPPA