UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ADRIANA BORGES TANNUS DE SOUZA

**A supervisão psicanalítica de ludoterapia de trauma e abandono: contribuições à
luz da transferência e da contratransferência**

São Paulo
2008

ADRIANA BORGES TANNUS DE SOUZA

A supervisão psicanalítica de ludoterapia de trauma e abandono: contribuições à luz da transferência e da contratransferência

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo para a
obtenção do título de Doutor em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Clínica
Orientadora: Prof.^a Dra. Elizabeth Batista
Wiese

São Paulo
2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Souza, Adriana Borges Tannus de.

A supervisão psicanalítica de ludoterapia de trauma e abandono: contribuições à luz da transferência e da contratransferência / Adriana Borges Tannus de Souza; orientadora Elizabeth Batista Wiese. -- São Paulo, 2008.

251 p.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Supervisão psicanalítica 2. Trauma emocional 3. Crianças abandonadas 4. Ludoterapia 5. Crianças 6. Psicanálise 7. Transferência 8. Contratransferência I. Título.

RC504

FOLHA DE APROVAÇÃO

Adriana Borges Tannus de Souza

A supervisão psicanalítica de ludoterapia de trauma e abandono: contribuições à luz da transferência e da contratransferência

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo para a
obtenção do título de Doutor em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Clínica
Orientadora: Prof.^a Dra. Elizabeth Batista
Wiese

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*Aos meu pais, **Leny e Marco Antonio,***

que com seu amor, me propiciaram

diferentes caminhos.

*Ao Dr **José Francisco,***

que me ajuda a trilhá-los.

(...)

Restam outros sistemas fora

Do solar a colonizar.

Ao acabarem todos

Só resta ao homem

(estará equipado?)

a difícilima dangerousíssima viagem

de si a si mesmo:

Pôr o pé no chão

Do seu coração

Experimentar

Colonizar

Civilizar

Humanizar

O homem

Descobrimo em suas próprias inexploradas entranhas

A perene, insuspeitada alegria

De con-viver.

Agradecimentos

À **‘Camila’, ‘Júlia’, ‘Carla’, ‘Elisa’ e ‘Laura’** pela generosidade e envolvimento com meu trabalho. Saibam que meu coração se enche de alegria quando me lembro de sua dedicação e amizade.

À **‘Ana’, ‘Mariana’ e ‘Paula’, ao ‘Bruno’ e ‘Mário’**, que a partir de suas experiências, tão intensas e dolorosas, puderam colaborar com a possibilidade de reflexão a respeito de sua realidade buscando caminhos para poder oferecer-lhes, assim como a outras crianças com experiências semelhantes, algo de útil para o seu desenvolvimento.

Aos **supervisionandos** que atendem e atenderam crianças traumatizadas e não foram citados na pesquisa mas, que da mesma forma, puderam compartilhar comigo suas experiências, me auxiliando no desenvolvimento do trabalho.

À **instituição** que nos acolheu e permitiu que pudéssemos trabalhar com essas crianças.

Agradecimentos

À minha orientadora, **Prof.a Elizabeth Batista Wiese**, por sua dedicação, esforço, respeito e cuidado, com os quais, mesmo estando tão longe, me ajudou a conduzir essa pesquisa. Sua presença sempre significou segurança e apoio.

À **Prof.a Eva Maria Migliavacca** que tem acompanhado minha vida acadêmica desde o início colaborando com intervenções produtivas, disponibilidade e presença confiável.

À **Prof.a Regina Helena L. Caldana**, professora e amiga, com quem tenho compartilhado momentos importantes de crescimento profissional e pessoal. Os anos de convivência e suas sugestões produtivas me auxiliaram muito no desenvolvimento desta pesquisa.

Às amigas, **Adriana** e **Ana Paula** sempre presentes, que me acompanharam nos percalços da pesquisa e fora dela, apoiando, ouvindo, ajudando com sua amizade imprescindível.

Ao **Dr. José Francisco** por me ajudar a perceber a importância do meu desenvolvimento e a sustentá-lo nos momentos mais difíceis. Sua presença constante e a confiança que me propiciou foram fundamentais para que esse momento se tornasse uma realidade.

Aos meus pais **Leny** e **Marco Antonio**, e irmãos: **Cecília**, **Marco Antônio** e **Ana Paula**, pela compreensão e aceitação da minha ausência. Sem vocês, tudo teria ficado mais difícil. Obrigada pelos risos e o acolhimento quando estávamos juntos.

Ao **Nadson** e aos meus queridos filhos **Gabriela** e **João Paulo**, por estarem sempre ao meu lado, mesmo estando longe! Saibam que seu amor é meu bálsamo, sua presença me ilumina e seu apoio me faz sempre melhor!

RESUMO

SOUZA, A. B. T. **A supervisão psicanalítica de ludoterapia de trauma e abandono:** uma contribuição à luz da transferência e da contratransferência, 2008. 251f Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

O presente estudo visa investigar a supervisão psicanalítica da ludoterapia de crianças que sofreram trauma e abandono, a partir da contribuição dos processos de transferência e contratransferência. Faz um estudo das relações transferenciais e contratransferenciais percebidas de forma mais destacada nas supervisões, utilizando como principal embasamento teórico, a literatura baseada na psicanálise inglesa, principalmente as concepções Kleinianas e pós-Kleinianas, partindo do pensamento de Freud, cujas formulações originaram e serviram de ponto de partida para os desenvolvimentos da teoria e da técnica psicanalítica. Ao discutir o trauma, o abandono, a ludoterapia e a supervisão psicanalítica, nesses contextos, utiliza-se, também, de elaborações teóricas de autores, como Anne Alvarez e contemporâneos, os quais tiveram grande interlocução com as teorias de Melanie Klein, e também conhecimentos provenientes de estudos e pesquisas de outras áreas que são compatíveis com esta orientação. Como material clínico, faz uso de transcrições de sessões de supervisão nas quais estão incluídas as transcrições de sessões feitas pelos psicoterapeutas para a supervisão. Para a análise do material, adota a postura investigativa própria da situação de supervisão psicanalítica sobre o que acontece nas relações paciente/supervisionando e supervisionando/supervisor. Conclui que o trauma e o abandono provocam perturbações e desorganizações psíquicas nas crianças que os sofrem, que são percebidas e vivenciadas de forma específica na sua relação com seu psicoterapeuta e na situação de supervisão. As dificuldades apresentadas na ludoterapia de crianças traumatizadas e abandonadas na instituição - as angústias mobilizadas pela realidade física e emocional delas, a transmissão dos sentimentos negativos do trauma e do abandono e convites à atuação e ao abandono do lugar de psicólogo e supervisor - fazem parte da avalanche de sentimentos perturbadores, transferenciais e contratransferenciais, que envolvem psicólogos e supervisores no trabalho clínico com as crianças traumatizadas.

Palavras-chave: 1. Supervisão psicanalítica 2. Trauma emocional 3. Crianças abandonadas 4. Ludoterapia 5. Crianças 6. Psicanálise 7. Transferência 8. Contratransferência

ABSTRACT

TANNUS, A. B. T. **Psychoanalytical supervision of play therapy in trauma and abandonment:** a contribution in view of the transference and the counter-transference. 2008. 251f Thesis (Doctoral) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

This study investigates the psychoanalytical supervision of the play therapy with children of have suffered trauma and abandonment, taking into account the transference and the countertransference processes in the supervision of these psychotherapeutic processes, in the view of the English psychoanalysis, in special of Melanie Klein and her followers. The discussion of the concepts of trauma and abandonment, and of the psychoanalytical supervision of play therapy in these contexts, considered also several authors who have great affinity with Klein's ideas, such as Anne Alvarez, as well as researches in other fields that were compatible with the same theoretical approach. The clinical material analysed was based in the transcriptions of the play therapy sessions with the children, brought by their psychotherapists to supervision. For this analysis it was adopted an investigative approach compatible with the psychoanalytical supervision, focussing in the relationship patient/psychotherapist, and in the relationship psychotherapist/supervisor. The investigation concluded that trauma and abandonment can cause psychological disorders in the children that were exposed to them, and these experiences have also specific influences in the child/psychotherapist relationship as well as in the psychotherapist's supervision. The difficulties presented in the play therapy of traumatized and abandoned children living in a public institution, as well as the anguishes that their physical and emotional reality mobilized in their environment and in the psychotherapist, the transmission of the negative feelings related to their traumatic experiences and, the constant challenges to have acting-outs and to leave the role of psychotherapist and of supervisor, are all important elements in the transference and countertransference of the emotional disorder, that psychotherapist and supervisor have to face in their clinical work.

Keywords: 1. Psychoanalytical supervision 2. Emotional trauma 3. Abandonment 4. Play therapy 5. Children 6. Psychoanalysis 7. transference 8. countertransference

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 JUSTIFICATIVA	14
1.2 OBJETIVO	17
1.3 MATERIAL E MÉTODO	18
1.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	20
1.5 ASPECTOS ÉTICOS	24
2 SUPERVISÃO PSICANALÍTICA	27
2.1 A SUPERVISÃO CLÍNICA	27
2.2 A SUPERVISÃO PSICANALÍTICA	28
3 OS ALICERCES DO MÉTODO PSICANALÍTICO	42
3.1 A TRANSFERÊNCIA	42
3.1.1 <i>Transferência e fantasia e realidade</i>	69
3.2 A CONTRATRANSFERÊNCIA	77
3.2.1 <i>Identificação projetiva</i>	87
3.2.1.1 A continência e a capacidade negativa	95

4 TRAUMA E ABANDONO	104
5 A LUDOTERAPIA DE TRAUMA E ABANDONO	124
6 A SUPERVISÃO PSICANALÍTICA DE LUDOTERAPIA DE TRAUMA E ABANDONO	136
7 AS PERCEPÇÕES DA LUDOTERAPIA DE TRAUMA E ABANDONO	141
7.1 AS HISTÓRIAS DOS ATENDIMENTOS SUPERVISIONADOS	144
7.1.1 <i>Camila e sua paciente Ana</i>	144
7.1.2 <i>Júlia e seu paciente Bruno</i>	150
7.1.3 <i>Carla e seu paciente Mário</i>	159
7.1.4 <i>Elisa e sua paciente Mariana</i>	162
7.1.5 <i>Laura e sua paciente Paula</i>	177
7.2 ANÁLISE DAS SUPERVISÕES	189
7.2.1 <i>A convivência com lacunas</i>	192
7.2.2 <i>Os sentimentos transferenciais</i>	194
7.2.3 <i>Os sentimentos contratransferenciais</i>	197
7.2.3.1 <i>Angústia e negação</i>	199
7.2.3.2 <i>Onipotência x impotência</i>	200

.....	
7.2.3.3 A concretude da vida das crianças e das regras da instituição	203
.....	
7.2.3.4 Alegria com os sucessos das crianças	205
.....	
7.2.4 <i>As reações contratransferências</i>	206
.....	
7.2.4.1 As transcrições de sessões	206
.....	
7.2.4.2 As quebras do enquadre	208
.....	
7.2.4.3 Momentos de impasse	210
.....	
7.2.5 <i>As transmissões dos sentimentos negativos do trauma</i>	212
.....	
7.2.5.1 As dificuldades de encerrar as sessões, sair de férias e encerrar os atendimentos	214
.....	
8 REFLEXÕES SOBRE: A SUPERVISÃO, A LUDOTERAPIA E AS CRIANÇAS TRAUMATIZADAS	218
.....	
9 CONCLUSÕES	231
.....	
REFERÊNCIAS	235
.....	
ANEXOS	248
.....	

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo visa investigar a supervisão psicanalítica da ludoterapia de crianças que sofreram trauma e abandono, a partir da contribuição dos processos de transferência e contratransferência. As supervisões psicanalíticas foram realizadas com estudantes de psicologia e psicólogos por períodos variados, durante o período dos atendimentos em ludoterapia. As dificuldades apresentadas na ludoterapia de crianças que se encontram na instituição - as angústias mobilizadas pela realidade física e emocional delas, os convites à atuação e ao abandono do lugar de psicólogo pelo lugar de amigo e protetor, os aspectos transferenciais e contratransferenciais – fazem parte da avalanche de sentimentos perturbadores que envolvem psicólogos e supervisores nesse trabalho clínico com as crianças abrigadas e são temas de discussão constante entre supervisores e supervisionandos.

Estes fatores levaram à necessidade de sistematizar um estudo sobre a supervisão psicanalítica, em contextos de atendimento psicoterapêutico diferentes daqueles dos consultórios particulares cuja população, supõe-se, é economicamente mais favorecida. Desta necessidade, surgiu a pesquisa aqui apresentada, tendo como objeto de estudo as supervisões psicanalíticas de atendimentos psicoterapêuticos de crianças que sofreram maus-tratos e foram abrigadas em uma instituição. Por reconhecer que os aspectos transferenciais e contratransferenciais que ocorrem na

situação psicoterapêutica caracterizam especificidades desta relação, visa-se apontar como estes fenômenos são percebidos na supervisão.

1.1 JUSTIFICATIVA

Embora a supervisão de atendimento clínico particular compreenda alguma literatura, abordando o tema nos meios psicanalíticos mais clássicos, percebe-se que o conhecimento da pesquisadora na área de supervisão de atendimentos clínicos de crianças em situação de abrigo, origina-se principalmente das experiências adquiridas no fazer do “aqui-agora”, pois defronta-se com escassez de literatura específica sobre este tema. Considera-se, portanto, que diante do contexto atual, no qual se fazem presentes questões relativas à exclusão e à vulnerabilidade social, assim como ao acirramento dos problemas sociais decorrentes, este olhar se mostra fundamental, permitindo que os conhecimentos sejam socializados e o benefício da prática clínica possa ampliar-se para a população menos favorecida economicamente.

O atendimento clínico em saúde mental em instituições e serviços públicos de saúde foge aos moldes tradicionais da clínica psicanalítica. Ocorrem algumas distinções em aspectos da técnica originalmente elaborada por Freud (1912/1996g, 1913/1996r) como uma conjunção de regras, atitudes e combinações preconizadas por ele, tais como dias e horários das sessões, preservação do local de atendimento, honorários com a respectiva modalidade de pagamento, postura diante das faltas, plano

de férias etc. Estas alterações, no contexto de instituições públicas, acontecem em situações variadas e em muitos aspectos, tais como falta de horário e sala fixos, ausência de poltrona ou divã (pelo contrário, é necessário estar disposto a atender onde for possível: em salas administrativas e com mesas cheias de documentos e materiais, em garagens ou quintais e brinquedotecas), variação na frequência com que as sessões ocorrem: dificuldades quanto à privacidade do ambiente de trabalho que nem sempre é preservada: mudanças de instituição onde ocorre o atendimento clínico e outras.

As alterações no enquadre a que se refere, acontecem nos serviços públicos, instituições e nas situações específicas de atendimento de crianças de casa abrigo, quando os recursos da instituição não permitem que o atendimento se faça em centros de atendimento psicológico ou em consultório particular.

Mas o próprio pai da psicanálise, Freud (1911/1996e), afirmou que todo tratamento psicológico que busque compreender o inconsciente e no qual ocorra transferência e resistência, poderia ser chamado de psicanálise. Portanto, o que definiria a psicanálise seria o método e não um conjunto de regras do tratamento, pois estas estariam sujeitas a sérias limitações (Freud, 1912/1996g, 1913/1996r).

Ao referir-se às suas recomendações aos psicanalistas iniciantes, Freud (1913/1996r) deixou clara a possibilidade de mudanças necessárias na técnica, pois iniciou o artigo afirmando:

Todo aquele que espera aprender o nobre jogo de xadrez nos livros, cedo descobrirá que somente as aberturas e os finais de jogos admitem uma apresentação sistemática exaustiva.... As regras que podem ser estabelecidas para o exercício do tratamento psicanalítico acham-se sujeitas a limitações semelhantes.

A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica; e ocasionam

que um curso de ação que, via de regra, é justificado possa, às vezes, mostrar-se ineficaz, enquanto outro que habitualmente é errôneo possa, de vez em quando, conduzir ao fim desejado (p.139).

Segundo Pinheiro (2002), ainda que seja necessário frisar e observar que diferentes contextos engendram diferentes formas de atuação e inserção transferencial, a psicanálise pode ser utilizada nos ambulatorios de saúde pública sem perder sua especificidade, fundamentalmente se for tomada por sua vertente ética, ou seja, como um trabalho que, indo além do alívio sintomático, referiria à construção de uma verdade singular, sobre o sujeito e o desejo do inconsciente, de cada paciente.

No trabalho de pesquisa sobre a supervisão psicanalítica da ludoterapia de crianças que sofreram maus-tratos e foram abrigadas, concorda-se com Grunberg (2001), que a supervisão psicanalítica, considerada nos vários contextos e modalidades nos quais possa ser exercida (atendimentos clínicos, trabalhos com grupos realizados por profissionais de diferentes áreas, trabalhos de equipe multidisciplinar de orientação familiar e outros) talvez seja o caminho privilegiado pelo qual se obtém uma relação frutífera e convincente entre a psicanálise e a amplitude social.

Sabe-se que há uma grande demanda, que não chega aos consultórios particulares, para atendimento psicanalítico em ambulatorios públicos e instituições. Tal demanda certamente se beneficiaria com a crescente inserção da psicanálise na rede pública. Apesar das particularidades, esta inserção parece ser uma via possível de ser trilhada, desde que haja abertura e interesse tanto por parte das políticas de saúde pública como dos próprios psicanalistas, que para tanto precisem se desprender de uma possível rigidez técnica. A saúde pública poderia vir, assim, a constituir um importante campo de atuação da psicanálise, que atenderia às transformações sócio-históricas do

nosso tempo (Goidanich, 2001).

Neste contexto, a supervisão psicanalítica surge como possibilidade de elaborar experiências emocionais profundas [na busca do que Benjamin (1992) destacou como a capacidade de trocar experiências dentro do contexto de narrativas], originárias tanto do paciente quanto do supervisionando e também da interação supervisor/supervisionando, estando o supervisor em um lugar privilegiado de escuta, que lhe possibilita manter preservada mesmo tempo em que mantém preservada sua capacidade de empatia e sensibilidade para o fato clínico apresentado.

1.2 OBJETIVO

O propósito deste trabalho é apresentar uma reflexão sobre a supervisão psicanalítica de ludoterapia de crianças que sofreram traumas por maus-tratos e abandono e foram abrigadas em uma instituição. Por reconhecer que os aspectos transferenciais e contratransferenciais que ocorrem na situação psicoterapêutica caracterizam especificidades desta relação, visa-se apontar como estes fenômenos são percebidos na supervisão.

Objetiva-se, portanto, fazer um estudo das relações transferenciais e contratransferenciais percebidas de forma mais destacada nas supervisões, utilizando para tal, a literatura psicanalítica como referencial teórico, e as vinhetas de sessões que foram transcritas pelos psicoterapeutas para supervisão como material clínico.

Neste estudo, as concepções Kleinianas e pós-Kleinianas serão utilizadas como principal embasamento teórico para as reflexões. No entanto, não se poderia deixar de fazer referência ao pensamento de Freud, cujas formulações originaram e serviram de ponto de partida para os desenvolvimentos da teoria e da técnica psicanalítica. Serão utilizadas também algumas elaborações teóricas de outros autores, como Anne Alvarez e contemporâneos, os quais tiveram grande interlocução com as teorias de Melanie Klein, refletindo acerca dos diversos temas discutidos neste estudo, considerando também conhecimentos provenientes de estudos e pesquisas de outras áreas que são compatíveis com esta orientação.

1.3 MATERIAL E MÉTODO

Esta é uma pesquisa qualitativa psicanalítica, constituída de um referencial teórico abrangente e que busca investigar em profundidade, fenômenos psicológicos. Para Zaslavsky, Nunes & Eizirik (2003), a abordagem qualitativa se constituiria em um sólido suporte para a pesquisa dos processos intersubjetivos.

Para Pinto (2004), toda pesquisa implicaria em uma teoria como base e um método como procedimento. A teoria nos forneceria um conjunto de regras que assegurariam a explicação de um conjunto de fatos, assim como categorias e conceitos que visariam explicar o fenômeno estudado. O método pressuporia uma determinada concepção da realidade, de acordo com o modelo teórico. Assim, a metodologia

qualitativa de pesquisa em psicologia clínica consideraria a ciência com uma construção da subjetividade humana, de acordo com uma forma particular, dentro de determinado sistema teórico.

Mezan (1999) afirmou que, nas pesquisas humanísticas, o sentido do fenômeno e do processo, não seria unívoco, sendo importante a consideração de critérios para a sua aceitação. Os critérios de aceitabilidade seriam definidos pela: coerência dos argumentos entre si com os fatos considerados, a fecundidade das hipóteses, e a capacidade do autor para perceber aspectos do seu tema.

De acordo com Pinto (2004), a psicanálise seria a teoria psicológica mais fecunda na pesquisa qualitativa em psicologia clínica. Seu modelo específico de pesquisa associaria método de investigação e o método de tratamento. Safra (1993, 1996) afirmou que o modelo de pesquisa em psicanálise encontra-se na sua própria origem e história: o diálogo entre a teoria e a prática clínica. Tal diálogo seria o norteador da investigação psicanalítica, possibilitando uma observação não-saturada dos fenômenos ocorridos.

De acordo com Safra (1993, 1996), ao publicar o material clínico referente à sua pesquisa, o pesquisador permitiria ao leitor o reconhecimento dos fenômenos psíquicos sobre os quais baseou seu trabalho, assim como um posicionamento frente a estes, possibilitando um diálogo aberto sobre os temas investigados. Mas, o registro de muitos dos fenômenos que ocorrem no trabalho em psicoterapia seria impossível, já que o relato do mesmo considera recortes limitados pelo enfoque de quem o faz.

Para Garcia-Roza (1994) o importante seria nos mantermos fiéis ao conceito singular da teoria, considerado algo único, capaz de transformação e de criação. Seria

na singularidade dos fatos, que se apresentam em cada análise, em cada encontro, que estaria o novo da pesquisa psicanalítica.

Assim, a psicanálise inaugurou uma nova forma de fazer pesquisa, levando em conta “a participação do sujeito no fenômeno que observa” (Safra, 1993, p. 125), ou seja, o estudo do fenômeno psíquico leva em conta o psiquismo do pesquisador.

Silva (1993) cita que no método da psicanálise existe a regra da associação livre¹ através da qual o paciente se manifesta sem intenção determinada e, de outro lado, a atenção flutuante² do pesquisador que capta o material “sem crítica ou intenção pré-determinada”. Então, na pesquisa psicanalítica, utiliza-se, além das transcrições de sessões, a própria observação do pesquisador acerca do que se passa (Trinca, 1999).

1.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANALISE DOS DADOS

As supervisões que foram objeto de estudo nesta investigação surgiram como trabalho voluntário, visando atender às necessidades de uma disciplina-estágio, junto a uma faculdade de Psicologia, cujo objetivo era, por um lado, o desenvolvimento da prática clínica dos alunos do curso junto às crianças que haviam passado por situações de maus-tratos e, por outro, a preocupação com essa população, oferecendo atendimento psicoterapêutico a essas crianças.

¹ O método ou regra de associação livre consiste em “exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos que ocorrem ao espírito, quer a partir de um elemento dado (palavra, número, imagem de um sonho, qualquer representação) quer de forma espontânea” (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 38).

² A atenção flutuante requer que o pesquisador deixe funcionar “o mais livre possível a sua própria atividade inconsciente e suspenda motivações que dirigem habitualmente a atenção” (Laplanche & Pontalis, op. cit., p. 40).

Os psicoterapeutas foram escolhidos através de um processo de seleção por entrevistas e orientados para um atendimento clínico de acordo com a técnica de ludoterapia psicanalítica, realizado na própria instituição durante o período de abrigamento da criança e, posteriormente, nos postos de Saúde ou escolas próximos à casa da criança após o seu desabrigamento. Para melhor preparar os psicoterapeutas para o atendimento eram sugeridos textos especializados, realizados grupos de estudos da bibliografia pertinente, indicada a psicoterapia pessoal e estabelecidas as supervisões semanais.

A indicação dos casos para atendimento psicoterapêutico foi feita por solicitação dos funcionários da instituição que trabalhavam diretamente com as crianças, baseados nas dificuldades por ela apresentadas (por exemplo: baixa sociabilidade, agressividade acentuada, entre outras) e que interferiam em seu ajustamento à instituição, ou mobilizados pela extrema violência da situação na qual a crianças se encontrava antes de ir para a instituição.

Os encaminhamentos foram feitos de acordo com a disponibilidade de horários da criança e do psicoterapeuta-estagiário, assim como do interesse deste pela problemática da criança. Sendo que sempre esteve reservado à criança o direito de aceitar ou recusar o atendimento tanto antes de seu início e do contrato terapêutico, como e também durante o seu transcorrer. Essa questão, considerada essencial para a legitimidade do trabalho, era apresentada pelo psicoterapeuta à criança no primeiro encontro e nas situações nas quais se fazia necessário.

Os atendimentos ocorreram em uma, duas ou três sessões semanais de cinquenta minutos cada, com material próprio, reservado na caixa lúdica, pertencente a

cada criança individualmente. Os psicoterapeutas, dentro do possível, foram responsáveis pela garantia de preservação do material e sua presença no momento da sessão. O número de sessões variou de acordo com a disponibilidade de horários tanto do psicoterapeuta quanto da criança e da instituição.

As supervisões ocorreram semanalmente, em sessões de cinquenta minutos e horários fixos, a princípio em duplas de estagiários, e posteriormente individualmente, na medida em que os atendimentos foram tendo continuidade e se aprofundando. Essa mudança ocorreu naturalmente, de acordo com as necessidades de cada caso específico. Era acordado, entre o supervisor e o psicoterapeuta, que o material levado para a supervisão fosse referente às sessões realizadas na mesma semana consistindo de transcrição das sessões e do relato das percepções do psicoterapeuta, do que havia ocorrido nas mesmas, com cópias para ele e para o supervisor. Embora houvesse o acordo, nem sempre era possível ao supervisionando, levar para a supervisão, material transcrito sobre as sessões realizadas.

Para a realização da pesquisa serão analisados cinco processos de supervisão em psicoterapia. Todos estes processos de supervisão incluem o início do atendimento, e se estenderam até seu encerramento, a exceção de um deles, que se mantém até hoje; neste último caso será analisado material da supervisão referente a três anos, período em que a supervisão esteve sob responsabilidade da pesquisadora. Serão analisadas as transcrições de sessões de supervisão nas quais estão incluídas as transcrições de sessões que foram trazidas pelos psicoterapeutas para a supervisão. Para a análise do material, adotar-se-á a postura investigativa própria da situação de supervisão psicanalítica sobre o que acontece na relação paciente X supervisionando X

supervisor, que pode surgir no material trazido para supervisão, transcrito ou verbalizado pelos psicoterapeutas. Serão utilizados, como suporte teórico para a análise do material, o pensar psicanalítico e o raciocínio compreensivo apoiados na contribuição do estudo sobre supervisão psicanalítica. Essa verificação pressupõe a categorização dos conteúdos significantes (Trinca, 1999) que surgirão na análise do material.

Ao fazer esta pesquisa, a pesquisadora baseou-se na afirmação de Granato e Aiello-Vaisberg (2004) buscando evitar a produção de um trabalho que tivesse, por um lado, características teóricas “excessivas, herméticas e estéreis” ou que se detivesse, de outro lado, na “busca obsessiva por dados esclarecedores”, que distanciam o ser humano de sua singularidade.

A apresentação teórica desta pesquisa, não guardou a ambição de revisão dos conceitos de transferência, contratransferência, identificação projetiva e supervisão psicanalítica, pois essas revisões podem ser encontradas em publicações variadas (Slavutzky, 1991; Zaslavsky e Santos, 2006; Stein et al., 1992). Pretende sim, contextualizar e considerar o impacto dos fenômenos apresentados sobre as pessoas do paciente, do supervisionando e do supervisor. O esforço para aprofundamento nas reflexões sobre estes temas busca preencher parte da lacuna técnica e clínica ainda presentes no trabalho com crianças traumatizadas e abandonadas.

1.5 ASPECTOS ÉTICOS

Alguns procedimentos éticos foram adotados para a participação, dos psicoterapeutas, das crianças que receberam atendimento psicoterapêutico e da instituição da qual elas faziam ou fazem parte, no presente estudo. Na utilização dos dados (material de sessões transcritas), tomou-se o cuidado de esclarecer antecipadamente os objetivos do trabalho e as condições de sigilo profissional para cada indivíduo, e também para a instituição da qual faziam parte as crianças, sendo que a pesquisa é realizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Explicita-se que a não aceitação em participar da pesquisa não traz nenhum prejuízo. Ao concordar, respeita-se o desejo do participante de interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento que desejar. Tem-se como princípio básico o respeito aos voluntários, assegurando que a participação na pesquisa preservará a identidade tanto das crianças envolvidas como dos psicoterapeutas e da instituição. Assim, os nomes assumidos para as crianças e os psicoterapeutas serão fictícios e os dados referentes a suas vidas que possam identificá-los serão omitidos. No que diz respeito à instituição, serão omitidas seu nome, endereço ou quaisquer características que levem a sua identificação.

É esclarecido, no termo de consentimento, que o sigilo profissional será resguardado em casos de publicação de material referente à pesquisa, ou seja, serão preservadas as identidades de crianças e psicoterapeutas, assim como da própria instituição. Além disso, os psicoterapeutas terão acesso ao material analisado e

autorizarão seu uso antes de sua publicação na pesquisa, podendo se recusar a continuar a participar dela se assim o desejarem.

Supervisão psicanalítica

2 SUPERVISÃO PSICANALÍTICA

2.1 A SUPERVISÃO CLÍNICA

Todos que se aventuram no trabalho de supervisão, assim como no trabalho clínico propriamente dito, reconhecem o fato de que nenhuma das pessoas envolvidas nessas tarefas sabe, verdadeiramente, por antecipação o que será realizado.

Diante da surpresa que o encontro clínico com o outro nos reserva, podemos nos perguntar: O que se busca realmente numa supervisão? Qual o lugar do supervisor? Qual o posicionamento do supervisionando?

Podemos supor que o supervisionando procure através da ajuda de um profissional mais capacitado e experiente que ele mesmo, desenvolver a sua própria capacidade técnica e seu estilo de trabalhar (Hermann, 1991; Grunberg, 2001; Barros & Barros, 2001; Zaslavsky & Santos, 2006).

E o supervisor? Utilizando a sua experiência profissional busca colaborar no desenvolvimento de outros profissionais e também ampliar sua própria gama de atividades e de vivências profissionais.

A supervisão de atendimentos de pacientes que se realiza no campo da psicologia clínica sob um ponto de vista geral (Buys, 1987; Zaslavsky et al., 2003), se

constitui em uma experiência de fundamental importância para o desenvolvimento do estudante de psicologia e do psicólogo, proporcionando um contexto adequado: a formação de sua identidade profissional, desenvolvimento de suas habilidades clínicas e proximidade com seus próprios sentimentos em relação à sua prática e aos seus pacientes. Surge como alternativa para suprir uma necessidade tanto do estudante de psicologia como do psicólogo, que buscam maior compreensão do que acontece em sua prática clínica, e não podem participar diretamente da situação clínica de um outro profissional mais experimentado, nem podem ter ajuda direta deste em seus atendimentos clínicos. Assim, a supervisão dos atendimentos clínicos seria uma forma de avaliar, corrigir e refletir sobre a sua própria experiência clínica.

2.2 A SUPERVISÃO PSICANALÍTICA

No trabalho psicanalítico, a postura frente à supervisão fundamenta-se na visão da clínica enquanto um campo privilegiado para a averiguação de modelos teóricos que por sua vez é também fonte inspiradora desses modelos.

E o que se busca numa supervisão psicanalítica? O objetivo dessa supervisão é desenvolver a escuta e o raciocínio clínico, a instrumentalização do profissional que faz uso da teoria psicanalítica. Criar condições para promover a observação, o embasamento e a reflexão necessários para que os profissionais possam fazer uso do conhecimento psicanalítico, sobre, por exemplo, o inconsciente, as defesas, a

transferência e a contratransferência entre outros. A afinação da escuta, via estudo teórico e apresentação e discussão do caso em atendimento, opera decisivamente sobre a qualidade do atendimento.

Usando Grunberg (2001) como inspiração, pode-se dizer que o trabalho do supervisor seria comparado ao de um afinador de instrumentos musicais. A tarefa de ambos consiste em desenvolver cada vez mais uma escuta atenta e cuidadosa, ancorada em sua própria habilidade para extrair, seja de um instrumento musical seja de um supervisionando, a melhor e mais afinada “melodia” da qual ele seja capaz. A boa prática dessa função possibilita ao afinador e ao supervisor irem refinando também a sua própria capacidade de escutar e compreender.

Barros e Barros (2001) afirmaram que a psicanálise teria uma finalidade terapêutica e os pacientes procurariam atendimento por sofrerem e diante deles o analista teria um contrato ético de buscar minorar este sofrimento. Parte do modo de exercer a psicanálise seria aprendida e a função do supervisor seria ensinar da maneira mais eficiente possível essa parte transmissível. Nesse contexto, o aprender com a própria experiência (Bion, 1962/1991), para produzir melhores resultados envolveria a presença de um outro mais experiente – o supervisor.

Assim, a tarefa do psicanalista-educador teria um caráter acadêmico, e romper com essa postura poderia custar à psicanálise sua sobrevivência como campo de saber. Mas, paradoxalmente, seria preciso superar a postura acadêmica para instaurar a escuta psicanalítica. Assim a psicanálise como prática terapêutica não seria redutível a uma técnica com possibilidades de codificação em um conjunto de procedimentos rígidos (Barros & Barros, 2001).

A partir da ampliação dos conceitos de transferência e contratransferência e da aceitação do conceito de identificação projetiva, a concepção da supervisão como lugar de formação teria se inovado, estendido e se tornado palco de novas indagações. A supervisão teria se constituído no campo privilegiado de ligação da prática com a teoria, onde seria possível explicar metodologicamente de que forma hipóteses teóricas poderiam ser derivadas e testadas a partir de material clínico (Barros & Barros, 2001).

Mijolla (1992), ao refletir sobre a supervisão em psicanálise, relatou como a supervisão surgiu e se desenvolveu no ambiente psicanalítico. Segundo este autor, “foi numa tórrida sexta-feira 13, de julho de 1883” que o Dr. Josef Breuer confiou a seu visitante, um profissional iniciante, “uma envolvente história de doente” (p. 115). Dr. Breuer, um médico renomado, contou um caso ao seu aluno, S. Freud, que o escutou e se instruiu, sem julgá-lo. Quinze anos mais tarde, Freud descreveu, em suas cartas a Wilhelm Fliess, as histórias de seus pacientes. Eram dois profissionais contando um ao outro suas experiências clínicas e suas descobertas. Alguns anos mais tarde, 1902, Freud tornou-se o mestre que, em suas reuniões da *Sociedade Psicológica das Quarta-feiras* (Roudinesco & Plon, 1998), ouvia seus alunos contarem casos de sua prática cotidiana, a fim de obterem sua ajuda e conselho e também buscando igualá-lo ou superá-lo em sua técnica de interpretação de sonhos. Nesse contexto, já podemos perceber o aluno confiando seus problemas clínicos a um mestre (nesse caso, idealizado) esperando seu auxílio.

Tecnicamente, o termo *supervisão* foi introduzido na prática psicanalítica por Sigmund Freud (1919[1918]/1996u) e sistematizado pela International Psychoanalytical Association (IPA), em 1925, na condição de prática obrigatória, para

designar um procedimento de análise conduzida por um psicanalista (que se encontrava em análise didática) que concordava em ser supervisionado ou controlado, isto é, em prestar contas desse atendimento psicanalítico a outro psicanalista (o supervisor).

O termo *Kontrollanalyse* (análise de controle) foi empregado por Freud, pela primeira vez em 1919 [1918] (Freud, 1919[1918]/1996u), em seu artigo dedicado ao ensino da psicanálise na universidade, onde defendeu a necessidade do futuro psicanalista assegurar-se da orientação ou do controle de um psicanalista experiente a fim de poder conduzir, por sua vez, as chamadas análises terapêuticas.

Segundo Roudinesco e Plon (1998), a supervisão obrigatória foi introduzida por Max Eitigon no Instituto de Berlim, na década de 20, com o nome *análise de controle*. Atualmente, nos casos de análise dos candidatos à formação oficial e curricular dos institutos de psicanálise, com vistas à obtenção do título de psicanalista, a supervisão é obrigatória. Assim, também nas universidades, a supervisão tornou-se uma exigência curricular para a realização de determinados estágios de aprimoramento na prática clínica. A supervisão é considerada um dos pilares fundamentais do tripé essencial de uma adequada formação psicanalítica, sendo os outros pilares: a análise pessoal e os estudos teóricos.

Para Roudinesco e Plon (1998), a palavra *controle* impôs-se em alemão, inicialmente, e, mais tarde, em francês e em espanhol, sob a influência de Jacques Lacan, foi adotado de modo geral pelo movimento psicanalítico. Ao passo que, o termo supervisão se impôs nos países anglófonos e nas sociedades psicanalíticas

pertencentes à IPA, substituindo a palavra alemã. No Brasil os termos *controle* e *análise de controle* também seriam eventualmente usados.

Teria sido por volta de 1960, que o termo *supervisão* substituiu o vocábulo *controle*. De acordo com aqueles autores, o termo inglês *control* (controle) tal como os termos francês e alemão, coloca a ênfase na idéia de dirigir e dominar, ao passo que a palavra *supervision* (supervisão) remete a uma atitude não diretiva (Roudinesco & Plon, 1998).

Tanto o termo controle (sugere uma intervenção superegóica), quanto supervisão (pode sugerir uma super-visão narcisista do super-visor) têm sido bastante criticados. Ambos os termos, porém em especial o segundo, já estão completamente impregnados na terminologia psicanalítica. O termo supervisão nos parece o mais usado para designar a prática encontrada nos meios acadêmicos brasileiros.

Embora o processo de supervisão psicanalítica tenha adquirido um caráter institucional, na medida em que sua obrigatoriedade surgiu dentro de um contexto de formação do candidato a psicanalista nos institutos de formação em psicanálise, o enfoque desse trabalho prescinde deste ponto de vista, já que a supervisão psicanalítica passou a ser um requisito necessário, a todo e qualquer psicoterapeuta que queira aprimorar, compreender, aprofundar sua prática clínica em psicanálise ou outra área da psicologia clínica.

Conforme Zaslavsky et al. (2003), entre os objetivos da supervisão, um dos mais importantes é o da integração entre teoria e clínica. A relação que ocorre entre supervisor-supervisionando é uma relação de ensino-aprendizagem, sendo que a aprendizagem durante a mesma é algo que ocorre tanto para o supervisionando como

para o supervisor, já que ambos se transformam em observadores de uma experiência que pode vir a enriquecê-los.

Segundo Zonana (2001), a supervisão psicanalítica seria uma interlocução que envolveria sensibilidade e presença. A conversa com o supervisor ajudaria o psicoterapeuta a se ouvir no silêncio oferecido pela clínica, propiciando a possibilidade de reflexão sobre os delicados movimentos do pacientes levados à supervisão. Assim, a supervisão teria “muito pouco de super-visão, e muito mais de sutil-visão para que o supervisor possa visualizar, através do olhar do analista-supervisionando, os olhos do paciente que este traz e a relação que se cria” (p. 140).

A atitude esperada do supervisor é a do estímulo, tanto para o desenvolvimento das habilidades próprias do supervisionando, quanto da sua capacidade de perceber as próprias dificuldades. Espera-se que o supervisor estimule no supervisionando, através de sua autocrítica, a conquista de sua independência e sua aprendizagem.

Zaslavsky et al. (2003) consideraram imprecisos os motivos que facilitariam o aprendizado, na supervisão, da técnica psicanalítica, principalmente da transferência e da contratransferência. Destacaram a importância da caracterização de um enquadre de supervisão, incluindo um contrato (verbal) explicitando a forma de trabalho, além de horários, honorários, redação das sessões transcorridas, com cópias para ambos. Outros aspectos considerados importantes referem ao relacionamento entre supervisor e supervisionando, a motivação, a empatia, a afetividade e a capacidade intuitiva de ambos.

Para aqueles autores, as diferenças entre psicoterapia e supervisão estariam relacionadas principalmente aos diversos objetivos de ambas: enquanto a supervisão

visaria a propiciar o desenvolvimento de habilidades específicas do supervisionando, a terapia se voltaria para a resolução de conflitos e um equilíbrio psíquico mais global do paciente. A supervisão teria um objetivo didático e a psicoterapia teria um objetivo terapêutico (Zaslavsky et al., 2003).

De acordo com Zonana (2001), seriam esperadas de um supervisor as características básicas de um psicoterapeuta: *rêverie*, disponibilidade, sensibilidade, paciência e silêncio, para que a identidade do supervisionando pudesse ser constituída. No entanto, os limites da ação do supervisor, em relação aos sentimentos surgidos na análise ou na supervisão, deveriam ser bem definidos, para não investigar ou interpretar as origens dos sentimentos do supervisionando, mas usá-los conjuntamente com o supervisionando, para a compreensão do paciente.

Fédida (2001) destacou a importância fundamental da supervisão para ajudar o supervisionando a exercitar, em si próprio, as capacidades de construção, criando um lugar de construção analítica, que desperta a imaginação criativa dele.

Para Zaslavsky et al. (2003), a escolha da abordagem do supervisor no processo seria determinada pela sua própria experiência clínica, sensibilidade e intuição. Assim, a dupla supervisor/supervisionando trabalharia ao longo de duas dimensões; a dimensão relacional: paciente-supervisionando-supervisor em todas as direções possíveis, transferências e contratransferências desta tríade e a dimensão didática: em seus aspectos teóricos e técnicos.

Um dos principais objetivos da supervisão seria o de auxiliar o supervisionando a adquirir sua identidade de psicoterapeuta, através da transmissão de conhecimentos, a internalização de diferentes modos de funcionamento, a identificação com o

supervisor. O supervisor demonstraria ao supervisionando a sua forma de pensar, expondo seu estilo e seu modo de interpretar, ajudando-o a desenvolver seu próprio estilo interpretativo, com independência e criatividade.

O auxílio ao supervisionando para estabelecer as bases para a aquisição de uma identidade na sua prática clínica, aconteceria a partir da transmissão de conhecimentos teóricos e técnicos, por parte do supervisor, e do estímulo constante ao desenvolvimento da capacidade de transformar, esses conhecimentos, em intervenções no processo psicanalítico. Além da transmissão do conhecimento, o supervisor também transmitiria aspectos de seu modelo ético e de caráter, os quais influenciariam o estilo da supervisão (Zaslavsky et al., 2003).

Embora a supervisão fosse considerada um processo de ensino aprendizagem, onde as intervenções do supervisor teriam objetivo didático, a percepção dos conflitos, intrapsíquicos e situações transferenciais e contratransferenciais, poderia ser sinalizada com objetivos de atentar o supervisionando para a representação dos mesmos na relação transferencial/contratransferencial com o paciente.

Szezsödy (1990), citado por Zaslavsky et al. (2003), resumiu as funções que considerou serem de responsabilidade do supervisor: o incentivo da aliança de aprendizagem para apoiar o desejo e a necessidade de aprender do supervisionando; a manutenção do *setting* de trabalho; a compreensão do supervisionando e a busca por fazer-se compreender por ele; identificação do conflito central do material apresentado pelo supervisionando e a formulação de hipóteses compreensíveis sobre esse material; o auxílio ao supervisionando para reconhecer a resistência, a transferência e a

contratransferência na interação com o paciente; o reconhecimento de suas próprias (do supervisor) reações contratransferências em relação ao supervisionando.

O entendimento da transferência/contratransferência, observadas através dos padrões de relacionamento do paciente e seu psicoterapeuta, seria uma importante via de compreensão das relações de objeto e do mundo interno do paciente, e deveria ser foco de atenção da dupla supervisor/supervisionando. Esses padrões poderiam ser percebidos através de manifestações do paciente, desde sutis até as mais grosseiras, ao lado de expressões verbais e comportamentais.

As manifestações transferenciais podem ser identificáveis durante a sessão, durante a transcrição do material para supervisão, ou durante a supervisão. Além disso, as identificações projetivas do paciente, quando não percebidas e elaboradas pelo psicoterapeuta, poderiam ser atuadas na relação deste com o supervisor, como forma de comunicação inconsciente. Caberia à dupla, supervisor-supervisionando compreender a dinâmica apresentada na relação, discutindo o material, adotando-o como instrumento do trabalho clínico. Assim, na situação de supervisão o supervisionando pode desenvolver no aqui-agora com o supervisor a sua capacidade de refletir a sua relação com o paciente a partir de sua relação com o supervisor.

Searles (1955, citado por Zaslavsky et al., 2003), chamou de *processos paralelos* a essas atuações que aconteceriam na relação supervisionando/supervisor. Suas manifestações surgiriam através da apresentação do material ou de quebras do enquadre da supervisão.

Nesse sentido, Grinberg (1975), Eizirik (1991), Mabilde (1991), Zaslavsky et al. (2003) destacaram a importância e função do estabelecimento de um contrato

verbal de supervisão, entre supervisor e supervisionando, que caracterizaria um enquadre de trabalho. Nesse contrato deveriam ser estabelecidas: forma de trabalho, horários, honorários e apresentação do material (comumente sessões transcritas em cópias para ambos). As rupturas ou desvios desse enquadre podem sinalizar os “processos paralelos” (Searles, 1955) acontecendo na supervisão, informando sobre conflitos não elaborados na sessão psicanalítica, entre o supervisionando e seu paciente.

A quebra do enquadre da supervisão poderia acontecer de diferentes formas: através de falta, atrasos, transcrição excessivamente detalhada ou muito reduzida da sessão, ou a não transcrição por falta de tempo para tal, uso da sessão de supervisão para conversar sobre outros assuntos que não o tema da supervisão, falta de entusiasmo ou insegurança do supervisor para a tarefa de supervisão.

Os elementos de quebra do *setting* da supervisão poderiam servir como sinalizadores para observação e exploração mais aprofundadas do caso supervisionado e do espaço analítico onde ele ocorre. A partir dessa observação, as manifestações transferenciais diretas e indiretas podem ser captadas e examinadas com o supervisionando, auxiliando a sua apreensão, percepção e entendimento da transferência. Não raro, quando o supervisionando resiste em aceitar ou reconhecer o material transferencial mostrado a ele, pode estar acontecendo, na relação de supervisão, o que se passou no tratamento.

Zaslavsky et al. (2003) salientaram a importância do supervisionando estar em tratamento pessoal quando forem abordados sentimentos contratransferenciais, devido à possibilidade de aspectos da personalidade do supervisionando entrarem em cena,

tornando clara a necessidade de noção de limites do supervisor para não investigar ou interpretar as origens dos sentimentos do terapeuta, mas sim utilizá-los para compreensão do paciente. O supervisor evitaria, assim, que a supervisão se transformasse em tratamento psicanalítico do supervisionando. O supervisor poderia também, se julgasse necessário, indicar bibliografia sobre teoria e técnica para que o supervisionando lesse. A escolha do que abordar na sessão de supervisão e como fazê-lo dependeria muito da experiência clínica, sensibilidade e intuição do supervisor.

A contratransferência trazida pelo supervisionando poderia revelar um aumento de confiança no trabalho realizado na supervisão. Quando percebida somente pelo supervisor, este poderia sugerir ao supervisionando maior atenção aos seus aspectos emocionais, oferecendo-lhe exemplos pessoais de manifestações contratransferenciais, o que poderia ajudá-lo a compreender o que se passa e diminuir a sua resistência à percepção. Zaslavsky et al. (2003) afirmaram que seria mais prudente que, como regra geral, a contratransferência fosse apontada pelo supervisionando, o que ocorreria quando na supervisão predominasse franqueza e aliança de trabalho.

Podem também ocorrer impasses na supervisão, tanto por parte do supervisionando, quanto do supervisor, ou de ambos (Grinberg, 1975; Eizirik, 1991; Barros & Barros, 2001; Zaslavsky et al., 2003).

Grinberg (1975) destacou que um supervisor com características paranóides em sua personalidade poderia defrontar-se com sérios problemas no desempenho de sua função. Ele poderia temer a apropriação por parte do supervisionando de suas idéias originais, oferecendo assim, conhecimentos limitados, comuns e gerais. O que geraria um empobrecimento e uma esterilização de sua comunicação com o supervisionando.

Por outro lado, o supervisor com personalidade depressiva, com tendência masoquista, poderia expor-se intensamente e entregar compulsivamente tudo o seu conhecimento, ficando o supervisionando com dificuldades de aproveitar a avalanche de conhecimentos que lhe fossem apresentados.

Do ponto de vista do supervisor, Zaslavsky et al. (2003) referiram-se a sentimentos inconscientes ativados durante a situação de supervisão. Apontaram, como exemplos, atitudes onipotentes, ao apresentar idéias como se fossem absolutas e inequívocas, ou utilização da supervisão como gratificação narcísica, estimulando a dependência e os sentimentos de inferioridade do supervisionando.

Sobre as características da personalidade dos supervisionandos que provocariam reações contratransferenciais nos supervisores, Grinberg (1975) considerou que “ninguém está isento dessas reações” (p. 33), sendo importante que o supervisor estivesse alerta para detectá-las e preveni-las.

Do ponto de vista do supervisionando, Grinberg (1975) destacou algumas características de personalidade que incidiriam negativamente na relação com o supervisor e no andamento do processo de supervisão. Seria o caso de personalidades ávidas que recorreriam à supervisão não tanto para aprender, mas para acumular conhecimentos indiscriminadamente. Poderiam, também, ser portadores de atitudes críticas, fazendo objeções às indicações do supervisor, esterilizando sistematicamente o trabalho deste e atacando sua capacidade criativa e potência mental. Por outro lado, destacou aqueles supervisionandos com necessidade de mostrar seus erros e a parte mais negativa de seu trabalho, por vezes, exagerando seus defeitos e se mostrando piores do que a realidade no seu trabalho.

Barros e Barros (2001) concluíram que as razões mais frequentes para impasse do supervisionando com a supervisão estariam: na divergência de orientação teórica, falta de tratamento pessoal do supervisionando, não compreensão da contratransferência, persistência de ansiedades paranóides e repetição de *processos paralelos* (Searles, 1955). Poderiam surgir sentimentos variados em relação ao supervisor: admiração, idealização, inveja, ciúmes, temor, hostilidade, entre outros.

Assim, diante do material apresentado sobre a supervisão psicanalítica, pode-se perceber que alguns fatores da supervisão psicanalítica influenciam o ensino e o aprendizado dos processos de transferência e contratransferência. Entre eles, a busca por um maior conhecimento da técnica psicanalítica, levando a uma necessidade de compreensão daqueles que são considerados importantes pilares da técnica. A transferência foi considerada por Freud (1895/1996a, 1905[1901]/1996c, 1912/1996f, 1920/1996n, 1937/1996o) como o mais importante instrumento terapêutico e um dos elementos mais importantes da técnica. A contratransferência, posteriormente, mereceu a mesma atenção e cuidados.

Portanto, faz-se importante entender a transferência e a contratransferência para a compreensão do mundo interno do paciente e da dinâmica relacional entre paciente e psicoterapeuta, assim como, para a compreensão destas manifestações na relação supervisor/supervisionando.

Os alicerces do método psicanalítico

3 OS ALICERCES DO MÉTODO PSICANALÍTICO

3.1 A TRANSFERÊNCIA

O termo *transferência* é uma expressão usada em vários campos do conhecimento não sendo exclusivo da linguagem psicanalítica. A sua origem é latina e de acordo com Houaiss e Villar (2001), origina-se do termo *transferentia*, de *transferre*, que significa: levar de um lugar a outro, transferir, deslocar. Em um sentido mais geral, *transferência* indicaria passagem, troca, substituição. “Em quase todos os sentidos aparece a dimensão de transporte, de deslocamento, ou seja, há um movimento de valores. Em toda transferência há uma passagem, como uma ponte que liga” (Slavutsky, 1991, p. 9).

Sigmund Freud (1895/1996a, 1905[1901]/1996c) foi quem introduziu o termo *transferência* na psicanálise, reconhecendo nesse fenômeno um componente essencial e empregando-o como instrumento de cura no processo psicanalítico. A teoria da transferência tornou-se um dos mais importantes pilares da Psicanálise e uma das maiores contribuições de Freud para a ciência.

Nas histórias clínicas dos “Estudos sobre a histeria” (1895/1996a), Freud diversas vezes fez observações sobre as características singulares da relação que se

estabelece entre o analista e seu paciente. Essa singularidade recebeu especial atenção no capítulo IV, “A psicoterapia da histeria”, onde a idéia de que sua origem estaria relacionada a um falso enlace tornou-se definitiva.

Segundo Etchegoyen (2004), Freud (1895/1996a) descobriu a *transferência* ao fazer uma avaliação sobre a confiabilidade da associação livre do paciente. Freud teria observado que ocorriam três situações que, a princípio, pareciam levar ao fracasso do método associativo, mas que, ao final, confirmavam o seu valor.

A primeira situação aconteceria quando o material a ser investigado se esgotava, significando que não havia mais associação por falta do que associar. Freud observava a veracidade desse fato através da atitude do paciente: sua expressão facial, a serenidade do seu rosto, sua autenticidade.

A segunda situação, descrita pelo próprio Freud como “resistência interna”, levaria à compreensão do conflito mental, sob o ponto de vista dinâmico. Nesses casos, o processo associativo tenderia a falhar por se deparar com uma resistência. No entanto, seria justamente através dessa resistência que, por via associativa, chegava-se ao material buscado.

A terceira situação seria descrita como “resistência externa” por acontecer na relação do paciente com seu analista e não partir diretamente do material do paciente. Essa resistência externa ocorreria em três situações distintas: ofensa, dependência e falso enlace.

O paciente sofreria ofensa por parte do analista quando esse cometesse alguma desatenção, desinteresse ou injustiça. Nesses casos, a capacidade de colaboração do paciente ficaria bloqueada. Enquanto a situação persistisse, a coerção associativa

falhari e só voltaria a ser eficaz quando a controvérsia fosse esclarecida. De acordo com Freud, não faria diferença se a ofensa fosse real ou um sentimento do paciente, o que importaria seria que a situação fosse esclarecida para que o processo associativo pudesse ser retomado. Neste ponto, já se pode perceber que se encontra implícita, a noção de realidade interna, a que é sentida pelo paciente.

Um segundo tipo de “resistência externa”, a dependência, teria origem em um temor do paciente de perder sua autonomia em relação à pessoa do analista. Nesse caso, o paciente negaria a sua colaboração como uma forma de rebeldia, numa tentativa de evitar o que fosse temido e sentido por ele como perigoso. Mas, a análise desse temor retomaria a coerção associativa.

O terceiro tipo de “resistência externa”, o falso enlace, seria a situação onde o paciente atribuiria ao analista representações desprazerosas emergentes durante a análise. A essa resistência, Freud denominou *transferência* assinalando que ocorreria por meio de uma situação equivocada, relacionada comumente a desejos reprimidos do paciente que foram transferidos para o analista. Assim, observou Freud, ao invés de recordar o desejo, suas pacientes o reviviam diretamente em relação a ele, em tempo presente.

Já nesse momento, Freud (1895/1996a) situou a *transferência* na “dialética do presente e do passado, no contexto da repetição e da resistência” (Etchegoyen, 2004, p. 60). Destacou a idéia de conflito e de resistência, assim como a vigência da realidade psíquica e a sexualidade. Freud estabeleceu, também, a relação entre desejo e recordação, que ele discutiu posteriormente em “Sobre a Dinâmica da transferência”

(Freud, 1912/1996f), já que os desejos que não poderiam ser recordados seriam transferidos.

Freud (1905[1901]/1996c) conceituou a *transferência* no posfácio do Caso Dora. De acordo com o mesmo autor o material que aparecia na situação transferencial não seria criação do tratamento psicanalítico, mas sim por ele revelado. A psicanálise despertaria a situação transferencial no paciente. Assim, todas as emoções, inclusive as hostis, a partir de sua conscientização seriam aproveitadas no processo de análise. Então, aquilo que a princípio, seria o maior obstáculo ao tratamento psicanalítico, tornar-se-ia o seu mais poderoso aliado ao ser detectado e traduzido ao paciente. E, só depois que fosse resolvida a *transferência*, é que o paciente poderia perceber suas aquisições no processo analítico. Mas, Freud destacou a complexidade desta tarefa:

Ocorre que essa parte do trabalho é de longe a mais difícil. Interpretar os sonhos, extrair das associações do enfermo os pensamentos e lembranças inconscientes, e outras artes similares de tradução são fáceis de aprender: o próprio doente sempre fornece o texto para elas. Somente a transferência é que se tem de apurar quase que independentemente, a partir de indícios ínfimos e sem incorrer em arbitrariedades. Mas ela é incontornável, já que é utilizada para produzir todos os empecilhos que tornam o material inacessível ao tratamento, e já que só depois de resolvida a transferência é que surge no enfermo o sentimento de convicção sobre o acerto das ligações construídas [durante a análise] (Freud, 1905[1901]/1996c, pp.111-112).

Freud (1905[1901]/1996c) acrescentou ainda que a presença precoce da *transferência* na análise retardaria o seu progresso, mas garantiria sua proteção contra as resistências, consideradas por ele, repentinas e insuperáveis. Afirmou, também, que seria a partir da análise da *transferência*, e, principalmente dela, que o paciente poderia adquirir convicção das construções realizadas por ele em análise, porque só a

transferência poderia demonstrar-lhe realmente as suas repetições das suas relações do passado.

Freud (1905[1901]/1996c) referiu-se à *transferência* como uma formação de pensamentos, em sua maioria inconscientes, surgida durante o tratamento psicanalítico que substituiria uma nova formação de sintomas. Uma criação da doença a ser combatida (neurose), mas que se tornaria uma exigência indispensável para a prática psicanalítica, pois não haveria meios de evitá-la.

Pode-se caracterizar a *transferência* freudiana como um fenômeno espontâneo unindo o passado ao presente, a partir de um falso enlace que superpõe o objeto originário ao atual (figura do analista). Esta superposição estaria relacionada a objetos e desejos do passado que não seriam conscientes para o paciente, dando à sua conduta um caráter de irracionalidade e ao seu afeto uma inadequação à situação atual, tanto em quantidade quanto em qualidade, direcionados à figura do analista. Assim, a vida emocional que o paciente não pudesse recordar, seria revivida na *transferência* para nela poder ser resolvida.

O que são as transferências? São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo do passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. Algumas dessas transferências em nada se diferenciam de seu modelo, no tocante ao conteúdo, senão por essa substituição. São portanto, para prosseguir na metáfora, simples reimpressões, reedições inalteradas. Outras se fazem com mais arte: passam por uma moderação de seu conteúdo, uma sublimação, como costume dizer, podendo até tornar-se conscientes ao se apoiarem em alguma particularidade real habilmente aproveitada da pessoa ou das circunstâncias do médico. São, portanto, edições revistas, e não mais reimpressões (Freud, 1905[1901]/1996c, p. 111).

Após o trabalho de Freud no epílogo do caso Dora, Abraham (1908/1959) e Ferenczi (1909/1991) publicaram dois artigos que complementaram as idéias daquele.

Abraham (1908/1959) preocupou-se em diferenciar a histeria e a demência precoce na disponibilidade da libido, afirmando que a demência precoce destruiria a capacidade do indivíduo para o amor objetal fazendo-o retornar ao auto-erotismo. Abraham diferenciou dois tipos de processos no funcionamento mental: neurose e psicose. Seu trabalho tornou-se um marco decisivo para diferenciar neurose de psicose e discriminar os investimentos libidinais em termos de relações de objeto.

Ferenczi (1909/1991) deu uma importante contribuição ao estudo da *transferência*, mostrando que a tendência a transferir seria um traço fundamental da neurose. O autor destacou a importância da *transferência* e a explicou como um mecanismo a partir do qual uma experiência do passado, esquecida, seria posta em contato com o presente por meio da fantasia inconsciente. O paciente neurótico procuraria distorcer a realidade conforme seus desejos. Assim também aconteceria na sua relação com a figura do médico. Segundo o autor, esta seria uma tendência geral dos neuróticos no tratamento psicanalítico e a pessoa do analista desencadearia esse processo. Através do mecanismo de introjeção, o paciente introjetaria o objeto (analista) ao ego para lhe transferir seus sentimentos.

Ferenczi (1909/1991) destacou, assim, a dialética da *transferência* entre fantasia e realidade, apoiando o fenômeno transferencial nos mecanismos de projeção e introjeção. Temas que Melanie Klein investigou posteriormente.

Freud (1912/1996f) em seu artigo “A Dinâmica da Transferência” apresentou sua visão do mecanismo da *transferência*. Nesse trabalho, o autor buscou encontrar a

origem e a função da *transferência* no tratamento psicanalítico. Como o fenômeno transferencial foi descoberto a partir da resistência, a princípio, os dois foram percebidos como um só fenômeno.

Freud (1912/1996f) afirmou:

A ambivalência nas tendências emocionais dos neuróticos é a melhor explicação para sua habilidade em colocar as transferências a serviço da resistência. Onde a capacidade de transferência tornou-se essencialmente limitada a uma transferência negativa, como é o caso dos paranóicos, deixa de haver qualquer possibilidade de influencia ou cura (p. 118).

De acordo com o autor, cada pessoa desenvolveria uma forma de conduzir-se na própria vida erótica, a partir de uma combinação dos seus fatores inatos com as influências ambientais sofridas nos seus primeiros anos, escolhendo assim, quais instintos procuraria satisfazer e quais objetivos libidinais³ determinaria a si mesma. Esses modelos de comportamento erótico repetir-se-iam constantemente durante a vida, embora pudessem mudar frente a novas experiências.

Destes instintos e objetivos buscados por cada um em sua vida erótica, somente uma parte do todo, passaria pelo processo de desenvolvimento psíquico completo. Esta seria a parte dirigida para a realidade, achando-se à disposição da personalidade consciente e fazendo parte dela. A outra parte dos instintos ficaria retida durante o seu desenvolvimento e mantida afastada da personalidade consciente e da realidade, tendo como destino: ou permanecer na fantasia ou se manter totalmente inconsciente, sem contato com a realidade. Com a necessidade de amar somente parcialmente satisfeita, a

³ Segundo Roudinesco e Plon (1998), Freud teria utilizado o termo *libidinal* para designar a manifestação da pulsão sexual na vida psíquica, estendendo-a a uma pulsão sexual generalizada, ou seja, à sexualidade humana em geral.

pessoa aproximar-se-ia de cada nova pessoa com idéias libidinais antecipadas, influenciadas pela parte não satisfeita de sua libido.

Decorre de nossa hipótese primitiva que esta catexia recorrerá a protótipos, ligar-se-á a um dos clichês estereotípicos que se acham presentes no indivíduo; ou, para colocar a situação de outra maneira, a catexia incluirá o médico numa das séries psíquicas que o paciente já formou.... Mas a transferência não se acha presa a este protótipo específico: pode surgir também semelhante à imago materna ou à imago fraterna (Freud, 1912/1996f, p. 112).

Os motivos que levariam uma catexia libidinal insatisfeita, pronta por antecipação, a dirigir-se também à figura do analista, tornaram-se, então, evidentes para Freud. Segundo o autor, as peculiaridades dessa transferência tornaram-se compreensíveis ao se ter em mente que ela foi estabelecida não apenas pelas idéias antecipadas conscientes, mas também por aquelas que foram retidas ou que são inconscientes.

Sobre a *transferência* ao analista, Ferenczi (1909/1991) já teria afirmado que, se ela excedia em quantidade e natureza o que se justificasse racionalmente, seria por ela se apoiar mais no que foi reprimido do que nas idéias antecipatórias conscientes.

Mas, porque a *transferência* apareceria na psicanálise, segundo Freud (1912/1996f), como resistência?

Para Freud (1912/1996f), a condição indispensável para o desencadeamento de uma neurose seria o processo a que Jung, em 1910, chamaria de *introversão*. Devido a uma relação de frustração da satisfação do indivíduo com o mundo externo, haveria uma introversão da libido. O que equivaleria a dizer que a parte da libido que fosse capaz de se tornar consciente e se achasse dirigida para a realidade seria diminuída, e a

parte que se dirigisse para longe da realidade e fosse inconsciente (embora pudesse ainda alimentar as fantasias do indivíduo, mesmo pertencendo ao inconsciente) seria proporcionalmente aumentada. A libido (inteiramente ou em parte) entraria num curso regressivo e reviveria as imagos infantis do indivíduo.

Como o tratamento analítico procura tornar a libido acessível à consciência para fazê-la útil à realidade, ao se deparar com a libido retirada em seu esconderijo, desencadearia um combate, pois todas as forças que fizeram a libido regredir se ergueriam como “resistências” ao trabalho da análise, a fim de conservar o novo estado de coisas.

Assim, parte da resistência teria como fonte a introversão da libido, decorrente da frustração. Mas, esta não seria a única parte, nem a mais poderosa. A outra parte de maior importância seria a atração que a parte inconsciente dos complexos infantis exerceria sobre a libido, levando-a a um curso regressivo devido ao fato de a atração da realidade haver diminuído. Para liberar a libido, esta atração do inconsciente teria de ser superada, isto é, a repressão dos instintos inconscientes e de suas produções deveria ser removida.

A análise, então, teria de lutar contra as resistências oriundas de ambas essas fontes: introversão da libido decorrente da frustração da realidade e atração sofrida pela libido na repressão dos instintos inconscientes. A resistência se apresentaria, então, em todo o tratamento analítico, em cada associação, em cada ato, representando uma conciliação entre as forças que se oporiam ao tratamento e as que lutariam para o restabelecimento.

Ao acompanhar um complexo patogênico, sob a forma de um sintoma ou não, desde sua representação no consciente até sua raiz no inconsciente, a análise ingressaria numa região em que a resistência se faria sentir com tanta clareza que a associação seguinte, feita pelo paciente, deveria levar em conta a conciliação entre as exigências da resistência e as do trabalho analítico. Essa associação frequentemente estaria relacionada a uma transferência anunciada por sinais de resistência – por uma interrupção, por exemplo.

Então, a partir dessa experiência, Freud (1912/1996f) concluiu que poder-se-ia inferir que a idéia transferencial surgiria na consciência à frente de qualquer outra porque satisfaria a resistência. E sempre que o trabalho analítico se aproximasse de um complexo patogênico, a parte desse complexo capaz de *transferência* seria colocada em primeiro lugar para a consciência e defendida pelo paciente com a maior obstinação.

Depois que ela for vencida [a resistência], a superação das outras partes do complexo quase não apresenta novas dificuldades. Quanto mais um tratamento analítico demora e mais claramente o paciente se dá conta de que as deformações do material patogênico não podem, por si próprias, oferecer qualquer proteção contra a revelação, mais sistematicamente faz ela uso de um tipo de deformação que obviamente lhe concede as maiores vantagens – a deformação mediante a transferência. Essas circunstâncias tendem para uma situação na qual, finalmente, todo conflito tem de ser combatido na esfera da transferência (Freud, 1912/1996f, p.115).

Assim, o papel desempenhado pela *transferência* no tratamento só poderia ser completamente compreendido se fosse levado em consideração seu papel de resistência.

Assim, a transferência, no tratamento analítico, invariavelmente nos aparece, desde o início, como a arma mais forte de resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência (Freud, 1912/1996f, pp. 115-116).

Se, a princípio, Freud percebia *transferência* e resistência como um só fenômeno, posteriormente, Freud (1916[1917]/1996l) reconheceu dois tipos de *transferência*: a transferência positiva, que se dividiria em duas partes, sendo uma consciente relacionada aos sentimentos amistosos e afetuosos com relação a figura do analista, tornando-se a mola propulsora do trabalho analítico e outra, inconsciente, cuja origem estaria nos sentimentos eróticos reprimidos apresentando-se como forma de resistência ao tratamento analítico, e a transferência negativa, que estaria relacionada a sentimentos hostis com relação a pessoa do analista e se apresentaria em forma de resistência também.

Teria ficado claro, para o mesmo autor (Freud, 1916[1917]/1996l), que a *transferência* se fazia presente no paciente desde o início do tratamento. Embora não fosse percebida, ela agiria a favor da análise e seria, por algum tempo, o que moveria o seu progresso. Ela se tornaria resistência ao tratamento analítico quando se apresentasse como transferência negativa ou transferência positiva de impulsos eróticos reprimidos.

Se, porém, [a transferência] se transforma em resistência, devemos voltar-lhe nossa atenção e reconhecemos que ela modifica sua relação para com o tratamento sob duas condições diferentes e contrárias: primeira, se na forma de inclinação amorosa ela se torna tão intensa e revela sinais de sua origem em uma necessidade sexual de modo tão claro, que inevitavelmente provoca uma oposição interna a ela mesma; e, segundo, se consiste em impulsos hostis em vez de afetuosos. Os sentimentos hostis revelam-se, via de regra, mais tarde do que os sentimentos afetuosos, e se ocultam atrás destes; sua presença simultânea apresenta um bom quadro da ambivalência emocional dominante na maioria de nossas relações íntimas com outras pessoas. Os sentimentos hostis indicam, tal qual os afetuosos, haver um vínculo afetivo,

da mesma forma como o desafio, tanto como a obediência, significa dependência, embora tendo à sua frente um sinal ‘menos’ em lugar de ‘mais’. Não podemos ter dúvidas de que os sentimentos hostis para com o médico merecem ser chamados de ‘transferência’, pois a situação, no tratamento, com muita razão não proporciona qualquer fundamento para sua origem; essa inevitável visão da transferência negativa nos assegura, portanto, que não estivemos equivocados em nosso julgamento acerca da transferência positiva ou afetuosa (Freud, 1916[1917]/1996l, p. 444).

Assim, ao tornar consciente a *transferência*, o paciente a removeria, desligando do analista aqueles dois componentes do ato emocional: a transferência negativa e a transferência erótica dos impulsos reprimidos que serviriam de resistência ao trabalho analítico, enquanto que o outro componente, admissível à consciência e irrepreensível, porque está relacionado com todas as nossas relações emocionais positivas, persistiria e se constituiria no veículo de sucesso na psicanálise.

Freud (1912/1996f, 1916[1917]/1996l) ainda destacou a transferência negativa como um fenômeno ambivalente, já que se encontraria lado a lado com a transferência afetuosa, dirigidas simultaneamente à mesma pessoa. Seria essa ambivalência nas tendências emocionais que explicaria melhor a habilidade do paciente em colocar a *transferência* a serviço da resistência.

Freud (1912/1996f) foi categórico ao afirmar que o conteúdo da *transferência* não seria criado pela análise, mas a análise seria o método que se ocuparia de descobri-lo e analisa-lo. Assim, a *transferência* seria em si mesma a doença: quanto mais a pessoa transferisse o passado ao presente, mais se equivocaria entre o presente e o passado e mais doente estaria, mais perturbado estaria seu princípio de realidade (Ferenczi, 1909/1991; Etchegoyen, 2004).

Freud partiu do princípio de que, nas modalidades de relação amorosa do indivíduo, ocorreriam determinadas pautas, estereótipos ou clichês que se repetiriam

continuamente por toda a vida; ou seja, cada um enfrentaria uma situação amorosa com toda a experiência de seu passado, com modelos que, reproduzidos, configurariam uma situação na qual o passado e o presente estariam em contato.

A *transferência* começaria a operar no momento em que fosse detido (por resistência) o processo de rememoração, pondo-se em marcha justamente a serviço desse processo resistencial: em vez de rememorar, o paciente começaria a transferir e, para isso, escolheria de todo o complexo o elemento mais apto para a *transferência*. Em outras palavras, das várias possibilidades, que seu complexo oferecesse, e posto não querer recordar, o paciente utilizaria como resistência o elemento que melhor pudesse encadear na situação presente.

Em seu artigo, “Recordar, repetir, elaborar”, Freud (1914/1996i) introduziu o termo *neurose de transferência*, como um conceito técnico, assinalando uma modalidade especial do desenvolvimento do tratamento psicanalítico, segundo o qual a doença originária (neurose) transformar-se-ia em uma nova doença (neurose de transferência), voltando-se para o analista e para a análise. O que antes seria neurose na vida cotidiana do indivíduo transformar-se-ia em uma neurose surgida e acabada no tratamento analítico. Esse processo, que Freud chamou de *neurose de transferência*, ocorreria espontaneamente (uma transposição do fenômeno patológico, que teria uma diminuição considerável de seus sintomas) e estaria subordinado a um mecanismo já mencionado em 1905 e principalmente em 1912: a repetição.

O termo *neurose de transferência* surgiu, também, com um novo sentido em “Introdução ao narcisismo”, onde Freud (1914/1996h) contrapôs a *neurose de*

transferência à neurose narcísica, fazendo um uso nosográfico do termo, definindo, neste caso, uma psicopatologia (Etchegoyen, 2004).

Freud (1914/1996i) fez uma relação da *transferência* com a fantasia e com os processos de esquecer e recordar. Distinguiu, na relação do funcionamento mental com o esquecimento e a sua capacidade de recordar, dois grupos de processos psíquicos: as impressões, curas ou experiências vividas, no primeiro grupo e “os atos puramente internos”, que seriam as fantasias, os impulsos e as vinculações de pensamento, no segundo grupo.

O primeiro grupo referir-se-ia a impressões, cenas ou experiências vividas que se tornaram esquecidas a partir da inibição da idéia ou a partir de *lembranças encobridoras*. Seriam elas que reteriam o que aconteceria de essencial na infância.

O segundo grupo, formado pelos atos puramente internos, não poderia ser contrastado com o primeiro grupo e deveria ser examinado separadamente. Nesse grupo de processos psíquicos, poderia haver a recordação de algo que nunca foi esquecido, porque nunca foi consciente. Nesses casos, não faria diferença que determinada “vinculação de pensamento” tivesse sido consciente e depois esquecida, ou que nunca tivesse sido consciente. “A convicção que o paciente alcança no decurso da análise é inteiramente independente deste tipo de lembrança” (Freud, 1914/1996i, p. 164).

Freud destacou a ocorrência, no início da infância, de um determinado tipo de experiências que não poderiam ser lembradas conscientemente, porque não foram compreendidas na ocasião e o conhecimento que se teria delas aconteceria por sonhos.

Nesses casos, após ver suas resistências superadas, o paciente não se apegaria mais à ausência de recordações conscientes para se recusar a aceitar a existência das mesmas.

No entanto, a partir da mudança na técnica psicanalítica, quando deixou de fazer uso da hipnose ou da sugestão, Freud (1914/1996i) observou que um grupo considerável de processos psíquicos que foram esquecidos ou reprimidos, não seria recordado, mas atuado. O paciente não reproduziria o material como lembrança, mas como uma ação, fazendo sem saber que fazia.

Freud (1914/1996i) buscou estabelecer a relação da compulsão à repetição com a *transferência* e a resistência. Segundo o autor, a *transferência* seria apenas um fragmento da repetição e a repetição seria uma *transferência* do passado esquecido. Quanto maior fosse a resistência do paciente, mais ele atuaria (*acting out*), substituindo a recordação. “Aprendemos que o paciente repete ao invés de recordar e repete sob as condições da resistência” (Freud, 1914/1996i, p. 167). Ele repetiria os conteúdos psíquicos emergentes da repressão e também os seus sintomas, durante o tratamento.

O analista se empenharia em que o paciente pudesse recordar, à forma antiga, buscando manter na esfera psíquica os impulsos que o paciente, de outra forma dirigiria à esfera motora. O manejo da *transferência* seria o principal instrumento usado para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la em recordação.

Assim, o trabalho analítico transformaria a compulsão à repetição em um fenômeno útil à *transferência*, transformando em *transferência* os sintomas da neurose, substituindo a neurose comum por neurose de *transferência*, da qual o

paciente poderia ser curado pelo trabalho terapêutico. “A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para outra é efetuada” (Freud, 1914/1996i, p. 170).

Freud destacou, ainda, as características de artificialidade da nova doença, que seria de natureza provisória, levando ao despertar de lembranças que apareceriam após a resistência ser superada. A revelação feita pelo analista ao paciente sobre a sua resistência (do paciente) e não reconhecida por ele e a *familiaridade* que o paciente adquirisse com ela, levariam à superação da resistência. Mas, dar um nome à resistência não significaria sua interrupção. O paciente necessitaria de um tempo para superá-la, elaborá-la, em continuação ao trabalho analítico. E, seria somente quando a resistência estivesse em seu auge que o analista poderia, conjuntamente com o paciente, descobrir os instintos reprimidos que a alimentavam.

Não caberia ao médico apressar ou evitar que essas experiências acontecessem. Seria a elaboração das resistências, “uma tarefa árdua para o sujeito da análise e uma prova de paciência para o analista” (Freud, 1914/1996i, p. 171) que provocaria as maiores mudanças no paciente e diferenciaria o tratamento psicanalítico de qualquer outro.

Freud contrapôs, nesse artigo, a *recordação* à *repetição*, já que se a repetição ocorreu foi porque não estava ali a *recordação*, pois esta seria o antídoto da *repetição*. O conceito de *repetição* não era novo, pois estava implícito no de *transferência*, à medida que algo volta do passado e opera no presente.

Em 1920, Freud (1920/1996n) afirmou concretamente que a *transferência* é motivada pela compulsão à repetição e que o ego a reprime a serviço do prazer. Neste

artigo, a *transferência* surgiu a serviço do instinto de morte (uma força elementar e cega que buscaria um estado de imobilização, uma situação constante, que não criaria novos vínculos, nem novas relações, levando à paralisia emocional). A *transferência*, que seria por definição um vínculo, estaria a serviço do instinto de morte, que por definição não criaria vínculos, mas os destruiria.

Nesse artigo (Freud, 1920/1996n), a repetição tornou-se o princípio explicativo da *transferência*. Regida pela repetição e pelo instinto de morte, a *transferência* foi considerada o resistido (e não a resistência); e o ego, que se oporia à repetição, porque a consideraria ameaçadora e destrutiva, reprimiria a *transferência*.

Se a *transferência* implicasse uma tendência a repetir submetida ao instinto de morte, a única coisa que o indivíduo poderia fazer seria opor-se através de uma resistência à *transferência*, que, esta sim, seria mobilizada pelo princípio do prazer, pela libido. A *transferência* passaria a ser explicada pela resistência, e não mais pela libido.

Segundo Etchegoyen (2004), Freud utilizou o tema da *transferência* como um exemplo clínico para fundamentar sua teoria de que existe um instinto de morte cuja característica principal é a repetição, mas não fez uma revisão de sua teoria da *transferência*. Segundo o autor, com o passar do tempo, nem Freud nem seus seguidores colocaram a teoria da *transferência* sob a égide do instinto de morte.

Em retrospecto, pode-se afirmar que ao tentar explicar a *transferência*, Freud recorreu à hipótese de que esta seria provocada por um falso enlace, mas, ao mesmo tempo, notou que ela surgia sem motivo, observando que esse enlace não era conjuntural, mas que dava testemunho dos próprios acontecimentos que estavam sendo

investigados. Essa compreensão levou-o a explicar a *transferência* como efeito da repetição. Freud (1905[1901]/1996c) anunciou esse conceito em 1905, com o modelo de reedições e novas edições, 1912 (1912/1996f), e o formalizou em 1914 (1914/1996i), na dialética recordação/repetição. Em 1920, Freud (1920/1996n) acentuou a característica de repetição da *transferência* ao associá-la ao instinto de morte, sendo que a compulsão à repetição tornou-se o seu princípio explicativo, mas não retomou a sua teoria sobre a *transferência* para explicá-la sobre esse novo ponto de vista.

Freud (1912/1996f) compreendeu que as neuroses narcísicas careciam de capacidade de *transferência* e ficavam, portanto, fora do alcance de seu método. Considerou a *neurose de transferência* como um efeito especial do início do tratamento psicanalítico, no qual cessaria a produção de novos sintomas e surgiriam, em substituição, outros novos sintomas que seriam convergidos para o analista e seu meio.

Depois de Freud, uma multiplicidade de trabalhos foi dedicada à questão da *transferência*, (Roudinesco & Plon, 1998) com o objetivo de repensar o conceito em harmonia com as modificações introduzidas na teoria psicanalítica original. Os desenvolvimentos da reflexão pós-freudiana caracterizaram-se por considerarem fortemente a eficiência da participação inconsciente do analista na instauração da *transferência*.

Segundo Etchegoyen (2004), a partir da década de 1930 foi desenvolvido o estudo da psicose e da possibilidade do seu tratamento psicanalítico. A demora, para que se pudesse compreender os fenômenos transferenciais da psicose, ocorreu porque

eles corresponderiam a um modelo distinto, extremo e, embora paradoxal, muito mais imediato e visível. Não pelo fato de que a *transferência* não existiria na psicose, como afirmaram Abraham (1908/1959) e Freud (1911/1996e, 1914/1996h), mas pelo contrário, pelo fato de que ela existiria e seria tão constrangedora e envolvente que assustaria o psicanalista.

Klein (1927/1996b, 1932/1997, 1955/1991d) referindo-se ao trabalho com crianças, definiu a sua vertente técnica de análise da *transferência*. Segundo a mesma autora, ao seguir o método freudiano de respeitar o enquadre analítico e interpretar o material apresentado pela criança, seria possibilitado que a *neurose de transferência* se desenvolvesse (do mesmo modo que no adulto). Nos anos seguintes, principalmente a partir dos trabalhos de Klein (1946/1991a, 1952/1991b) o fenômeno psicótico e o narcisismo foram incorporados ao campo de estudo e ao tratamento do método psicanalítico.

Klein (1952/1991b) sustentou que a transferência operaria ao longo de toda a vida e influiria em todas as relações humanas. Deu um valor universal ao fenômeno de transferência e advogou por levar seu estudo aos níveis mais arcaicos da mente. Segundo essa autora, na análise, reviver-se-ia gradualmente o passado e, quanto mais profundamente se penetrasse no inconsciente e quanto mais atrás, no passado, se pudesse levar o processo analítico, tanto maior seria a compreensão da *transferência*.

A afirmação básica do trabalho de Klein (1952/1991b), sobre a *transferência*, seria de que as etapas precoces do desenvolvimento do indivíduo apareceriam na transferência e, por isso, poderiam ser captadas e reconstruídas.

Klein (1952/1991b) também afirmou que o uso que ela fazia do termo “objeto” era diferente do de Freud, pois segundo a autora, Freud se referia ao objeto como alvo pulsional, enquanto que ela se referia a uma relação de objeto, que envolveria emoções, fantasias, ansiedades e defesas do bebê.

Essa visão justificaria como Klein via a origem da *transferência*: encontrar-se-ia nos mesmos processos que determinariam as relações de objeto nos estágios iniciais do desenvolvimento.

Existiriam relações de objeto desde o momento em que o bebê fosse alimentado pela primeira vez, os estágios narcísicos e auto-eróticos aconteceriam conjuntamente à primeira relação com os objetos externos e internos.

Reafirmarei concisamente minha hipótese: o auto-erotismo e o narcisismo incluem o amor pelo objeto bom internalizado e a relação com o mesmo, o qual, na fantasia, constitui parte do corpo e do *self* amados. É para esse objeto internalizado que, na gratificação auto-erótica e nos estados narcísicos, ocorre uma retirada. Concomitantemente, desde o nascimento está presente uma relação com objetos, primariamente a mãe (seu seio) (Klein, 1952/1991b, p. 74).

Mais adiante, Klein (1952/1991b) afirmou:

A análise de crianças muito pequenas ensinou-me que não existe urgência pulsional, situações de ansiedade, processo mental que não envolva objeto, externo ou interno; em outras palavras, as relações de objeto estão no centro da vida emocional. Além do mais, amor e ódio, fantasias, ansiedades e defesas também operam desde o começo e encontram-se *ab initio* indivisivelmente ligados a relações de objeto. Este fenômeno mostrou-me vários fenômenos sob uma nova luz (p. 76).

Assim, a partir da visão de relações objetais, ao invés de se pensar a evolução do sujeito de acordo com os sucessivos rearranjos da relação pulsional e sexual com o

objeto, a preocupação passou a ser com a forma como se organizava estruturalmente a atividade de fantasia precoce, conforme os tipos de relações objetais. Klein (1934), citada por Roudinesco e Plon (1998), conseqüentemente, abandonaria a noção de fases em favor da noção de posição, dando destaque aos conceitos de objetos: bom e mau. Segundo Zimerman (2001), Freud teria deixado implícita a noção de relação objetal em seu arcabouço teórico, mas ele não teria dado a ênfase à abordagem das relações objetais tal como é feita pela psicanálise na atualidade.

Então, de acordo com a visão Kleiniana, o indivíduo deixaria de ser considerado num estado isolado – fazendo investimentos e escolhas de objetos como forma de atender às suas pulsões – e seria considerado, desde o nascimento, numa permanente interação com o meio. Seria necessário reforçar, no entanto, que a percepção do mundo externo estaria diretamente ligada e relacionada com a realidade interna do indivíduo (Zimerman, 2001).

A concepção kleiniana (Klein, 1952/1991b) de *transferência*, portanto, envolveria situações totais, “lembranças em sentimentos” na transferência de emoções e fantasias pré-verbais. Por isso, quanto mais profundamente se penetrasse o inconsciente e quanto mais longe no passado se pudesse levar a análise, maior seria a compreensão sobre o fenômeno.

Segundo Klein (1952/1991b, 1952/1991c), a compreensão sobre as primeiras *relações objetais* teve influência decisiva na técnica psicanalítica. Foi a partir dessa compreensão que se teve acesso aos detalhes específicos dos vários papéis atribuídos pelo paciente ao analista. Pôde-se saber que o psicanalista poderia representar a mãe, o pai ou outras pessoas, como também poderia, em alguns momentos, representar na

mente do paciente o papel de instâncias psíquicas: o superego, o id ou o ego. Isto porque, no início da vida do bebê existiriam muito poucas pessoas, mas elas seriam sentidas como um grande número de objetos, pois lhe apareceriam sob diferentes aspectos.

Da mesma forma, o analista poderia representar uma ampla gama de figuras internalizadas e não só o pai ou mãe reais, mas também, aspectos revividos dos pais (Souza, 2002). Para Klein (1952/1991b, 1952/1991c) a imagem dos pais na mente da criança teria sofrido distorções em graus variados, através dos processos infantis de projeção e idealização e, frequentemente, conservado muito de sua natureza fantasiosa.

Seriam os processos primários de projeção e introjeção, mecanismos operantes simultaneamente e profundamente ligados às primeiras emoções e ansiedades do bebê, que iniciariam as relações objetais. Seria pelo direcionamento da libido e da agressão ao seio da mãe – projeção – que se estabeleceria a base para as relações de objeto, assim como, seria pela introjeção do seio da mãe, o primeiro objeto, que as relações com os objetos internos passariam a existir. A interação das relações com os objetos externos e internos na mente do bebê seria decorrência desses dois mecanismos.

Como desde a primeira experiência de alimentação, o bebê introjetaria o seio em seus vários aspectos, bons e maus, ele, desde o início da vida, teria com a mãe (primeiramente com o seio) uma relação constituída dos principais elementos que caracterizam uma relação de objeto: amor, ódio, fantasias, ansiedade e defesas. Uma característica dessa relação primordial seria a de ser essencialmente de duas pessoas (embora durasse somente alguns meses, com o interesse do bebê pela figura do pai

como um outro objeto), o que influenciaria de forma vital as relações de objeto posteriores.

Desde o início da vida pós-natal, os impulsos destrutivos dirigidos contra o objeto levariam ao medo da retaliação. As experiências externas dolorosas, tais como a frustração e o desconforto, intensificariam os sentimentos persecutórios, despertando no bebê o sentimento de que estaria sendo atacado por forças hostis. Essas experiências dariam origem à ansiedade persecutória do bebê. Ao mesmo tempo, os cuidados que ele recebesse desde seu nascimento, tais como o conforto e a alimentação, seriam sentidos por ele como experiências boas. Os maus e os bons sentimentos seriam percebidos pelo bebê como provenientes de um mau seio e de um bom seio, que dirigiria a eles, respectivamente, seus sentimentos destrutivos e de gratificação e amor. Como nesse estágio os processos de cisão seriam proeminentes, o amor e o ódio, e os aspectos bons e maus do seio estariam completamente separados um do outro (Klein, 1946/1991a, 1952/1991b).

O bebê transformaria o seio bom em objeto ideal como uma forma de proteger-se do seio mau, um objeto persecutório. A cisão, a negação, a onipotência, e a idealização seriam defesas predominantes desde o nascimento até o terceiro ou quarto mês de vida, o que Klein (1946/1991a) denominou de *posição esquizo-paranóide*. Assim, nos primeiros meses de vida, a ansiedade persecutória e, conseqüentemente, a idealização, influenciariam fundamentalmente as relações de objeto.

Seria natural no bebê que sua vida emocional passasse por rápidas oscilações entre amor e ódio, entre situações externas que envolvessem a percepção da realidade e situações internas que envolvessem fantasias sobre a realidade externa, entre

ansiedade persecutória e idealização (ambas referindo-se a objetos internos e externos). Com a crescente capacidade de integração do ego, mesmo durante os primeiros meses, poderia haver a síntese de sentimentos de amor e ódio e de aspectos bons e maus dos objetos. Essa síntese daria origem a um segundo tipo de ansiedade sentida pelo bebê, a *ansiedade depressiva*, que o levaria a sentir como perigosos para o objeto bom (seio/mãe) os impulsos agressivos que sentisse pelo objeto mau (seio/mãe).

A partir do quarto mês, a *ansiedade depressiva* seria intensificada porque o bebê perceberia e introjetaria cada vez mais a mãe como uma pessoa e não mais como objetos bom/mau separados. Assim, ele sentiria que seus impulsos destrutivos seriam dirigidos contra uma pessoa amada. Esse período seria considerado a *posição depressiva* e atingiria seu auge aos seis meses. Sua essência seria a ansiedade e a culpa relativas ao medo de destruição e perda dos objetos amados, internos e externos.

Como a mãe, nos primeiros meses de vida da criança representaria para a criança todo o mundo externo, a expectativa que o bebê teria sobre a mãe seria de alimento, amor e compreensão. O modo de lidar com o bebê seria a forma que a mãe demonstraria estes sentimentos, principalmente nos estágios iniciais da vida dele. Consequentemente, o sentimento de ser compreendido que o bebê vivenciaria estaria intimamente ligado à sua relação com a mãe, a primeira e fundamental relação em sua vida. Ao mesmo tempo a frustração, o desconforto e a dor, vivenciados como perseguição, também seriam sentidos como provenientes dela. Assim, tanto o *bom* quanto o *mau* viriam à sua mente como provindos dela, o que levaria a uma dupla atitude em relação à mãe mesmo sob as melhores condições possíveis.

No trabalho analítico voltar-se-ia continuamente às oscilações entre objetos

amados e odiados, externos e internos que teriam dominado o início da infância. Seriam as relações de amor/ódio, o círculo vicioso entre agressão/ansiedades/sentimento de culpa/maior agressão e os vários aspectos dos objetos, interno e externo, para os quais seriam dirigidas tais emoções e ansiedades conflitantes que justificariam a interconexão entre as *transferências* positiva e negativa.

Assim, de acordo com Klein (1952/1991b), a concepção da *transferência* como algo enraizado nos estágios mais iniciais do desenvolvimento infantil e nas camadas profundas do inconsciente tornar-se-ia mais ampla que a conceituação anterior, desenvolvida por Freud (1912/1996f). Além disso, essa concepção de transferência (Klein, 1952/1991b), envolveria uma técnica, através da qual os elementos inconscientes da transferência seriam deduzidos a partir da totalidade do material apresentado pelo paciente na psicoterapia, revelando não só o seu modo de funcionamento do ego, mas também as suas defesas contra a ansiedade suscitadas na situação transferencial. Isso porque o paciente lidaria com os conflitos e ansiedades que seriam revividos na relação com o analista, empregando os mesmos métodos usados por ele no passado. Ou seja, ele se afastaria do analista como tentou se afastar de seus objetos primários; tentaria cindir a relação com o analista, mantendo-o ou como uma figura boa, ou como uma figura má; defletiria alguns dos sentimentos e atitudes em relação ao analista para outras pessoas em sua vida cotidiana, e isto faria parte da sua atuação.

Alguns dos seguidores de Melanie Klein, Segal, em 1950, Rosenfeld, em 1952, e Bion, em 1956, se dispuseram a analisar formalmente pacientes psicóticos, deixando

que a *psicose de transferência* se desenvolvesse e eles pudessem analisá-la. Esses mesmos autores contaram com o aparato teórico desenvolvido por Klein (1946/1991a, 1952/1991b): a teoria de posições, de ansiedades e o conceito de identificação projetiva.

Uma contribuição fundamental ao entendimento das características da *transferência psicótica* está nos trabalhos de Bion (1986, 1956/1994b, 1957/1994c): lábil, intensa, precoce e tenaz. Levando-se em conta essas características pode-se captar o fenômeno transferencial com rapidez e colocar o analista no centro da *transferência*.

Os traços clínicos do amor de *transferência* que mais preocupavam a Freud em seu ensaio de 1915 (Freud, 1915/1996j), quase se superpõem aos que Bion (1956/1994b) descreveu muito depois. O amor de *transferência* descrito por Freud se caracterizaria por sua tenacidade irreduzível, pela forma súbita com que aparecia, por sua intenção destrutiva, pela intolerância à frustração que o acompanharia, parecendo mais ligado a um tipo psicótico do que neurótico de *transferência* (Etchegoyen, 2004).

Sobre a compulsão à repetição, Klein (1952/1991b) considerou que um dos fatores que levariam à compulsão à repetição seria a pressão exercida pelas primeiras situações de ansiedade. A necessidade de repetir continuamente experiências fundamentais diminuiria quando as ansiedades persecutória e depressiva e a culpa diminuíssem. Consequentemente, antigos padrões e modos de sentir seriam mantidos com menor tenacidade. Essas mudanças resultariam da análise da transferência e teriam consequência direta na vida do paciente e em suas atitudes na relação com o analista.

Meltzer (1989) questionou a possível obrigatoriedade do vínculo entre repetição e *transferência*. Ao discutir os modelos de transferência de Freud, Klein e Bion, o autor afirmou que Freud teria trabalhado com um modelo neurofisiológico, buscando situar a psicanálise entre as ciências capazes de explicar fatos da natureza. Nesse contexto freudiano, a descoberta da transferência só poderia ser entendida como repetição do passado. Ao analisar o modelo kleiniano, observou que este modelo teria se apoiado na existência de um mundo interno de objetos, no qual o indivíduo viveria com tanta plenitude quanto no mundo externo e no qual a *transferência* surgiria como a externalização da situação interior imediata, vivida pelo indivíduo e não como relíquia do passado. O modelo de Bion teria apresentado a mente como um aparelho para pensar, no qual, a partir da experiência emocional, o dilema fundamental ocorreria entre verdade e mentira. Nesse modelo, a importância fundamental estaria nas relações do mundo interno, na emoção, gerando o significado de todas as relações com o mundo externo. Então, todas as relações com o mundo externo possuiriam certa qualidade transferencial.

O emprego da *transferência* nessa pesquisa levará em conta “a idéia de transferência como uma estrutura na qual algo está sempre acontecendo, onde há sempre movimento e atividade” (Joseph, 1987/1992, p.162), incluindo tudo aquilo que o paciente traz para a relação e que funções ele dá para o psicoterapeuta.

3.1.1 Transferência e fantasia e realidade

A pesquisadora buscou fazer uma relação entre *transferência*, *fantasia* e realidade e para isso considerou necessário conceituar e aprofundar o tema da *fantasia*, sob o ponto de vista psicanalítico (Souza, 2002).

A expressão – *fantasia* – tem sido utilizada em diversos sentidos, por vários autores e em diferentes épocas. Segundo Isaacs (1952/1969), o trabalho psicanalítico ampliou o termo, já que Freud falou em seus vários textos sobre o termo psicanalítico *fantasia*, estabelecendo, uma conotação com o conteúdo mental inconsciente, que poderia ou não se tornar consciente.

Ao falar em natureza e função da *fantasia* no funcionamento psíquico, assim como sobre o seu lugar na vida mental, é preciso que se faça referência às fases iniciais do desenvolvimento mental.

Para se compreender o funcionamento mental e o comportamento dos indivíduos, seria necessário investigar seu desenvolvimento da infância à maturidade. Explorar seu desenvolvimento remeteria a explorar seus estágios iniciais de funcionamento mental e, portanto, compreender os processos fundamentais que ocorreriam na criança pequena (Klein, 1959/1991f).

A técnica do brincar desenvolvida na psicanálise de crianças pequenas (Klein, 1923/1996a, 1927/1996b, 1932/1997, 1955/1991d) permitiu que fosse possível tirar novas conclusões sobre os estágios mais iniciais da infância e sobre as camadas mais profundas do inconsciente. Seu trabalho com crianças e as conclusões teóricas obtidas

a partir desse trabalho, influenciaram muito profundamente a técnica de Klein no trabalho com adultos e a psicanálise em geral. Ao observar a *transferência* na técnica do brincar, Klein (1952/1991b) pode compreender mais profundamente na criança e no adulto – a forma como a vida mental é influenciada pelas emoções primitivas e pelas fantasias inconscientes.

Isaacs (1952/1969) afirmou que a *fantasia inconsciente* é a expressão, o representante mental dos instintos. Não existiria impulso, nem reação instintiva que não fosse experimentada como fantasia inconsciente. A sua origem estaria nos primeiros processos mentais, relacionados aos impulsos: libidinais e destrutivos. Como os instintos agiriam desde o nascimento, as *fantasias* existiriam, também, desde o início.

Como o instinto teria uma finalidade corporal dirigindo-se para os objetos externos, seu representante mental seria a *fantasia*, e através dela o indivíduo poderia concretizar, na realidade externa, suas necessidades instintivas. As *fantasias* seriam então, as idéias que representariam e expressariam, na vida psíquica, os instintos. Sendo derivadas dos mesmos, e estes, sendo originários da fronteira entre o somático e o psíquico (Freud, 1915/1996j), as *fantasias* seriam experimentadas como sendo tanto somáticas quanto psíquicas.

Sendo fenômenos psíquicos, não poderiam ser vistas ou tocadas, mas seriam reais, tanto para o mundo interno da mente como para o mundo externo do desenvolvimento e funcionamento corporal. Como os instintos, a partir dos quais surgiriam os derivativos instintuais, as *fantasias primárias* também desenvolveriam

derivativos que pudessem ser deslocados, simbolizados e elaborados. Sua força seria sentida nas expressões do caráter e da personalidade (Segal, 1975, 1977/1982).

Segal (1975, 1977/1982) afirmou que as *fantasias inconscientes* estão sempre presentes, ao mesmo tempo e em toda parte – seriam ubíquas - e estariam sempre ativas, em todos os indivíduos. Seria a sua natureza - e não a sua presença - e o modo como elas estariam relacionadas com a realidade externa, que determinariam a estrutura mental do indivíduo.

As *fantasias* teriam por função ser: o representante psíquico dos instintos, um meio de defesa contra as ansiedades causadas pelos impulsos instintivos e a expressão de desejos reparadores. De acordo com os impulsos e as condições exteriores, as *fantasias* apareceriam e desapareceriam, coexistindo e manifestando-se conjuntamente, mesmo de forma contraditória.

Freud (1900/1996b) afirmou que os processos inconscientes teriam a surpreendente característica de “desrespeito pelo teste de realidade”, e a igualdade do pensamento com a realidade externa. Afirmou ainda que o mundo interno possuiria uma realidade ativa e dinâmica, com leis e características próprias, diferentes do mundo externo. Existiria um estágio inconsciente preliminar a tudo o que fosse consciente, de onde se originariam os processos mentais, advindos das necessidades instintivas e/ou da reação aos estímulos externos.

As *fantasias primárias*, vinculadas à experiência sensorial, "e sendo interpretações afetivas das sensações corporais" (Isaacs, 1952/1969, p. 107), caracterizar-se-iam pelas qualidades dos processos primários descritos por Freud (1923/1996t): atemporalidade, princípio da não-contradição, negação, não

coordenação dos impulsos e indiscriminação entre realidade interna e externa. Não haveria ausência de sentimentos, o “tudo ou nada” das experiências seria sentido como uma realidade, agradável ou dolorosa. A perda, a privação, a insatisfação, seriam sentidos como *presença de frustração*, ou melhor, *presença* de um sentimento doloroso.

Segundo Heimann (1952/1969), na mente primitiva, os desejos e impulsos seriam onipotentes e sentidos como se realmente se realizassem, tanto com o objeto externo quanto com o interno. Assim, as *fantasias primárias* teriam sua expressão através de processos mentais determinados pela lógica da emoção. Sendo ativas na mente muito antes do desenvolvimento da linguagem, somente em um período posterior elas poderiam ser expressas em palavras. E somente após uma história de experiência psíquica a criança saberia a diferença entre o desejo e o ato realizado, dependendo do estágio e da capacidade de desenvolvimento da mesma.

Sendo uma expressão mental dos instintos, as *fantasias* se constituiriam em função do ego, e como existiriam desde o nascimento, se poderia pressupor que o ego fosse capaz, desde o início, de relações de objeto, tanto na *fantasia* quanto na realidade (Klein, 1952/1991c). Assim, como desde o nascimento, o bebê lidaria com o impacto da realidade, com suas gratificações e frustrações, essas experiências influenciariam as *fantasias* e seriam influenciadas por elas, significando que *fantasia* e realidade estariam em constante interação (Segal, 1975, 1977/1982).

Na realidade, ao nascer, o bebê vivenciaria uma profunda dependência e impotência na sua relação com a mãe ou sua substituta, dependendo da mesma para a manutenção da vida. Na *fantasia*, assumiria uma posição onipotente em relação aos

seus objetos, os quais seriam sentidos como lhe pertencendo, fazendo parte dele e vivendo para ele (Heimann, 1952/1969). Durante a ascendência do princípio do prazer-dor, a *fantasia* e a experiência da realidade não se diferenciariam e a fantasia seria sentida como onipotente. Graças a esta onipotência do início, o bebê entenderia que o que fosse sentido por ele, seria o que acontece, como se tudo acontecesse conforme seus desejos ou temores.

No entanto, a onipotência da *fantasia* não seria completa, havendo uma inter-relação entre ela e a realidade. Frente a uma frustração muito longa ou muito intensa, a *fantasia gratificatória* não se manteria, da mesma forma como as *fantasias persecutórias* poderiam ser suprimidas por uma experiência boa (Segal, 1977/1982).

Este inter-relacionamento entre *fantasia* e realidade é muito importante na avaliação da importância do ambiente no desenvolvimento da criança e nas suas posteriores relações, pois se a *fantasia* influencia a percepção e a interpretação da realidade, a realidade também exerce impacto sobre a *fantasia*.

Segundo Segal (1975), a *fantasia* também teria vínculos extensos com a estrutura da personalidade e com funções mentais mais elevadas como o pensar.

Para Freud (1920/1996n), seria a partir do teste de realidade que se desenvolveria o pensamento. O pensar teria características que tornariam possível ao aparelho mental tolerar a tensão intensificada por estímulos visando o adiamento do seu processo de descarga. Se no início da vida o processo primário seria central, existiria, concomitante a ele, o desenvolvimento - através de gratificação e frustração - da integração e da percepção, numa busca do indivíduo de adaptar-se à realidade e ao meio externo.

Originalmente, a *fantasia* estaria relacionada ao princípio do prazer-dor. Com a introdução do princípio de realidade, uma parte da atividade do pensamento – que foi mantida livre desse teste da realidade e, portanto, subordinada ao princípio do prazer – se constituiria no *fantasiar*, que estaria relacionado aos processos mentais criativos (Freud, 1911/1996e).

A *fantasia* e o pensamento teriam o importante papel de capacitar o ego a sustentar a tensão, sem descarga motora imediata: o bebê, com capacidade para sustentar uma *fantasia*, não seria impulsionado a uma descarga imediata para aliviar o aparelho mental do acréscimo de estímulos, podendo sustentar seu desejo por um tempo, até que a satisfação acontecesse na realidade.

Mas, se a frustração do desejo fosse muito intensa, ou a capacidade do bebê de sustentar sua *fantasia* não fosse suficiente, poderia ocorrer a descarga motora que geralmente seria acompanhada pela desintegração do ego imaturo. Assim, até que o teste de realidade e os processos de pensamento estivessem bem estabelecidos, a *fantasia* ocuparia na vida mental primitiva algumas funções que posteriormente o pensamento assumiria.

Disso decorre, que desde muito cedo, o bebê interage com o mundo externo, e a partir desta interação, testa suas *fantasias* na realidade externa. Ao testar sua *fantasia* contra a realidade, está dando origem ao pensamento, que, portanto, se origina e deriva da *fantasia*.

O princípio de realidade, como sabemos, é apenas o princípio de prazer modificado pelo teste de realidade. O pensar poderia ser encarado como uma modificação da fantasia inconsciente, uma modificação efetuada de modo semelhante pelo teste da realidade. A riqueza, a profundidade e a acuidade do pensar de uma pessoa dependerão da qualidade e da maleabilidade da

vida de sua fantasia inconsciente e de sua capacidade para submetê-la ao este da realidade (Segal, 1975, p. 34).

Pode-se afirmar que a teoria da *fantasia inconsciente*, desenvolvida por Isaacs (1952/1969) amplia a compreensão da transferência. É possível supor que, a partir do auxílio do conceito de *fantasia inconsciente*, Klein pôde afirmar que a *transferência* do paciente ao analista opera continuamente no trabalho analítico, e não só nos momentos em que o paciente se refere ao analista de forma direta ou indireta.

Segundo Etchegoyen (2004), ao se aplicar a teoria da *fantasia inconsciente* para explicar a *transferência*, o campo ampliou-se notoriamente. Essa teoria seria a coluna vertebral da investigação kleiniana.

Assim, se, de acordo com Isaacs (1952/1969) e Segal (1975, 1977/1982), a *fantasia inconsciente* sempre esteve presente e em atividade, então, poder-se-ia interpretar toda vez que se percebesse como ela estaria operando. Debaixo do que seria dito estariam *fantasias* relacionadas ao processo primário. Assim, se como expressão típica do sistema inconsciente, a fantasia sempre operasse, em algum nível, com objetos primários e com essa porção de libido insatisfeita que voltou a carregá-los por via regressiva (introversão) poder-se-ia concluir que a *transferência* estaria sempre aludida e, embora em grau variável, estaria sempre presente.

Por isso, de acordo com Klein (1952/1991c) a *transferência* operaria não apenas nos momentos em que o paciente aludisse de forma direta ou indireta ao analista – ou nas rupturas do discurso – mas permanentemente, e tudo seria questão de saber detectá-la.

A *transferência*, enquanto fenômeno do sistema inconsciente pertenceria à realidade psíquica, à *fantasia*, e não à realidade fática. Podendo ser entendida mais

como uma atualização do mundo interno presente do que como uma repetição do passado. Torna-se, a marca que a realidade psíquica, entendida como *fantasia*, imprime sobre o mundo externo, sem que, necessariamente ocorra uma repetição de situações internas do passado.

No entanto, em situação de atendimento de pacientes traumatizados, o que se percebe com caráter irrealista é a *transferência* do paciente para a figura do analista no trabalho analítico, e não o conteúdo do que é transferido. Já que se sabe, que muito do que é projetado pelos pacientes que viveram situações traumáticas como as relatadas nessa pesquisa, condiz com a realidade externa vivida por eles. Nesse caso, o psicoterapeuta precisa saber que lida também com o fático e não somente com *fantasias*.

Em situação de trauma, não são somente objetos internos, frutos de *fantasias* hostis e agressivas da criança, que aparecem na relação transferencial com o psicoterapeuta. Mas também, as figuras e experiências reais com pais ou cuidadores violentos e abandonadores que foram internalizados pelas crianças. Na situação de trauma, a *fantasia* se realiza. As figuras hostis fantasiadas foram concretizadas na pessoa do agente traumatizante e abandonador.

Borgogno (2004) destacou as situações de privação infantil em crianças e adolescentes, ou pacientes adultos, que tiveram a experiência de pais que lhes causaram dano. Para ele, muitos dos pacientes difíceis, tratados na clínica, teriam tido experiências de aniquilamento psíquico, difíceis de decodificar e não lhes foi concedido existir como pessoas individualizadas, já que suas necessidades básicas foram ignoradas.

Segundo o mesmo autor:

seria uma grave injustiça atribuir principalmente a ela [a criança presente no adulto] – mesmo em nome da transferência- a atmosfera morta e mortífera, ou talvez inquietantemente rebelde e perversa, que ela certamente irá voltar a propor ao analista, mas para pedir-lhe também que ele a viva para ela, recordando-a e colocando-a em palavras para ela. O hipotético paciente ao qual estou me referindo, mesmo se não saiba e não seja capaz de compreender, veio à análise para enfrentar a sua triste história, na esperança de encontrar alguém que possa acreditar nela e pensa-la, mostrando-lhe talvez (frequentemente é assim) que aquilo que lhe apareceu como o sadismo e a ferocidade mental de seus pais não era mais do que a tentativa de eles eliminarem a vida da existência. Era a vida que eles não suportavam e, portanto, atacavam, e não a ele, mesmo que obviamente, enquanto criança ele fosse o mais evidente representante dessa vida (Borgogno, 2004, p.101).

3.2 A CONTRATRANSFERÊNCIA

A psicanálise contemporânea tem como característica seu interesse pelo par analítico, ou seja, o paciente e o analista. O encontro analítico passou a ser observado e estudado como uma relação que produz um impacto emocional mútuo, com comunicação nos âmbitos verbal e não-verbal, intencionais ou não. Nesse contexto, refletir sobre a relação paciente-analista significa preocupar-se com o que é transmitido relacionado ao funcionamento mental do paciente, a *transferência* e, por parte do analista, a *contratransferência*, tanto consciente, quanto inconscientemente.

Observa-se a importância do surgimento de novos sentidos no contexto da relação transferencial. Importam a personalidade real do analista, assim como as características do encontro com o paciente, em determinadas circunstâncias vitais e determinado meio cultural, social e econômico. Os novos aspectos da *transferência*

(pensando na evolução do termo, a partir de Freud, 1895 e 1905, seu descobridor) destacam não só a reedição diferenciada de fatos do passado infantil, mas também a instauração de uma nova relação, proveniente da interação com o outro.

A noção de *contratransferência* surgiu secundariamente ao descobrimento freudiano da *transferência* (Freud, 1895/1996a, 1905[1091]/1996c) e foi compreendida por ele como uma reação inconsciente a esta. A *contratransferência* teria suas fontes inconscientes nos conflitos neuróticos do analista, reativados pelo contato com os conflitos infantis do analisando. Nesta visão, a *contratransferência* operaria como uma resistência do analista que, a partir de sua auto-análise ou a análise pessoal, poderia deixar de ser um obstáculo para que se retomasse o caminho do trabalho analítico (Freud, 1912/1996f).

Freud (1912/1996f) percebeu e conceituou o fenômeno da *contratransferência*, definindo a relação analítica não somente da perspectiva do paciente, mas também do analista, ou seja, propondo-a como uma relação bi-pessoal, recíproca, na qual ocorreria a *transferência* e a *contratransferência* (Etchegoyen, 2004).

O estudo do fenômeno da *contratransferência* acompanhou a evolução do pensamento psicanalítico, ganhando maior importância na segunda metade do séc. XX devido à atenção dada à participação do analista nos processos de mudança terapêutica. Tornou-se observável que características da personalidade e modos de intervenção do analista incidiriam decisivamente no encontro com o paciente e na evolução da análise.

Foi, sem dúvida, a partir da influência do marco teórico kleiniano, colocando em primeiro plano a interpretação transferencial no aqui-agora e os enfoques da época,

que se destacaram a incidência de fenômenos compartilhados na análise, levando a que se considerasse a resposta contratransferencial do analista um instrumento central no processo interpretativo (Heimann, 1950; Segal, 1977/1982; Rosenfeld, 1988, 1952/1991b).

A concepção global atual da *contratransferência* inclui não apenas aspectos repetitivos inconscientes do passado infantil do analista, como também diferentes aspectos de seu funcionamento mental que foram se desenvolvendo em suas experiências pessoais de análise e formação, em seu diálogo com teorias e colegas e, sobretudo, no contato com seus pacientes.

A compreensão da *contratransferência* oferece novas perspectivas para o entendimento das implicações que as reações conscientes e inconscientes do analista têm sobre seu paciente, podendo funcionar como fator de interferência ou mudança no tratamento. Ao tomar consciência de sua capacidade de intervenção e possível colaboração para o processo analítico, o analista pode manter-se atento a inevitáveis envolvimento com seu paciente, de forma que sejam úteis e não interfiram com o fim primordial da análise que é a modificação da realidade psíquica do paciente (Bernardi, 2006; Rocha, 2006).

Roudinesco e Plon (1998) conceituaram *contratransferência* como um “conjunto das manifestações do inconsciente do analista relacionadas com as da transferência de seu paciente” (p. 133).

O termo *contratransferência* foi introduzido por Freud (1910/1996p) no artigo “As perspectivas futuras da terapia psicanalítica”. Nesse artigo, Freud descreveu:

As outras inovações na técnica relacionam-se com o próprio médico. Tornamo-nos cientes da ‘contratransferência’, que, nele, surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência, em si mesmo, e a sobrepujará (p. 150).

Ao falar sobre o futuro da terapia psicanalítica, Freud (1910/1996p) apoiou-se em três fatores: o progresso interno, o incremento de autoridade e a repercussão do trabalho dos analistas. O incremento da autoridade e a repercussão do trabalho estariam relacionados ao respeito que com o passar do tempo a psicanálise iria alcançar com o público e as influências no meio cultural e social que seriam alcançadas e que também repercutiriam em seu progresso. Quanto ao progresso interno, Freud referiu-se aos avanços da teoria e prática psicanalíticas. Freud mencionou, entre os aspectos teóricos, o simbolismo; entre os aspectos técnicos, a *contratransferência*.

Em seu artigo de 1912, Freud, referindo-se à pessoa do analista, afirmou:

ele deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente. Deve ajustar-se ao paciente como um receptor telefônico se ajusta ao microfone transmissor. Assim como o receptor transforma de novo em ondas sonoras as oscilações elétricas na linha telefônica, que foram criadas por ondas sonoras, da mesma maneira o inconsciente do médico é capaz, a partir dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstruir esse inconsciente, que determinou as associações livres do paciente (Freud, 1912/1996g, p. 129).

Pode-se afirmar que Freud definia a *contratransferência* em função do analisando e presumia que a compreensão da mesma significaria um grande progresso para a prática psicanalítica.

Mas, segundo Etchegoyen (2004), embora em seus trabalhos clínicos Freud deixasse claro que a relação paciente/analista fosse dual, bi-pessoal, sua visão da

contratransferência seria de um impedimento ao desenvolvimento do trabalho analítico. Freud (1910/1996p, 1912/1996g, 1913/1996r) mencionou a *contratransferência* como um obstáculo a ser removido. “O médico deve ser opaco aos seus pacientes, e como espelho não lhes mostrar nada, exceto o que lhe é mostrado” (Freud, 1912/1996g, p. 131). Segundo o autor, seria necessário exigir do analista, como norma geral, o conhecimento de sua *contratransferência* e a sua superação como um requisito para o trabalho analítico.

Freud (1912/1996g) mostrou sua preocupação de que o analista se perdesse em seus próprios pontos cegos atuando na relação com o paciente seus próprios impulsos infantis, amorosos ou agressivos, respondendo à necessidade de amor do paciente. Essa atitude levaria ao fracasso do tratamento, pois faria com que o paciente repetisse seus conflitos neuróticos primitivos sem poder recordá-los e elaborá-los.

Para Bernardi (2006), essa primeira visão da *contratransferência* considerou em primeiro plano os aspectos éticos. A condição para o estabelecimento do tratamento analítico seria a de que o analista deixasse de lado sua personalidade, convicções e desejos, sendo como um espelho, refletindo e interpretando o paciente. Mas, para o autor, seria somente na medida em que o analista recuperasse sua liberdade frente a sua *contratransferência*, que ele poderia atender e respeitar o direito do paciente de ser tratado em um clima de verdade e respeito.

Ferenczi (1909/1991), primeiramente, partiu de um ponto de vista fundamentado no de Freud. Segundo ele, o analista precisaria ter um domínio sobre sua *contratransferência*. Este domínio só poderia resultar de uma análise e diferiria de

uma simples resistência à *contratransferência*, mas que, por sua vez, poderia gerar uma rigidez artificial do analista (Roudinesco & Plon, 1998).

Mais tarde, Ferenczi (1932/1990), percorrendo caminho diverso daquele adotado por Freud, preconizou o emprego da *contratransferência* do analista. Desenvolveu a idéia da análise mútua, processo no qual o analista esclareceria ao paciente os elementos constitutivos de sua *contratransferência*, à medida que fossem surgindo, o que levaria a uma libertação do paciente da opressão da sua *transferência* e a uma quebra do artificialismo da situação analítica clássica.

Ferenczi (1932/1990) se perguntava, ao contrário de Freud, “não será natural, e também oportuno, ser francamente um ser dotado de emoções, ora capaz de empatia, ora abertamente irritado? O que quer dizer: mostrar-se sem disfarces, tal como se exige do paciente” (p. 132).

O futuro dessa orientação, de maneira mais ou menos explícita, se encontrou nos métodos de alguns psicanalistas ingleses, sobretudo Winnicott (1975) e Khan (1984) e no desenvolvimento da psicanálise norte-americana (Roudinesco & Plon, 1998).

Na década de 1950 teriam surgido outros trabalhos nos quais a idéia de *contratransferência* seria considerada concretamente, não só como problema técnico, mas também como teórico, sendo questionados sua presença e significado na análise. Os trabalhos desses anos teriam promovido uma significativa mudança de paradigma: a tarefa do analista ficou mais questionada (Etchegoyen, 2004).

Segundo Oliveira (1994), o conceito de *contratransferência* só pôde fazer parte do desenvolvimento oficial da técnica psicanalítica a partir da segunda metade do

século XX devido a razões inconscientes e político-institucionais. O tema seria bastante incômodo, colocando o analista diante de seus conflitos, sentimentos, fantasias, desejos e limites, acabando com a ‘agradável’ ilusão de superioridade que ele pudesse sentir em relação aos seus pacientes.

Sousa (2001) considerou que Winnicott (1947/2000) foi inovador, ao pensar diferentemente de Freud, e antecedendo Heimann (1952/1969) e Racker (1953/1957), rompendo um paradigma sobre a *contratransferência*. Destacou a proposição feita por Winnicott (1947/2000) do *ódio objetivo* do analista, ante o comportamento odioso do paciente e com isso, introduzindo o conceito de *contratransferência* no campo das reações naturais do terapeuta e não somente como algo proveniente dos desajustes originários do paciente.

Embora, desde a descoberta da *contratransferência* por Freud (1910/1996p), vários autores tenham se ocupado do assunto, foi o trabalho apresentado por Paula Heimann (1950), que se tornou um divisor de águas, causando grande repercussão no meio psicanalítico.

Thomä e Kächele (1992) destacaram que seria a visão de Heimann (1950) que contemplaria todos os sentimentos do analista frente a seu paciente como *contratransferência*, além de que, como nenhum outro autor, ela teria enfatizado o valor positivo da *contratransferência* enquanto instrumento diagnóstico essencial, explicando-a como uma criação do paciente.

Uma ampliação dos conceitos de *transferência* e de *contratransferência* ocorreu com as contribuições de Melanie Klein, sobre os processos de desenvolvimento das primitivas relações objetais (Rocha, 1994). O estudo e o uso clínico da

contratransferência tornaram-se, então, os principais alicerces do trabalho dos psicanalistas kleinianos, sendo estes os temas relacionados à técnica sobre os quais esses autores mais teriam escrito. Praticamente todos os autores psicanalistas defendem o uso da *contratransferência* como valiosa fonte de informação sobre o paciente.

No pensamento de Heimann (1950, 1960), as noções básicas do pensamento kleiniano se fizeram presentes, na medida em que a *transferência* foi entendida como situação total, na qual seriam reativadas relações de objetos e fantasias inconscientes primitivas do paciente. Seriam as ansiedades e as defesas precoces do paciente, tais como *projeção*, *introjeção* e *identificação projetiva* que determinariam as características da *transferência* e da *contratransferência* (Etchegoyen, 2004).

No entanto, Melanie Klein (1957/1991e) que fez poucas referências sobre a *contratransferência*, a considerava, assim como Freud, um obstáculo à técnica do analista que, caso viesse a ter sentimentos acerca de seu paciente, deveria começar de imediato uma auto-análise.

Para Rocha (1994), embora o artigo de Heimann (1950) tenha sido aceito como parte essencial do corpo teórico dos pensadores kleinianos, tendo como generalizada a crença de que o conceito se originou de Klein, esse artigo foi o gatilho do rompimento de Klein e Heimann, já que Klein se opunha a ele. Segundo Rocha-Barros (1990), Klein temeria que, naquele momento em que suas idéias estavam encontrando grandes oposições no meio psicanalítico internacional, o artigo de Heimann (1950) levaria a que suas teorias pudessem ser acusadas de terem um caráter puramente subjetivo.

Segundo Hinshelwood (1990) a recusa de Klein ao uso da *contratransferência* como uma reação específica ao paciente, se apoiaria no receio de que esse uso pudesse se constituir numa licença para a projeção de qualquer sentimento do analista sobre seu paciente.

Assim como Freud (1910/1996p), Klein (1961/1994, 1957/1991e) considerava que a contratransferência fosse algo que interferisse na análise. Klein utilizou a palavra *contratransferência* apenas três vezes em sua obra, fazendo um alerta para o perigo dos sentimentos contratransferenciais, considerando-os como algo que pudesse interferir negativamente no trabalho do analista, exigindo dele atenção para não se desviar de seu papel de interpretar as ansiedades e as *transferências* positivas e negativas do paciente. Além disso, apontou para os riscos que os sentimentos contratransferenciais representavam para a técnica psicanalítica, como o fato do analista assumir uma atitude de reassseguramento para com o paciente. Klein teria desaconselhado o uso exagerado e generalizado da *contratransferência*, que poderia atribuir, ao paciente, aspectos do próprio analista (Bernardi, 2006).

Gamil (1985), citado por Oliveira (1994), relatando sua experiência de supervisão com Klein, destacou que embora Klein (1957/1991e) afirmasse publicamente que a *contratransferência* interferiria de forma negativa no processo analítico, em suas supervisões, ela se mostrava de acordo com a utilização das vivências contratransferenciais como uma das fontes de compreensão do inconsciente do paciente. Segundo o mesmo autor, a preocupação de Klein seria com a necessidade do analista não utilizar-se desse instrumento como defesa contra sua própria inabilidade e dificuldade de compreender seus pacientes.

Para Oliveira (1994), Heimann (1950) teria se interessado pelo assunto da *contratransferência* ao perceber o temor que os seus supervisionandos sentiam ao abordar seus sentimentos em relação aos seus pacientes. Para aquela autora, chamava atenção a crença generalizada entre os analistas de que a *contratransferência* seria uma fonte de problemas, fazendo com que estes, assim, evitassem qualquer resposta emocional aos seus pacientes. Essa crença, ainda segundo Heimann, estaria baseada numa má leitura dos textos de Freud, que levaria a uma idealização da postura do bom analista, como aquele que não sentiria nada além de uma benevolência uniforme e suave em relação aos seus pacientes, sendo que qualquer agitação emocional representaria uma perturbação a ser superada.

Assim, Heimann (1950) abordou a questão da capacidade do analista tornar conscientes para si os seus sentimentos em relação aos pacientes, colocando-se de forma ativa em relação aos mesmos, buscando aceitá-los e usá-los de forma produtiva. Desta forma o trabalho terapêutico que não se utilizasse da *contratransferência* tenderia a se empobrecer. O analista deveria utilizar-se da mesma atenção flutuante, que usaria para com seus pacientes, para consigo mesmo, acompanhando os seus próprios sentimentos, de modo a seguir os movimentos emocionais e fantasias inconscientes de seus pacientes.

Destacou ainda, que na situação analítica, analista e paciente sentem diferentes emoções. Considerava que, na medida em que o inconsciente do analista englobasse o do paciente, a *contratransferência* deveria servir ao psicanalista como um instrumento facilitador da compreensão do inconsciente do paciente.

Minha tese é a de que a resposta emocional do analista ao seu paciente dentro da situação analítica constitui um dos mais importantes instrumentos para seu trabalho. A contratransferência do analista é um instrumento para pesquisar o inconsciente do paciente (Heimann, 1950, p. 74).

3.2.1 A identificação projetiva

Embora Klein (1957/1991e) não tenha concordado com a ênfase dada à *contratransferência*, foi sobre as suas descrições sobre a *posição esquizoparanóide*, e sobre a *identificação projetiva*, que repousou a teoria da *contratransferência*. Ficou implícito na utilização da *contratransferência* que o analista recebe as *identificações projetivas* do paciente para compreender suas experiências (Bion, 1962/1991, 1958/1994d, 1962/1994e; Rosenfeld, 1988, 1952/1991b; Barros, 2006; Bernardi, 2006; Rocha, 1994; Zaslavsky & Santos, 2006).

Sendo a *identificação projetiva* um conceito fundamental na teoria kleiniana, e sua compreensão essencial para o entendimento de sua íntima relação com a *contratransferência*, torna-se importante esclarecê-lo.

Klein (1946/1991a) formalizou a idéia de *identificação projetiva* ao discorrer sobre a *posição esquizoparanóide*: seria um processo no qual, partes do ego seriam projetadas para dentro de outra pessoa, fazendo com que ela fosse portadora dessas partes. A pessoa, aos olhos de quem projetasse, deixaria de ser ela, para ser uma extensão do indivíduo que projetasse, contendo partes dele.

O conceito de *identificação projetiva* foi definido como sendo o protótipo do relacionamento objetal agressivo, representando um ataque anal a um objeto ao forçar

partes do ego neste, a fim de apoderar-se de seus conteúdos ou controlá-lo, ocorrendo na posição esquizoparanóide, no início da vida. Seria uma *fantasia inconsciente* de que essas partes encontrar-se-iam dentro do outro (mãe), que não seria percebida como separada (Klein, 1946/1991a).

Na descrição feita por Klein (1946/1991a) sobre o processo de *identificação projetiva* ficou ressaltada a intensidade dos sentimentos projetados pra dentro de outra pessoa, com o objetivo de controlar o outro, diferentemente de uma visão distorcida do outro que estaria implícito no conceito de *projeção* (Gallo, 1994).

Para Spillius (1992) a *identificação projetiva* não seria somente uma fantasia, mas que o paciente poderia fazer com que o analista experimentasse os sentimentos que não pode conter em si próprio ou expressar de outra forma que não através da própria experiência do analista. Spillius (1983) considerou que Klein (1946/1991a) adicionou profundidade ao significado do conceito de *projeção* de Freud, afirmando que ao se projetar impulsos, partes do ego também seriam projetadas e que os impulsos não desapareceriam quando projetados, mas penetrariam no objeto (o outro) e provocariam uma distorção em sua capacidade de percepção.

Klein (1946/1991a, 1955/1991d) referiu-se ao enfraquecimento e empobrecimento do ego, resultantes de *cisão* e *identificação projetiva* excessivas, ficando o ego, então, incapaz de tomar de volta para si as partes por ele projetadas no mundo externo, o que conduziria a um sentimento, uma *fantasia*, de ser governado por elas. Poderiam ser projetadas tanto as partes más quanto as boas, mas em ambos os casos, a *projeção* excessiva enfraqueceria o ego, pois o destituiria de partes suas. A *identificação projetiva* estaria, portanto, na base de muitas ansiedades, principalmente

as originárias de um sentimento de perseguição interna.

Consequentemente, as ansiedades se baseariam no *temor de Talião*: a projeção das partes cindidas do ego seria motivada pelo desejo de controlar o objeto (o outro), e o temor seria de que a parte projetada nunca fosse recuperada, e o objeto pudesse controlar o ego que as projetou (Klein, 1946/1991a, 1955/1991d).

Klein (1955/1991d) descreveu que as partes projetadas do ego continuariam sendo reconhecidas como pertencentes a ele, o que estenderia o sentimento de identidade da parte projetada para o objeto no qual elas foram projetadas. Este sentimento daria origem à natureza confusional da *identificação projetiva*, gerando uma indistinção entre o ego que projeta e o objeto.

Segundo Gallo (1994), talvez tivesse sido por reconhecer a natureza confusional e a intensidade dos sentimentos projetados, que Klein tivesse alertado para o risco do analista não diferenciar seus sentimentos dos sentimentos do paciente, sugerindo a análise pessoal do analista e não reconhecendo a possibilidade do uso da *contratransferência* para o entendimento do paciente.

Em 1955, Klein (1955/1991d) ampliou a utilização da *identificação projetiva* e descortinou novos matizes, ao afirmar que partes boas do *self* também poderiam ser projetadas no objeto e que o nível de sadismo, fragmentação e a dispersão do ego determinariam graus variados de empobrecimento e de enriquecimento interior.

O conceito de *identificação projetiva* ampliado e sua utilização difundiram-se lentamente na década de 1950, tornando-se uma marca da técnica kleiniana e sendo reconhecido por diversos grupos de psicanalistas (Gabbard, 1995⁴; Kernberg, 1965⁵;

⁴ Gabbard, G. O. (1955). Mood disorders: clinical features. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry/IV*. (6th. ed.). (pp. 1123-1152). Baltimore: Williams & Wilkins.

⁵ Kernberg, O. (1965) Notes on countertransference. *Journal American Psychoanalytic Association*, 13(1), 38-56.

Ogden, 1982⁶ citados por Zaslavsky & Santos, 2006).

Na *identificação projetiva*, sob o predomínio das projeções hostis, as relações do indivíduo com o mundo ficariam prejudicadas, mas a *identificação projetiva* também poderia ocorrer com partes boas do ego, o que possibilitaria a reintrojeção do amor projetado no objeto, e o ciclo de reprojeções e reintrojeções de sentimentos bons enriqueceria o ego, favorecendo a extensão de suas relações de objeto.

Klein (1946/1991a, 1955/1991d, 1959/1991f) não descreveu o mecanismo de *identificação projetiva* como tendo uma função comunicativa, mas destacou sua importância nas relações com os outros, visto que, quando não predominassem projeções hostis, ter-se-ia a base da empatia, que foi descrita como a capacidade de colocar-se na pele do outro (Gallo, 1994).

Klein (1955/1991d, 1959/1991f) afirmou que a base da empatia se encontraria nos mecanismos projetivos. A empatia seria muito importante nas relações e fundamental para estabelecer uma comunicação favorável na relação analista-paciente. Seria um processo de identificação a partir do qual seriam atribuídas qualidades ou atitudes do ego a outras pessoas, implicaria na capacidade do indivíduo de se colocar no lugar do outro para compreendê-lo, seria um processo de inserir uma parte de si próprio na posição do outro. A base da empatia seria formada por sentimentos fundamentalmente bons. Segundo Hinshelwood (1990), a empatia seria uma atividade normal por parte de pessoas sensíveis, dentro do grupo de *fantasias de identificações projetivas*.

⁶ Ogden, T. H. (1982) *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. New York/London: Jason Aronson.

Rocha (1994) destacou que Freud havia sugerido tal postura quando usou a metáfora do telefone, destacando que o analista deveria usar seu inconsciente como um órgão receptor para o inconsciente transmissor do paciente.

Money-Kyrle (1956) alertou para a questão de que somente pelo fato do analista poder reconhecer, no paciente, partes suas já analisadas é que ele teria condições para analisá-lo. A identificação do analista com o paciente seria passageira, mas, dessa identificação temporária dependeriam a empatia e a capacidade de insight do analista. Como o analista poderia falhar em sua capacidade de compreensão do que foi projetado, falharia nos momentos em que o paciente correspondesse a aspectos muito próximos daqueles ainda não plenamente compreendidos de seu mundo interno, gerando confusão entre os sentimentos do analista e do analisando.

Os momentos em que o analista poderia, através da análise silenciosa de suas próprias reações, aprofundar no conhecimento de si mesmo e de seu paciente seriam as situações de impasse. Quando ele não conseguisse realizar essa tarefa, haveria o risco dele ficar emocionalmente tomado pelas projeções do paciente, incapaz de separar os seus sentimentos (do analista) dos sentimentos dele (paciente) (Money-Kyrle, 1956). Rocha (1994) destacou a complexidade desta tarefa, pois seria difícil para o analista, ao perceber algum sentimento, discriminar imediata e automaticamente, a sua fonte.

Segal (1977/1982) e Pick (1985) consideraram que a visão do analista como alguém totalmente neutro e sem sentimento, estaria ultrapassada. Pick (1985) discutiu vários aspectos ligados à questão da não existência do analista neutro e indiferente às comunicações do paciente. A reação rápida do analista à comunicação do paciente poderia ser uma dificuldade do próprio analista de entrar em contato com partes suas

que possam ativar dor e sofrimento. Segundo a autora, seria grande a habilidade dos pacientes em projetar visando aspectos específicos do analista, sua culpa e seus objetos internos, podendo mobilizar problemas e ansiedades profundas do analista.

Com relação à situação analítica, Rosenfeld (1988, 1952/1991b) chamou atenção para a compreensão intuitiva inconsciente do analista sobre o que o paciente lhe comunicaria, considerando-a como um fator essencial em todas as análises. Esta compreensão dependeria do uso que o analista faria de sua *contratransferência*, devendo utilizá-la como um aparelho receptor sensível.

Rosenfeld (1988, 1952/1991b) dedicou-se ao estudo dos processos de *identificação projetiva* em pacientes psicóticos e fronteiriços, pois eles apresentariam dificuldades verbais pronunciadas, considerando que a compreensão intuitiva inconsciente do analista, através de sua *contratransferência* o auxiliaria a determinar o que seria importante na relação com o paciente. Destacou a importância de serem separados os vários motivos e finalidades com que o paciente usaria a *identificação projetiva*, tais como: comunicação, empatia, tentativa de evitar a separação, descarga de sentimentos perigosos e desagradáveis, tentativa de se apossar de determinados aspectos da mente do analista.

Segundo Segal (1975) e Joseph (1987/1992), seriam múltiplos os objetivos dos diferentes tipos de *identificação projetiva*: excindir e se livrar de partes do *self* que causariam ansiedade ou dor; projetar o *self* ou parte dele para dentro de um objeto a fim de dominá-lo e controlá-lo, evitando assim qualquer sentimento de separação; penetrar num objeto para apoderar-se e apropriar-se de suas capacidades; invadir a fim de danificar ou destruir o objeto. Assim, o indivíduo, bebê ou adulto, que utilizasse

intensamente esses tipos de *identificação projetiva* poderia evitar qualquer sentimento de separação, dependência, admiração, ou suas conseqüências, que seriam sentimentos de perda, raiva, inveja, etc. Mas, concomitante a esses processos sentiria um aumento das suas ansiedades de tipo persecutório.

Joseph (1987/1992) destacou que do ponto de vista do bebê ou do indivíduo que se utilizasse intensamente desses mecanismos, a *identificação projetiva* seria uma *fantasia*, mas ela poderia ter um efeito poderoso sobre o receptor. Assim, destacou que a *identificação projetiva* seria mais concreta e estaria mais relacionada ao objeto, cobrindo mais aspectos do que o termo *projeção*, pois estaria profundamente relacionada tanto a mecanismos como a *onipotência* e a *cisão* como às ansiedades resultantes que os acompanhariam, fazendo parte de um equilíbrio, rígido ou precariamente mantido pelo indivíduo.

Com o desenvolvimento normal, ou através do tratamento analítico, as projeções diminuiriam, levando o indivíduo a uma tolerância maior em relação à sua ambivalência, seu amor, seu ódio e sua dependência dos objetos, movendo-se em direção à *posição depressiva*.

Joseph (1987/1992) destacou o lado concreto da *identificação projetiva* estruturando a *contratransferência*, comunicando, levando e pressionando o analista a sentir e reagir. No pólo mais extremo e primitivo da *identificação projetiva* estaria a tentativa de voltar para dentro de um objeto, de tornar-se indiferenciado e evitar toda a dor da separação. Em pacientes que estariam se tornando mais integrados e mais próximos da *posição depressiva*, o objeto poderia ser valorizado e amado e o paciente, portanto, poderia conscientemente experimentar a hostilidade e a ambivalência em

relação a ele. À medida que o amor fosse liberado, o paciente seria capaz de introjetar e de se identificar com o objeto total, valorizado e potente, e o efeito em seu caráter e sua potencia seria surpreendente. Esta identificação teria uma qualidade muito diferente daquela baseada em forçar partes desesperadas do *self* para dentro de um objeto, o qual em *fantasia* tornar-se-ia como uma parte desesperada de si mesmo.

Bion (1959/1994f) foi quem chamou atenção para a importância da *identificação projetiva* na comunicação, desenvolvendo muitos trabalhos sobre o tema. Destacou uma função importante da *identificação projetiva*, a interação interpessoal: ao chorar, o bebê realizaria uma forma de *comunicação projetiva*, sendo sua aflição sentida, introjetada pela mãe.

Bion (1957/1994c, 1962/1991) foi o primeiro a diferenciar a *identificação projetiva* sendo empregada em dois tipos diferentes de atividade mental inconsciente. O primeiro tipo seria a aquisição da forma mais primitiva conhecida de vínculo emocional e de comunicação não verbal, empregada por muitos animais sem nenhuma linguagem articulada e por seres humanos paralelamente à linguagem e como base desta. Seria o único modo de comunicação possível para os bebês muito pequenos e funcionaria mobilizando sentimentos congruentes em qualquer possível receptor da comunicação.

O segundo tipo de *identificação projetiva* destacado por Bion (1962/1991) seria o descrito por Klein (1946/1991a) como a *fantasia onipotente* em que partes ou todo o mundo interno de uma pessoa seria expulso para dentro de objetos ou pessoas fora do *self*. Estas atividades teriam o objetivo de defender a personalidade de maneiras

ilusórias contra percepções da realidade sentidas como impossíveis de suportar no momento. Seria predominante nos estados psicóticos.

Para Bion (1959/1994f, 1962/1994e), a partir da relação do bebê com a mãe e do mecanismo de *identificação projetiva* que se constituiria no mais primitivo meio de comunicação, seria desenvolvido “o aparelho para pensar os pensamentos”, ou seja, a possibilidade de se organizar produtivamente, criativamente, uma mente com pensamentos. Bion chamou a capacidade da mãe (analista) de conter as projeções do bebê (paciente) de capacidade de *rêverie*. Quando a *rêverie* funcionasse adequadamente, o bebê (paciente) reintrojetaria não apenas uma sensação, um temor mais suportável (função alfa), mas também um objeto (seio-mãe-analista) com capacidade de ser continente e compreensivo. Uma *revêrie* bem sucedida ofereceria as condições para que esse aparelho para pensar os pensamentos se constituísse.

3.2.1.1 A Continência e a capacidade negativa

Diretamente relacionado à *contratransferência*, o modelo de *continência* de Bion (1962/1994e), se basearia no conceito de *identificação projetiva* de Melanie Klein (1946/1991a).

Conforme Dubinsky (2000), habitualmente nomeia-se de *continência* à relação entre *continente* e *conteúdo* descrita por Bion (1962/1991, 1962/1994e). Esse seria um modelo caracterizado por um movimento perfeitamente circular, no qual o *continente*

seria o lugar onde um objeto seria projetado, e o *conteúdo*, como o objeto que poderia ser projetado no interior do *continente*. O *continente* e o *conteúdo* seriam capazes de se unir e de serem penetrados pela emoção, podendo ambos crescer.

Segundo Meltzer (1998), Bion (1962/1991, 1962/1994e,) colocaria “a emoção bem no centro do crescimento mental através do aprender com a experiência, o que Bion diferencia de aprender ‘sobre’ as coisas” (pp. 77-78).

Bion (1962/1994) afirmou que seria a personalidade do bebê que afetaria sua sobrevivência. E seria a mãe quem manejaria a personalidade do bebê e outros elementos do ambiente. O ajuste mútuo da mãe e do bebê, através do emprego da realidade, que seria frágil e rudimentar, levaria a *identificação projetiva* - que em geral seria uma *fantasia* onipotente - a funcionar de modo realista, visando despertar, na mãe, os sentimentos, dos quais o bebê desejaria se livrar. Segundo o mesmo autor (Bion, 1962/1994), a mãe equilibrada conseguiria aceitar os sentimentos do bebê e reagiria “*terapeuticamente*” (p. 132), de modo que o bebê recebesse de volta seus próprios sentimentos de uma forma mais tolerável, com a possibilidade de serem manejáveis pela personalidade do bebê. Nesse caso, o desenvolvimento normal ocorreria.

Bion (1962/1991) considerou que a condição da mãe de receber os sentimentos do bebê seria uma *rêverie*: “a *rêverie* é estado mental aberto a receber quaisquer ‘objetos’ do objeto amado e, portanto, acolher as identificações projetivas do bebê, se boas ou más” (p. 60).

Caso houvesse uma ruptura na capacidade de *rêverie* da mãe e essa não aceitasse as projeções do bebê e este tivesse que reintrojetar os sentimentos da forma

como foram projetados, a consciência rudimentar do bebê não suportaria a carga nela depositada, já que seus atributos psíquicos seriam percebidos por sua consciência, prematura e frágil.

Consequentemente, “O estabelecimento, interno de um objeto-que-rejeita-a-identificação-projetiva significa que, em lugar de um objeto compreensivo, o bebê fica com um objeto-que-não-entende-propositadamente- com o qual se identifica” (Bion, 1962/1994e, p.134).

Ao não serem compreendidos, tanto o bebê quanto o paciente, recorreriam ao uso contínuo da *identificação projetiva*, que seria levada a cabo com força e frequência crescentes. No entanto, em caso de não acolhimento, a reintrojeção se faria com igual força e frequência. Essa reintrojeção levaria a constituição de um objeto interno que privaria o bebê (paciente) de desenvolver sua capacidade de pensar.

Diretamente relacionado à condição de *rêverie*, estaria um conceito de prática analítica desenvolvido por Bion, o conceito de *capacidade negativa*.

A *capacidade negativa* seria a condição de uma pessoa de conseguir permanecer na incerteza, no mistério e na dúvida, sem se irritar de modo algum na procura de fatos ou razões. Segundo Bion (1974), talvez fosse isso que Keats quisesse significar quando disse que Shakespeare foi capaz de tolerar a *capacidade negativa*:

Keats referiu que Shakespeare deve ter sido capaz de tolerar os mistérios, as meias verdades, as evasões, de modo a conseguir escrever. O que escreveu, ainda permanece; tem uma consistência, uma durabilidade, que não podemos conseguir; e, não obstante, ele foi uma pessoa comum como os demais de nós. (p. 94)

Para Bion (1974), os psicanalistas precisariam ser capazes de tolerar as diferenças ou dificuldades de seus analisandos, por tempo suficientemente longo, para poderem reconhecer quais seriam elas. Além de poderem tolerar as afirmações dos analisandos sem se apressarem em concluírem que sabem quais seriam as interpretações. Ou seja, deveriam ser capazes de ter *capacidade negativa* na sua prática clínica.

Zimerman (2001) destacou que a *capacidade negativa* expressaria uma condição necessária do analista para conter dentro de si, no decorrer da situação analítica, a emergência de sentimentos muito difíceis como a não compreensão do que está se passando entre o paciente e ele próprio, as dúvidas, incertezas e principalmente os angustiantes sentimentos contratransferenciais nele despertados.

Assim, na situação analítica, a *continência* do analista consistiria: 1) em que esse acolhesse o paciente da forma como ele viesse – *rêverie*- situação na qual o analista, a partir de sua possível *capacidade negativa* suportaria o desconhecimento e a dúvida, aceitando conter a carga de identificações projetivas depositadas pelo paciente na mente dele (analista) e captaria o que se passa com seu paciente através da atenção provinda não dos órgãos dos sentidos, mas principalmente pela intuição. De modo que a menor concentração no plano sensorial possibilitaria um maior afloramento da sua sensibilidade. 2) A partir da *rêverie*, o analista compreenderia o conteúdo das projeções do seu paciente, reconhecendo seu significado e sentido e dando um nome àquilo projetado pelo paciente e que ainda não teria nome. Ao final, devolveria ao paciente o conteúdo daquilo que ele projetou no analista em doses parceladas através da atividade interpretativa (Zimerman, 2001).

Zimerman (2001) destacou a necessidade do analista de diferenciar sua função de continente, que teria um processo ativo, do papel de recipiente, situação em que serviria de depositário de evacuações mentais do paciente. Um outro aspecto seria a necessidade da função do analista de *autocontinência*, que seria a única forma de possibilitar ao paciente uma aquisição dessa capacidade.

Ferro (1995) ressaltou que a *rêverie* seria a essência do processo de simbolização, pois a condição de intuição sobre os sentimentos do paciente e a restituição destes sentimentos de modo mais tolerável para ele, criaria um novo material na mente do paciente, assim como, modificaria o seu modo de funcionar. Mas, o processo de simbolização na situação analítica estaria continuamente em crise, tanto por fatores dependentes da situação interna do analista, quanto pelo que proviria do paciente em termos de estados mentais primitivos. Assim, poderia haver recusa da mente do analista de permeabilizar-se a conteúdos terroríficos trazidos pelo paciente ou que evocassem nele (analista) contatos dolorosos demais. Uma defesa do analista, bem sucedida nestes casos, seria o refúgio nas teorias.

Em seu trabalho com pacientes psicóticos, Rosenfeld (1952/1991b) distinguiu, três tipos de *identificação projetiva*: a *identificação projetiva* usada para comunicação com outros objetos, a *identificação projetiva* usada para livrar o ego de partes indesejadas, ou seja, negar a realidade psíquica e a *identificação projetiva onipotente* que seria percebida na relação transferencial.

Como método de comunicação, a *identificação projetiva* se constituiria numa distorção ou intensificação do relacionamento infantil normal, baseado na comunicação não-verbal do bebê com a mãe. Nessa comunicação seriam projetadas

para dentro da mãe impulsos e ansiedades difíceis para o bebê suportar. A mãe, instintivamente capaz de responder, conteria a ansiedade do bebê e o aliviaria. Segundo Rosenfeld (1971/1991a), o paciente ao fazer uso desse tipo de comunicação o faria inconscientemente, mas seria sensível à compreensão do analista a seu respeito, sendo, portanto, essencial que este tipo de comunicação fosse reconhecido e devidamente interpretado.

Como negação da realidade psíquica, ou seja, como forma de livrar-se de partes não desejadas, projetando-as, o paciente separaria e projetaria partes de si mesmo consideradas indesejadas, impulsos e ansiedades, projetando-os dentro do analista (que deveria tolerá-los), com o propósito de evacuar e esvaziar o conteúdo mental perturbador. O paciente frequentemente reagiria às interpretações com ressentimento, pois seriam sentidas como críticas e assustadoras, uma vez que o paciente sentiria que o conteúdo mental indesejado por ele, seria enfiado de volta dentro dele pelo analista (Rosenfeld, 1971/1991a).

Rosenfeld (1971/1991a) considerou que os dois processos de *identificação projetiva*, o de evacuação e o de comunicação, poderiam acontecer simultaneamente ou alternadamente e seria essencial diferenciá-los para que o analista pudesse manter contato com o paciente e manter a análise possível. Destacou, ainda, a *identificação projetiva onipotente* que aconteceria na relação transferencial, quando o paciente acreditaria que teria se forçado onipotentemente dentro do analista, controlando o corpo e a mente dele, levando a um sentimento de confusão do paciente com o analista e a ansiedades (do paciente) relativas ao sentimento de perda de partes de si mesmo. Nestes casos, seria importante que o analista compreendesse que o paciente que faz

uso excessivo de *identificação projetiva* seria dominado por processos de pensamento concreto causadores de má compreensão das interpretações verbais, uma vez que as palavras e seus conteúdos seriam experimentados pelo paciente como objetos concretos, não-simbólicos.

A compreensão do analista de que o paciente em estado psicótico faz uso dos três tipos de *identificação projetiva* seria essencial, além do fato de saber que a concentração parcial em determinado processo poderia bloquear a análise e a comunicação significativa entre paciente e analista. Ao tratar pacientes em estados psicóticos, seria absolutamente essencial diferenciar aquelas partes do ego que existem quase que exclusivamente num estado de *identificação projetiva* com objetos externos ou internos, das partes mais sadias, menos dominadas por *identificação projetiva* e que poderiam estabelecer alguma existência separada dos objetos (Rosenfeld 1971/1991a).

As contribuições de Bion (1962/1991, 1958/1994d, 1962/1994e, 1959/1994f) e de Rosenfeld (1988, 1971/1991a, 1952/1991b) ao conceito de *identificação projetiva* foram fundamentais, ampliando o conceito original, introduzindo e expandindo a idéia da *identificação projetiva* como um método primitivo de comunicação não-verbal. Ambos os autores citados utilizaram a *identificação projetiva* como uma forma de comunicação, na qual o paciente levaria o analista a compreender os seus sentimentos, fazendo-o passar pela experiência que ele próprio, paciente, vivenciaria.

Para Zaslavsky e Santos (2006), as idéias de Bion sobre o uso da *identificação projetiva* como uma forma de comunicação, sobre a capacidade do analista (mãe) de *rêverie* e sobre a *função alfa* trouxeram importantes e profundas contribuições à utilização da *contratransferência* como elemento essencial para a compreensão da

transferência. A partir de então, o analista passou a estar associado à função de conter: uma atitude ativa, que capacitaria o analista a dar significado às experiências emocionais do paciente, transformando-se no núcleo do objeto bom introjetado.

Rocha-Barros (1990) destacou o fato do conceito de *identificação projetiva* promover uma extensão dos conceitos de *transferência* e *contratransferência*. O analista deixaria de ser aquele espelho sobre o qual o paciente projetaria as figuras de seu mundo interno, para ser visto como um indivíduo, também com um mundo interno, para dentro do qual seriam projetados sentimentos e funções mentais.

A partir dessa compreensão do que pode ocorrer na relação terapêutica, tornou-se possível entender a utilização, por parte do analista, de seus sentimentos como instrumento de pesquisa sobre a realidade psíquica do seu paciente. Foi em função dessa compreensão que a partir de 1949 diversos autores passaram a reconsiderar o papel da *contratransferência*. Assim como ocorrera com a *transferência*, o que era obstáculo ao trabalho analítico poderia ser utilizado como ferramenta útil e essencial, e esta compreensão gerou uma alteração substantiva no entendimento do encontro analítico (Rocha-Barros, 1990).

Trauma e abbandono

4 TRAUMA E ABANDONO

Segundo Wiese e Burhorst (2007), a convenção das Nações Unidas sobre os direitos das crianças (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1989, citado por Wiese, 2007), estabeleceu que toda criança tem direito a cuidados e proteção especial e os direitos da criança devem vir em primeiro lugar em todas as decisões que as afetem. Para tanto, os Estados têm a obrigação de proteger toda criança contra abuso, negligência e exploração, proporcionando-lhe condições para um ambiente de vida adequado que a capacite para um bom desenvolvimento global.

A consideração do *melhor interesse da criança* e a importância em prover um adequado ambiente de vida que a capacite a se desenvolver fisicamente, mentalmente, espiritualmente, moralmente e socialmente, também inclui a integração social como uma necessidade de toda criança para seu perfeito desenvolvimento (Wiese & Burhorst, 2007).

Segundo Faleiros (2006), o fenômeno de maus tratos de crianças tem sido objeto de estudos nos meios científicos nacionais e internacionais, devido aos sérios danos que pode acarretar ao seu desenvolvimento. São muitas as situações adversas nas quais as crianças têm seus direitos ameaçados e/ou violados. Sob o ponto de vista da responsabilidade que têm os adultos que são incumbidos dos cuidados com o

crescimento e o desenvolvimento das crianças, é possível conceber os maus-tratos como danos físicos ou psicológicos não acidentais, provocados pelos pais ou cuidadores das mesmas, que ameacem seu desenvolvimento normal, tanto físico quanto psicológico. Haverá abuso e/ou negligência com a criança quando a interação desta com um adulto estiver fora dos padrões culturalmente aceitáveis (considerando a idade da criança e seu desenvolvimento) e significar ameaça ou prejuízo real ao seu desenvolvimento integral.

Baseada na classificação proposta por Bringiotti (2000), Faleiros (2006) destacou as variadas situações em que se pode afirmar que ocorreram maus-tratos às crianças: mau-trato e abandono físicos; mau-trato e abandono emocionais; abuso sexual; exploração laboral; mendicidade; corrupção; participação em ações delituosas e negligência educativa.

As situações traumáticas por maus-tratos e abandono são experiências nas quais o sentimento de desamparo está presente. Ao referir-se ao desamparo, Freud (1926/1996q) afirmou que o ego se sente desamparado e abandonado à própria sorte diante de excitações demasiado poderosas para as condições que os processos mentais do próprio ego encontram em manejá-las. Emocionalmente, o desamparo aparece vinculado a situações sentidas pela criança como ameaçadoras, tanto internas quanto externas, relacionadas ao medo da perda do objeto de amor, já que a criança se encontra objetivamente dependente de seus cuidadores, sejam eles pais ou responsáveis.

Wiese (2007) apontou a ocorrência de trauma psicológico quando há quebra na barreira de estímulos, assim como um choque no escudo de proteção psicológica que exporia a pessoa em seus pontos frágeis.

Vieira (2001), discutindo a questão do trauma com base no pensamento de Ferenczi, considerou que o trauma seria como uma comoção psíquica, que equivaleria a um choque físico, que seria provocado por uma relação com um objeto externo (outra pessoa) cujo comportamento e mente funcionariam como um elemento disruptivo da organização psíquica da pessoa traumatizada. A origem do trauma estaria principalmente nas interdições e ações do ambiente sobre a criança, a partir de um objeto que fosse externo e real, não uma fantasia de objeto. Seriam traumáticas, tanto ação a social quanto as relações interpessoais (inabilidades dos adultos no processo educativo, exigências inatingíveis, falta de confiabilidade dos objetos externos, atos perversos, etc.), ações e sentimentos de um objeto externo que se constituíssem em um excesso não elaborável.

Ao pensar em crianças, estas poderiam desenvolver um trauma depois de uma simples e isolada experiência ou por repetidas ocorrências que frequentemente acontecem na intimidade do ambiente familiar. A etiologia do trauma consideraria o estado mental da pessoa no momento da experiência traumática, quando muitas impressões afetivas teriam sido aglutinadas (Wiese, 2007).

Segundo Piva (2001), a condição natural de desamparo da criança a colocaria em uma situação sem saída e a sua exposição repetida a situações em que o “duplo vínculo” (morte/proteção e amor/agressividade) possuiria um efeito cumulativo e poderia inseri-la em uma situação traumática.

Freud (1916[1917]/1996v), ao referir-se ao trauma, afirmou que existiria uma relação indireta entre dois fatores: a predisposição da pessoa e a gravidade dos eventos, e as fantasias da pessoa relativas à experiência traumática. Na situação traumática, os sentimentos aterrorizantes (como os experienciados pela vítima) seriam frequentemente mais importantes que o fato ou situação em si mesma.

Segundo Wiese (2007), existiriam fortes sinalizadores do trauma: 1) A exposição a um evento traumático extremo, da própria pessoa ou de sua família (os eventos traumáticos mais freqüentes seriam: seqüestros, testemunhar ou viver separação forçada da família, morte violenta e inesperada de pessoa próxima, violência física e sérios danos ou atentado à integridade física). Um exemplo seriam experiências sexuais inapropriadas para a idade da pessoa em questão. 2) O sofrimento psicológico relacionado à situação traumática, considerando a severidade, duração e proximidade da experiência. Neste aspecto, haveria um agravante quando houvesse a presença de um estressor humano que imporia a situação do trauma. Entretanto, outras variáveis deveriam também ser consideradas como, por exemplo, a personalidade e a preexistência de distúrbios mentais na família e no ambiente social.

Vieira (2001) referiu que as relações traumatizantes teriam um importante caráter quantitativo. Uma experiência seria traumática ou não, dependendo da forma como o aparelho psíquico trabalharia com o fator quantitativo.

Assim, nas relações, o excedente de estimulação poderia promover um desenvolvimento ou um progresso, na medida em que induzisse a uma maior complexidade no funcionamento do aparelho psíquico: entre suas instâncias, com o corpo e com o ambiente. No entanto, se o excedente de estimulação estimulasse uma

menor complexidade nas interações entre as instâncias psíquicas, ou rupturas de conexões e obstrução ou eliminação de funções organizadoras, haveria um estancamento ou regressão do desenvolvimento e nisto consistiria o efeito traumático.

Segundo Vieira (2001), diante de um desprazer intenso, quando qualquer possibilidade de evitação parecesse excluída, a defesa mental possível seria a autodestruição da consciência, da coesão das formações psíquicas, provocando a desorientação psíquica e fragmentação. Como consequência do rompimento da coesão, se poderia chegar ao extremo de uma paralisia de toda a atividade psíquica. Quanto mais intenso e inesperado o trauma, mais as defesas se aproximariam de uma morte psíquica: paralisia da motilidade, da percepção e do pensamento, buscando tornar o sofrimento mental mais suportável. Essa desorganização psíquica poderia estender-se ao domínio orgânico com características de abandono, de entrega à morte.

Conforme os choques fossem se repetindo, haveria a “atomatização da personalidade” (Vieira, 2001, p.162) do indivíduo que os sofreria em pedaços minúsculos que seriam sentidos como que regidos por uma vontade estranha, não reconhecida por ele/ela como própria. Disso decorreria, que a personalidade poderia se fragmentar, observando-se então a cisão entre a parte que sente, mas não sabe o que está acontecendo e a parte que sabe o que acontece, mas não sente. A parte que comportaria a dor seria observada por outra como se estivesse fora do corpo, insensível. Uma conteria o registro narcísico, a outra, a compreensão sem o sentimento. A instância autoperceptiva teria como função ajudar a parte que sofre, e ficaria ‘fora de si’ desprendendo-se do corpo, de forma alucinatória, fora do tempo e do espaço (Vieira, 2001).

Após o choque, poderia haver uma tentativa da mente de voltar a funcionar com a personalidade pré-traumática, mas a cicatriz não se desfaria e a clivagem efetivada poderia ser permanente. Então a junção integral das duas partes talvez não seja mais possível. A parcela da personalidade que permaneceria sofrendo seria mantida sob amnésia. Esse fragmento perdido continuaria sofrendo em agonia ou seria tido como morto. O trauma representaria um abandonar-se à morte, uma forma de dissolução da personalidade. Para Ferenczi (citado por Vieira, 2001), o corpo responderia com menor facilidade a essa dissolução e destruição, mas a inconsciência e a clivagem psíquica já constituiriam sinais de morte da parte mais refinada da personalidade.

Concomitantemente, haveria também um desenvolvimento de uma hipersensibilidade psíquica, voltada para o meio e para os objetos externos, que buscaria identificar os sinais de perigo e decodificar os sentimentos das pessoas, que pudessem ser importantes para quem sofreu o trauma e poderiam também ser sentidas como ameaçadoras. O objetivo dessa hipersensibilidade seria de controle intensivo do ambiente, em busca de sinais que indicassem a aproximação do perigo.

Wiese (2007) ao falar de experiências de imigração forçada e suas conseqüências para o trauma psíquico em crianças, considerou dois conceitos importantes: vulnerabilidade e risco psicopatológico num período crítico.

Vulnerabilidade seria um estado de baixa resistência à injustiça e à agressão. Para exemplificar a vulnerabilidade em crianças, Wiese (2007) usou a metáfora proposta por Anthony (citado por Moro, 2005), de três bonecas: uma de vidro, a segunda de plástico e a terceira de ferro. Ao se deixar cada uma delas cair, a primeira iria se quebrar, a segunda iria se estragar com marcas, e possivelmente a terceira

ficasse aparentemente sem danos. A boneca caída quebraria com mais ou menos facilidade dependendo do material de que ela fosse feita. Esse seria o conceito de vulnerabilidade intrínseca. Mas, o dano também iria depender do tipo de chão em que a boneca caísse e esse conceito estaria relacionado com o ambiente. Todavia o dano na boneca também estaria relacionado à força colocada nela quando ela caísse e essas seriam as circunstâncias da queda, isso é a agressão que envolveria e exporia a injustiça.

Tomando a imagem das bonecas como uma metáfora da vulnerabilidade ao trauma (Wiese, 2007), entender-se-ia que os sintomas e distúrbios psicológicos depois da exposição aos eventos traumáticos dependeriam da interação das três categorias de fatores: a vulnerabilidade intrínseca da criança, o ambiente e as circunstâncias. Poderiam ser adicionadas as condições de tratamento que as crianças poderiam dispor logo após o trauma e como a cultura familiar consideraria o evento traumático e lidaria com suas conseqüências.

Para Moro (2005), a noção de vulnerabilidade poderia ser melhor conceituada quando se pensa na criança como parte de um complexo sistema interativo. A ruptura de um dos elementos do sistema poderia ter como efeito uma mudança no processo interativo e levaria a algumas mudanças no funcionamento e desenvolvimento psicológico das crianças.

O sistema interativo infantil considerado não seria somente o individual, mas também se estenderia para a família e sua cultura, tanto quanto aos elementos do mundo externo, como escola, sistema de saúde, em um processo muito dinâmico, o

qual poderia trazer influências favoráveis e desfavoráveis ao desenvolvimento psicológico da criança (Wiese, 2007).

No caso de vulnerabilidade da criança, o funcionamento psicológico seria tal que mínimas variações internas ou externas poderiam provocar grandes disfunções, frequentemente como distúrbios, bloqueios, inibição ou redução do desenvolvimento no seu potencial (Moro, 2005).

Essa noção de vulnerabilidade seria principalmente clínica, embora fosse muito complexo e difícil quantificá-la, por possuir formas de expressão variadas, as quais poderia ser muito complexo relatar. Essa condição de fragilidade seria frequentemente manifestada como características de suscetibilidades e fraquezas reais ou latentes.

Segundo Wiese (2007), o outro conceito que seria aplicado para o trauma de crianças seria o de risco psicopatológico em um período crítico, o qual teria conseqüências praticas de prevenção e intervenção. Esse conceito estimaria o nível de risco psicopatológico em diferentes períodos do desenvolvimento humano, sugerindo que os efeitos do trauma poderiam influenciar o desenvolvimento da criança de tal forma que aumentariam o risco de distúrbios psicológicos, não somente na infância, mas também mais tarde na adolescência ou na fase adulta.

No caso das crianças consideradas por essa pesquisa, após viverem situações traumáticas, relacionadas a diferentes tipos de maus-tratos (abusos sexuais, violência física e/ou negligência), teriam vivido também o abandono, sendo deixadas em uma instituição. Não houve uma família que as reivindicasse e a instituição não estava preparada para mantê-las por tão longo tempo.

Em trabalho anterior (Souza, 2002), discorreu-se sobre a questão do abandono do ponto de vista social e psicanalítico. Foi possível constatar que as pesquisas sobre esta questão se encontravam restritas e, na maioria das vezes, relacionadas à adoção, que, como sugerem Levinzon (2000) e Fávero, Souza e Caldana (2005), seria em si, uma solução, proporcionando aos pais adotivos e às crianças adotadas, a possibilidade de superação de muitas dificuldades. No entanto, uma boa parte das crianças que se encontra em casas-abrigos, abandonadas por suas primeiras figuras de afeto, sequer consegue um lar para morar, permanecendo ali ou em outras instituições governamentais.

É importante assinalar que em tais circunstâncias o abandono não permite a despedida, nem a relativização da perda, já que os sentimentos de raiva e amargura não permitem esse resgate, tornando, a criança abandonada, uma vítima do abandonador.

Sob um olhar mais voltado para as questões sociais, Vicente (1994), Becker (1994), Fonseca (1995), Sarti (1996), Weber e Kossobudzki (1996) consideraram que nas camadas populares brasileiras, o motivo principal da ruptura de vínculos, da separação da criança dos seus familiares, seria a pobreza. Marcílio (1998) considerou a pobreza, a causa primeira – e de longe a maior – do abandono de crianças, em todas as épocas.

Entende-se que para Fonseca (1995), o sistema de *circulação de crianças* seria uma saída social que impede que o abandono se concretize. Nos momentos de instabilidade familiar, por mortes, separações e/ou problemas econômicos estruturais, as crianças deixariam de ser de responsabilidade exclusiva da mãe ou do pai, havendo uma coletivização dessas responsabilidades dentro do grupo – a *circulação de*

crianças – prática inscrita dentro da lógica de obrigações morais que caracterizaria a rede de parentesco entre as camadas mais populares.

A *circulação de crianças* ocorreria pela coletivização das responsabilidades por elas dentro do grupo de parentesco, permitindo a conciliação do valor da maternidade e as dificuldades concretas de criar os filhos, levando as mães a não se desligarem deles, mas a manterem o vínculo através de uma circulação temporária (Fonseca, 1995; Sarti, 1996).

Dentro do sistema de *circulação de crianças*, “para que uma criança perca toda sua família, é necessário que uma tragédia tenha lhe sucedido” (Vicente, 1994, p. 53).

O sistema de *circulação de crianças* propõe-se a atender às necessidades básicas mais concretas de algumas crianças, mas percebe-se que falha quando se trata de crianças abandonadas em casas-abrigos. Pôde-se constatar, que existem necessidades emocionais na vida dessas crianças que precisariam ser atendidas, mas que foram desconsideradas. Supõe-se que o despreparo institucional para o atendimento das necessidades das crianças abrigadas por longos períodos e a ausência de programas públicos que respondessem a essa demanda, reproduziu o trauma e o desamparo vivido por essas crianças.

A experiência do abandono deixa marcas profundas no psiquismo da criança abandonada que se manifestarão em suas relações futuras. A criança que passou por esta experiência precisa contar com cuidadores que, além de suas necessidades básicas, sejam capazes de conter suas angústias, oferecendo-lhe segurança e confiança no contato afetivo; proporcionando-lhe, assim, as condições necessárias ao seu desenvolvimento emocional (Souza, 2002).

Pode-se dizer que a passagem da criança por várias pessoas intermediárias (pais substitutos ou outras figuras parentais), ou sua internação em várias instituições antes de ser adotada, contribuiria para a intensificação de sensações de desamparo e de insegurança. Assim, o intervalo de tempo, entre a retirada da criança do convívio com a mãe natural e o seu acolhimento em uma outra família, e as experiências vividas neste intervalo, seriam fatores marcantes no desenvolvimento de sua personalidade (Levinzon, 2000).

Segundo Abadi e Lema (1989), a descontinuidade do vínculo inicial seria a base de uma maior sensibilidade nas situações de separação e de um medo exagerado da criança de ser abandonada no futuro. Esta sensibilidade ficaria gravada como uma marca biológica, aparecendo antes de qualquer informação sobre a sua origem.

Levinzon (2000) considerou precipitado igualar o abandono a uma patologia, já que a experiência de abandono psíquico poderia ser sentida mesmo na presença dos pais, levando ao questionamento se a criança em situação de abandono concreto teria uma maior tendência a apresentar problemas psicológicos ou inadequação social se comparada às crianças que não tiveram esta experiência em suas vidas. Segundo a mesma autora, mesmo adultos e crianças que não tiveram esta experiência poderiam apresentar fantasias e sentimentos semelhantes, ao conviverem com pais biológicos com muitas dificuldades psíquicas, sentindo-se tão rejeitados ou abandonados quanto as crianças que tiveram esta vivência concretamente.

Quinodoz (2001) referiu-se ao abandono ou adoção do indivíduo por si mesmo, apontando para a identificação, por meio de desejos de abandono, que o indivíduo teria com seus pais biológicos que o abandonaram. Poder descobrir esta identificação e dar-

se conta das partes de si mesmo que teria abandonado, poderia levar o indivíduo a adotar a si mesmo.

Pode-se afirmar que o corte brusco, ocorrido no contato da criança com a família e suas raízes, deixaria um sentimento de abandono e desamparo, num momento em que o ego infantil é frágil para situações precoces de exigência e adaptação. Quanto mais precoce fosse a separação da criança da mãe, ou de um cuidador amoroso, mais destituída de uma experiência constituinte de bons objetos internos ela encontraria. Como a mãe se constitui no primeiro objeto internalizado pela criança, que com seus bons aspectos no cuidado do bebê, torna-se o primeiro objeto bom introjetado, a partir do qual vai se formar seu mundo psíquico, a separação precoce da mãe causa perturbações nas relações de objeto da criança, levando a um ego fragilizado (Klein, 1932/1997, 1946/1991a, 1952/1991c, 1959/1991f).

A angústia de separação representaria uma questão nuclear no equilíbrio psíquico das crianças que vivem em casa-abrigo ou instituições por tempo indeterminado. Sentimentos de abandono, desamparo, iminência de perda do objeto amado influenciariam todas as possibilidades de contato com o mundo externo, suas defesas de sobrevivência e adaptação ao ambiente.

Assim, o sentimento de desconfiança da criança que teria sofrido maus-tratos e abandono, com relação aos objetos, instala-se de imediato nas situações desconhecidas, nas quais as possibilidades de projeções de seu mundo interno se tornariam mais forte.

Os responsáveis pela criança teriam deixado nela marcas físicas e psíquicas, realizando um corte em seu desenvolvimento emocional. Tal corte constituiria

prejuízos para a subjetividade e o desenvolvimento mental da criança, pois teria propiciado a internalização de um mundo interno povoado de objetos perseguidores e maus.

Considera-se que a criança com experiências de maus-tratos e abandono, teria mais dificuldades em estabelecer o objeto bom confiável em seu mundo interno, pois à experiência real se somariam as suas fantasias de destruição, retaliação e culpa, reforçando sua ansiedade persecutória, característica dos impulsos destrutivos (Souza, 2002).

A descontinuidade do vínculo dessa criança com suas principais figuras de afeto teria provocado uma grande sensibilidade frente às situações de separação e um medo terrível de ser abandonada novamente. A ambivalência teria se instalado: se por um lado temeria ser novamente abandonada e maltratada ligando-se a qualquer pessoa que lhe pudesse representar segurança psíquica, por outro, não confiaria nem se entregaria a nenhuma relação mais profundamente.

Considera-se que as experiências desagradáveis e a falta de experiências prazerosas aumentariam a ambivalência da criança, assim como diminuiriam sua confiança e esperança; confirmando suas ansiedades a respeito do aniquilamento interno e da perseguição externa, retardando ou interrompendo processos benéficos através dos quais ela poderia atingir sua segurança interna (Klein, 1940/1991g).

Assim, os impulsos agressivos seriam reforçados pela realidade externa. Os maus-tratos poderiam ser compreendidos pela criança como uma retaliação à sua agressividade. Levando, então, à internalização de um objeto retaliador e também agressivo, aumentando ainda mais a sua persecutoriedade.

Supõe-se que para defender-se a criança faria uma cisão em seus sentimentos e em seus objetos: uma parte entraria em contato com sua realidade e outra a negaria, impedindo que suas dores pudessem ser sentidas e, portanto, elaboradas, já que a cisão das emoções e das primeiras relações de objeto, separaria o amor do ódio, e as relações de objeto boas das más (Klein, 1932/1997, 1946/1991a, 1955/1991d, 1957/1991e, 1958/1991h, 1959/1991f).

Vieira (2001) afirmou que diante de uma ameaça de destruição, de aniquilamento evocado pela vivência de desamparo psíquico, a forma que a criança encontraria para organizar o caos interno seria através da introjeção do objeto ameaçador, funcionando como um meio de conduzir o excesso de estimulação através de componentes psíquicos: os objetos internos. Esses objetos internos permitiriam como que o encapsulamento dos diferentes registros de experiências de percepção e endopsíquicas.

Wiese (2007) afirmou que ao se considerar a exposição infantil aos eventos traumáticos seria fundamental levar em conta a reação que os cuidadores teriam durante e após a experiência, já que as crianças, especialmente as menores, estimariam a gravidade de certas experiências pelo nível de ansiedade e desorganização provocadas nesses cuidadores. Para Vieira (2001), Ferenczi considerava que o golpe certo que condicionaria ao traumatismo os seus efeitos patogênicos seria a negação, por parte de figuras de afeto, da realidade da experiência de sofrimento da criança, como uma imposição de uma forma de representar os acontecimentos que seria oposta aos registros sensoriais e emocionais da criança.

A tarefa da mãe, ou cuidador, seria além de estabelecer uma barreira de estímulos, a operacionalização de estímulos (saciamento das necessidades) e a dotação de significados aos sofrimentos da criança, também oferecer-lhe um modelo de identificação compreensivo, apresentando-lhe um vínculo afetivo onde predominassem os impulsos de vida. A mãe (ou o cuidador direto) dotada de amor e história seria um objeto externo que auxiliaria na construção de um mundo interno no qual a criança possa elaborar as suas experiências, inclusive as experiências traumáticas.

Pensando nas crianças de casa-abrigo, observa-se que a família é o próprio agente traumatizante, portanto, elas não contam com o ambiente familiar para ajudá-las. Além disso, ao chegarem a instituição, as crianças geralmente não contam com acolhimento adequado, pois a quantidade de crianças nos abrigos é muito grande e a infra-estrutura, em geral, não favorece o atendimento de suas necessidades emocionais, o que muitas vezes perpetua o trauma do abandono.

Costa (2006) relatou que a situação do abrigamento é referida pelas crianças como permeada pela violência e pela perda das figuras de referência. Motta (2002) discutiu o dano causado ao processo de apego em crianças institucionalizadas e o luto vivido por elas quando houve a separação de sua família biológica ou de seus cuidadores primários.

Segundo Motta (2002), na institucionalização não há lugar para as necessidades individuais e poucas oportunidades para trocas afetivas. Assim, as crianças institucionalizadas têm falta de uma convivência em família, dificuldade de obter atenção individualizada e necessidade de se submeter a rotinas rígidas que não

privilegiam a individualidade. Essas experiências, por sua vez, dificultam o desenvolvimento de sentimentos de integridade e de identidade da criança.

A imprevisibilidade do meio, caracterizada pela variação e mudança dos cuidadores, diferenças técnicas no atendimento, a falta de consenso sobre o processo educacional, bem como a mudança da criança de uma instituição para outra, provocam alto nível de insegurança pessoal, medo e falta de confiança no outro (Motta, 2002).

Silva (2006) ressaltou os prejuízos que a institucionalização prolongada poderia trazer para a formação da identidade e para o desenvolvimento da criança: dificuldade em planejar e refletir sobre o seu futuro e pessimismo em relação a relacionamentos afetivos, entre outros. A hipótese para esses prejuízos seria a de que essas crianças teriam sua concepção de mundo baseada no abandono sofrido por elas, não somente pelos pais, mas também pelo Estado e pela sociedade como um todo.

Motta (2002) observou que seriam várias as razões para o recurso da institucionalização, destacando-se entre elas a falta de recursos financeiros da família e também a falta de alternativas propostas pelos meios de assistência pública.

No contato com a problemática das crianças cujo atendimento psicológico foi estudado nesta pesquisa, percebeu-se que a instituição muitas vezes é, senão a melhor saída para elas, a única. Sua estrutura familiar foi rompida e elas deixaram de ter qualquer referência familiar externa ou, a problemática familiar é tão complexa e tão intenso é o nível de violência vivido por elas, quando estão junto dessa família, que estar no abrigo constitui-se na melhor opção para a garantia de sua saúde física e mental. Percebe-se nesses casos a necessidade de medidas públicas (como a família

substituta ou maior rapidez nos processos de adoção) que propiciem que elas permaneçam o menor tempo possível institucionalizadas.

A desorganização psíquica das crianças abandonadas em casa-abrigo, seu extremo sofrimento psicológico levaria a estados de funcionamento psicóticos. Rustin (2000a) destacou que ao tentar aliviar seu sofrimento mental, essas crianças infligiriam sua ansiedade aos outros, na tentativa de proteger-se de estados insuportáveis de tensão. Assim, aqueles que delas se aproximariam: monitores das instituições, psicólogos e famílias substitutas, ficariam frustrados, perturbados e extremamente ansiosos. Inconscientemente, essas pessoas tenderiam, por sua vez a ficar enraivecidas, aterrorizadas e perturbadas com a resposta emocional recebida, já que as crianças não responderiam de maneira compreensível às demandas comuns da vida, desnortando o ambiente a sua volta.

Lemay (1990), como educador, observou crianças que viveram carências afetivas importantes, relacionadas a perdas não-reparadas das figuras de afeto ou uma falta permanente dessas figuras, seja porque foram abandonadas, não adotadas, mudadas frequentemente de instituições ou não puderam ser acolhidas no seio de uma família como seres em crescimento e desenvolvimento.

Segundo o mesmo autor (Lemay, 1990), essas crianças apresentariam a seguinte sintomatologia: ao mesmo tempo em que teriam extrema avidez afetiva, seriam incapazes de manter por muito tempo os vínculos estabelecidos; viveriam constantemente a ansiedade do abandono e da rejeição e ao mesmo tempo confirmariam e reafirmariam a necessidade dessa ansiedade e medo, por se colocarem em situações para serem abandonadas; seriam excessivamente insatisfeitas, o que as

levaria a se opor e a preencher seu vazio interior através de furtos; teriam baixa tolerância à frustração; apresentariam freqüentes atrasos no domínio da aprendizagem escolar; apresentariam uma falta de desembaraço gestual; ao buscar excessivamente a auto-estimulação, se tornariam vulneráveis às drogas, ao álcool e às solicitações sexuais. Devido à precariedade de sua personalidade e sua necessidade quase compulsiva de reparar a ausência da figura materna, seriam facilmente conduzidas a repetir muito precocemente com seus próprios bebês a sua história anterior. Os adultos ao lidar com essas crianças, para se tornarem, para elas, figuras reparadoras teriam que ter uma compreensão simultânea de sua dinâmica e de suas exigências.

Cicchetti e Toth (1995) destacaram as dificuldades mais freqüentes que ocorreriam em situações que envolveriam o afeto de crianças que sofreram maus-tratos, já que o processo de aquisição e demonstração do afeto se desenvolveria na relação da criança com seu cuidador. Os mesmos autores observaram a emergência de afetos negativos e pobreza de afetos positivos, irritação, medo e agressividade diante de impasses nas relações afetivas. Observaram também que crianças maltratadas se mostravam mais frustradas e intolerantes quando comparadas a crianças não-maltratadas e com mais dificuldades em relacionamentos interpessoais. Os relacionamentos de crianças maltratadas apresentariam com maior freqüência situações de agressões físicas e verbais concomitante com situações de evitação e retração frente aos seus pares, o que colaboraria para um nível menor de competência social e maior rejeição do grupo social do qual façam parte.

Devido ao seu profundo sofrimento compreende-se que essas crianças estejam muito doentes psiquicamente. Os estados mentais psicóticos caracterizam-se por uma

profunda perturbação na relação com as realidades interna e externa, podendo ser explicados como uma grave perturbação na apreensão da vivência emocional.

Nestes casos, o atendimento ludoterápico poderia ajudar a criança a, gradativamente, separar a realidade externa da realidade interna, levando a uma possibilidade de pensar a experiência emocional, quando o psicoterapeuta acolheria suas fantasias inconscientes, possibilitando a simbolização, outrora impedida e a possibilidade de conciliação com o sofrimento, que tenderia a se manifestar como um processo de luto, uma aceitação da realidade dolorosa. Seria a compreensão da dor e da relação com o objeto traumatizante que estaria na base da superação do trauma. A tarefa da psicoterapia dessas crianças seria, em última instância, a da conjugação de muitos sentidos: um processo de elaboração de lutos das partes feridas e perdidas, da decepção com o objeto e das perdas concretas.

A ludoterapia de trauma e abandono

5 A LUDOTERAPIA DE TRAUMA E ABANDONO

Ao procurar uma aplicação do trabalho psicanalítico, feito até então com adultos, na análise de crianças, Klein (1932/1997) desenvolveu uma técnica especial que viria a ser base para a ludoterapia psicanalítica: como não era possível pedir às crianças que fizessem associações livres verbais, já que sua pouca idade limitava a sua capacidade verbal, Klein forneceu-lhes brinquedos e encorajou-as a brincar livremente. Suas interpretações baseavam-se no jogo das próprias crianças e descreviam os sentimentos e as fantasias que as mesmas expressavam ao brincar.

Assim, na psicanálise de crianças, brincar corresponde ao princípio fundamental da psicanálise, ou seja, a associação livre e as interpretações correspondem aos outros dois princípios fundamentais: a investigação do inconsciente e a análise da transferência. Para Klein (1952/1991b) trabalhando desta forma, seria possível o acesso aos primitivos estágios do desenvolvimento humano.

Klein (1932/1997) interpretava as palavras da criança e suas atividades com os brinquedos, considerando que todo o seu comportamento seria um meio de expressar o que o adulto manifestaria predominantemente através das palavras.

A forma simbólica de expressão da criança de suas fantasias, desejos e experiências - através dos jogos e brinquedos - seria equivalente ao modo de expressão arcaico da linguagem dos sonhos. Para entendê-la seria necessário que a abordássemos

através da forma como Freud (1900/1996b) buscou abordar a linguagem dos sonhos. O simbolismo seria apenas uma parte dela, já que além de destacar o significado dos símbolos na brincadeira, seria necessário considerar a relação de cada fator com a situação como um todo.

Assim, um único brinquedo pode ter, repetidamente, significados muito diferentes, que só poderão ser inferidos e interpretados se forem consideradas as conexões entre si e a situação analítica na qual se inserem. Outro mecanismo primitivo associado ao brincar da criança seria o *acting out*, já que, enquanto brinca, ela mais age do que fala, colocando em atos o que poderia ser expresso em palavras.

Em seus estudos, Klein (1932/1997) mostrou que desde o princípio, seu interesse se encontrava nas ansiedades e nas defesas das crianças contra as mesmas. Para aquela autora, importava o fato de que mesmo crianças muito pequenas pudessem se achar sob a pressão de sentimentos de culpa, e assim se o ódio e as tendências agressivas se constituíssem em causa mais profunda para tais sentimentos, esta seria uma pré-condição para a análise de crianças pequenas.

Ao referir-se ao atendimento psicanalítico de crianças traumatizadas por maus-tratos, diversos foram os autores que relataram sentimentos de desamparo, desespero e caos dessas crianças (Alvarez, 1994; Mello, 1999; Dubinsky, 2000; Sussman, 2000; Rotondaro, 2002).

Considerando as possibilidades de atendimento psicoterapêutico com crianças traumatizadas, Mello (1999) observou que ao brincar, as crianças que sofreram violência física, se utilizariam menos de jogos simbólicos e usariam brinquedos com menor grau de elaboração, preferindo jogos repetitivos e às vezes optando por

brincarem sozinhas. Nas situações de brincadeira, possivelmente, haveria a repetição do trauma vivido com o objetivo de elaborá-lo. O atendimento psicológico, principalmente nesses casos, poderia ser um facilitador para a expressão e elaboração das situações traumáticas e, a partir do tratamento psicológico a criança poderia deixar de repetir para transformar, podendo retomar seu desenvolvimento psíquico natural.

Rotondaro (2002), ao relatar o atendimento psicológico realizado em um abrigo, observou a demora de algumas crianças em estabelecer vínculos, pois estes seriam sentidos como ameaçadores. Segundo a mesma autora, ao fazer um vínculo (desde que respeitado o ritmo de cada criança) as crianças buscariam no terapeuta acolhimento e sensibilidade para perceber os seus medos e necessidades.

Dubinsky e Dubinsky (2000) destacaram que experiências traumáticas levariam as crianças à internalização de figuras extremamente más e ao domínio do seu mundo interno por fantasias sadomasoquistas e de intrusão. As defesas desenvolvidas pelas crianças contra a dor mental seriam em graus extremos e a pouca continência emocional oferecida pelo ambiente externo, gerariam estados mentais psicóticos.

Freud (1911/1996e) indicou que o afastamento da realidade considerada insuportável, total ou parcialmente, levaria à doença mental. As crianças, aqui consideradas, buscaram afastar-se da dor mental infligida pelas figuras más internalizadas e das fantasias aterrorizadoras que as perseguem como consequência dos sentimentos de abandono físico e emocional, desamparo, violências sofridas.

Uma forma de se defender seria negar o desamparo, uma característica que Freud (1926/1996q) reconheceu como central nas experiências traumáticas. Identificar-se com o agressor seria uma forma de, na fantasia, evitar ficar no papel de

vítima e de impotência. O que geraria reações maníacas para um sentimento de onipotência e invulnerabilidade que tanto as exporia.

Pensando na situação de atendimento psicanalítico destas crianças, Alvarez (1994), Dubinsky (2000), Sussman (2000), Dubinsky e Dubinsky (2000) aprofundaram o estudo dos aspectos de funcionamento psicótico que essas crianças desenvolveriam. Consideraram que a reprodução externa, feita pela criança, da falta de objetos internos bons e firmes, tornaria ainda mais difícil o recebimento de ajuda por parte do psicoterapeutas.

De acordo com Dubinsky (2000),

os estados psicóticos ocorrem como resposta a um sofrimento mental, acima da capacidade de tolerância do ego. Pode ser devido à natureza da experiência emocional ou à imaturidade da personalidade. Quando esses estados tornam-se uma maneira habitual de lidar com o sofrimento mental, o desenvolvimento da personalidade fica profundamente afetado, e a doença mental, instituída (p. 13).

Alvarez (1994) destacou que diante de situações de desespero e violência, as crianças, vítimas dessas situações, desenvolveriam manobras protetoras, de desligamento e endurecimento, que poderiam ser tão patológicas quanto o transtorno original e talvez muito mais imobilizadoras, o que as levaria a um funcionamento psicótico. Nesses casos, os psicoterapeutas que trabalhassem com tais crianças, precisariam fazer mais do que sentir e pensar por elas; algumas vezes, teriam que carregar, para elas, o conhecimento de que elas e o mundo, realmente existem.

Assim como, os psicoterapeutas de tais crianças, precisariam saber, que simples explicações do que quer que tenha ocorrido com elas seriam inúteis para dominar o seu desespero. O que realmente ajudaria seria a corajosa escuta receptiva, assim como uma

atitude firme, em relação às projeções possivelmente bastante terríveis das crianças, relacionadas à sua desesperada necessidade inconsciente de fazer, com seus terapeutas, aquilo que sentiram que lhes foi feito por outras pessoas (comumente, os próprios pais). Para a autora, seria um alto preço, em termos emocionais, a ser pago pelos profissionais que se dedicam a tratar pacientes tão prejudicados como as crianças mencionadas.

Alvarez (1994) afirmou que “As crianças que tiveram a mente e o corpo danificados por intrusões de abuso sexual, violência, ou negligência,... podem vivenciar um tipo de profundo desespero e ceticismo, muito além daquele sentido pelos pacientes neuróticos” (p. 3).

De acordo com a autora citada acima, na prática, grande parte do tempo da psicoterapia de crianças traumatizadas por maus-tratos seria usado na tarefa de auxiliá-las a aprenderem coisas como contenção, autocontrole e reflexão; em um movimento de tentar esquecer o passado para ficar livre dele. O passado patogênico dessas crianças estaria além do alcance da psicoterapia, não porque estaria acabado e encerrado, mas precisamente porque continuaria a provocar danos atuais na vida externa da criança.

O processo de aceitação da dor, da perda, do trauma ou do abuso seria complexo, longo, nem sempre visível e não necessariamente verbalizado. Enquanto o paciente mais moderadamente traumatizado, cujo distúrbio estivesse afetando sua personalidade no nível neurótico, poderia precisar lembrar o trauma para poder esquecê-lo, as crianças cujo trauma fosse mais severo e mais crônico poderiam

precisar esquecê-lo, primeiramente, para poderem ser capazes de lembrá-lo e libertar-se dele, posteriormente.

Pynoos e Eth (1985) sugeriram que uma das maneiras sutis que a exposição à extrema violência (principalmente a violência dos casos de abuso sexual) pode afetar uma criança seria através de influências traumáticas sobre os processos de desenvolvimento em andamento: como memória, cognição, aprendizagem, e, é claro, sobre a personalidade. Enfatizaram que a terapia deveria ser oferecida à criança o mais precocemente possível, tendo como característica um tipo de tratamento que estivesse mais estreitamente relacionado às modernas definições psicanalíticas dos fatores curativos do que às antigas teorias baseadas na reconstrução e na revelação de memórias perdidas ou reprimidas. Alvarez (1994) postulou “quase uma memória do esquecimento, como oposta à teoria do relembrar, embora esteja consciente de que isso é uma simplificação grosseira e certamente falsa” (p. 163).

Segundo Alvarez (1994), talvez nem fossem desenvolvidas defesas contra a ansiedade em uma criança cronicamente deprimida, mas se elas se apresentassem poderiam sinalizar uma aquisição da criança em seu processo de desenvolvimento. Assim, um pouco do alarme sentido pelos psicoterapeutas em relação a crianças profundamente retraídas poderia ser, em parte, uma resposta a uma poderosa projeção do desespero que o paciente seria incapaz de sentir por si mesmo. Mas o alarme também poderia ser uma resposta a algo ainda mais doente no paciente, algo que desistiu e tornou-se incapaz de enviar qualquer comunicação. A resposta do terapeuta seria, por assim dizer, evocada dentro dele próprio por um ato ativo da imaginação.

Urgência horror e desespero poderiam, em consequência, ser respostas apropriadas a alguns estágios da doença mental, desintegração mental e quase-morte psíquica.

Ao investigar a correlação entre as funções maternas e comuns com relação aos seus bebês que corresponderiam às respostas dos terapeutas aos seus pacientes, Alvarez (1994) concluiu que as atividades reclamatórias do terapeuta que se conectassem a sentimentos de alarme, urgência, cuidado intensivo, empatia, dirigidas a situações limites em pacientes desesperadamente doentes, teriam a ver com as atividades normais, reivindicatórias, que as mães teriam com seus bebês.

Ao referir-se às características do atendimento psicoterapêutico com crianças maltratadas, Alvarez (1994) destacou como é difícil qualquer transição para essas crianças, e como seria importante, em certos estágios de seu tratamento, tranquilizá-las e confortá-las. Não que as mudanças precisassem ser negadas. Mas, as interrupções ou mudanças por acontecer, tais como, mudança de horário ou, uma mudança de terapeuta, deveriam ser preparadas e conversadas antes e depois do evento, de modo que os dolorosos choques pudessem ser absorvidos, digeridos, compreendidos e, conseqüentemente, apreendidos, ao invés de negados pela dupla.

A confiabilidade e a regularidade dos atendimentos psicoterapêuticos proporcionariam uma oportunidade para que uma estrutura e ordem comesçassem a se desenvolver na mente da criança. O problema para o terapeuta seria manter o equilíbrio entre aproximar-se suficientemente do paciente para permanecer em contato – o que com muitas crianças perturbadas poderia implicar séria inquietação e preocupação, raiva e desespero – e ficar afastado o suficiente para ser capaz de pensar. Sobre a realidade externa, Alvarez (1994) afirmou que talvez o terapeuta até pudesse

fazer alguma coisa pra mudar os fatores externos, mas muito frequentemente o que se poderia fazer não seria o suficiente para resolver concretamente a situação da criança. Entretanto, dentro do possível na situação de atendimento ludoterapêutico, poder-se-ia proporcionar uma oportunidade emocional para que alguma coisa nova acontecesse dentro da criança. Esta oportunidade estaria relacionada ao contato com o terapeuta.

A incapacidade de compreender a experiência emocional que crianças traumatizadas apresentariam foi destacada por Dubinsky (2000). Essa falha impediria o pensamento simbólico que se restringiria a manipular e projetar, ficando a dor mental sem possibilidades de modificação e a mente se refugiaria no pensamento concreto, o que geraria confusão.

Dubinsky (2000) definiu experiência emocional como “a associação de emoções, de impressões sensoriais e de pensamentos, inclusive fantasias inconscientes, presentes na mente em determinado momento” (p. 14). Sem a transformação proporcionada pela compreensão emocional a experiência emocional seria uma forma apenas de projeção ou recordação não elaborada das situações vividas, levando à atuação. A compreensão emocional seria gravemente afetada por emoções excessivamente intensas, principalmente a dor mental. O papel do terapeuta seria o de suprir as deficiências da compreensão emocional do paciente.

O fracasso da compreensão emocional levaria aos impulsos de aniquilação ou autodestrutivos. Crianças e adolescentes suscetíveis a estados psicóticos mostrariam profundo desamparo, correspondente a uma incapacidade de compreender vivências de dor mental. Essas vivências refletiriam situações primárias em que a dor mental foi além da capacidade do ego de suportá-la, por ser ainda imaturo. Além de situações

traumáticas reais, poderiam estar relacionadas a uma falta de cuidado emocional por parte de uma mãe perturbada ou deprimida.

Para Dubinsky (2000), para lidar com o sentimento de desamparo e, portanto, com a dor mental, as crianças poderiam recorrer à onipotência. Sussman (2000) destacou a utilização de fantasias de violência e perseguição em uma paciente vítima de abuso sexual e negligência, como forma de relatar a experiência passada, mas também como forma de manter-se coesa diante do caos e do terror em que se encontrava. Por meio de continência desses estados mentais por parte da terapeuta, a criança poderia ser capaz de introjetar uma terapeuta atenta, pensante, que poderia ajudá-la a elaborar os sentimentos ambivalentes em relação às figuras afetivas.

Para Sussman (2000), em casos de abuso sexual seria preciso que a terapia se voltasse mais para o mundo interno da criança e sobre o significado de suas experiências no presente e não sobre as experiências traumáticas do abuso e do passado. Seriam as funções de contenção da terapeuta, que internalizadas pela criança, a ajudariam a desenvolver sua capacidade de pensar, facilitando a passagem de um pensamento concreto para a simbolização.

Vieira (2001) destacou que a insensibilidade do analista, fruto de um distanciamento afetivo do paciente, poderia provocar neste último uma revivência de situações ameaçadoras de perda do amor do objeto.

Citando Ferenczi, Vieira (2001) afirmou que na psicoterapia com a criança traumatizada, não bastaria nomear o irrepresentável, seria preciso exorcizar a dor. Não bastaria descarregar, seria preciso um trabalho conjunto, uma mudança no ambiente que propiciasse a reconstrução dos fatos acontecidos, não mais como lembrança, mas

como uma experiência emocional corretiva. O que seria essencial na relação que cura seria o contraste entre o passado e o presente. Sem o contraste, o que se teria seria a repetição, o reforço do sintoma e recalcamiento. A presença de alguém como quem compartilhar as marcas da vida seria indispensável. O trauma deveria ser comunicado e compartilhado porque estar só conduziria à clivagem.

O terapeuta deveria cumprir o papel, suprimindo a falha ambiental, que antes não fora exercido: o papel de barreira de estímulos e como função materna, deveria ser também concebido como processador de estímulos, através da atitude amorosa, uma condição unificadora externa auxiliar na integração do ego do paciente.

Segundo Vieira (2001), Ferenczi acrescentou mais um fator ambiental, relacional, que definiria o rumo dos acontecimentos: se a criança fosse acolhida a tempo, se fosse reconhecida a realidade do ataque e de seu sofrimento, o desfecho poderia ser benéfico, e ela poderia ter condições de superar a experiência traumatizante. Falar sobre o evento seria em parte responsável pelo efeito preventivo, quando ela poderia recordar, com descarga afetiva, uma ou varias vezes o caráter impressionante do acontecimento externo: participar a uma outra pessoa o que aconteceu, à maneira de uma queixa ou para encontrar ajuda ou compaixão.

Seria preciso contar a uma pessoa o que aconteceu representando o agressor, e uma repetição auto-imitadora da reação emocional que se experimentou no decorrer do evento. Seria, assim, uma representação para um espectador, para aquele que pudesse ver a dor, e que se tornasse testemunha dela. Se não houvesse condições de partilhar o sofrimento, e a criança se sentisse duplamente abandonada, por quem empreendeu o

ataque e por alguém que poderia tê-la acolhido, seria realizado o maior dos terrores, o total abandono, equivalente a um silêncio de morte.

***A supervisão psicanalítica da
ludoterapia de trauma e abandono***

6 A SUPERVISÃO PSICANALÍTICA DA LUDOTERAPIA DE TRAUMA E ABANDONO

Considerando a supervisão da psicoterapia de pacientes traumatizados, Lansen e Haans (2006) e Woodcock (2007), que supervisionaram atendimentos psicoterapêuticos de refugiados de guerra, destacaram que esta supervisão seria imprescindível, tanto para grupos de profissionais multidisciplinares, de instituições que trabalhem com pacientes traumatizados, quanto para os psicoterapeutas, que atendem em grupo ou individualmente pacientes nestas condições.

Lansen e Haans (2006) buscaram fazer um levantamento dos casos por eles supervisionados, investigando quais seriam os problemas mais freqüentes que motivariam os profissionais que atendem pacientes traumatizados a solicitarem supervisão. Destacaram como mais freqüentes: 1) a dificuldade em definir bem o caso atendido (denominado por eles de *case concept*) e 2) o impacto emocional do trabalho terapêutico nos psicoterapeutas.

Segundo os autores acima citados (Lansen & Haans, 2006), o *case concept* estaria relacionado às dificuldades de compreender o caso, relacionadas ao pouco conhecimento do psicoterapeuta sobre trauma, que conduziria ao uso de modelos de trabalho improdutivos e resultariam no emprego inadequado de métodos psicoterapêuticos. Segundo os mesmos autores, tais profissionais seriam inclinados a

pensar exclusivamente em idéias clínicas, desconsiderando, no processo as questões sociais, econômicas e até políticas.

As dificuldades dos psicoterapeutas em definirem e compreenderem o caso de pacientes traumatizados residiria no fato deles provavelmente não associarem que diversas noções de psicopatologia e tratamento de desordens mentais tais como seriam ensinados na clínica comum, não se adequariam às pessoas traumatizadas. Existiria, portanto, uma tendência dos psicoterapeutas a considerarem problemas como baixa auto-estima, agressividade contra companheiros, falta de confiança nos outros, atribuição aos cuidadores de bons ou ruins e comportamentos manipulativos, em termos de psicopatologia e características de personalidade. Para Lansen e Haans (2006), o que estaria sendo desconsiderado por esses profissionais, seria o fato de que os fenômenos citados poderiam ser possíveis efeitos da destruição causada por traumas extremos, das dificuldades circunstanciais da vida das pessoas traumatizadas, ou por diferenças culturais.

A segunda categoria de problemas observados pelos autores (Lansen & Haans, 2006) seria concernente às reações contratransferenciais surgidas na psicoterapia de pacientes traumatizados e que têm um impacto emocional importante nos psicoterapeutas.

Os referidos autores (Lansen & Haans, 2006) destacaram alguns aspectos contratransferenciais dos psicoterapeutas que foram observados com maior frequência: empatia excessiva e distanciamento insuficiente do paciente, confusão, carência de progresso, sentimentos de impotência e raiva (emaranhamento empático), muito distanciamento, falta de empatia (frequentemente depois de um período de muito

envolvimento, seguido de desapontamento, sentimentos de desamparo e culpa). Lansen e Haans (2006) destacaram ainda que, em muitos dos casos analisados, foram observados excessos em relação a: identificação, engajamento e confusão com os sentimentos trazidos pelos pacientes. Estes fatores poderiam levar os psicoterapeutas, tanto de grupo quanto individuais, a desenvolverem sintomas chamados de *trauma indireto* ou *trauma secundário* (Lansen & Haans, 2006).

Woodcock (2007), que orientou grupos de supervisão de psicoterapeutas que trabalham com pessoas que sofreram diferentes tipos de trauma (guerra, abusos sexuais, assassinatos de parentes próximos, torturas etc.), em sua pesquisa sobre a necessidade de supervisão a esses profissionais, destacou a necessidade dos mesmos de compartilharem com o supervisor (e eventualmente com o grupo de supervisão) o choque emocional vivido por eles em seu trabalho terapêutico com essas pessoas. Esse compartilhamento traria alívio, ajudaria a trazer a sua experiência terapêutica à consciência e auxiliaria na elaboração dos conteúdos emocionais despertados. Woodcock (2007) destacou também, o papel do supervisor como o de alguém que conheceria de perto o trabalho realizado, dando possibilidades aos supervisionandos de falarem abertamente sobre suas experiências na psicoterapia.

Ao destacar suas alterações de humor (irritação, raiva, explosão fácil) nos fins de semana em seguida ao seu contato com as supervisões de psicoterapeutas que trabalham com pacientes traumatizados, o autor salientou o quanto o trabalho com trauma afetaria os profissionais e como seria difícil de compreender tal fato. Tais dificuldades ocorreriam em função do horror, relativo às experiências traumáticas do paciente se alojar na mente mais como uma memória encapsulada do que como uma

memória narrativa, levando o psicoterapeuta a esquivar-se das conexões que possibilitariam a coexistência da experiência e do pensamento narrativo na consciência.

Segundo o mesmo autor (Woodcock, 2007), o psicoterapeuta que trabalha com situações traumáticas se sentiria extremamente solitário, utilizando-se da supervisão como um espaço livre para pensar e experienciar o trabalho clínico com perspectivas diversas das vividas, encontrando colegas com experiências de trabalho semelhantes que o/a entenderiam.

Woodcock (2007) identificou que os psicoterapeutas que trabalhavam com sobreviventes de trauma seriam mais propensos a se tornarem ansiosos, irritáveis, bravos, perturbados por pensamentos intrusivos e experiências sobre o trabalho e também um tanto dissociados. Assim, no trabalho com trauma, os psicoterapeutas poderiam tentar voltar sua atenção para situações de afirmação da vida, como evitação do custo emocional da situação traumática. No entanto, esta atitude poderia lhes acarretar perturbações, assim como redução na percepção das conseqüências para si mesmo e para suas relações. O autor (Woodcock, 2007) destacou, então a importância da supervisão e da psicoterapia pessoais desses psicoterapeutas, que a partir delas poderiam ver a ligação dos fatos difíceis da vida com a sua própria capacidade de encontrar significados e valores emocionais.

*As percepções da supervisão da
ludoterapia de trauma e abandono*

7 AS PERCEPÇÕES DA SUPERVISÃO DA LUDOTERAPIA DE TRAUMA E ABANDONO

As supervisões oferecidas pela pesquisadora tiveram início após trabalho realizado enquanto estagiária e psicoterapeuta de algumas crianças abrigadas na mesma instituição. Deste trabalho, originou-se uma dissertação de mestrado sobre o atendimento de uma criança abandonada na instituição (Souza, 2002). Durante os atendimentos e a pesquisa anterior, percebeu-se que poderia ser criado um espaço de crescimento tanto para a supervisora quanto para os estagiários e psicólogos que compartilhassem com ela as mesmas motivações. Percebeu-se que a supervisão dos psicoterapeutas poderia favorecer o acesso de um maior número de crianças que pudessem e buscassem receber atendimento psicológico.

Assim, com um olhar mais abrangente, com o compromisso com a formação de psicólogos que pudessem se sensibilizar com a realidade destas crianças, a pesquisadora se envolveu no trabalho de supervisionar estagiários e psicólogos no atendimento de crianças que foram abrigadas em uma instituição para crianças vitimizadas.

Como a maioria dos atendimentos supervisionados teve início enquanto os psicoterapeutas eram estudantes estagiários de psicologia e devido às possibilidades de crescimento e ao vínculo que se estabeleceu entre psicoterapeuta/criança e

supervisor/supervisionando, os trabalhos de supervisão e de psicoterapia tiveram caráter voluntário.

Devido a um relacionamento de confiança entre as coordenadorias da instituição (que mudaram ao longo do tempo) e a supervisora, a instituição solicitava e recebia os psicólogos e estagiários que se dispunham a atender as crianças por ela indicadas. Quando surgiam dificuldades maiores relacionadas à criança em atendimento, era comum que a instituição solicitasse reuniões ao psicoterapeuta e à supervisora, para conversarem sobre o que estava acontecendo e quais as medidas a serem tomadas. A existência e frequência dessas reuniões dependiam muito da problemática da criança envolvida e também das características da coordenadoria no período específico.

Independentemente das solicitações de conversa advindas da instituição, os psicoterapeutas eram orientados a sempre buscarem informações que fossem importantes para os atendimentos das crianças e também conversarem sobre pontos de dúvidas sobre alguma conduta ou experiência que estivessem vivendo. Do ponto de vista dos psicólogos e da supervisora, a instituição deveria ocupar o lugar da família da criança responsabilizando-se e respondendo por ela.

Várias tentativas de atendimento fora da instituição enquanto as crianças estavam abrigadas foram frustradas, por razões como: as dificuldades de horários para o transporte de todas as crianças e a ausência de um responsável para estar com elas quando o transporte pudesse se atrasar para buscá-las, levaram à decisão de que as crianças fossem atendidas na própria instituição ou em outras instituições frequentadas

por elas. Nestes casos, eram os psicoterapeutas que iam onde elas estivessem para atendê-las em psicoterapia.

Alguns atendimentos que tiveram continuidade após o desabrigamento das crianças ocorreram a partir da iniciativa dos psicoterapeutas de se dirigirem a uma instituição próxima da casa da criança, o que permitiria que ela, com o devido consentimento dos responsáveis e de acordo com sua vontade, prosseguisse com a ludoterapia. Pôde-se observar que quando as crianças eram desabrigadas e precisavam dos responsáveis para levá-las aos atendimentos, tornava-se comum que os familiares das crianças (família de origem ou adotivos) abandonassem a psicoterapia delas. Supõe-se que o fator mobilizador dessa conduta, além das dificuldades financeiras para transporte em alguns casos, fosse a dificuldade de entrar em contato com os motivos que teriam levado a criança ao atendimento psicológico. Não levá-la às sessões seria uma forma de evitar esses conteúdos.

Para a realização dessa pesquisa, foram analisadas as supervisões de atendimento em ludoterapia de cinco crianças institucionalizadas.

Apesar da particularidade de cada história e de cada ser humano envolvidos, considera-se que eles possam ter uma abrangência que caracterize aspectos comuns a atendimentos e supervisões de crianças em situação de trauma e abandono como as relatadas.

Assim, serão apresentadas as percepções da pesquisadora durante a análise dos materiais de supervisão.

7.1 AS HISTÓRIAS DOS ATENDIMENTOS SUPERVISIONADOS

Os relatos dos atendimentos supervisionados consideraram as transcrições de sessões feitas para a supervisão, as anotações da supervisora e a forma como a supervisora pôde compreender os fatos. As citações em itálico reproduzem fielmente a transcrição feita pelas próprias psicoterapeutas e os nomes adotados para as psicoterapeutas e seus pacientes são fictícios com o objetivo de preservar a identidade de ambos.

7.1.1 Camila e sua paciente Ana

O atendimento de três sessões semanais de Ana teve início quando a sua institucionalização ainda era recente. Camila, a estagiária de psicologia que se propôs a atendê-la em ludoterapia havia tido uma experiência frustrante em ludoterapia com uma outra criança, que havia durado mais ou menos três meses seguidos de interrupção. Camila apresentava uma sensação de incompetência e abandono ainda presentes.

Ao ser solicitado, à supervisora, atendimento psicoterapêutico por parte da instituição onde a criança estava abrigada, esta sugeriu Camila, estagiária persistente e com muita vontade de realizar um bom trabalho psicoterapêutico.

Ana contava três anos de idade quando foi abrigada na instituição, em função de negligência, desnutrição e problemas emocionais. Camila estava insegura e com dúvidas sobre se conseguiria atender a criança e principalmente, se conseguiria comunicar-se com uma criança tão pequena.

Os primeiros contatos de Ana com Camila foram de desconfiança. A criança demonstrava sua pouca continência emocional através das suas roupas molhadas de urina e do pedido para ser colocada no colo. Parecia transbordar emocionalmente pelo nariz que sempre escorria e pelo ‘xixi’ que não conseguia conter.

Nas primeiras sessões, Ana mostrou-se arredia, solitária e raivosa, ressentida no seu contato com Camila, ao mesmo tempo com medo de se aproximar.

Por outro lado, a angústia de Camila no contato com Ana era visível. Ambas pareciam muito assustadas e o silêncio de Ana e a falta de contato visual dificultavam qualquer tentativa de Camila dela se aproximar.

Ana parecia identificar-se com o ‘coelhinho’ que surgia nas sessões ludoterápicas e que chorava porque ficava sozinho, mas manifestava com ele a mesma falta de acolhimento que vivia: *“Deixa ele chorando”*. A angústia de Camila ao se despedir, diante de tanta solidão, encontrava uma justificativa racional, através do consolo que dava a ambas: o fato de que voltaria para atendê-la na próxima sessão. Ana manifestava seu sofrimento, punindo o coelhinho que não podia brincar e queixando-se das *“tias”* que não queriam dar o bolo para ela comer. Camila também era sentida como alguém que demorava a vir, deixando-a sem o alimento psíquico, somente com fome e dor.

Ana isolava-se num mundo próprio, possivelmente porque não se sentia podendo contar com ninguém quando ela precisava, dando as costas para o mundo que sentia que havia lhe dado as costas. Assim também, ela fazia com Camila, brincando sozinha, de costas para a psicoterapeuta. Camila buscava o contato. Em suas transcrições, era visível seu esforço: *“Tento chamar Ana para uma aproximação comigo”*.

Ana reagia manifestando sua raiva nos desenhos que fazia. Apareciam aranhas pequenas e grandes, cobras assustadoras, a mãe bruxa. Ao mesmo tempo, o círculo em volta dos desenhos sugeria a segurança e proteção de que ela tanto necessitava. Os desenhos das portas feitos por Camila a pedido de Ana, em quase todas as sessões, poderiam simbolizar a tentativa de abrir portas que Ana sentia que teriam se fechado para ela, quando foi abrigada na instituição. Camila parecia sentir-se responsável por essa abertura, carregando o peso dessa responsabilidade.

Começou, então, a aparecer “sangue” nos desenhos, possivelmente simbolizando os machucados internos da criança. Mas, ela também mostrava um mecanismo de rejeição de tamanha dor e sempre que a proximidade de percepção da dor se tornava maior, o sangue virava chocolate.

Com a continuidade das sessões e o cuidado de Camila para compreender o que se passava com Ana (além da manutenção de frequência, horário e preservação do enquadre) pôde-se perceber que a angústia do início do tratamento havia se tornado um pouco mais suportável e a condição de acolhimento proporcionado pela psicoterapeuta e pelo processo terapêutico começava a surgir. No começo, mais concretamente, a psicoterapeuta mostrou preocupação com o nariz de Ana: aquilo que

no início provocava repulsa, havia se tornado objeto de cuidados. Camila ajudava Ana a assoar seu nariz, buscava papel para tal, cuidava dela. Ao mesmo tempo, Camila, mostrava-se bem firme em suas negativas durante as sessões, o que podia sugerir que ela receava que a criança não as aceitasse, deixando-a em uma situação difícil.

Com o desenrolar das sessões, surgiram os diálogos (raros no início da psicoterapia), assim como o brincar com bexigas, que se tornavam bebês, que caíam e morriam ou que estavam na barriga da mãe.

A visita da mãe de Ana à instituição deixou a criança sobrecarregada, saturada de emoções não dizíveis, sem querer ir à próxima sessão. Por outro lado, este fato, parece ter propiciado uma aproximação com Camila. Nas sessões subseqüentes, a mãe pôde entrar nas histórias da criança e Ana pôde falar dela. Psicoterapeuta e paciente pareceram tornar-se mais próximas, havendo uma compreensão implícita mútua. Camila parecia mais segura no lugar de psicóloga e a boneca que fazia companhia a Ana não era mais necessária quando Camila chegava.

Camila passou a convidá-la a observar o entorno, as coisas interessantes à sua volta e o “durex” surgiu expressando simbolicamente sua função como curativo nas rachaduras, para que estas fossem contidas e tampando os buracos deixados pelas ausências (possivelmente da mãe e da terapeuta). A observação de Camila: *“Você quer que a gente fique grudada?”* Recebeu confirmação de Ana.

Uma nova visita da mãe parece ter facilitado a comunicação de Ana, com Camila: a criança queria um *“telefone que liga”*, mostrando sua necessidade de estabelecer uma ligação com a mãe. Nas sessões, surgiu *“o leite que tem fogo”*, que queimava e não alimentava, apareceram também a raiva e a dependência da mãe que a

abandonara e a sua necessidade de alguém que pudesse cuidar dela. Ana sabia que tinha familiares: mãe, tio, avó, mas não podia contar com nenhum deles.

Quando Ana ficou sabendo que poderia ficar sem a mãe definitivamente, sua tristeza e desespero foram vivenciados na sessão (o fato se confirmou somente quatro meses depois, mas supõe-se que Ana tenha percebido a indisponibilidade da mãe de reassumi-la, quando elas se encontraram). Camila e ela ficaram juntas, lado a lado por volta de duas horas. Ana chorava e transbordava pelo nariz. Quando Ana pôde ir jantar, Camila deu-lhe comida na boca, só a deixando quando percebeu que ela já se distraía com um amiguinho ao lado.

A sessão seguinte foi vivida com Ana tentando escrever o próprio nome, numa tentativa de preservar a sua identidade, necessitando firmá-la precocemente, porque talvez temesse não ter auxílio para tal no seu futuro.

Camila, na transcrição da sessão, pôde referir-se às feridas psíquicas de Ana:

Depois da visita da mãe, quando Ana estava voltando para seu quarto, após a decepção 'mãe x abandono', uma das amiguinhas de Ana abriu a porta e a forçou, pegando o pé de Ana e a machucando. Ela chorou muito, estava sentida por todos os machucados que lhe haviam sido feitos.

A partir daí as brincadeiras passaram a ter mais simbolismos, mostrando uma tendência à simbolização tanto por parte da criança quanto por parte da psicóloga.

Ana já podia sorrir ao ver Camila e esta já podia esperar o momento no qual Ana mostrava querer sua presença. A pergunta: “O *que estamos fazendo?*” feita por Camila na sessão, sugere sua confiança de fazer com Ana aquilo que não havia sido previsto, de seguir o caminho proposto pela criança sem saber onde poderiam chegar.

Como acontecia esporadicamente, a instituição determinava um dia para cortar o cabelo das crianças. Ana era uma criança pequena que não conseguia cuidar sozinha de seu cabelo e havia casos de crianças com piolho na instituição. A decisão da coordenação da instituição era de que seu cabelo seria cortado bem rente à cabeça, da forma como meninos e meninas acabavam ficando indiferenciados. Camila conseguiu adiar este fato, mas não pôde impedi-lo. Após o corte de cabelo, Ana mostrou-se envergonhada no atendimento psicoterapêutico, escondendo-se e parecendo sentir-se feia. Sentia-se agredida e queria agredir alguém ou algo - rasgar, estragar - demonstrando não saber como se defender concretamente. Camila, sentindo também raiva e indignação por ver Ana tão desrespeitada, resolveu comprar-lhe uma boina cor-de-rosa, valorizando suas características femininas.

Nesta fase do processo ocorreu a destituição do 'pátrio poder', quando a mãe perdeu a tutela de Ana e foi realizada a mudança de instituição, medida adotada visando a adoção. A primeira sessão no novo abrigo foi marcada por uma grande insegurança por parte de ambas. Ao mesmo tempo, Ana deixou a entender que teria compreendido que a partir daquele momento teria que contar mesmo era consigo mesma.

Já na nova instituição, houve uma possibilidade frustrada de adoção de Ana. Nas sessões que se seguiram, Ana procurou preencher os vazios e apareceram a tristeza e as possibilidades de elaboração das perdas. A frustração da primeira tentativa de adoção, a percepção da própria solidão que foi surgindo, e o processo da ludoterapia parecem ter auxiliado Ana a desenvolver uma maior disponibilidade para uma nova família.

Nesta ocasião surgiu então um casal interessado em adotar Ana, e tanto Camila quanto Ana sentiram muito a possibilidade da separação. Camila procurou conhecer e entrevistar o casal interessado em adotar Ana: buscou saber suas intenções e sua adequação, numa tentativa de proteger e defender alguém tão indefeso. De Ana surgiram as observações de que as visitas eram ‘bonitas’, sinalizando o seu agrado em relação ao casal. No fim do ano, a adoção concretizou-se e Ana foi embora da instituição. Algum tempo depois, Camila procurou saber se Ana estava bem e com a confirmação, o contato foi interrompido.

7.1.2 Júlia e seu paciente Bruno

Quando foi feita uma solicitação da instituição para atendimento de Bruno a uma psicóloga que já atendia uma outra criança, esta se lembrou de Júlia, recém formada em psicologia, que havia manifestado interesse em atender voluntariamente alguma criança.

Júlia se disponibilizou a atendê-lo duas vezes por semana e foi à instituição para se apresentar e obter informações sobre a criança. Conversou com os coordenadores e leu as informações da pasta da criança na instituição.

A criança em questão era Bruno, um menino de sete anos que foi levado à instituição por não ter quem pudesse cuidar dele. Desde pequeno foi cuidado por um parente próximo e não pela mãe. O combinado era que esse cuidador ficaria com ele

até “ele ficar mais crescidinho e depois que ele começasse a dar trabalho”, a mãe o pegaria de volta, o que não ocorreu porque ela alegava que viajava muito e não poderia ficar com Bruno. Embora Bruno tivesse outros familiares vivos, nem o pai, ou outros parentes se dispunham a ficar com ele. Bruno chorava muito na instituição e pedia uma psicóloga para ele.

Desde o início, o processo de psicoterapia de Bruno trazia em si a característica da ambivalência: ele pedia muito uma psicóloga, que atendeu prontamente seu pedido, mas ao mesmo tempo pairava no ar a dúvida sobre se ele queria ou não o atendimento, o que deixou Júlia incerta sobre que tipo de investimento poderia fazer em Bruno. Sua primeira sessão com Júlia trouxe em si essa dúvida, já que o encontro em si não pôde ser vivido. Destacava-se a falta, a necessidade de reafirmar a volta sendo que a presença não podia ser sentida.

A leitura, feita por solicitação de Bruno a Júlia, de livros da instituição que continham contos bíblicos, permeou todo o atendimento, o que talvez indicasse a urgência de Bruno pelo sentimento de perdão, mas ao mesmo tempo, uma impossibilidade interna para a reparação. Parecia que Bruno anunciava que não havia tempo. Assim, eram lidas histórias do Antigo Testamento, tais como: A Arca de Noé, David e Golias, Sansão e Dalila, Adão e Eva – a criação do mundo e a expulsão do paraíso; que indicavam a predominância da Lei de Talião, “olho por olho, dente por dente”. Surgiram também as histórias de Lázaro e a Ressurreição de Cristo, que parece que eram vistas por Bruno como um estímulo ao seu sentimento de onipotência e pensamento mágico.

As sessões iniciais deixaram visível a profunda ansiedade de Bruno e de Júlia. Destacou-se a dificuldade do encontro, numa aparente proximidade, mas, num plano mais profundo, uma não aproximação da dupla.

Pediui que eu lesse histórias de alguns livros para ele, parecia impaciente, perguntava sobre as figuras. Quando terminei pediui que eu lesse outra história, depois um gibi. Uma vez que ele interrompeu a história eu comecei a perguntar sobre outro assunto e ele perguntou se eu já havia acabado a história. Retornei à leitura, mas logo ele interrompeu de novo.

Desde o começo, Bruno parecia necessitar, intensamente, de provar a si mesmo que sabia ler e precisava da aprovação de Júlia. Parecia ser uma prova de que assim conseguiria se comunicar com o mundo dos adultos, entender a linguagem que não compreendia e que talvez o reaproximasse dos adultos que o haviam abandonado. “*Eu aprendi a ler, tia. Tia, está certo?*” Também o pedido para o ajuste das horas do seu relógio e a constante preocupação com as horas e o tempo da sessão poderiam estar relacionados ao seu sentimento de descompasso, que buscava superar, em relação a esse mundo do qual se sentia excluído.

Percebe-se que Bruno testava constantemente os limites físicos e emocionais de Júlia, demonstrando uma insatisfação constante a tudo o que recebia dela e também ao que era feito por ele.

Júlia tinha receio de se aproximar, de se fazer presente junto a Bruno. Júlia tentava a todo instante preservar o que poderia do *enquadre* de atendimento que era constantemente invadido por outras pessoas e não podia ser mantido por Bruno, que deixava a porta aberta e não queria que ela fosse fechada. Sua angústia ao contato parecia ser imensa e ele tentava manter Júlia sempre distante. Nas brincadeiras havia a

“cerquinha” (cerca elétrica) da qual Júlia não poderia se aproximar, pois levaria um choque. Bruno trazia sempre alguma comida, doces, que comia enquanto era atendido por Júlia. Os brinquedos da caixa não o satisfaziam e ele sempre procurava algo de fora para inserir nas brincadeiras.

Enquanto isso, externamente, Bruno tentava utilizar todos os recursos possíveis para ser recebido em casa novamente. Procurava saídas maníacas, onipotentes, queria ser forte para ser admirado e querido. Mas nada dava certo. Nas sessões, aparecia a bola de futebol que era uma imensa bola de fogo que destruía tudo que estivesse na sua frente: “*Eu sou invencível*” ele dizia identificando-se com essa bola. Mas, ao final, ficava clara a dor do abandono e do desamparo sentidos por ele.

Surgiu, então, a possibilidade de um desabrigoamento. O pai levaria Bruno para morar junto com ele. Diante dessa possibilidade, observou-se que a instituição se desobrigava dele: atrasos para o atendimento, ele ficando sem almoço. Mas, diante da possível volta para casa, Bruno parecia mais próximo, brincando de pique-esconde, podendo se esconder porque alguém iria procurá-lo, teria para quem voltar. Sua capacidade para a leitura parecia estar sendo retomada e a ansiedade um pouco diminuída:

Aí ele continuava a ler a pergunta, mas, no momento de perceber o sentido inteiro da frase, ele parecia não conseguir, ou não se preocupar, parecia que a curiosidade era em palavras soltas, sem ligação. Mas eu fui tentando estimulá-lo a ler depois as frases completas, olhando para o sentido delas. Ele pareceu gostar deste jogo. Aliás, pareceu estar mais disposto a estar comigo nas duas sessões desta semana.

...

Ele pareceu menos ansioso que na última sessão em relação a ficar mudando de brinquedos a todo momento, embora ainda estivesse com esse comportamento nesta sessão. Então, quando parecia que as regras estavam postas e poderíamos começar a brincadeira, ele saía e começava a procurar outros brinquedos.

Nos contatos com Júlia, Bruno oscilava entre valorizar e querer muito o atendimento em alguns momentos e demonstrar agressividade ou desinteresse para estar com ela. Parecia não suportar o acolhimento, precisando agredir e se confirmar seu sentimento de rejeição novamente. Júlia não o rejeitava, ele, então, parecia culpado, mas não conseguia se aproximar dela novamente.

Bruno foi para a casa da família, mas logo depois voltou para o abrigo, pois a família não conseguiu ficar com ele. Sentia-se completamente só e pediu à psicóloga: *“Tia, você me leva pra sua casa só um fim de semana?”* Júlia muito mobilizada com o sofrimento de Bruno, solicitou sua permissão para conversar com seus familiares, dizendo que talvez pudesse ajudá-lo. Posteriormente, levantou-se a hipótese de que talvez Bruno tivesse sentido que a conversa da psicoterapeuta com seus familiares fosse uma promessa de que as coisas ficariam melhores para ele.

O sofrimento psíquico de Bruno ficou evidente e intenso. Júlia não conseguia conter sua própria angústia, o que fazia com que ficasse defensiva em relação a Bruno, buscando racionalizar a relação e colocando regras nas sessões. A conversa com alguém da família confirmou algumas informações obtidas junto à instituição e a quase impossibilidade de sua volta para casa.

Começaram as evasões de Bruno da instituição e a luta da psicóloga para atendê-lo quando possível. Nas sessões, Bruno tentava ler e não conseguia. Desistia de tentar, pedindo a Júlia que o fizesse por ele.

Bruno, no início de suas evasões, ficava um ou outro dia na rua, saía e era trazido de volta para a instituição. No entanto, suas fugas começaram a se prolongar e ele começou a passar muitos dias fora da instituição, sem que ninguém soubesse de

seu paradeiro. Algumas vezes, um familiar próximo, que se recusava a assumir a guarda de Bruno, vinha trazê-lo, afirmando que ele dormia em sua casa quando fugia da instituição.

Bruno, então, machucou-se seriamente, precisando passar por uma cirurgia. Júlia foi visitá-lo no hospital e soube por Bruno que ele esperava que alguém de sua família fosse visitá-lo e que fosse levá-lo pra casa, mas tal fato não aconteceu.

Bruno e Júlia pareceram ter se aproximado. Em alguns momentos, Júlia parecia ter a necessidade da demonstração de Bruno de que o encontro dos dois era mesmo importante para ele.

Mas, as fugas de Bruno da instituição recomeçaram e a angústia da criança tornou-se a angústia da psicóloga. Júlia se perguntava constantemente sobre o que fazer para impedir as fugas de Bruno. Questionava-se sobre o que fazer para conseguir segurá-lo na instituição. Ao mesmo tempo, considerava que suas fugas poderiam ter, para ele, o sentido de pedir ajuda aos familiares que se mostravam indiferentes.

Depois de duas sessões (das quais não há transcrição) difíceis em relação ao contato, muito agressivo, esta terceira sessão da semana me pareceu uma reconciliação. Foi assim que me senti. Além disso, em uma conversa com o coordenadora, posterior à sessão, ela me disse que Bruno havia perguntado a ela se a psicóloga dele viria neste dia, umas duas, três vezes.... pediu que eu lesse a história da Chapeuzinho Vermelho duas vezes, em livrinhos diferentes e parecia bem atento. Eu fiquei pensando que esta história talvez tenha a ver com o tempo que ele passou na rua, talvez com o perigo que possa ter corrido na 'floresta' (rua), com um 'lobo' o rondando, ou com medo. Depois pediu que eu lesse 'Os três porquinhos'. Também pareceu bem atento. Depois pediu que eu lesse 'João e o pé de feijão' em que eu fiquei pensando que pode ser uma esperança de tudo acabar magicamente bem, depois de um tempo ruim e de perigos. Esta historia nos remeteu a um clima encantado.

Após um novo e longo tempo evadido da instituição, Bruno retornou a ela no período da noite, trazido da casa de seus parentes. Eles haviam tentado trazê-lo à tarde, mas ele não havia ficado na instituição, tendo voltado para a casa dos familiares. No outro dia, a assistente social telefonou pra Júlia para avisá-la sobre a volta de Bruno, para que ela pudesse atendê-lo após tanto tempo. Júlia falou com Bruno por telefone, que parecia ansioso:

Bruno: - Tia, que dia que você vem?

Júlia: - Você estará aí hoje? Então vou atendê-lo hoje!

...

Júlia: - Há quanto tempo não nos vemos, Bruno! Onde você estava?

Bruno: - Eu estava na casa de

...

Perguntou quanto tempo faltava para acabar a sessão. Entrou dentro da barraca e ficou se jogando no chão. Dizia pra eu ir procurá-lo. Fingia que estava dormindo pra eu ir procurá-lo. Algumas vezes disse para eu sair para trabalhar e voltar e procurá-lo. Quando eu saía, ele não ficava em casa.

Os encontros com Bruno foram escasseando, devido às constantes e longas fugas. Júlia, ao encontrar-se com ele não o recriminava ou emitia qualquer julgamento de valor, referente às suas fugas ou ao fato deles ficarem tanto tempo sem se encontrarem. Por outro lado, Bruno sentia-se à vontade para relatar, através dos brinquedos, os seus temores quando estava na rua e a própria censura sobre as suas fugas.

“Bruno chegou para a sessão anterior sem querer entrar na sala e demorou para fazer o primeiro contato comigo. Deixei-o bem livre para fechar a porta quando quisesse e ele jogou bola durante quase toda a sessão”.

O cansaço psíquico de Júlia no contato com Bruno ficava evidente, mas ela se esforçava por relacionar-se com Bruno, mostrando-se mais sensível para compreendê-lo.

“Senti-me cansada de jogar os brinquedos, mas não fiquei desanimada. Tive dificuldade de pontuar pra ele o que eu sentia. Tentei esperar os melhores momentos pra falar, mas interagi mais do falei”.

Ou, em outro momento:

Sinto que, muitas vezes, me sinto sem saber o que fazer ou falar para ele, diante de tanto movimento que parece ocorrer na sessão. Em um dado momento, eu disse a ele: ‘Nossa, quanta coisa ta acontecendo, hein, Bruno?!’ Isso aconteceu na maior parte das sessões, mas nessa sessão foi mais evidente.

Nas sessões, as brincadeiras com grande teor de agressividade se acentuaram e em conversa com a psicóloga institucional, Júlia soube da suspeita que tiveram na instituição de que Bruno houvesse sofrido abuso sexual em suas fugas.

Ao voltar de mais um longo período evadido, e poucos dias antes da mudança de endereço da instituição, quando Júlia chegou à instituição para atender Bruno, foi informada de que ele ‘estava tendo um surto’. Ele havia batido em um colega, estava no quarto, quebrando tudo e gritando, havia mordido a monitora que tentava contê-lo. Ao ver Júlia, Bruno se conteve.

“Depois de um tempo a situação pareceu se acalmar, mas quando eu tentava me aproximar de Bruno, ele dizia para eu parar, fazia cara de emburrado”.

Após esse episódio, Júlia conseguiu atender Bruno mais duas vezes. A última sessão deles foi permeada pelo desinteresse de Bruno pelo encontro, manifestado pelas

constantes interrupções provocadas por ele. Estavam na nova sede da instituição que havia se mudado havia poucos dias quando houve uma mudança inesperada de coordenação. Sabia-se pela instituição que o pai de Bruno não ia às audiências e que ninguém da família queria se responsabilizar por ele. Suas experiências de rua direcionavam-no para um possível uso de drogas e nestes casos a instituição não poderia mais mantê-lo ali.

Júlia não conseguiu mais atender Bruno, que foi desabrigado da instituição. Como os responsáveis não iam às audiências e como Bruno não parava mais na instituição, o juiz autorizou o desabrigamento. Bruno reproduziu com a psicóloga a situação de abandono. Sumiu, não se despediu.

Depois de ter sido desabrigado, Bruno se encontrou, por acaso, com sua psicóloga, Júlia, em um local público. Júlia relatou ter ficado muito perturbada com a situação, sem reação e com muito desejo de falar com ele. Sentiu-se rejeitada e inadequada diante de Bruno. Tentou saber como este estava, e após algumas tentativas de conversa, percebeu a distância emocional de Bruno e retirou-se.

Algumas semanas após o episódio do encontro, Júlia foi procurada por uma equipe de profissionais que trabalhava com crianças que passam a maior parte do tempo na rua, dizendo que Bruno voltaria para a instituição.

Júlia afirmou ter ficado muito confusa, porque sentiu que não queria ir ver Bruno, não estava disposta a entrar em contato com ele. Sentiu muita culpa por não querer vê-lo e como tinha um compromisso, só depois de realizá-lo se dispôs a ligar na instituição para saber se Bruno estava lá. Afirmou que depois de pensar um pouco, se queria continuar a atendê-lo ou não, pôde sentir-se mais tranqüila e se disponibilizar a

atendê-lo novamente. Mas, depois de tanta mobilização, Bruno não apareceu na instituição.

7.1.3 Carla e seu paciente Mário

Carla iniciou supervisão enquanto estagiária de psicologia. Era seu primeiro trabalho com crianças. Estava em psicoterapia pessoal e muito disponível para o atendimento, embora bastante apreensiva. Manifestou-se *“muito comovida com as histórias tristes e de sofrimento daquelas crianças”*.

A criança que Carla assumiu em psicoterapia era Mário, um menino abrigado recentemente por violência física e negligência. Sabia-se que ele tinha entre oito e nove anos e era o filho mais velho de uma mãe relativamente jovem e alcoólatra. Ninguém sabia do paradeiro do pai. A mãe tinha um companheiro que também bebia e era muito agressivo com Mário e seu irmão menor. A denúncia de maus-tratos foi feita por uma vizinha da família e Mário e o irmão foram para a instituição e só voltaram pra casa sob a condição da mãe parar de beber e encontrar um emprego.

Rapidamente Mário foi desabrigado e por isso teve seu atendimento realizado na escola onde estudava. A solicitação da instituição era para que Mário fosse atendido em Ludoterapia mesmo desabrigado, com objetivos de ajudá-lo a se proteger de novas violências e um novo abrigamento.

Fui atendê-lo na escola em que ele estudava. Havia na escola um empenho muito grande para que ele fosse auxiliado, mas, também parecia haver uma confusão sobre o meu papel lá, já que várias vezes a diretora me chamava para reclamar da mãe de Mário e também de outros casos “trabalhosos da escola”. Lembro que ela falava sem parar, parecia uma metralhadora e que toda vez que eu saía da sala dela ficava muito angustiada (talvez porque ela se sentisse assim).

Carla atendia Mário três vezes por semana na última hora do período de suas aulas. Isso ocorria porque a mãe alegava que não tinha como levá-lo em horário diferente para o atendimento. (Suspeitava-se que era ele quem ficava com o irmão menor quando sua mãe estava trabalhando). Assim, a diretora e a mãe consentiram que ele saísse da aula, uma hora antes de seu término, para que Carla pudesse atendê-lo.

Carla se constrangia com essa situação:

Achava isso um tanto complicado já que todos os outros alunos, assim que eu chegava diziam: ‘Ih, vai lá na psicóloga’, num tom de escárnio. E a professora também parecia não ter muito cuidado quanto a isso e logo gritava no horário dele sair: A sua psicóloga chegou. Então, ele guardava lentamente o seu material e me acompanhava até a sala de atendimento (uma salinha improvisada ao lado da secretaria).

A sala de atendimento possuía alguns armários com “arquivos-mortos” e uma pequena mesinha com duas cadeiras. Carla chegava, arrumava a sala e ia chamar Mário em sua sala. Durante os atendimentos, Carla sentia-se angustiada diante dos longos silêncios de Mário. Ele ficava freqüentemente parado olhando para baixo e sem dizer nada. Carla, então, convidava-o a abrir a caixa lúdica e para que eles brincassem de alguma coisa, mas Mário parecia sempre muito distante. Os jogos que ele escolhia eram sempre os jogos de palito ou dominó e uma apatia grande reinava durante o jogo. Carla comentou, ainda, que algumas vezes ele chegava com o rosto machucado no atendimento, o que lhe provocava muita revolta contra a mãe de Mário.

Mário trazia para os atendimentos conteúdos sentidos como de extrema violência e sadismo, que perturbavam profundamente Carla, que se sentia incapaz de fazer qualquer observação, sobre suas percepções, a ele. Carla sofria profundamente, sentindo-se impotente, desrespeitada em sua função, sem saber o que fazia ali, atendendo Mario.

Não me lembro de nenhuma vez que Mário tenha brincado de carrinho ou de qualquer outra coisa envolvendo uma história com enredo, começo, meio e fim. As nossas brincadeiras eram sempre muito silenciosas e eu sentia que ele tinha muito receio de se aproximar. Assim, brincávamos muito de palito e de dominó, onde ele sempre tinha muito cuidado comigo, deixando-me vencer e fingindo que não viu o palito se mexer na minha vez (era como se ele quisesse me proteger). Nas poucas vezes em que ele desenhou, eu levava os desenhos para a supervisão e lembro que discutíamos sobre a fragmentação do seu mundo interno, já que os desenhos eram mais rabiscos disformes, com grandes conteúdos de agressividade e confusão. Ele despejava as tintas sobre o papel e misturava tudo. Depois tinha um grande cuidado para limpar toda a sua sujeira.

Nesta altura dos acontecimentos, Carla recebia supervisão individual para que se sentisse mais a vontade para discutir seus sentimentos contratransferenciais. Ela vinha com assiduidade e pontualidade às supervisões. Até que um dia, Carla faltou avisando que havia se sentido mal e que ficaria aquela semana sem vir à supervisão.

Quando Carla retornou à supervisão, relatou suas freqüentes reações físicas de tontura, crises de angústia com dores no peito e pavor, após os atendimentos de Mario. Estava no estágio havia somente seis meses, mas pretendia interrompê-lo porque não se sentia a vontade, nem para continuar a atender Mário, nem para assumir outra criança.

Carla descreveu os seus sentimentos e sua decisão:

Após um certo tempo de atendimento ocorreu um episódio importante que, certamente, interferiu no atendimento. Eu havia chegado do atendimento e ido direto a faculdade, num 'happy hour'. A sua caixa lúdica estava no banco de trás do carro e este fora arrombado. Os vidros da janela foram quebrados e a pessoa que fez isso jogou sua caixa [caixa lúdica de Mario que Carla levava consigo por não ter como deixar na escola] no mato. Todos os quebra-cabeças foram espalhados e molhados, além de tudo o que havia lá dentro. Lembro que fiquei muito angustiada e, acima de tudo, muito culpada por este episódio, já que considerei um desleixo e falta de cuidado da minha parte com a sua caixa lúdica e, conseqüentemente, com o atendimento. Nesta época seu atendimento já estava muito difícil e eu muito confusa e angustiada. A única coisa que eu conseguia pensar era: eu acho que não levo jeito pra atender criança. Juntando a isso tudo, estava nos seis primeiros meses da minha análise, enlouquecida e revendo um monte de coisas minhas. Lembro-me de conversar com outras colegas do estágio e o sentimento de impotência parecia ser algo generalizado. Minha dupla de supervisão, com a qual conversava bastante na época, também se queixava de como aqueles atendimentos eram pesados.

Meu outro estágio, de atendimento na oncologia, também era bastante pesado e árido. Foi então que considero ter tido um verdadeiro colapso. Tive alguns desmaios no hospital. Assustada com tudo aquilo, não via outra saída senão deixar algum dos estágios. Optei por deixar o de Ludoterapia na época, embora as motivações para isso não me fossem nada claras. Apesar de muito decepcionada comigo, achei que foi o melhor a ser feito, pois, não achava justo com Mário, além de toda aquela história sofrida, ter uma terapeuta que não estava dando conta de ficar com ele.

7.1.4 Elisa e sua paciente Mariana

Mariana nasceu com HIV positivo, que se tornou negativo posteriormente e passou seus primeiros anos de vida em uma instituição. Logo a mãe faleceu e ela foi adotada. Tinha entre cinco e seis anos. Viveu junto da família adotiva por um ano, até que um dia, um dos responsáveis a trouxe à instituição alegando impossibilidade de mantê-la em casa. A criança foi deixada na instituição sem nenhuma justificativa, esperando a volta de seus pais adotivos, os quais nunca mais voltaram. Algumas

investigações, da coordenação da instituição junto a ela, levaram à conclusão de que, possivelmente, tenha vivido a experiência de abuso sexual.

Mariana contava com 10 anos de idade e seu atendimento foi solicitado pela instituição que se queixava de suas “crises nervosas”: Mariana batia nas crianças da instituição, quebrava o que via pela frente e ninguém conseguia contê-la nesses momentos.

Antes de ser atendida por Elisa, Mariana foi atendida, por alguns meses, por outra estagiária que após haver se formado, deixou a cidade interrompendo o atendimento. Elisa, também estagiária de psicologia, se dispôs a atendê-la e Mariana sabia que seria procurada por outra estagiária, para a psicoterapia.

Quando se encontraram pela primeira vez, Mariana portou-se como se conhecesse Elisa já há algum tempo, agindo como se tivesse com ela, muita intimidade. Negou o estranhamento. A confusão se apresentou desde o primeiro encontro.

Elisa percebeu a dificuldade para o entendimento e comunicação de Mariana. Pareceu muito impactada com o jeito da criança. Já nos primeiros encontros, Elisa percebia como Mariana tentava controlar a própria agressividade para estar com ela: *“tudo é feito de forma impulsiva, com a agressividade escapando”*.

Nos desenhos-história aplicados nas primeiras sessões, Mariana demonstrava sentir que seria preciso ser muito forte e grande para lidar com tanto sofrimento que a sua realidade oferecia. Mas, ao mesmo tempo, demonstrava que sentia que o crescimento envolvia muito sofrimento e persecutoriedade, que poderia não valer a pena. Demonstrava que seus movimentos em busca de progresso psíquico foram

barrados, retaliados, sentidos como ameaçadores. Parecia, então, escolher ficar pequena.

Escolhe uma história que leio, enquanto ela ficava segurando um ursinho, como se fosse um fantoche. A história trata de uma lagartixa que quer ficar grande como o jacaré e vai num cirurgião. A lagartixa fica parecendo uma lingüiça, segundo o cachorro que quer comê-la e uma minhoca, segundo a galinha que também quer comê-la. Ela desiste da mudança, volta ao médico e fica com sua forma original, depois disso, pára de querer ser jacaré.

Os movimentos de Mariana, na sessão, demonstravam um poder de reclamação, de queixa, de alguém que não se conformava e lutava. Ficava brava, se indignava e reagia a qualquer coisa, externa ou interna à sessão, que a desagradasse. Ao mesmo tempo, tentava reparar o que sentia haver destruído, numa atitude regressiva, tentando impedir uma possível retaliação de sua psicoterapeuta. Mudava o tom de voz, que ficava bem infantilizado, suas reações pareciam as de uma criança bem pequena.

Os movimentos regressivos de Mariana eram constantes, e ela parecia sentir que Elisa a castigava porque ela gostaria de crescer. Mariana identificava-se com a paciente ‘não merecedora’ que pensava que Elisa via nela, comendo qualquer coisa que aparecesse pela frente: papel, comidas do lixo, lambendo o chão. Demonstrava um funcionamento psíquico baseado na oralidade, demonstrando que seu limite era corporal: se lambia para se gratificar e também lambia o desenho que havia feito da figura de Elisa. Comumente o contato físico procurado por ela se dava através de pôr os dedos de Elisa na boca, mordendo o braço de Elisa, buscando abraços frequentemente. “*ela me abraça e coloca a boca no meu braço, pergunto se está me comendo. Ela encosta a cabeça em mim e ri e diz que sim e completa: ‘você é um chocolate’*”.

Brincadeira constante entre elas era a de Mariana esconder-se e Elisa procurá-la. Ela se escondia atrás dos panos do sofá, embaixo da mesa, atrás de uma folha de papel. Elisa destaca essa atitude regredida como sendo um brincar de “cuti”, uma brincadeira que se faz com bebês que brincam de se esconder.

A falta de salas para atendimento foi uma dificuldade constante que Elisa e Mariana enfrentaram durante o atendimento na instituição. Não eram disponibilizadas salas compatíveis com um atendimento psicológico - eram disponibilizadas salas compartilhadas com outros profissionais, um simples armário separava a área do atendimento da área de trabalho de outros profissionais. Assim como, quando estavam em uma sala fechada, o atendimento era constantemente invadido por outras crianças e funcionários.

Pôde-se perceber essa dificuldade de espaço, quando, depois de uma fuga de Mariana e o motorista da instituição foi procurá-la e a trouxe de volta: *“Desce do carro animadíssima, reclamando por uma sala, querendo seu espaço, como se gritasse: ‘voltei e estou protegida pela minha psicóloga’. Não temos onde ficar. Sentamos no degrau da entrada. Ela deita no meu colo”*.

Supõe-se que esse fato acontecia como se a instituição reagisse à destrutividade de Mariana, que quebrava os móveis e vidros das janelas, impondo a ela que convivesse com as consequências das suas ações. Elisa também se sentia retaliada.

Mariana percebia que Elisa tinha dificuldades de pôr limites ao ambiente e a ela mesma e por isso testava Elisa nos limites da sessão. Elisa, então se recusou a atender Mariana na falta de condições físicas mínimas e conseqüentemente, Mariana começou a evitar que a sala fosse invadida por outras crianças, não querendo que elas vissem o

atendimento dela. Percebia-se que a paciente buscava imitar Elisa em seu comportamento, sua fala, suas reações.

Estarem juntas era, nas demonstrações de Mariana, estarem fundidas. Como nas pinturas, as cores que as representavam se misturavam, formando uma terceira cor.

“Penso nela e em mim, como se ela, em alguns momentos, nos quisesse misturadas, fundidas, como nos abraços no jogo do esconde-esconde.” Elisa parecia não se sentir invadida ou incomodada com as aproximações, que poderiam ser intrusivas, de Mariana. Deixava que ela se aproximasse da forma como podia.

Mas, Mariana temia que Elisa não suportasse sua destrutividade. Demonstrou isso na brincadeira em que Mariana era um capitão extremamente exigente e punitivo:

Resolve brincar de capitão e soldado, eu sou a soldada e ela, a capitã. Me dá ordens, grita, apita, é extremamente brava e rígida. Coloca-me em fila, me pune, diz que eu fui mal na escola, conversei na aula, fiquei por último na fila da escola e se ela tiver mais uma reclamação sobre mim irá me deixar de castigo. Me manda marchar e vai gritando para eu fazer isso depressa. Depois me coloca de castigo em outro local, dessa vez é no quarto dos vampiros, diz para guarda-fantasmas que não me dêem comida, só pão e água. Finjo chorar e ela muda de idéia, mas grita para eu não chorar, diz: ‘silêncio, não quero ouvir um piu!’ Diz que eu irei tomar banho na lagoa de sangue e depois os vampiros sentirão o cheiro, irão me morder e eu serei comida por eles. Depois, diz que é a minha vez de ser capitã. Mando ela sentar, que eu queria ser uma boa capitã, que ela poderia ser minha amiga e me ajudar. Ela se levanta, pára ao meu lado e diz: ‘Você nunca será capitã, porque tem medo de mim. Você não nasceu pra isso’.

A instituição demonstrava que não conseguia lidar com Mariana. Suas atitudes anti-sociais: furto, fuga, mentira e violência provocavam reações institucionais contrárias, na mesma intensidade, buscando uma contenção para essas ações, a qualquer custo: solicitação da presença de policiais, envio de Mariana à unidade de emergência do hospital municipal, retaliações quanto a passeios ou ocasiões de lazer.

Constantemente, as fugas de Mariana não eram percebidas pela instituição. Era Elisa quem as denunciava porque Mariana não estava lá para os atendimentos e os monitores não haviam percebido a sua ausência. Elisa demonstrava sua indignação com o que considerava desmandos da instituição, se identificando com a Mariana rejeitada: *“Ninguém parece se preocupar, ignoram-me tanto quanto ignoraram a presença ou não da Mariana”*. *“Fico inconformada com o desprezo pela Mariana”*.

Mas, nas brincadeiras, começava a surgir uma confiança entre elas que podia ser verbalizada. Começaram então a brincar de ‘cobra-cega’, onde uma precisava confiar na outra para ser conduzida, sem se machucar. Ao mesmo tempo, Mariana se propôs a arrumar a própria caixa lúdica, demonstrando querer jogar coisas velhas e estragadas fora. Elisa pôde atender aos pedidos de Mariana por novos materiais na caixa, havendo um movimento de construção e reconstrução do material destruído, com muito empenho por parte de ambas. Entre as sessões Mariana percebia-se sentindo falta de Elisa e podia dizer-lhe isso. Surgiram as brincadeiras que tinham como conteúdo: cuidados, curativos, comidas, bolos de chocolate. Percebe-se que Mariana tentava reservar o que tinha de melhor para Elisa, atuando seu lado mais destrutivo fora da sessão, no ambiente, quebrando as coisas e batendo nas crianças, A instituição e as educadoras se queixavam para Elisa, que assinalou:

A coordenadora me questiona se eu acho que ela é afetiva comigo. Digo que sim, ela conta que a Mariana não demonstra carinho por ninguém, só bate. Sente que com ela, coordenadora, não existe afetividade, só respeito de autoridade. Mariana demonstra afeto querendo me deixar bonita, brincando de pique-pegas-abraço. Querendo ir para o atendimento.

Mariana começou então a comer durante as sessões. O que parecia uma questão de oportunidade, porque em muitas sessões elas tiveram o refeitório como sala, tornou-se uma constante. A partir de então, a comida concreta e imaginária fez-se presente em todo o atendimento. Elisa ora era convidada a participar das ceias, ora era espectadora. Esse movimento foi muito bem aceito por Elisa, talvez porque percebesse que Mariana se acalmava comendo, tanto concreta, quanto imaginariamente.

Além da comida como elemento novo no enquadre, ficava visível que naquela instituição, Mariana não conseguia se conter dentro da sala. Precisava “expandir” o enquadre, tendo que fazer participarem outras pessoas (monitoras, colegas) que estavam fora da sala de atendimento e com quem ela buscava contato durante a sessão. Parecia precisar do olhar do outro para legitimar o que vivia com Elisa, ao mesmo tempo em que talvez se sentisse menos culpada por viver coisas boas com Elisa, se essas coisas boas pudessem ser compartilhadas com os outros.

A proximidade das primeiras férias foi sentida com muito sofrimento. Elisa quase não conseguiu agüentar a angústia que o medo de Mariana provocava nela. Mariana atuava e Elisa não sabia como lidar com tanta angústia. O aviso de férias foi sentido como uma agressão:

Senta e pergunta se algum dia vou ‘largá-la’. Respondo que vou entrar de férias no meio de Dezembro, mas vou voltar. Ela fica brava e diz: ‘É, eu sei, você volta nada, vai fazer que nem a X (outra psicóloga), diz que vai entrar de férias e nunca mais volta’. Digo que entendo que ela ficou muito triste, mas que não vou abandoná-la, que estou ali com ela. Ela ‘fecha a cara’ e diz para irmos embora[estavam no fim da sessão], sai junto comigo, mas enquanto a monitora está abrindo a porta, ela fica num canto da recepção encolhida. Olho para ela e digo que amanhã estarei de volta. Ela fica muito brava. Joga a bacia dela no chão (a bacia eu carrego em cima da caixa porque não cabe dentro) e começa a chutar a bacia. Volto e tento conversar que ela tem direito de estar brava, porque parece que ela vai ficar sozinha de novo, agora que esta confiando em mim. Ela diz: ‘Pode ir embora, vai,

vai logo' e continua a chutar a bacia, como se fosse uma bola e diz que vai ficar com a bacia.... Ela pega a bacia e joga sobre a caixa, sempre gritando: 'Fica com ela então, mas deixa a caixa aqui comigo'. Falo que não, que vou voltar com a caixa no dia seguinte.

Duas sessões após aquela, Elisa assistiu, na instituição, a um filme junto com Mariana. Esse filme parece ter mobilizado muita tristeza, raiva, mágoa em Mariana, pois falava de um pai que resolveu ficar com seu filho ao invés de abandoná-lo em uma situação difícil vivida por eles. Dentro da sala não comentaram nada sobre o filme, mas Elisa percebia que Mariana estava muito agressiva por causa dele. E ambas tinham um espectador, a coordenadora da instituição, que estava numa das partes da sala, dividida por uma divisória. Em um momento de impasse, em que Mariana tentava mexer em algo que não podia e Elisa tentava impedi-la, Mariana empurrou Elisa e ameaçou agredi-la. Elisa sentiu-se humilhada e diminuída, sem saber como reagir, principalmente estando na frente da coordenadora da instituição. Mariana mandou Elisa embora, xingou, gritou com ela e Elisa procurava não assumir a postura do abandonador. Elisa sentia-se desrespeitada e culpada ao mesmo tempo. Então, Elisa ficou quase trinta dias sem ir atender Mariana.

Na sessão do reencontro, ambas falaram das férias que se aproximavam e do receio de Mariana de que Elisa não voltasse mais. Elisa garantiu que voltaria e que antes mandaria um cartão de Natal para Mariana. Mariana pediu a Elisa que mandasse junto uma foto sua para ela olhar quando sentisse saudades. Em contrapartida, Elisa levaria consigo um ursinho de brinquedo que poderia, depois, contar para Mariana tudo o que Elisa tivesse feito em suas férias.

Quando o atendimento foi retomado após as férias, Mariana havia sido transferida para em outra instituição. Um ambiente com menor número de crianças e

com regras mais rígidas. A mudança de instituição foi feita a pedido da coordenação da instituição anterior, gerando um desconforto grande na atual, que se sentia indignada com as queixas que foram feitas sobre Mariana.

As descrições sobre a chegada de Mariana na instituição foram “*ela chegou ali com muito medo, sentou em um canto e tremia e chorava, quando conversaram com ela disse que [havia avisado que a instituição] deixa as crianças em quartos escuros e batem*”.

Elisa se surpreendeu com a adaptação de Mariana à nova rotina de atividades e regras.

Fico com a impressão de que Mariana quer mudar de vida, que essa mudança é a chance de ser como ela gostaria de ser. E parece que quer mudar de escola também, como se pudesse deixar na instituição anterior o estereótipo de terror que ela carregava.

A instituição oferecia uma sala própria para o atendimento e ambas puderam ter seu encontro protegido e resguardado. Demonstavam sentir-se muito bem com isso.

Percebe-se que embora a situação do ambiente se mostrasse mais favorável a Mariana, ambas, Elisa e Mariana, idealizavam uma mudança em Mariana que na verdade precisaria ser bem mais profunda que uma mudança externa.

Chego para atender e espero Mariana que tinha saído com todas as crianças para ir ao cinema.

Quando chega, vamos até a sala de atendimento e ela se lembra de pegar o jogo que tínhamos jogado na sessão anterior. Começamos a jogar e ela está muito concentrada e encaixa as peças com bastante agilidade.

Começo a falar sobre as coisas que eu vinha pensando e ela pede para eu ficar quieta. Espero e ela diz que vou atrapalhar sua concentração, que é muito difícil não deixar nenhum buraco.

Quando acaba de montar falo que aquilo me lembra a vida da gente, dentro da gente. É como a Mariana agora, tentando encaixar tudo que tem dentro dela, não querendo ter nenhum espaço vazio, nenhum buraco. Ela olha

atenta para mim e para o jogo e fico na dúvida se ela me entendeu, mas parece estar pensando.

Ela volta a montar e quando termina percebe que ainda tem um buraco, continua a montar e ficam mais buracos, ela se agita, monta mais uma vez, ficando apenas um pedacinho vazio. Ela quer quebrar uma das peças para que a dividida possa ocupar o buraco e não percebe que ocupará um buraco, mas o outro ficará vazio.

Mostro para ela isso e digo que não precisamos destruir o que conseguimos fazer para tampar um buraco, que podemos pensar quais outras coisas podemos usar para tampá-lo. Sugiro que usemos um quadradinho de papel. Ela topa, recorto e ela acaba de achar a medida certa. Ela fica feliz de preencher o vazio e tira todas as peças para montar mais duas vezes.

As idas ao cinema com outras crianças e o sentimento de autonomia ajudaram Mariana, mais organizada, então, a falar sobre o sonho de uma adoção. Talvez ela se sentisse mais merecedora e capaz para ter uma família.

No entanto, Mariana começou a ter problemas de comportamento, dificuldade com as regras da instituição. Ambas, voltadas para os progressos de Mariana, não conversavam sobre isso. Parece que o sentimento de incapacidade de Mariana para se adaptar, provocava nela mais reações negativas às regras, o que provocava reações mais duras por parte da instituição. A instituição punia Mariana, que então fugiu da instituição e brigou na rua, aparecendo com uma mordida no pescoço.

Mariana dava mostras de querer encontrar a sua identidade. Testava todas as personalidades dos personagens de suas brincadeiras nas sessões com Elisa. Mas, parecia sempre querer ser o outro que não era representado por ela, porque, sempre, parecia que ser o outro era melhor que ser ela mesma. Concomitantemente, começou a aceitar as diferenças entre ela e Elisa: *“Na sessão anterior, tinha me abraçado e dito, a gente parece o chocolate que ganhei. Você é a casca branca e eu o chocolate preto”*.

Algumas recordações de sua história puderam surgir nas conversas com Elisa e ela pôde se lembrar de situações vividas na sua adoção e na relação com a mãe. Mas, ao mesmo tempo, ficou brava com Elisa, dizendo que não gostava de falar de seu passado.

Mariana em uma sessão, brincando com a bexiga-bebê, reviveu e pôde demonstrar aquilo que, provavelmente, foi sentido por ela como situações de quase-morte. Ela sobreviveu, mas seus aspectos sádicos, sua identificação com os agressores, ficaram claros nessa sessão:

(...) ela olha para ele (bebê-bexiga) e diz para eu segurá-lo, depois conta que tão querendo matar o seu filho, pergunto quem e ela diz que são os 'homens lá da cidade', que é uma lei e quem tem que matar é a mãe (portanto, ela)

Então começa um momento de extrema angústia para mim, com as tentativas de matá-lo, mas ao mesmo tempo essa mãe que 'precisa, mas não quer' fazer isso, como ela mesma diz.

Primeiro tem de matá-lo com machadadas (agora a tampa da caixa vira esse machado) e tem que ser logo. Ela tenta, mas ao bater na bexiga, ela escapa e não estoura. Depois de várias tentativas diz que só pode ser 3 vezes, se não der ele continua vivo. Ela tenta três vezes e não dá, diz que o pai vai tentar três vezes. Abraça minhas pernas, na verdade, passa um braço pelo meio da minha perna e eu me torno o pai, mas os braços dele são os dela, o filho continua vivo, então uma tia (ela nesse papel também) tenta matá-lo e não dá.

Ela (mãe) diz que não quer fazer isso, mas não tem jeito, quando pergunto por que fazem isso ela responde que é a lei, quando pergunto se não tem outra alternativa, ela responde que não dá para fazer nada. Fica claro, então, que ele precisa ser morto e vou falando sobre a mãe e o bebê: 'a mãe deve estar desesperada, ter de fazer uma coisa difícil dessas e o bebê deve estar com medo sem saber o que vai acontecer, já deve ter se machucado. A mãe tava tentando gostar e cuidar dele. Nossa! Mas quanta dor, quanta raiva, tem tanto sentimento misturado...'

Ela vai ouvindo e diz: 'não tem jeito, eu mesma tenho que fazer isso' (...) senta na bexiga e por ela estar muito vazia, não estoura.

Ela parece raivosa porque o bebê não morre, ao mesmo tempo parece sentir-se culpada por esse desejo de matá-lo. E diz: 'não tem jeito, tem que ser eu para matar você'. E morde a bexiga, na ponta de encher, abaixo do nó. A bexiga fura e o ar que vai soltando ela vai engolindo, pois mantém a bexiga na boca.

Eu digo: 'você está mordendo o bebê e engolindo o ar?' E ela responde: 'É, assim a vida dele vai ficar dentro de mim'.

Depois disso, se joga no chão e fica estirada. Pergunto o que houve e ela responde: 'Eu fiquei com muita vida dele (respira fundo), to até cansada.

Mariana que estava crescendo física e psiquicamente abordava novamente a questão de temer que Elisa não conseguisse suportá-la emocionalmente, dessa vez dizendo: *“Eu não gosto que você não agüenta me carregar no colo”*.

Dava demonstrações de não suportar seus bons momentos. Como com a comemoração de seu aniversário. Os bons momentos tornavam-se impossíveis de serem vividos: em qualquer contrariedade, ela xingava, brigava, até que tudo ficasse estragado, contaminado com o ruim. Ao perceber a contaminação, tentava fazer uma separação concreta, repetir a experiência boa, mas isso não era possível.

Vieram férias no meio do ano e elas não puderam ser anunciadas previamente: tanto Elisa quanto Mariana não puderam falar sobre o assunto, nem se preparar nas sessões.

Paralelamente às experiências de Mariana, estava acontecendo um questionamento institucional sobre se a instituição onde ela estava continuaria existindo ou não. Embora nem a criança, nem sua psicoterapeuta, houvessem sido informadas sobre isso, percebe-se que a possibilidade dessa mudança poderia estar perturbando muito Mariana, que já havia se mostrado bastante sensível a mudanças físicas, que abalassem o pouco de segurança que podia sentir. Supõe-se que essas possibilidades de mudança a afetassem.

Além da condição institucional, ao voltar das férias Elisa ficou sabendo que a coordenação da instituição discutia também o futuro de Mariana, perguntava-se qual, dentre as instituições da cidade, seria a instituição mais adequada a ela.

As brigas e explosões de Mariana ficaram mais constantes nos atendimentos também. Embora Elisa fosse sempre muito responsável e dedicada, dava

demonstrações de cansaço pelas sessões desmarcadas e ausência de transcrições nas supervisões. Quanto mais sentia que o atendimento psicoterapêutico poderia estar falhando em conter Mariana, mais sentia-se incapaz para estar com ela.

Mariana mostrava-se furiosa e Elisa não conseguia explorar com ela novas possibilidades. Às vezes, Elisa trazia a fúria de Mariana para a relação das duas, numa tentativa de ajudar Mariana a pensar, o que provocava mais fúria ainda. Percebe-se que a incerteza sobre o seu destino, sobre o lugar que poderia acolhê-la levaram-na a reviver todas as incertezas e dores da adoção fracassada e da sua falta de perspectiva quanto a encontrar uma família adotiva: Mariana já havia passado da faixa etária considerada favorável a uma adoção que não fosse internacional e também temia uma nova adoção.

Após o impasse da instituição e determinado o lugar para onde Mariana seria transferida, essa demonstrou sentir-se novamente acolhida. Pôde demonstrar seus sentimentos nas primeiras sessões, quando Elisa foi atendê-la: *“ela pode ‘nadar no mundo dos cobertores’ brincar de cantar e recitar poesias”*.

Ou em outra sessão:

De volta ao mundo dos cobertores, que agora estão fora da sala e Mariana escolhe aqueles que vai querer usar (tinha mais ou menos uns 20). Primeiro monta um trono – porque será uma rainha e escolhe vários cobertores vermelhos para usar como tapete (formam um caminho). Diz que é a pessoa mais rica do mundo: Madona. E faz-de-conta que é a Madona e eu sou o repórter, ‘sem-nome’ é o meu nome. Parece irônica a todo momento, desfruta do prazer de ser muito rica, que tem os pobres em volta, manda dar um prato de comida para a repórter lá na rua. Parece mais sádica, por conta da risada e aparente desprezo.

Embora as soluções encontradas por Mariana fossem sempre extremadas, com saídas maníacas e triunfantes, podia-se perceber que Mariana sentia-se mais segura na

sua condição. Parecia tentar uma saída para a elaboração do trauma revivido: saindo da impotência para a onipotência, identificando-se com o agressor. Supõe-se que Mariana pensasse que Elisa tinha o poder de fazer por ela mais do que tinha feito realmente. Elisa demonstrava sentir-se pouco para Mariana, diante de tantas exigências.

Mariana começou, então, sem qualquer aproximação prévia, a fazer visitas a uma mulher, Márcia, que já havia adotado algumas crianças. Ficou muitos dias sem voltar para a instituição e, portanto, sem atendimento psicoterapêutico. Elisa, muito incomodada com a ausência de Mariana, buscou informações sobre essa mulher e foi conhecê-la e visitar Mariana, juntamente com uma assistente social.

Márcia se mostrou resistente em receber Elisa e Elisa por seu lado, percebeu muitas inadequações quanto ao espaço físico, ao ambiente e ao estado de Mariana, com roupas inadequadas.

Elisa, então, percebendo a ânsia de Mariana para que Márcia a aceitasse disse a Mariana que ela poderia ter outras opções além daquela de ficar ali, que ela tinha o direito de não querer estar ali e que Elisa estaria com ela em qualquer situação.

Quase um mês depois, Mariana foi levada de volta à primeira instituição por Márcia que alegou que Mariana tinha tido crises nervosas. Elisa observou que parecia que Mariana tinha sentido essa oportunidade como sua última chance, e que a instituição não tinha mais espaço para Mariana.

Com a volta de Mariana para a primeira instituição, Elisa (já formada e atendendo em seu consultório particular) propôs que o atendimento tivesse continuidade em seu consultório, já que, a experiência de ambas, havia mostrado as dificuldades que teriam para obter salas para o atendimento.

Mas, no consultório os atendimentos quase não puderam ser realizados: Mariana faltava muito, com e sem aviso da instituição, era trazida com muito atraso – 30 minutos – e era buscada com muito atraso também, após o atendimento. O fim das sessões era sempre muito complicado, porque como o motorista que vinha buscá-la se atrasava muito, Mariana queria ficar passeando pelo prédio (onde se encontrava a sala) e Elisa não tinha com quem deixa-la, pois não tinha secretária.

Além disso, Elisa observava em Mariana uma tentativa de adequação quanto ao seu modo de vestir, mas esta acabava usando roupas e sapatos muito menores que o seu tamanho e vinha sem ter tomado banho. Assim, as calças não fechavam o zíper e a sandália tinha que ser tirada do pé, porque o pé ficava com um pedaço para fora. Ao tirar o sapato, Mariana andava descalça pela sala, deixando no chão da sala, marcas de terra do seu pé.

Depois de alguns meses, diante de tanta confusão, Elisa resolveu suspender os atendimentos. Foi até a instituição fazer o encerramento. A conversa entre ambas aconteceu no quarto de Mariana:

Nós conversamos no seu quarto e foi muito, muito difícil. Ela chorou muito, não quis pegar nada da caixa para ela. Ela disse: ‘Tia, eu não tenho mãe, eu não tenho mais você, eu não tenho mais nada.’

Foi um momento estranho porque me lembro de poucas coisas, só do quarto, dela sentada na cama e depois foi deitando, se enrolando e chorando. Chorou de um modo muito triste que eu nunca tinha visto.

Saí de lá com vontade de retomar o atendimento, mas ao mesmo tempo, sentindo-me sem forças e sem vontade de fazê-lo.

Posteriormente, a instituição solicitou a Elisa um encaminhamento para que Mariana fosse atendida em psicoterapia em um posto de saúde.

7.1.5 Laura e sua paciente Paula

O atendimento psicoterapêutico de Paula teve início em 2002, quando Paula estava com nove anos, e ocorre até a presente data, com a mesma psicoterapeuta, que iniciou o atendimento como estagiária de psicologia. Depois de três anos de atendimento e supervisão, devido a questões pessoais da psicoterapeuta, as supervisões se tornaram mais escassas, até serem interrompidas, mas, segundo a psicoterapeuta, os atendimentos de três sessões semanais continuam sendo realizados.

Paula chegou à instituição com oito anos, após denúncia de maus-tratos e negligência. Vivia em um cômodo pequeno, sem banheiro, nos fundos de um depósito, com a mãe e seu companheiro, ambos dependentes de álcool. Em muitos momentos foi trancada, sozinha, pela mãe que saía e não tinha hora para voltar: sentia medo e fome inúmeras vezes e vivia suja e descuidada. A denúncia de negligência foi feita por um profissional da escola onde ela estudava.

Paula foi retirada do convívio materno e levada para a instituição contra a vontade da mãe, com quem tinha um bom vínculo, mas que não conseguia cuidar dela por causa de seu histórico de alcoolismo. Pelos mesmos motivos, a mãe raramente ia visitá-la na instituição.

A solicitação da instituição para atendimento psicológico de Paula estava relacionada a problemas de comportamento, vistos pela instituição como um desgaste, um cansaço pela longa espera para que sua situação se resolvesse. A própria instituição não via perspectiva de saída para Paula, já que ela não poderia voltar nem para a mãe

nem para o lugar de onde viera por falta de condições mínimas de cuidado e de sobrevivência.

Desde o início, o potencial criativo de Paula se fez presente. Durante toda a psicoterapia de Paula, Laura pôde oferecer espaço para que Paula representasse diferentes personagens e experimentasse diferentes sentimentos, a partir da leitura dos contos de fadas e das representações teatrais das novelas (assunto pelo qual Paula manifestava extremo interesse) e das suas próprias criações. Assim, Paula podia falar diretamente e indiretamente de suas dúvidas e de seus sentimentos.

No primeiro mês de psicoterapia, Paula mostrou sua revolta em relação a sua situação de criança institucionalizada e sem perspectivas de mudanças na sua vida. Paula não fez referências diretas sobre a mãe. No entanto, nas brincadeiras, a mãe aparecia como uma figura boa. Ainda neste primeiro momento da terapia, Paula mostrava desrespeito e descuido consigo mesma, comparecendo suja às sessões, falando palavrões, gritando e se auto-agredindo. Parecia querer mostrar que não se importava nem com os outros, nem consigo mesma. Segundo Laura, em muitas sessões, Paula falava de sua vontade de fugir da instituição, de fumar maconha e cheirar cocaína. (Paula vinha de um ambiente no qual o uso e a comercialização de drogas era muito comum). Parecia furiosa, querendo destruir tudo.

Ao mesmo tempo em que através da externalização de sua agressividade ela mostrava sua revolta contra a situação vivida, também mostrava que podia ser uma criança amorosa. Laura se mostrava acolhedora aos seus sentimentos, fortalecendo assim o vínculo que se construía entre ambas. Diante dos sentimentos de incapacidade,

Laura procurava mostrar a Paula, suas possibilidades, tentando simplesmente, nomear aquilo que sequer podia ser visto:

Mariana: - Não sei fazer nada!

Laura: - Mas você fez um caracol...

Mariana: - Fiz?

Laura: - Fez, olha o caracol!

Ai, eu fiz outro caracol e ela fez um caracol bebê. Disse que precisávamos fazer uma casa.

Paula parecia estar muito preocupada com suas dificuldades na escola. Ela não conseguia nem escrever, nem ler, como também apresentava problemas de comportamento. A professora da escola se queixava de que Paula ‘ficava no mundo da lua’ e só queria ficar deitada no chão, deitando-se na terra e se sujando, parecendo que tinha ‘algum problema na cabeça’ e por isso não conseguia aprender. Nas sessões, quando jogavam, não conseguia perder, assim como não tolerava a frustração quando se propunha a desenhar algo e não conseguia.

Seu vínculo com Laura se fortalecia, e mesmo com algumas desconfianças com relação à Laura, em determinada sessão, Paula falou das saudades que sentia da mãe, o quanto se sentia triste e abandonada e o quanto queria ser amada. Falou dos seus sentimentos, dos desentendimentos na escola e no abrigo. A partir desse momento, Paula pôde trazer muitos conteúdos referentes à mãe, padrasto e amigos.

Os jogos tiveram grande importância no atendimento de Paula que utilizava para jogar com Laura, os jogos da caixa lúdica, da sala em realizavam a psicoterapia e alguns inventados por ela mesma. Paula procurava não somente se identificar com Laura, mas em alguns momentos se fundir a ela. Em uma sessão em que brincavam de fazer impressões digitais, Paula verbalizou o desejo de ter as impressões digitais de

Laura, pedindo que ambas misturassem suas impressões colocando seus dedos juntos e depois carimbando um por cima do outro no papel.

A partir de uma iniciativa de outros profissionais, envolvidos com o caso de Paula e que buscavam resolver sua situação com a mãe, houve uma tentativa de inserção da mãe em um programa de desintoxicação. Nesse período, Paula a visitava, juntamente com o padrasto, no fim de semana. Mostrava-se ansiosa nas sessões que ocorriam antes de suas visitas à mãe, mostrando grande alegria nestes dias.

Nesse período, algumas sessões de psicoterapia ocorriam na sala onde estavam guardados os dados e documentos de Paula. Paula pediu que Laura lesse para ela: nesses dados estava o dia em que ela chegou à instituição, o motivo que a levou a ser institucionalizada, sua certidão de nascimento, com os nomes do pai, da mãe, dos avós, dia e hora de seu nascimento, o que lhe trouxe imensa alegria. Sua reação parecia demonstrar que a partir desses registros, Paula se descobria como alguém com uma família e identidade.

Aos poucos, a dupla, Laura e Paula desenvolviam um espaço com que Paula contava para falar de seus sentimentos, ao invés de atuá-los. Como no dia em que ela seria levada para passar o fim de semana com o padrasto e familiares, mas que a instituição se atrasou para levá-la até eles e ela perdeu o passeio. Como haveria sessão e Laura estava lá na instituição (porque não havia sido avisada do passeio de Paula) Paula pôde ao longo da sessão, substituir sua agressividade – em um primeiro momento derrubou tudo da sala – e expressar suas emoções contando a Laura o que estava sentindo, falando de sua tristeza e do quanto queria ter vivido esse final de

semana com os familiares. Paula demonstrava sentir-se compreendida e acolhida, podendo confiar na relação que construía com Laura.

Nesse período, Paula se mostrava mais fortalecida emocionalmente, podendo enfrentar seus desafios. Nos jogos das sessões já podia perder sem sentir-se fracassada e procurava também, atividades que exigiam raciocínio, como o jogo de Damas e jogos construídos por ela a partir das operações matemáticas básicas: adição, subtração, multiplicação, divisão. O contato mais íntimo com Laura nesses momentos poderia parecer prejudicado, mas percebe-se que a necessidade de Paula nesses momentos era de se confirmar capaz a partir dos olhos de outra pessoa, nesse caso, alguém de extrema importância, que era Laura.

Paula solicitava de Laura coisas e atitudes que extrapolavam o acordo psicoterapêutico feito por elas: presentes para ela e para amigos e também que Laura fosse atendê-la aos domingos, dia em que Paula se sentia muito sozinha. Laura atendeu a alguns pedidos, como presente de aniversário, bombons na páscoa e uma vez foi atendê-la em um domingo (depois dessa vez, Paula não pediu mais que Laura fosse aos domingos).

Na sessão do domingo, próxima da possível volta de Paula para casa, já que o tratamento de desintoxicação de sua mãe já começava a ter resultados positivos, Paula pôde se lembrar e relatar a Laura sua ida para a instituição, como foram seus primeiros dias lá. Seus sentimentos, temores, como tudo era desconhecido e assustador.

“Mariana: - Todo mundo pensava que eu era muda, tia. Até que um dia perguntaram: ‘menina, você fala?’ Eu falo, respondi. E aí, fiquei amiga da Marcela”.

Percebe-se que com a proximidade de sua saída da instituição, Paula procurava elaborar essa experiência de ter sido abrigada. Para voltar para casa, Paula teria que se despedir do lugar e das pessoas, inclusive amigos, com quem havia convivido por um ano.

Laura podia perceber o quanto Paula idealizava a mãe e a volta para casa, sem poder falar das incertezas (poderia voltar ao abrigo se sua mãe voltasse a beber) que faziam com que evitasse falar sobre o assunto. O atendimento psicoterapêutico teria continuidade na escola de Paula, que já havia combinado sua continuidade com Laura.

No fim do ano, Laura foi desabrigada, voltando a morar com a mãe e o padrasto. Como Paula idealizava esta volta para casa, ver a realidade a fez sofrer muito: a mãe continuava bebendo, o padrasto era violento e sua casa era suja, cheirava mal e não a protegia.

As sessões na escola tiveram uma dinâmica um pouco diferente daquelas vividas na instituição. Como as sessões aconteciam depois de sua aula, muitas vezes Paula queria ir para casa com suas colegas e não ficava para a sessão. Além disso, reclamações e queixas da escola, muitas vezes invadiram o atendimento, tornando para Laura a separação dos papéis de psicóloga e professora mais difícil.

Na volta das férias, já na escola, ambas pareciam felizes em se reencontrarem. Mas, logo nas primeiras sessões Laura pôde perceber a ansiedade e angústia de Paula, que demonstrava a insegurança que ela sentia morando com a mãe novamente. Sobre as primeiras sessões, Laura descreveu:

Parece muito feliz quando me vê. Parece não acreditar que eu esteja de volta e vá continuar a atendê-la. Nestas primeiras sessões Paula chora algumas vezes falando sempre que quer voltar para a instituição. Quando

pergunto o porquê diz que não gosta da casa dela. Na primeira sessão, Paula contou a história dos três porquinhos que têm uma casa fraca de palha e uma casa forte de tijolos para se defenderem do lobo.... diz que a mãe ta bebendo, ta 'bebinha', voltando a ser como era antes. Diz que o pai bate na mãe e ela não agüenta ver isso. Fala o quanto a instituição é boa, das suas amigas de lá, dos passeios. Diz que está com saudades. Nas próximas sessões, Paula continuou insistindo na volta para a instituição. Pensa que sou eu a pessoa que posso ajudá-la a conseguir isto. Pede que eu traga o telefone da instituição para ela ligar lá.

Em outro relato, Laura, escreveu:

Quando investigo se acontece alguma coisa dentro de sua casa que lhe faça mal, Paula muda de assunto e não responde. Mas percebo que Paula está mais agressiva, ou revoltada, como dizem os professores, falta muitas sessões, está muito ansiosa (come seu prato de almoço em segundos, derrubando toda a comida) suas roupas estão sujas (Paula cheira mal) e dá cada vez mais problemas na escola.

Este é um período em que nos preocupamos muito com Paula (eu e minha supervisora). Vou à casa de Paula conversar com sua mãe, ligo insistentemente à instituição pedindo visitas da assistente social. Algumas vezes a assistente social vai à casa de Paula e me dá retorno. Fala que a mãe estava muito bem, não estava alcoolizada. No entanto, em todos os meus encontros com a mãe de Paula, ela está muito alcoolizada.

Paula relata o uso de drogas, dentro de casa, pelo padrasto e pela mãe. Muitas vezes Paula falta à escola porque não consegue acordar sozinha. Tem que cozinhar em casa e cuidar da mãe que fica doente frequentemente, o que a deixa com muito medo e preocupada. Paula tem um forte vínculo afetivo com sua mãe. Esta sempre a abraça, beija-a e pergunta depois da aula: 'Como foi de aula, meu amor?'

Percebeu-se que havia mais de um impedimento para Paula permanecer depois das aulas para as sessões: Primeiramente, Paula parecia acreditar que dependia de Laura para que ela voltasse à instituição. E como tal fato não acontecia, sua raiva se voltava contra Laura também. Nesse caso, Paula nem fazia idéia do esforço que Laura despendia pedindo ajuda para Paula à instituição. Em segundo lugar, Laura pode perceber o medo que Paula tinha de voltar sozinha para casa, quando chorava andando atrás de Laura dizendo que tinha medo dos homens da rua.

Assim, foi combinado em supervisão, que Laura poderia levar Paula de carro,

até à esquina próxima de sua casa. Paula aceitou e logo não foi mais preciso que Laura fizesse isso, já que as aulas de reforço da escola, que aconteciam em horário após o atendimento, iniciaram e Paula podia então voltar para casa com as colegas de reforço. Depois desse combinado, as sessões com Paula se tornaram mais constantes.

Laura relatava um distanciamento emocional de Paula que desaparecia quando elas podiam ler juntas:

Paula depois que voltou para a casa dos pais mostra-se mais agitada e nervosa nas sessões. A professora sempre reclama de seu comportamento impulsivo e desafiador na sala de aula. Paula não quer entrar na sessão durante vários dias e mostra-se com um comportamento que não me faz reconhecê-la. Não mexe na caixa mais. As sessões que fica quer que eu leia histórias. Quando consegue escolher um livro que a interessa (um livro de princesa) ela pede que eu leia e presta muita atenção. Nestes momentos sinto que ela está em contato comigo. Às vezes ela vai encostando em mim durante a sessão.

Em outro relato de Laura:

Como as sessões são realizadas na biblioteca da escola e Paula adora livros e as histórias, em muitas sessões ela me pede para ler suas histórias favoritas. Na hora que estou lendo com Paula, sinto um contato emocional muito grande com ela. Conversamos, muito, sobre as histórias e os desejos de Paula. Parece que no momento das histórias, Paula se livra dos seus medos e preocupações e pode ser criança.

Aos poucos, a leitura de histórias foi cedendo lugar às dramatizações. Paula não queria mais ler livros nas sessões e sim representar, fazer teatro. Algumas vezes, procurava representar sobre as histórias lidas, outras vezes, ela inventava as histórias a serem representadas. As sessões eram ricas e vividas intensamente por Paula.

No meio do semestre o padrasto de Paula foi assassinado. Ela pôde relatar o fato a Laura, durante uma brincadeira da sessão:

Paula pede que eu brinque de 'Beijo do Vampiro', mas dessa vez é diferente, ela fala: 'Você é minha mãe e eu sou sua filha'. Paula estava empolgada com a brincadeira. No meio da brincadeira, quando pergunto por que ela me olhou de um jeito estranho, ela disse: 'Meu pai morreu este fim de semana e foi enterrado ontem'.

Paula sentia vergonha porque toda a escola falava do acontecido. Logo depois, outros homens, companheiros da mãe, começaram a freqüentar a casa de Paula e levavam-lhe presentes. Essas visitas e esses presentes se tornaram motivo de preocupação para Laura, a supervisora e a assistente social. Quando Laura a indagava sobre quem eram eles e o que faziam, ela não dizia nada. Nesse período, alguns professores haviam visto Paula pedir dinheiro e comida na rua. Assim, uma professora da escola fez um ofício para o Conselho tutelar relatando as condições em que ela estava vivendo.

Depois de alguns dias, Paula deixou de comparecer a duas sessões consecutivas e Laura foi procurá-la em sua casa, para se informar sobre se Paula estava bem. Foi informada por um vizinho de Paula, de que ela havia sofrido abuso sexual, denunciado por ela a uma professora. Paula havia voltado para a instituição.

Na sessão posterior ao acontecimento, Paula evitou falar sobre o que havia acontecido quando Laura tentou tocar no assunto. Além da dificuldade da própria criança em enfrentar os fatos, pôde-se constatar a dificuldade da psicoterapeuta em enfrentar uma situação tão delicada. Mas ela fazia um esforço em reconhecer seus sentimentos quando em contato com Paula. De acordo com seu relato:

No dia seguinte, vou à escola para conversar com Paula. Ela me conta alguma coisa, mas não quer falar sobre o que aconteceu. Digo que vou atendê-la à noite, na instituição e ela pede que eu deixe ela levar o livro de história da caixa com ela. Quando vou atendê-la conversamos um pouco sobre o que aconteceu. Para mim isto foi muito difícil, era muito falar sobre

o que Paula estava vivendo. Depois da supervisão vejo a importância do estar conversando sobre o que aconteceu e isto se torna mais fácil para mim. Volto a conversar com Paula, aproveitando o conteúdo que ela traz na sessão.

Na instituição, as sessões ocorreram mais tranquilamente, já que Paula parecia dar mais importância aos atendimentos, à relação construída com Laura, às conversas que ambas tinham. Laura por sua parte, acompanhava com prazer o desenvolvimento de Paula.

Segundo o seu relato de Laura sobre aquele período:

Nesta época sinto que não posso falhar com Paula. Ela cobra cada minuto da sessão, olha no relógio, pergunta a que horas começa [a sessão], a que horas termina, sabe quais os dias que venho. Quer mais tempo de sessão.... Os teatros continuam. Nos teatros podemos falar de amor, raiva, preocupação e medo. Muitas sessões eu sou o namorado de Paula (que está se tornando adolescente).... Ainda em algumas sessões, lemos histórias, brincamos de professora. Paula não mexe mais nas bonecas, bacia e coisas da caixa. Apresenta um grande interesse pela atividade escolar. Noto que suas habilidades matemáticas aumentaram muito. Recentemente verifiquei que Paula pode ler! E ela me mostra isso. Nos jogos, Paula consegue seguir regras, ganhar e perder e me ensinar a jogar. Nas brincadeiras de mãe e filha, já sou a mãe de uma adolescente e não mais de um bebê.

O sentimento de Paula em relação à instituição havia mudado, já que ela sentia que a instituição a protegia de viver em um ambiente muito perigoso. No entanto, ela sofria de saudades da mãe, que sabia que estava bastante doente. A mãe chegou a ir visitá-la na instituição, levando-lhe um presente especial, o que a deixou muito feliz.

A questão do abuso continuava a aparecer nos atendimentos da forma como Paula poderia suportar:

Fico impressionada como Paula se desenvolveu na leitura. Ela lê um parágrafo e eu leio outro e vamos representando.... Quando terminamos de ler, ela pede que eu leia a outra história. Quando eu estou lendo, percebo

que a história tratava de um rei que perdera a esposa e que como sua filha era a pessoa mais parecida com sua esposa ele se apaixonou pela filha. Quando estou lendo essa parte eu me sinto muito mal. Paula está ouvindo. Quando terminei de ler, não sabia o que comentar.

Paula já tinha sido avisada que o horário estava acabando. Pede que eu leia esta história de novo. Digo que não dá tempo e ela então pede que eu leia só uma página. Passa as páginas, procurando alguma... escolhe uma do começo quando a princesa está desesperada tentando fugir.

Surgiu então, a possibilidade de Paula ser transferida para uma outra instituição, menor, mais definitiva e com uma coordenação bem diversa daquela onde ela se encontrava. Este fato trouxe muito sofrimento para Paula que foi chamada à presença do juiz para manifestar sua preferência. Ela preferiu ficar na instituição a qualquer tentativa de mudança.

Os conteúdos ligados à sexualidade da adolescente, que começavam a aflorar, levaram Laura a constantes questionamentos já que se constrangia em conversar sobre essas questões com Paula, ao mesmo tempo em que sabia que se não fosse ela a esclarecer dúvidas e questionamentos de Paula, não seria mais ninguém. Os conflitos com amigas reais e imaginárias e possíveis namorados, eram constantemente representados nas sessões e Laura era convidada ora a ser a rival, ora a cúmplice. Laura utilizava esses momentos para ajudar Paula a refletir sobre as questões que apareciam, esclarecendo-a e convidando-a a pensar nas escolhas que poderia fazer e nos posicionamentos que assumiria. À medida que os conflitos se acirravam, Paula pedia para sair mais cedo das sessões, ou faltava às sessões. Quando percebia que o assunto lhe dizia respeito diretamente, Paula manifestava claramente sua irritação: “Ah! Tá bom.... chega!”. “Chegou de falar, hem, psicóloga?!”

Ou, respondendo: “não sei” a tudo que Laura perguntava a ela.

Durante tanto tempo na instituição, Paula viu muitos amigos sendo adotados ou

voltando para suas casas. Essas perdas eram muito sentidas por ela, que se queixava bastante para Laura. Em alguns momentos, Paula se satisfazia desenhando com Laura casas em que suas amigas e ela moravam e eram vizinhas, todas morando bem perto. Mas em outros momentos, a revolta, com sua situação, era mais forte. Como exemplifica a sessão:

Parece, Paula, que você está com muitas dúvidas aí, dentro de você. É tanta coisa que você não sabe e isso está te angustiando muito.

Paula: - Não sei.

Fico quieta. Ela diz:

Paula: - Se você quiser ir embora, sair, as portas estão abertas. Você acha que eu tenho medo de ficar sem psicóloga, sem mãe, sem ninguém? Não tenho medo não...

Laura: - Eu não vou sair. E não tem problema você ficar assim... Mas dá muito medo quando a gente se imagina sozinha.

Silêncio.

Paula: - Eu não agüento mais esse lugar. Eu vou fugir daqui. Ninguém me entende.

Laura: - E está tão difícil de até você entender toda essa confusão de sentimentos dentro de você...

Paula: - E vocês ficam falando... Falar é fácil. É você que tá sem mãe? É você que o pai morreu? É você que dorme aqui, acorda aqui e mora aqui? Não... Você tem sua casa, sua família, não mora aqui para saber o que é.

Laura: - Você tem razão. Eu não sou você. Mas eu posso entender o quanto é difícil e foi difícil para você viver tudo isso. O quanto é difícil morar aqui. Posso entender o seu sofrimento.

Paula: - Eu não tenho amigos. A única amiga verdadeira era a Tatiana. Mas não é a Tatiana daqui, não... Você não sabe o que é eles ficarem te humilhando, inventando coisas de você todo dia.

Laura: - Quer me contar o que aconteceu, Paula?

Fica em silêncio, com os olhos cheios de água.

Laura: - Olha, Paula, você é uma menina de valor, bonita, inteligente... Ninguém pode te humilhar não. Não precisa se sentir humilhada.

Paula levanta-se. Vai até a mesa e fica olhando as fotos das crianças da instituição. Fico do lado. De repente, levanta-se de novo, mais alegre.

As incertezas sobre o destino de Paula continuaram a se fazer presentes. Novas reuniões no Fórum, novas possibilidades: a instituição definitiva, adoção internacional, uma instituição menor com a mesma coordenação da qual ela se encontrava. Pôde-se perceber que esses movimentos institucionais traziam muita insegurança a Paula, que

não tinha como saber o que era melhor para ela, nem se sua opinião seria ouvida se ela fizesse uma escolha.

Paula acabou sendo transferida para a instituição menor que tem a mesma coordenação que a anterior e continua sendo atendida, até o presente momento, por Laura. Sabe-se que ela vai sozinha à escola, pôde empregar-se em um estágio de meio-período oferecido a menores e recebe seu próprio dinheiro. Recentemente, uma família aproximou-se de Paula e manifestou interesse em adotá-la. Ela se interessou pela adoção, mas diante da possibilidade dessa adoção se concretizar, optou por continuar tendo contatos com a família de quem se tornou amiga, mas sem ser adotada. Seus planos alcançam sua maioridade, quando ela pretende morar junto de amigas da instituição em sua própria casa.

7.2 ANÁLISE DAS SUPERVISÕES

A supervisão psicanalítica apresentada na pesquisa buscou colaborar na formação dos novos psicoterapeutas, a partir do estímulo ao desenvolvimento de suas habilidades clínicas (a escuta e o raciocínio clínico) e também de uma maior proximidade com seus próprios sentimentos despertados no atendimento clínico de crianças traumatizadas. Constituiu-se numa relação de ensino e aprendizagem, transformando tanto supervisionando quanto supervisor em observadores de uma experiência clínica que, considera-se, pôde ser enriquecedora para ambos.

Formalmente, a supervisão teve um enquadre estabelecido por um contrato verbal que contemplava a forma de trabalhar da dupla, a frequência, os horários, a transcrição de sessões (quando possível). Informalmente, foram considerados: a motivação, a afinidade com o trabalho com crianças institucionalizadas, a empatia e a possibilidade de confiança da dupla supervisor/supervisionando.

Nos casos relatados pela pesquisa, as supervisões buscaram possibilitar a percepção dos conflitos intrapsíquicos e as situações transferenciais e contratransferenciais, com o objetivo de ajudar o supervisionando a reconhecê-los e analisa-los na sua relação com o seu paciente.

Percebe-se que foram esperadas por parte do supervisor as características fundamentais de continência e disponibilidade, além de discriminação do seu lugar de supervisor e não de psicoterapeuta. Ficou sempre claro que o poder de alcance do supervisor era limitado e que era fundamental que o supervisionando estivesse em psicoterapia pessoal. Assim, seus sentimentos mais profundos seriam conhecidos e explorados em seu benefício, mas poderiam ser usados também para a compreensão do paciente.

As quebras do enquadre da supervisão, serviram como sinalizadores para a observação e ampliação do entendimento do caso em questão. O que levava a dupla a observar as manifestações transferenciais diretas e indiretas, auxiliando a sua apreensão, percepção e entendimento.

Essas quebras de enquadre ocorreram através de faltas, atrasos, transcrições reduzidas das sessões, ou ausência de transcrições, ou detalhes frios e obsessivos do

que ocorria na sessão, que não correspondiam à dinâmica da relação psicoterapeuta/paciente.

Em alguns momentos, fez-se o uso da supervisão para conversas sobre outros assuntos, que eram, na verdade, uma forma indireta de falar sobre o que estava acontecendo, muitas vezes, concretamente com a dupla psicoterapeuta/paciente. Percebeu-se que frequentemente essa era a forma utilizada pelas supervisionandas de introduzir questões conflituosas para discussão, e que, na medida em que se sentiam acolhidas, manifestavam confiança em falar diretamente daquilo que realmente as perturbava.

Na supervisão, preocupava-se em perceber e apontar a transferência e a contratransferência que ocorriam na relação psicoterapeuta/paciente, visando auxiliar no aprendizado e compreensão desses processos. Através das manifestações do paciente, assim como de suas expressões verbais e de seu comportamento, poderia haver o entendimento dos processos de transferência/contratransferência o que seria uma importante via de compreensão das relações objetais e do mundo interno do paciente.

A abordagem dos sentimentos contratransferenciais se tornava mais fácil quando a supervisionanda estava em psicoterapia pessoal. Mas, às vezes, mesmo quando as psicoterapeutas não estavam em psicoterapia pessoal, as questões contratransferenciais iam surgindo e sendo conversadas, propiciando a elas uma percepção da importância e necessidade da psicoterapia, o que as motivava a procurá-la. Considerava-se que esse era um importante papel da supervisão: o de alertar o supervisionando para a sua psicoterapia pessoal.

Além disso, observou-se claramente que os sentimentos contratransferenciais iam sendo mais facilmente nomeados e abordados, na medida em que a relação de supervisor/supervisionando se tornava mais confiável. Contribuía para essa confiança, o acolhimento do supervisor para as angústias e defesas dos supervisionandos que surgiam durante os atendimentos.

7.2.1 A convivência com lacunas

Durante as supervisões, pode-se perceber a convivência com lacunas em diferentes momentos: lacunas na história das crianças, nas lembranças, nas transcrições (somente partes das sessões foram transcritas) nas supervisões (marcadas por desencontros, faltas) e no material analisado.

Uma das principais preocupações do início dos atendimentos de uma criança abrigada era o cuidado de se obter informações sobre a sua vida, a família, os motivos que a levaram à instituição, as perspectivas futuras para essa criança retornar à família de origem, ou ser encaminhada à adoção. As psicoterapeutas eram orientadas a anotarem essas informações e trazê-las para discussão em supervisão.

A pesquisadora pôde observar que as histórias da vida das crianças da pesquisa, apresentaram várias lacunas, relacionadas à ausência de dados importantes sobre suas vidas. Tem-se algumas informações sobre suas vidas, mas aspectos importantes de sua história, às vezes até sobre a família de origem, ficaram sem esclarecimento.

Observou-se que os profissionais da instituição e outros profissionais envolvidos com as crianças fizeram esforço para reconstrução da história das suas vidas, mas muitas vezes as informações eram contraditórias, desconstruídas, incoerentes e as crianças ficaram sem saber muito sobre suas raízes, partes importantes de suas vidas, das quais não podiam se lembrar.

As histórias de vida de Mário, Bruno, Ana, Mariana e Paula, sem exceção, são incompletas e misteriosas. Desconhece-se quem era o pai biológico de Mário, se eles tiveram algum contato, sequer se eles se conheciam. Sobre Bruno, não se sabia sobre o número de irmãos, quais irmãos Bruno conheceu, onde estavam, onde estava a mãe, se ela teria abandonado, dentre os filhos, somente Bruno e quais os motivos dela tê-lo abandonado. Sobre Ana, sua história estaria incompleta desde a origem da mãe, também uma adolescente institucionalizada. Sobre Mariana, sabia-se que sua mãe tinha vivência de rua, mas desconhecia-se sua história. Sobre Paula, apesar da sua certidão de nascimento, não se pôde contatar nenhum parente, por parte de pai ou mãe, que pudesse cuidar dela.

A busca por informações por parte de algumas crianças - Mariana e Paula - esbarrou também na limitação de dados da própria instituição. Paula teve acesso à sua certidão de nascimento, à qual copiou juntamente com sua psicóloga. Posteriormente, em uma reforma da instituição, seus documentos foram perdidos.

Sabe-se que a busca e construção da identidade psíquica fazem parte dos objetivos de uma psicoterapia. Nos casos relatados, entende-se que além da identidade psíquica falamos da história concreta, dos registros de origem e do sentimento de pertencimento a uma família constituída.

As lacunas apareceram também no contato de supervisão. Foram comuns as faltas às supervisões e a não realização das transcrições. Ao analisar os dados que tinha em mãos, a pesquisadora constatou que o material era parcial em termos das transcrições de sessões para a supervisão. Sobre algumas crianças, existiam muitas transcrições com intensidade de informações. Sobre outras, quase nada.

Supõe-se, diante de tal fato, que as crianças trouxeram consigo, na sua dinâmica relacional, a repetição de sua história. E os profissionais que com elas trabalharam, de diferentes formas, por mais cuidadosos e observadores que pudessem ser, reproduziram essas lacunas da sua história. Os atendimentos psicoterapêuticos lidaram com as possibilidades que os encontros ofereciam e as limitações suscitadas nos terapeutas e nas supervisões.

As lacunas das histórias das crianças são portanto percebidas e revividas. Conta-se com a memória para reconstruir aquilo que se sabe sobre elas, mas as lembranças vão se perdendo, se diluindo e misturando com outros fatos.

7.2.2 Os sentimentos transferenciais

Os atendimentos psicoterapêuticos tiveram início sem as crianças poderem compreender qual era a função daquelas pessoas que se diziam psicoterapeutas. Embora as estagiárias se apresentassem e tentassem explicar, na linguagem mais próxima da compreensão da criança, qual era a sua função, elas não faziam idéia do

que era aquele relacionamento. Uma perturbação inicial por parte das crianças era esperada, já que elas não sabiam o que poderiam esperar daquela relação. No entanto, percebia-se que elas queriam muito que alguém lhes oferecesse atenção e cuidados.

Nos processos psicoterapêuticos, a dinâmica dos atendimentos ocorreu como uma oscilação contínua entre estados de ansiedade sem nome, confusão psicótica atuada ou representada nos jogos e desenhos, e alguma percepção por parte das crianças, das suas realidades diárias, externas e emocionais.

Observou-se que as crianças, ao tentarem aliviar seu sofrimento mental, infligiam sua ansiedade às pessoas mais próximas, tentando proteger-se de seus estados insuportáveis de tensão. Assim, as pessoas que tinham um contato próximo a elas, educadores, professores e psicoterapeutas ficavam constantemente frustrados, perturbados e ansiosos. Por trás da emoção consciente, as pessoas diretamente ligadas a essas crianças tendiam a ficar enraivecidas, aterrorizadas e perturbadas com a sua própria resposta emocional diante das limitações apresentadas por elas.

Nos atendimentos predominou a transferência de ansiedades persecutórias. Para essas crianças, o mundo externo reproduzia as características de seus objetos internos: ameaçadores, imprevisíveis, inconstantes. A falta de objetos internos bons e firmes se reproduzia transferencialmente e, algumas vezes, contraransferencialmente na relação, o que tornava mais difícil às crianças poderem utilizar a ajuda oferecida pelas psicoterapeutas.

As crianças transferiam às psicoterapeutas, por identificação projetiva, a raiva que não podiam tolerar em si mesmas. A comunicação não verbal, primitiva, utilizada

por elas, era apreendida e compreendida a partir da maneira pela qual as psicoterapeutas reagiam efetivamente a ela.

Além disso, os ataques aos limites eram implacáveis, de maneira que elas não conseguiam, muitas vezes, sentirem-se contidas em nenhuma situação, ao mesmo tempo em que se percebia a sua necessidade de confiar na capacidade das psicoterapeutas de oferecerem-lhes um ambiente constante de segurança.

Assim, a extrema ansiedade, explosões agressivas súbitas, sexualização e cisão violenta, associadas ao estado mental confusional, ameaçavam a estrutura de apoio de que tanto a criança necessitava - escola, instituição, e psicoterapia. A tentativa das crianças era de controlar desesperadamente os sentimentos de caos e de desamparo que ameaçavam dominá-las totalmente. No caso de crianças que sofreram abuso sexual, compreende-se que a erotização poderia ser uma forma de aproximação afetiva buscada pela criança. Como a experiência sexual ocorreu precocemente em suas vidas, a distinção entre afeto e sexualidade não teve condições de ser estabelecida.

Observou-se que experiências de maus-tratos e abandono podem levar ao desenvolvimento de uma parte psicótica da personalidade, que a princípio fica aterrorizada com seus próprios sofrimentos, mas que posteriormente pode se sentir atraída pela mesma perversão a que foi submetida, retirando-se para fantasias de violência como uma defesa contra seus sentimentos de desamparo. Essas fantasias serviriam não só para refletir uma experiência passada, mas também para manter a criança coesa, diante do caos e terror sentidos por ela.

Assim, suas psicoterapeutas eram sentidas como perseguidoras e abusadoras, sendo tratadas com violência, não só pelo fato de a criança transferir ao psicoterapeuta

a figura do seu perseguidor do passado, vingando-se dele, mas também como uma inversão da situação que vivenciou: comportando-se com o adulto, da mesma forma como se sentiu tratada, forçando-o a vivenciar os sentimentos que lhe eram insuportáveis. Ficando assim, a criança como o perseguidor poderoso e o psicoterapeuta como a vítima desamparada.

Aos poucos, em intensidades diferentes e de acordo com cada dupla, as capacidades de conter e de diferenciar das terapeutas puderam ser internalizadas pelas crianças, havendo a possibilidade de pensamento mais simbólico em meio ao pensamento concreto característico dessas crianças. Os cuidados que as psicoterapeutas apresentavam com as interpretações talvez estivessem relacionados com a percepção de que em pensamentos tão concretos, as palavras podem ser sentidas também como objetos concretos e não simbólicos, podendo ferir.

Podemos observar nos relatos dos casos que de acordo com a maior possibilidade de simbolizar, as crianças também podiam viver transferências positivas com suas psicoterapeutas. Estas estariam relacionadas aos sentimentos amorosos, afetuosos da sua relação. Também surgiu a necessidade de conversar, de compartilhar com elas suas experiências e a confiança que foi construída nas relações.

7.2.3 Os sentimentos contratransferenciais

O impacto que a problemática das crianças tinha sobre as psicoterapeutas que as

atenderam era visível. A insegurança e o temor das psicoterapeutas ao se depararem com um sofrimento psíquico tão intenso eram muito fortes. Elas encontraram crianças abaladas emocionalmente, em estados mentais de muita desorganização, mas fazendo um grande esforço para estarem em contato com elas. Poder-se-ia dizer, que as crianças apresentavam muita *fome* de carinho e atenção.

Observou-se, então, reações contratransferenciais de evitação do contato com a carga emocional trazida pelos pacientes e pelos sentimentos de impotência diante de situações que pareciam sem solução. Compreende-se que a situação extremada de carência afetiva das crianças provocava um afastamento defensivo de suas psicoterapeutas.

Nos encontros com os pacientes, as psicoterapeutas ficavam muito cuidadosas, receosas de falar sobre assuntos que fossem muito dolorosos para os seus pacientes, ao mesmo tempo em que procuravam aproximação e oportunidade para falar com eles sobre suas dificuldades.

Para a supervisão, as psicoterapeutas levavam constantes demonstrações de sentimentos de rejeição e impotência contratransferenciais. Apoiavam-se muito no trabalho de supervisão e (especialmente Elisa) no estudo teórico, como garantias de que validariam aquilo que era sentido como pouco a ser dado às crianças.

Como exemplo, o caso de Bruno: Depois de ter sido desabrigado, Bruno se encontrou, por acaso, com Júlia, em um local público. Júlia relatou ter ficado muito perturbada com a situação, sem reação e com muito desejo de falar com ele. Sentiu-se rejeitada e inadequada diante de Bruno. Tentou saber como este estava, e após algumas tentativas de conversa, percebeu a distância emocional de Bruno e retirou-se.

Na supervisão, Júlia pôde expressar sua frustração e tristeza por não ter podido se comunicar com Bruno e seu sentimento de inadequação diante dele.

7.2.3.1 Angústia e negação

Observou-se também que as situações nas quais as crianças pudessem estar sofrendo algum tipo de violência, com maus-tratos de qualquer espécie eram negadas pelas psicoterapeutas. Assumir que as crianças pudessem estar passando por situações traumáticas novamente parecia tão assustador que o movimento defensivo natural era de negação. Ficava reservado à supervisora a responsabilidade de alertar os supervisionandos sobre as possibilidades que se apresentavam. Esta atitude geralmente provocava muita dor, sofrimento, dúvida e vontade de que nada disso estivesse acontecendo. A pergunta que surgia após a questão ser levantada era sobre “o que fazer”?

Quando a angústia era muito forte, pôde-se observar que as psicoterapeutas faltavam aos atendimentos e à supervisão, evitando entrar em contato com o que estava acontecendo.

Assim ocorreu nos momentos de impasse de todos os atendimentos. Quando a relação de supervisão se encontrava mais forte e havia maior confiança, as psicoterapeutas podiam utilizar esse espaço, para com a supervisora pensarem nos motivos de suas ausências e nas possibilidades para os atendimentos.

Elisa viveu essa experiência muito intensamente com Mariana, assim como Júlia nas situações de evasão de Bruno. Nesta fase Júlia se constrangia em ir para a supervisão sem tê-lo atendido. Discutiu-se em supervisão o quanto era importante poder pensar nele e no que se tinha de informações sobre ele, mesmo que o atendimento não tivesse ocorrido. Júlia, então, vinha para a supervisão perguntando-se sobre o que fazer para impedir as evasões. Questionava-se sobre o que deveria fazer para conseguir segurá-lo.

‘O que podemos fazer para recuperar Bruno?’ Foi uma pergunta de Júlia na supervisão. Nela, discutiu-se sobre as fugas da criança, os riscos que corria, se seria ou não possível fazer algo, além do atendimento oferecido, para ajudá-lo. Ao final da sessão, Júlia disse que não ligou naquela semana e nem foi à instituição para tentar atendê-lo. Não sabia o motivo. A surpresa da supervisora foi grande, já que a supervisionanda foi quem manifestara preocupação com a situação de Bruno e não podia fazer a única ação possível no caso que seria disponibilizar-se para atendê-lo. Mas a sessão de supervisão já havia chegado ao fim, ficando a supervisora com o sentimento de não poder fazer nada, a sensação de impotência vivida anteriormente pela supervisionanda.

7.2.3.2 Onipotência X impotência

Devido à carência afetiva e à fragilidade das crianças, as psicoterapeutas que as

assumiam traziam consigo um sentimento de que as crianças agora eram de sua responsabilidade. Tornavam-se ‘porta-vozes’ das crianças. Somava-se a esse sentimento, a necessidade de se posicionar como um bom profissional, de encarar com seriedade a função de psicólogo, o que muitas vezes tornava mais pesado o trabalho com as crianças. As psicólogas sentiam como seu, o peso da responsabilidade de fazer a criança ‘dar certo’, de resolver o problema de sua vida. Como se fossem elas que tivessem que resolver essa questão. Assim, qualquer dificuldade da criança, na adaptação ao ambiente, ou qualquer queixa vinda da instituição eram sentidas como uma crítica ao seu trabalho, um atestado de que não estavam fazendo certo, não estavam ‘dando conta do recado’. Invariavelmente, os processos não aconteciam como esperado, o que as levava a se sentirem incapazes, incompetentes em sua função de psicólogas.

Lidava-se em supervisão, com as fantasias, vividas pelas psicoterapeutas, de onipotência e de cura e preenchimento do vazio trazido por essas crianças. Assim, o sentimento de impotência, que as psicoterapeutas sentiam como consequência, tirava delas a condição de fazer o que era possível em cada situação, gerando uma postura de desistência que as fazia sofrer bastante.

Assim, os sentimentos contratransferenciais de impotência de Carla eram discutidos em supervisão, levando a supervisora também a se sentir sem iniciativas diante de tanta impossibilidade. Foram sugeridas formas de interpretar, compreender o que acontecia psiquicamente com Mario e tentou-se uma maior aproximação com Carla, na busca de ajudá-la a diferenciar o que poderia ser seu para ser levado para discussão em sua análise pessoal.

Embora Carla fosse rigorosa com o cumprimento de seus compromissos com o paciente e a supervisora, seus sentimentos contratransferenciais não puderam ser suportados. Sua relação com a supervisora se manteve positiva, apesar da relação não ter sido suficiente para lidar com os acontecimentos. Supõe-se que sentimentos de frustração e ruptura brusca foram sentidos por todos os envolvidos no processo.

Nos atendimentos de Júlia, pôde-se perceber que talvez a princípio, ela só se conscientizasse dos seus sentimentos contratransferenciais, despertados pela psicoterapia de Bruno, estando em supervisão, o que foi se modificando ao longo do tempo e ela espontaneamente trazia questões contratransferenciais para serem discutidas. Júlia vinha às supervisões sempre com a sensação de que havia feito algo errado, revivendo em supervisão a relação superegóica que Bruno provocava no contato com ela. Sentia-se sem saber o que fazer além de um sentimento de inadequação permanente.

Por outro lado, as expectativas das crianças sobre suas psicoterapeutas sempre eram muito altas, já que depositavam nelas suas esperanças de terem seus problemas resolvidos. Assim, muitas vezes, pela falta de discernimento da dupla, do lugar e papel do psicoterapeuta e pelo desespero em que se encontravam, as crianças esperavam que suas psicólogas substituíssem suas mães e familiares. Ao mesmo tempo que queriam, esse era o temor das crianças: se suas psicoterapeutas substituíssem suas mães, elas perderiam definitivamente as mães verdadeiras, o que as tornavam ambivalentes em relação ao atendimento e às psicoterapeutas.

7.2.3.3 A concretude da vida das crianças e das regras da instituição

As psicoterapeutas sentiam-se vulneráveis, fragilizadas, diante das dificuldades das crianças. Além disso, tinham que conviver com as decisões que a instituição tomava sobre as crianças em atendimento, na maior parte das vezes, sem compartilhar com elas previamente. Quando elas chegavam para o atendimento, as medidas já haviam sido tomadas.

Percebia-se com frequência sentimentos de raiva e indignação quando aconteciam situações com as crianças que eram sentidas como desrespeitosas e agressivas aos seus direitos.

Muitas vezes tornava-se muito difícil aceitar algumas decisões que eram tomadas institucionalmente sobre as crianças que, sob o ponto de vista individual, considerando sua subjetividade, sabia-se que as colocavam em situações ruins. Considera-se que a instituição funcione como uma família para as crianças e que suas decisões precisam ser respeitadas. Compreende-se que a instituição busque fazer o melhor possível visando a coletividade, com normas e regras a serem seguidas. No entanto, se tem conhecimento da dificuldade de muitas crianças de se adaptarem a determinadas regras e como as necessidades individuais nem sempre são compatíveis com as do grupo.

Exemplos claros são as situações em que as crianças ficavam de castigo por mau-comportamento e não podiam passar o fim de semana fora. É uma cultura da instituição que as crianças passem o fim de semana na casa de voluntários que se

responsabilizam por elas nesses períodos. Não ir era sinônimo de muito sofrimento e angústia que só reforçava seus sentimentos de rejeição.

Como o que aconteceu com Ana que se encontrava emocionalmente muito abalada, fazia pouco tempo que estava na instituição, chorava muito, fazia xixi na roupa. Sentia-se que sua frustração era imensa e também sua tristeza. Como acontecia esporadicamente, a instituição tinha o dia de cortar o cabelo e Ana não conseguia cuidar sozinha do seu. A decisão é que seu cabelo seria cortado bem rente à cabeça, da forma como meninos e meninas acabavam ficando indiferenciados. Camila conseguiu adiar o fato, mas não impedi-lo. Ana veio para o atendimento, envergonhada, se escondendo, se sentindo feia. Camila compartilhou em supervisão seus sentimentos de raiva, de indignação, sentindo que Ana havia sido desrespeitada e agredida mais uma vez.

Outro momento delicado para Camila ocorreu quando a mãe de Ana, a partir da denúncia de que seu companheiro molestava Ana sexualmente, optou por ficar com ele e perder definitivamente a guarda da criança. Quando a mãe deixou de visitá-la e ela foi encaminhada para adoção, os sentimentos de desamparo, de abandono e indignação de Ana foram sentidos por Camila e compartilhados em supervisão. Durante algum tempo, temia-se sobre o futuro da criança que posteriormente foi adotada.

Como no caso de Paula, quando Laura e a supervisora estavam percebendo que algo de muito ruim e sério poderia acontecer com ela, vivendo no ambiente que anteriormente já fora percebido, pelos profissionais, como ruim. Embora Laura tivesse solicitado ajuda da instituição para re-abrigar Paula, ela só voltou para a instituição quando aconteceu o que se temia.

Carla suspeitava que Mário pudesse estar sofrendo violências novamente, mas a suspeita não era suficiente para que algo efetivo fosse feito para defendê-lo, nem pelas autoridades, nem pela escola.

Mariana tinha esperança em uma possível adoção feita por uma pessoa que já havia adotado outras crianças. Ao conhecer essa pessoa, Elisa desconfiou de sua inadequação para adotar Mariana e temia sua reação se essa adoção também fracassasse. Elisa, após conversar com os profissionais competentes, teve que aguardar os fatos, temendo por Mariana, sem poder fazer mais nada.

7.2.3.4 Alegria com os sucessos das crianças

Impressionante a alegria que se sentia quando era percebido que as crianças obtiveram algum progresso em qualquer área de sua vida. Conquistas como alfabetização e boas notas são muito difíceis quando se fala de crianças que sofreram maus-tratos. Assim, quando acontecia qualquer ganho nesta área, este era motivo de real alegria tanto para as psicoterapeutas quanto para a supervisora.

Também motivo de alegria era a adoção bem sucedida. Devido às dificuldades de adaptação e aceitação da nova família, sabe-se que, é freqüente que as crianças, sejam devolvidas à instituição, o que lhes causa profundo desespero e sentimento de rejeição. Assim, quando se percebe que uma adoção pôde ser bem sucedida e o sucesso foi alcançado, todos comemoram.

7.2.4 As reações contratransferenciais

7.2.4.1 As transcrições de sessões

Embora houvesse uma solicitação prévia no início dos atendimentos para que as sessões fossem transcritas, percebeu-se que, nos momentos de impasses entre paciente/psicoterapeuta, fazer a transcrição se tornava quase impossível, ou a transcrição relatava somente aspectos superficiais e fatos acontecidos, sem traduzir a experiência emocional vivenciada pela dupla.

Normalmente, nas sessões transcritas para a supervisão, as histórias de fugas, maus-tratos e riscos que as crianças corriam quase não apareceram. As emoções, relatos de fatos conhecidos através da instituição, temores sobre as experiências destrutivas vividas por elas eram omitidas nas transcrições.

Ficava-se com a supervisão dividida em fatos transcritos e, fatos e sentimentos relatados, o que levava a dupla supervisor/supervisionando, frequentemente, a deixar de lado a transcrição para conversar sobre os sentimentos e angústias despertados pelos atendimentos e situações concretas das crianças.

Como ocorria com Júlia, que sempre transcreveu sessões para supervisão. Suas transcrições eram sintéticas, relacionadas aos fatos sentido por ela como mais importantes do atendimento ou resumidamente sobre o que aconteceu naquela sessão.

No entanto, as transcrições não traduziam a riqueza do que era discutido em supervisão.

Pôde-se perceber que nos momentos em que os atendimentos aconteciam sem maiores turbulências, as transcrições das sessões pareciam mais fáceis e espontâneas. O que leva a concluir que os supervisionandos buscavam levar para a supervisão aspectos mais leves e fáceis de serem analisados.

Pôde-se notar também, que quando a psicoterapeuta se sentia mais à vontade com os próprios sentimentos e reações contratransferenciais ao paciente, as transcrições eram mais completas, com maior riqueza de detalhes e o encontro na supervisão tornava-se mais produtivo.

Observou-se que Camila e Laura não transcreveram as sessões que ocorreram nos momentos mais difíceis das crianças atendidas por elas. E os questionamentos sobre sexualidade e possíveis esclarecimentos oferecidos por Laura a Paula e por Elisa a Mariana não apareceram nas transcrições, embora tenham ocorrido momentos importantes de esclarecimento e conversa franca entre as duas duplas. Assim como, depois de determinado ponto do atendimento de Mariana, não houve mais transcrições devido ao impacto emocional vivido por Elisa.

Pôde-se observar, também, que nas supervisões, a princípio houve cuidado, juntamente com sentimentos de insegurança e estranhamento, por parte das psicoterapeutas em relação à supervisora. Foi necessário um período de aproximação, de construção de intimidade, para que se pudesse ter uma relação de maior confiança para que as questões mais profundas pudessem ser discutidas.

Com o aumento da confiança na relação de supervisor/supervisionando, muitos aspectos emocionais vivenciados e despertados pelos encontros puderam ser conversados em supervisão, diminuindo as reservas das psicoterapeutas quanto a falarem sobre si mesmas e sobre características próprias que os atendimentos só faziam revelar.

7.2.4.2 As quebras do enquadre

Nos momentos de muita angústia, quando as psicoterapeutas não sabiam o que fazer, procuravam medidas de controle concreto sobre o atendimento, tentando colocar regras, se negando a fazer aquilo que era solicitado pelas crianças e que era condizente com a ludoterapia. Percebe-se que essa necessidade de pôr limites estava relacionada às dificuldades das psicoterapeutas em aceitar o nível de desorganização dos seus pacientes.

Por outro lado, foram comuns nos casos relatados, situações em que houve quebras do enquadre clássico para o atendimento psicanalítico de ludoterapia.

De acordo com a experiência dos atendimentos, a instituição teve, muito freqüentemente, dificuldades em oferecer salas que pudessem ser usadas para atendimento psicoterapêutico. Compreendeu-se que o espaço institucional, que era considerado comum em todos os sentidos, resistia a uma privacidade de qualquer um dos membros da instituição. Assim, as salas, ditas reservadas, eram comumente

invadidas pelas outras crianças, que não estavam sendo atendidas, ou por funcionários com objetivos sempre muito variados. Outra questão era a falta de uma sala específica, quando havia alguma. O que significava que a cada dia usava-se a sala disponível. Além disso, era muito comum que não houvessem salas livres, o que significava que o atendimento acontecia nos lugares possíveis: garagem, quarto, algum canto do jardim.

Por parte das crianças em atendimento, houve variadas formas de quebra do enquadre:

1- Era comum que elas, todas elas, em momentos variados sentissem necessidade de sair da sala de atendimento e interagir com alguém que não fosse sua psicoterapeuta, no momento da sessão.

Assim acontecia com Ana, que queria ir ao banheiro ou levar o desenho que havia feito para outra ‘tia’ ver, ou, com Bruno que saía da sala para resolver um ‘problema’ com o amigo, durante o atendimento. Paula saía da sala para levar para os amigos os ‘presentes’ que eram feitos por ela e sua psicoterapeuta e Mariana pedia que Elisa fosse com ela na cozinha, ou conversar com o monitor sobre algum problema.

2- Bruno e Mariana tinham muitas dificuldades de deixar a porta da sala de atendimento fechada, permitindo assim, a entrada de outras pessoas na sala, demonstrando claramente a sua dificuldade em estar sozinhos com suas psicoterapeutas.

3- Também Bruno e Mariana, a partir de determinado período do seu processo psicoterapêutico traziam comida para a sessão. Às vezes, traziam para compartilhar com suas psicoterapeutas, outras vezes, comiam durante o atendimento.

4- Em todos os atendimentos, finalizar a sessão era sempre um momento muito delicado: ou as crianças se recusavam a sair da sala e terminar a sessão, ou algumas delas, ficavam obsessivamente perguntando à sua terapeuta se o fim da sessão estava se aproximando.

Por parte das psicoterapeutas, uma forma de quebra do enquadre clássico, não menos importante, foi uma necessidade de acolhimento, que ultrapassava o limite físico do enquadre.

Como exemplos: tem-se a sessão extra do domingo oferecida por Paula, alguns quitutes feitos por Mariana e Elisa no refeitório da instituição, ou a sessão em que Elisa conversou com Mariana enquanto ela mostrava que sabia passar roupa. Também, como exemplo, tem-se a sessão em que Camila ficou com Ana por quase duas horas, consolando-a quando esta percebeu que a mãe não a assumiria e os momentos em que Camila deu comida na boca de Ana, no seu horário de refeição. Assim como a visita, tão importante, que Júlia fez a Bruno no hospital, quando ele passou por uma cirurgia.

7.2.4.3 Momentos de impasse

Alguns momentos especiais dos atendimentos geravam uma possibilidade de ruptura que poderia ser concretizada ou não. A demanda psíquica era muito grande, assim como era grande o esforço concreto, feito pelas psicoterapeutas para poderem realizar os atendimentos. Nos momentos de impasses, seria justificado, racionalmente, o motivo da ruptura e do encerramento do atendimento. Ou, seria um momento muito

rico para ser aproveitado em reflexões e questionamentos que poderiam propiciar progresso da dupla.

Com Carla, o momento da destruição da caixa lúdica de Mário, representativo de uma relação que não conseguia se manter, justificou a interrupção do atendimento.

Laura sentiu-se abandonada por Paula nas sessões em que Paula preferia ir embora com as colegas a ter atendimento psicoterapêutico. Sentia Paula regredir: estava suja, cheirando mal, e parecia acreditar que Paula estava se desligando dela. No entanto, Laura insistiu no atendimento e pôde perceber que os problemas enfrentados por Paula naquele momento eram tão intensos que a consumiam e tiravam dela qualquer possibilidade de novos investimentos.

Elisa e Mariana viveram alguns impasses, bem significativos: A briga que Mariana teve com Elisa frente à coordenadora, a conversa sobre as férias, outras sessões em que Mariana a xingava muito e Elisa sentia-se muito desrespeitada.

Elisa fez um depoimento sobre esse sentimento logo após uma sessão:

Desde o começo, em que ela começou a xingar, me senti paralisada. Senti muita raiva, me vinha lembranças de criança, em que eu era xingada e sentia agora a mesma raiva e a mesma paralisia.

Essa sessão ficou fixa na minha cabeça, não conseguia me desligar, fiquei inundada na raiva, sentindo tudo fragmentado em mim.

Outro momento delicado da relação de Elisa e Mariana foi quando Elisa foi visitá-la na casa de Márcia e sentiu que Mariana estava muito desorganizada, perdida. Percebeu-se, então, um cansaço de Elisa por reconhecer que Mariana não progredia nas suas relações e que ninguém sabia o que fazer com ela. Elisa começou a sinalizar que o custo psíquico de ter Mariana como paciente estava alto para ela. A partir desse

momento, Elisa não transcreveu mais sessões, vinha às supervisões falar sobre o que pensava e sentia, buscando ajudar Mariana.

O impasse definitivo, da relação de Elisa com Mariana, aconteceu na tentativa de Elisa de levar Mariana para ser atendida em seu consultório. O desgaste emocional vivido durante todo o atendimento, somado às situações de atraso e desrespeito da instituição com o trabalho de Elisa e a postura de Mariana sentida por Elisa como invasiva, foram determinantes para o fim do atendimento.

7.2.5 A transmissão dos sentimentos negativos do trauma e do abandono

Pôde-se perceber a transmissão dos sentimentos negativos nas situações de trauma e abandono, os quais foram sentidos pela instituição, pelas psicoterapeutas e na situação de supervisão.

As experiências traumáticas e os abandonos vividos por Mário, Bruno, Paula, Mariana e Ana, por suas figuras de afeto foi reproduzido nas suas relações.

Todas as crianças iniciaram os atendimentos com funcionamentos mentais muito desorganizados, agressivos, desconfiados. Seus temores e desconfianças eram sentidos pelas psicoterapeutas e pela instituição em diferentes proporções.

Nos casos de Bruno e Mariana, o trauma e o abandono sentido por eles foi reproduzido nas relações em que foram a figura central. As manobras defensivas de

um e de outro foram de desligamento e endurecimento psíquico, o que gerava um distanciamento generalizado em todas as possíveis relações afetivas que vivenciavam.

Na situação de Bruno, a instituição não se propôs mais a manter a sua guarda, já que Bruno não conseguia nem ficar lá, nem receber a sua proteção. A coordenação da instituição sentia-se desrespeitada e abandonada como Bruno estava se sentindo. Considerando a sua relação com a Júlia, Bruno, repetia com ela suas experiências traumáticas: ao ir embora da instituição, sequer se despediu, demonstrando indiferença e frieza quando se encontraram.

Na situação de Mariana, embora a instituição não tenha se desobrigado de cuidá-la, em muitos momentos ficou clara a dificuldade institucional nesses cuidados. O desgaste emocional se fazia em todos os setores das relações de Mariana. Até que sua psicoterapeuta não conseguiu mais atendê-la.

Júlia e Elisa tiveram sentimentos de rejeição e culpa em relação à possibilidade de voltar a atender Bruno e Mariana. Sentiram a possível ambivalência sentida pelas crianças: ao mesmo tempo em que queriam estar com alguém que os protegesse, sua raiva e mágoa os impediam.

Observa-se que a condição necessária para a recepção de sentimentos tão primitivos projetados, a condição de *continência*, não era possível nem por parte da instituição, nem das psicoterapeutas. Ao não serem compreendidas, as crianças faziam mais uso da identificação projetiva, através de atuações e descargas emocionais intensas que provocavam movimentos de rejeição mais intensos.

Pôde-se observar que quanto mais se elevava o nível de angústia das psicoterapeutas que lidavam com essas crianças, mais difícil se tornava a condição de

continência: a condição transformadora, que implica em receber e dar um significado diferente daquele que foi explicitado.

7.2.5.1 A dificuldade de encerrar as sessões, sair de férias e encerrar os atendimentos

Os encerramentos, de um modo geral, eram momentos muito penosos para as duplas. Tanto as finalizações das sessões, quando as crianças voltavam para a sua realidade concreta e as psicoterapeutas iam embora da instituição, quanto o fechamento de um ciclo de atendimento com férias. O sentimento passado pelas crianças era de que elas estavam sendo abandonadas novamente.

Encerrar a sessão, ou sair de férias transformava, transferencialmente, as psicoterapeutas na figura da mãe cruel que rejeitava e abandonava as crianças. Às vezes, conter esses sentimentos era insuportável, embora elas se esforçassem para manter sua capacidade de pensamento e autonomia.

A cada encerramento, ficava a sensação do abandono:

- Camila tinha esse sentimento a cada vez que deixava Ana ao fim da sessão. Precisava garantir a ela e a si mesma de que voltaria no dia seguinte para atendê-la novamente.
- Laura sentia-se muito angustiada ao deixar Paula depois dos atendimentos na escola e ir para casa sabendo que ela vivia em condições difíceis e de risco para sua saúde física e mental.

- As férias de Elisa (que se sentia culpada por sair de férias), a princípio, eram sentidas por Mariana como um novo abandono.
- Júlia despedia-se de Bruno ao final da sessão e não sabia quando o veria novamente. A impossibilidade de evitar as evasões de Bruno, um menino tão pequeno, deixava tanto Júlia quanto a supervisora com sentimentos de desalento e desespero, pensando nos perigos que ele enfrentaria na rua e o que poderia ser feito para impedir que isso acontecesse.

Ao observar o encerramento de todos os atendimentos, ficou claro, para a pesquisadora, a dificuldade encontrada pelos psicoterapeutas em deixarem de atender as crianças. Estas interrupções tiveram um sentido muito doloroso e culpabilizante para aqueles que encerraram. Mesmo no caso de Camila, já que Ana foi adotada em outra cidade.

Devido à intensa carência afetiva dessas crianças, o encerramento também teve características sentidas como abandono, e foi extremamente penoso para as psicoterapeutas que as atenderam.

A percepção aguçada, que crianças que sofreram traumas apresentam, fez com que elas soubessem, antes que a separação fosse verbalizada, que ela iria acontecer. Assim, as separações foram sentidas antes de poderem ser verbalizadas, sendo vividas como aquilo que não podia ser dito, que ficava nas entrelinhas.

Diante da percepção da separação, as crianças buscavam avidamente por se lembrar dos antigos atendimentos ou pessoas a quem foram ligadas, se organizando defensivamente, buscando muitas vezes, acreditar que aquele contato, que poderia acabar, não faria falta. A ambivalência se intensificava: os terapeutas tiveram que

lidar, ao mesmo tempo, com rejeições e regressões das crianças, assim como se intensificaram as fugas das crianças da instituição e as suas faltas aos atendimentos.

Os relatos das psicoterapeutas, que encerraram os atendimentos, foram desde tristeza e culpa intensas, a sensações físicas de apertos no peito e falta de ar. Alguns, como defesa, tentaram demonstrar racionalização e objetividade, como se não sentissem a perda que se vislumbrava, mas buscavam incessantemente por alguém para dar continuidade à psicoterapia das crianças.

As situações de emoção e choro na supervisão mostraram que a intensidade do contato com essas crianças foi de uma ordem de sentimentos mais intensa do que aqueles experimentados na clínica comum.

Mesmo tendo encerrado os atendimentos, foi comum os psicoterapeutas quererem saber notícias das crianças após os encerramentos.

Do ponto de vista da supervisora, a dificuldade de separação não se fez menor. A preocupação e o envolvimento com as crianças que têm seus atendimentos supervisionados são sentidos intensamente. O sentimento de desamparo das crianças motiva uma busca de prolongar o quanto for possível a psicoterapia recebida por elas. Assim, na medida em surgem psicoterapeutas que queiram dar continuidade aos atendimentos das crianças da instituição, a supervisora se propõem a supervisioná-los.

***Reflexões sobre: a supervisão, a
ludoterapia e as crianças traumatizadas***

8 REFLEXÕES SOBRE: A SUPERVISÃO, A LUDOTERAPIA E AS CRIANÇAS TRAUMATIZADAS

“Não fui abandonada concretamente, mas os pequenos abandonos que vivi, me ajudaram a compreender estes com que entramos em contato. E hoje, menos identificada do que já fui, sinto que posso trabalhar com essas crianças.”
(uma supervisionanda)

A necessidade de sistematizar um estudo sobre a supervisão psicanalítica, em contextos de atendimento de situações de trauma e abandono, levou à realização dessa pesquisa.

Buscou-se compreender mais profundamente o trabalho de supervisão em situações que lidam com a intensidade de sentimentos perturbadores despertados por crianças traumatizadas e abandonadas na sua relação com seus psicoterapeutas, e que podem ser observados na situação de supervisão. Utilizou-se para isso o conhecimento sobre os fenômenos de *transferência* e *contratransferência*.

E o que pôde ser apreendido ao final da pesquisa?

De acordo com Grinberg (1975), Eizirik (1991), Rocha (1994) e Zalasvasky et al. (2003), pode-se afirmar que formalmente, as relações de supervisão tiveram um enquadre estabelecido por um contrato verbal, considerando: a forma de trabalho da dupla, frequência, horários e transcrição das sessões levadas para supervisão (quando possível). Informalmente, a relação de supervisão considerou os modelos éticos e de caráter tanto do supervisor quanto do supervisionando, a motivação da dupla para o encontro, a empatia e a confiança. Percebeu-se que foram esperadas do supervisor

características de disponibilidade e continência, além de sua condição de poder reconhecer que seu poder de atuação era limitado e, portanto, de diferenciar seu lugar de supervisor do lugar de um psicoterapeuta.

Nesse trabalho, de supervisão de ludoterapia de crianças traumatizadas e abandonadas, constatou-se que o entendimento da *transferência* e da *contratransferência* percebidas na relação de supervisão foram facilitadores da compreensão das relações de objeto e do mundo interno das crianças; as manifestações transferenciais e contratransferenciais puderam ser identificadas na transcrição das sessões para supervisão e também durante a supervisão.

Percebeu-se que a predominância de formas não verbais de comunicação na psicoterapia dessas crianças, que apresentavam funcionamento psicótico, contribuíram para a dificuldade de descrever adequadamente como eram as sessões psicoterapêuticas delas. As transcrições das sessões e as narrativas de como elas aconteciam, pareciam frequentemente, decepcionantes, pois selecionavam os elementos mais passíveis de descrição daquilo que foi feito e dito, enquanto que o que predominava opressivamente, era a atmosfera não verbal, a que se necessitava prestar atenção por ser uma pré-condição para o progresso da psicoterapia e conseqüentemente, da criança (Bion, 1986; Alvarez, 1994; Briggs, 2000).

Nesse sentido, foi muito importante que se tivesse um contrato verbal de trabalho, entre a supervisora e as supervisionandas, que caracterizasse o enquadre de trabalho. As alterações nos acordos estabelecidos muito puderam dizer sobre como as crianças estavam funcionando e como estava sua relação com suas psicoterapeutas. Ficava evidente que o convite à não percepção dos aspectos não-verbais era freqüente,

tanto para a supervisora quanto para as supervisionandas, e que as percepções, quando aconteciam, abriam caminho para a compreensão e o aprofundamento do caso supervisionado.

Foi constatado que os impactos emocionais vividos pelas crianças atendidas tiveram características próprias que atingiram seus psicoterapeutas e a supervisora. Destacaram-se mais objetivamente nas condições dessas crianças: a ausência de uma estrutura familiar, e conseqüentemente, ausência de um responsável; a sua precariedade afetiva; um mundo interno intensamente prejudicado; experiências traumáticas sucessivas (maus-tratos e abandono); carências emocionais intensas representadas por carências materiais, ausência de uma perspectiva de futuro para elas, por parte delas mesmas e dos responsáveis por elas (instituição).

As angústias mobilizadas pela realidade física e emocional das crianças, recaíam sobre as suas psicoterapeutas e sobre a supervisora e foram constantes os convites ao abandono do lugar de psicoterapeuta e supervisora para a atuação, como amiga e protetora. Nestes casos, concorda-se com Alvarez (1994) quando afirmou que os psicoterapeutas podem até tomar algumas atitudes para mudar os fatores externos da vida dessas crianças, mas o que fazem comumente não é suficiente para resolver concretamente a situação delas. Entretanto, a psicoterapia, dentro do possível, pode proporcionar a elas uma oportunidade emocional que possibilita que algo de novo aconteça dentro delas.

Buscou-se compreender os sentimentos transferenciais e contratransferenciais intensos vividos nas relações psicoterapêuticas. E, nessa pesquisa, foi apenas por uma questão didática, apenas para marcar uma definição de papéis e funções

paciente/terapeuta, respectivamente, que se insistiu na separação de *transferência* e *contratransferência*.

Considera-se que não só o paciente fica sob efeito de processos inconscientes como também o terapeuta e, portanto, havendo *transferência* sempre haverá *contratransferência*. Refletir sobre a *transferência* significa preocupar-se com o que é transmitido sobre o funcionamento mental do paciente e, eventualmente, do terapeuta, isto é, sua *contratransferência*, através do que ocorre na relação paciente/psicoterapeuta, nos níveis consciente e inconsciente. Acredita-se de acordo com Barros (2006), que a *contratransferência* permite que o psicoterapeuta escute, por meio de seus sentimentos, não só o que o paciente diz, mas, mais ainda, o que ele não diz, talvez por ignorá-lo no plano consciente.

Considerou-se, nessa pesquisa, a *transferência* de acordo com a noção Kleiniana (Klein, 1952/1991b; Segal, 1977/1982; Joseph, 1985/1990): operando ao longo de toda a vida e influenciando todas as relações humanas.

O foco principal, de acordo com esta visão, acima citada, está na forma como se organizam as fantasias inconscientes que se mantêm em uma interação permanente com o meio. O que determina a percepção do mundo externo está diretamente relacionado com a realidade interna do indivíduo. A vida emocional passa por oscilações entre amor e ódio, entre situações externas que envolvam a percepção da realidade e situações internas que envolvam fantasias sobre a realidade externa. A capacidade de integração do ego é que proporciona a síntese de sentimentos de amor e ódio e de aspectos bons e maus dos objetos.

De acordo com aquelas autoras (Klein, 1952/1991b, 1952/1991c; Segal, 1977/1982; Joseph, 1985/1990), a *transferência* deve ser entendida mais como uma atualização do mundo interno do paciente, sendo assim, uma marca que a sua realidade psíquica, e conseqüentemente, sua fantasia, imprime sobre o mundo externo. Se o seu mundo interno é povoado por bons objetos, a relação do paciente com o mundo externo e com o terapeuta será predominantemente amorosa. Se seu mundo interno for povoado por objetos persecutórios e maus, o paciente reviverá na *transferência* essa realidade psíquica.

Considerou-se também a *contratransferência* - na sua concepção atual, conforme Bernardi (2006), Rocha (2006) e Zaslavsky e Santos (2006) - das psicoterapeutas, e que o que elas sentiam e pensavam precisava ser utilizado no trabalho terapêutico. Os principais aspectos da *contratransferência*: a importância dos sentimentos do psicoterapeuta como indicadores do estado mental do paciente; a *identificação projetiva* usada como comunicação não-verbal, a importância da mente do psicoterapeuta como sendo o meio ambiente do paciente na situação analítica, foram fundamentais no trabalho com crianças traumatizadas.

Pode-se afirmar que, no trabalho clínico com estas crianças, que tão bem sabem despertar no psicoterapeuta sentimentos intensos e difíceis de serem manejados, a *contratransferência* é um instrumento essencial. A atividade terapêutica deve envolver não só a totalidade das estruturas do paciente e de seu funcionamento, mas também igualmente a totalidade das estruturas e funcionamento do psicoterapeuta.

Considera-se que as situações externas vividas pelas crianças atendidas, que as levaram ao abrigo, embora muitas vezes fossem semelhantes, guardavam as

especificidades de uma experiência única, dolorosa e traumática. Os maus-tratos variaram: negligência e abandono físico e/ou emocional, destituição de pátrio poder, morte do único familiar cuidador, adoções malogradas com conseqüente devolução da criança para a instituição, abuso sexual e abandono, violência física e outros mais. Faz-se necessário ressaltar que muitas destas situações frequentemente se encontravam de maneira combinada, sendo que os maus-tratos poderiam ter sido praticados de diferentes formas em relação a uma mesma criança.

Nesses casos, a *transferência*, como o sonho, seria uma tentativa de encontrar uma saída mais feliz para antigas feridas não curadas. Vieira (2001) considerou que talvez, a repetição da *transferência* esteja relacionada com padrões traumáticos de relação. Mas, o risco sempre presente seria de se continuar na repetição e não haver modificação do modo de relação, o que manteria o resíduo não dominado do trauma inalterado.

Concorda-se com as afirmações de Alvarez (1994) e Dubinsky & Dubinsky (2000), de que as crianças maltratadas apresentam uma profunda noção do dano emocional que sofreram. Mas, a privação psíquica que sofreram após os maus-tratos recebidos deixou-as sem condições para suportarem as ansiedades persecutórias resultantes. Ficou claro que, as perturbações psicóticas sofridas por elas estão relacionadas às experiências traumáticas a que foram submetidas. Essas experiências levaram à internalização de figuras extremamente más, e suas defesas contra a dor mental se desenvolveram a um grau extremo, alcançando tal nível que a apreensão da realidade, externa ou interna, foi rompida até o ponto do distúrbio psicótico. Um outro

fator, que interferiu no desenvolvimento dessas crianças, foi a pouca continuidade emocional que elas receberam após as violências vividas.

Grande parte da dificuldade dessas crianças está relacionada ao fato de não terem podido contar com um bom objeto interno. O bom objeto que se constitui no núcleo do ego, neutralizando os processos de cisão e de dispersão, promove a coesão e ajuda o ego a se formar. O objeto bom internalizado é que fornece o envelope psíquico necessário para manter o ego coeso para que possa haver desenvolvimento. Os adultos que negligenciaram ou maltrataram essas crianças ao invés de propiciarem a internalização de um bom objeto, as abandonaram a perseguidores internos terríveis no início de suas vidas. Deixaram-nas num estado muito precário psiquicamente. Assim, os bons objetos que podem ter sido internalizados anteriormente às situações traumáticas, ficaram expostos aos objetos maus persecutórios que se apossaram de sua vida mental.

Summit (1983) afirmou que quando nenhum adulto intervém para reconhecer a realidade da experiência traumática ou para determinar a responsabilidade do adulto que abusa, há um reforço da tendência de lidar com o trauma como um acontecimento intrapsíquico e incorporar o fantasma monstruoso da culpa, da auto-acusação, da dor e da raiva.

No caso das crianças que sofreram trauma e abandono, apresentadas por essa pesquisa, afirma-se que a realidade externa correspondeu às fantasias de objetos persecutórios e maus, o que fez com que o sentimento de horror e sofrimento trazido pelas crianças fosse condizente tanto com a sua realidade interna quanto com a externa. Concorde-se com Alvarez (1994) e Borgnono (2004) ao considerar que

mesmo que essas crianças tenham internalizado suas primeiras relações objetais positivas, as experiências posteriores podem ter sido tão destrutivas que a confiança no bom objeto ficou comprometida e que elas precisam de que alguém as ajude a restituir a fé, a esperança e o amor, pouco a pouco, sem o peso e o débito que uma ajuda como essa possa acarretar.

Principalmente após experiências de maus-tratos, pode-se afirmar que a criança não pode ser mantida sozinha. Estar só é estar abandonada ao seu mundo interno e ao ambiente, forças que não consegue dominar sozinha. Os perigos externos estão relacionados a ações dos indivíduos, dos grupos, relacionados à cultura e à história de determinado grupo ou família. E o ego infantil não possui um centro que mantenha a sua unidade nem é capaz de realizar as ações específicas que diminuem as tensões internas.

As crianças citadas por essa pesquisa se encontravam em uma instituição. Pôde-se observar, que nem sempre, estar na instituição se constituía em motivo de sofrimento para as elas, pois elas não tinham fora dali, o que poderiam chamar de casa e a instituição tinha como proposta prover a elas a segurança física básica de que necessitavam para o seu desenvolvimento.

No entanto, observou-se que podem ocorrer traumas sucessivos quando a criança encontra na instituição condições inadequadas às suas necessidades psíquicas. Essas condições inadequadas podem estar relacionadas à falta de acolhimento do ambiente institucional e também ao despreparo estrutural, de um lugar de passagem, para a condição de permanência de crianças que não têm para onde ir. Ao não oferecer, para as crianças, continência e espaço físico suficiente para atender suas necessidades

físicas e emocionais, a instituição reproduz de maneira dolorosa a constante carência de uma estrutura de sustentação que faltou na organização familiar dessas crianças.

Pois, considera-se que a possibilidade de compartilhar com um adulto a experiência traumática propicia as condições para que o sinal de realidade seja mais eficaz para a criança. Concorde-se com Ferenczi (citado por Vieira, 2001), em última instância, só se poderia acessar o que há de confiável em nossas percepções, em nossas respostas afetivas e corporais se a relação com alguém que amamos nos permitisse validá-las e nos auxiliasse a compô-las. As crianças não poderiam ser abandonadas na solidão de seus pensamentos, pois para pensar elas também teriam que ser auxiliadas.

Antes da terapia, as crianças tiveram pouca ou nenhuma oportunidade de internalizar a capacidade continente de pensar, proporcional à experiência traumática. Pode-se perguntar se a internalização desses objetos maus e o aumento correspondente das fantasias que os simbolizam teriam sido enfraquecidos se as crianças que demoraram a receber atendimento tivessem podido falar da experiência traumática, logo depois desta ter ocorrido, com um adulto sensível e pensante.

Concorde-se com Wiese (2007) ao afirmar que é necessário considerar a severidade, duração e proximidade temporal da experiência traumática para o desenvolvimento do trauma, assim como a condição de vulnerabilidade ao trauma, de cada criança. Também, a condição de reação aos estímulos traumáticos e de elaboração dessas experiências de sofrimento, variam de acordo com cada criança.

O atendimento ludoterápico se propõe a ajudar a criança a, gradativamente, separar a realidade externa da realidade interna. Em casos de crianças traumatizadas, a psicoterapia oferece a possibilidade de a experiência emocional ser pensada e o

psicoterapeuta, ao acolher suas fantasias inconscientes, pode possibilitar que a simbolização, outrora impedida, possa ser alcançada, sendo um objeto externo que nomeia e devolve as experiências da criança de formas mais pensáveis.

Como Bion (1962/1991) afirmou, a criança a quem foi negada a chance de explorar seus sentimentos numa personalidade suficientemente forte para contê-los, defronta-se com a ameaça de destruição do vínculo emocional mais primitivo que ocorre entre a mãe e o bebê e que pode ter sido internalizado anteriormente, levando a um grave distúrbio do impulso à curiosidade do qual depende seu desenvolvimento.

A compreensão da dor e da relação com o objeto traumatizante pode estar na base da superação do trauma dessas crianças. Pois, quando há uma realidade externa que se oferece como uma referência de oposição a fantasias destrutivas e incestuosas que foram outrora confirmadas pelas experiências traumáticas, o trabalho da criança em reconhecer uma fronteira entre o seu mundo interno e o mundo externo - por um lado nos seus aspectos traumatizadores e por outro lado na possibilidade de transformação - fica facilitado. A tarefa da psicoterapia, nesse sentido, é de possibilitar a conjugação de múltiplos sentidos, mais realísticos.

Alvarez (1994) afirmou não haver dúvida de que a receptividade da mãe ao apego revelado pelo bebê, ou a receptividade do terapeuta à *transferência* do paciente, seriam uma função materna e analítica fundamental. Devido à profunda perturbação e desorganização psíquica apresentadas pelas crianças, sua principal forma de comunicação sobre seus sentimentos, era a *identificação projetiva*. Numa tentativa de comunicar às suas psicoterapeutas sua dor, levavam-nas a sentir e a agir. Elas também apresentavam uma sensibilidade inusitada para detectar as mudanças subjetivas das

psicoterapeutas, bem como para perceber aspectos da sua personalidade. Ficou claro que não era possível estar com elas intimamente sem passar por uma experiência emocional perturbadora. E, considera-se, que era o resultado das diversas interações entre ambas que poderia levar a mudanças psíquicas.

No caso das crianças traumatizadas desta pesquisa, a experiência do contato emocional no atendimento psicoterapêutico era muito desorganizadora. Tal fato era percebido nas supervisões aqui apresentadas. Por isso, surgiu a necessidade de se examinar as experiências, pela qual passavam as psicoterapeutas e a supervisora, com o objetivo de perceber o impacto que o contato com as crianças causava sobre elas e desenvolver o trabalho mental necessário para superar as perturbações e transformá-las em compreensões.

Pôde-se perceber, conforme afirmado por Lansen e Haans (2006) e Woodcock (2007), que o sentimento de desamparo e solidão sentidos pelas crianças traumatizadas foram vivenciados contratransferencialmente pelas psicoterapeutas e pela supervisora, havendo uma necessidade de compartilhamento do choque emocional vivido por elas no trabalho com essas crianças. O objetivo desse compartilhamento era de encontrar alívio e elaborar os conteúdos emocionais da situação traumática.

Perceber e compreender os sentimentos despertados pelos pacientes e supervisionandas não significava ser dominado por eles, nem necessariamente comunicá-los sempre, mas ter uma compreensão mais profunda da dinâmica relacional paciente – psicoterapeuta e psicoterapeuta - supervisora.

Tornou-se clara entre as psicoterapeutas e a supervisora, a percepção de que o profissional que trabalha com crianças, nessa realidade de trauma e abandono, precisa

desenvolver características peculiares de contenção e tolerância para com o sofrimento extremo. O preço a ser pago pode ser bastante alto, já que a sensibilidade e a vulnerabilidade do profissional ficam exacerbadas, necessitando de maior elaboração no seu processo de análise pessoal.

Conclusões

10 CONCLUSÕES

Pode-se dizer, a partir desta pesquisa que a exposição de crianças a situações traumáticas, inclusive o abandono de suas figuras de afeto, provoca uma desorganização psíquica e um sofrimento profundo, levando essas crianças a funcionamentos psicóticos.

Essas perturbações são vivenciadas na relação da criança com o ambiente externo a partir da transmissão dos sentimentos das crianças aos seus cuidadores, educadores, psicoterapeutas e aos supervisores destes, assim como a outros profissionais relacionados à instituição na qual se encontram abrigadas.

Mais especificamente, na ludoterapia, através dos fenômenos de *transferência* e *contratransferência*, os sentimentos conseqüentes da experiência de trauma e abandono, como raiva, impotência, sadismo, desespero são intensamente transmitidos aos psicoterapeutas dessas crianças. Prova disso são as queixas físicas de tontura, aperto no peito, sensação de desfalecimento, angústia, desorganização e fragmentação da vida pessoal e muitos outros. Consequentemente, esses sentimentos podem ser percebidos e sentidos na relação de supervisão, podendo também interferir na relação supervisor/supervisionando.

Considera-se que o trabalho clínico realizado com crianças que sofreram trauma e abandono deva levar em consideração esses elementos que causam grande

impacto psíquico nos seus psicoterapeutas. É portanto, recomendável um cuidado prévio extra, desses profissionais, que inclui o investimento em sua psicoterapia pessoal e a manutenção de supervisão, para que os mesmos possam desenvolver instrumentos psíquicos que os capacitem a conter as próprias angústias e as angústias mobilizadas pelas crianças, podendo ajudá-las na elaboração e transformação de sua realidade interna e no enfrentamento da realidade externa.

Valoriza-se muito o trabalho ludoterapêutico realizado por estagiários de psicologia, que, embora menos instrumentalizados em comparação a profissionais experientes da clínica - que em teoria, estariam mais capacitados para atender pacientes com tal nível de comprometimento - oferecem seus recursos e conseguem ajudar muito, no longo e doloroso processo de organização dessas crianças. Além disso, esse trabalho os ajuda enquanto futuros profissionais clínicos a desenvolver a escuta e o afinamento de suas percepções sobre as problemáticas mais profundas do ser humano.

Dos processos de ludoterapia apresentados nessa pesquisa, percebe-se que cada um teve um desenvolvimento compatível com a dupla e a condição de resiliência de cada criança. Mas, de um ponto de vista geral, considera-se determinante para o desenvolvimento de uma criança que sofreu trauma, a imediata intervenção psicoterapêutica visando acolhimento e espaço para elaboração de suas experiências de sofrimento. Observa-se que quanto mais tempo demora esta intervenção, mais os danos se fazem presentes na vida da criança.

Observa-se que as instituições, da forma como estão organizadas, oferecem pouco espaço de contenção e continência para as situações extremadas de sofrimento

que essas crianças carregam consigo. Sabe-se que em sua maioria, os profissionais da instituição, que entraram em contato com as crianças, também conviveram com os sentimentos traumáticos e de abandono transmitidos por elas e procuraram oferecer-lhes o seu melhor dentro do que a instituição pôde prover. Razão pela qual, considera-se de grande importância que esses profissionais possam receber apoio psicoterapêutico, assim como ter um espaço profissional capacitado a possibilitar uma troca das experiências vividas junto a essas crianças. Mas, a falta de um aparelhamento institucional que ofereça maior acolhimento a essas crianças e aos profissionais corre o risco de transformar tais instituições em perpetuadores da situação traumática.

Conclui-se afirmando que a ludoterapia é fundamental para crianças que sofreram trauma e abandono, fornecendo-lhes subsídios para sua autopercepção, capacidade para se interessar por outras pessoas e formas de pensar, melhorando suas relações sociais e sua capacidade de aprendizado. A ludoterapia contribui também na elaboração das perdas vividas, no surgimento de um espaço interno aberto a novas possibilidades, servindo como fator de proteção na prevenção de novas violências e como elemento favorecedor à construção de uma identidade psíquica, mais estável. Considera-se que, concomitantemente, a supervisão psicanalítica na ludoterapia de trauma e abandono constitui-se num espaço para o desenvolvimento e o aprendizado da teoria e técnica psicanalíticas e para que as experiências do atendimento psicoterapêutico com crianças traumatizadas possam ser pensadas e re-significadas.

Referências

REFERÊNCIAS

- Abadi, D. & Lema, C. P. (1989). *Adopción. Del abandono al encuentro*. Buenos Aires: Kagieman.
- Abraham, K. (1959). *Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demência precoz, en psicoanálisis clínico* (pp. 48-59). Buenos Aires: Paidós. (Trabalho original publicado em 1908).
- Alvarez, A. (1994). *Companhia viva*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Amazarray, M. R. & Koller, S. H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia reflexão e crítica*, 11(3), 559-578.
- Barros, E. M. R. (2006). Contratransferência e interpretação das relações de objeto. In J. Zaslavsky & M. J. P. Santos. *Contratransferência: teoria e prática clínica* (pp. 53-64). Porto Alegre: Artmed.
- Barros, E. M. R. & Barros, E. L. R. (2001). Supervisão: a contenção da experiência analítica em forma simbólica. *Jornal de Psicanálise*, 34(62/63), 215-224.
- Batista Pinto, E. (2007). A análise das interações pais/bebê em abordagem psicodinâmica: clínica e pesquisa. In C. Piccinini & M. L. S. Moura, M. L. S. (Orgs.). *Observando as Primeiras Interações Pais-Bebê-Criança: diferentes abordagens teóricas e metodológicas* (pp. 32-72). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Becker, M. J. (1994). A ruptura aos vínculos. In S. M. Kalowshian. *Família brasileira: a base de tudo* (pp. 60-76). São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF.
- Benjamin, W. (1992). *Sobre arte, técnica linguagem e política*. Lisboa: Relógio d'água.
- Bernardi, B. (2006). Origem e evolução histórica do conceito de contratransferência. In J. Zaslavsky & M. J. P. Santos. *Contratransferência: teoria e prática clínica*. (pp. 17-29). Porto Alegre: Artmed.

- Bion, W. R. (1970). *Experiências com grupos*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1952).
- Bion, W. R. (1973). *Atenção e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W. R. (1974). *Conferências Brasileiras 1- São Paulo, 1973*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W. R. (1986). A linguagem e o esquizofrenico. In M. Klein. *Novas Tendências na psicanálise* (pp. 231-252). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Bion, W. R. (1991). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1962).
- Bion, W. R. (1994a). Notas sobre a teoria da esquizofrenia. In W. R. Bion. *Estudos psicanalíticos revisados. Second thoughts* (pp. 33-46). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1953).
- Bion, W. R. (1994b) O desenvolvimento do pensamento esquizofrênico. In W. R. Bion. *Estudos psicanalíticos revisados. Second thoughts* (pp. 47-54). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956).
- Bion, W. R. (1994c). Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não-psicótica. In W. R. Bion. *Estudos psicanalíticos revisados. Second thoughts* (pp. 55-78). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1957).
- Bion, W. R. (1994d). Sobre a alucinação. In W. R. Bion. *Estudos psicanalíticos revisados. Second thoughts* (pp. 79-100). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958).
- Bion, W. R. (1994e). Uma teoria sobre o pensar. In W. R. Bion. *Estudos psicanalíticos revisados. Second thoughts* (pp. 127-137). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1962).
- Bion, W. R. (1994f). Ataques à ligação. In W. R. Bion. *Estudos psicanalíticos revisados. Second thoughts* (pp. 109-126). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1959).
- Borgnono, F. (2004). *Psicanalise como percurso*. Rio de Janeiro: Imago.
- Briggs, D. (2000). Simbolização e senso de identidade. In M. Rustin (Org.). *Estados psicóticos em crianças* (pp. 123-145). Rio de Janeiro: Imago.
- Bringiotti, M. I. (2000). *La escuta ante los niños maltratados*. Buenos Aires: Paidós.

- Buys, R. C. (1987). *Supervisão de psicoterapia na abordagem humanista centrada na pessoa*. São Paulo: Summus.
- Cicchetti, D. & Toth, S. (1995). Developmental Psychopathology and Disorders of Affect. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology* (pp. 369-420). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Costa, V. R. S. (2006). *A criança e o abrigo à luz de um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Dubinsky, A. (2000). Revisão teórica. In M. Rustin (Org.). *Estados psicóticos em crianças* (pp. 13-33). Rio de Janeiro: Imago.
- Dubinsky, A. & Dubinsky, H. (2000). Discussão: notas sobre o impacto do abuso sexual no mundo interno de três meninas com privação emocional. In M. Rustin (Org.). *Estados psicóticos em crianças* (pp. 97-106). Rio de Janeiro: Imago.
- Eizirik, C. L. (1991). Observing Countertransference in Brief Dynamic Psychotherapy. *Psychotherapy and psychosomatics*, 56(3), 174-181.
- Etchegoyen, H. (2004). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.
- Faleiros, J. M. (2006). *Estudo da prevalência de maus-tratos em crianças matriculadas de 1ª a 4ª. series do ensino fundamental em escolas de rede pública e particular da cidade de Ribeirão Preto*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia Ciência e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Favero, M. A. B, Souza, A. B. T. & Caldana, R. H. L. (2005). Construindo a identidade do psicoterapeuta: uma experiência de atendimento psicanalítico em abrigo. In M. A. Santos (Org.). *Formação em psicologia: processos clínicos* (pp. 351-370). São Paulo: Vetor.
- Fedida, P. (2001). Entrevista: Supervisão e Formação. *Jornal de Psicanálise*, 34(62/63), 27-37.
- Ferenczi, S. (1990) *Diário Clínico*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1932).
- Ferenczi, S. (1991). Transferência e introjeção. In S. Ferenczi. *Obras completas* (pp. 77-108). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1909).
- Ferreira, A. B. H. (1999). *Novo dicionário aurélio sec. XXI: o dicionário da língua portuguesa* (3a ed. rev. e ampl.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- Ferro, A. (1995). *A técnica na psicanálise infantil: a criança e o analista da relação ao campo emocional*. Rio de Janeiro: Imago.
- Fonseca, C. M. (1995). *Os caminhos da adoção*. São Paulo: Cortez.
- Freud, S. (1996a). *Estudos sobre a histeria* (Vol. II). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (1996b). *A interpretação dos sonhos* (Vol. IV). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900).
- Freud, S. (1996c). *Fragmento da análise de um caso de histeria* (Vol. VII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905[1901]).
- Freud, S. (1996p). *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica* (Vol. XI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).
- Freud, S. (1996d). *Formulações sobre os dois princípios do acontecer psíquico* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1996e). *Pontuações psicoanalíticas sobre um caso de paranóia* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1996f). *Dinâmica da transferência* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (1996g). *Recomendações aos médicos que praticam a psicanálise* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (1996r). *Sobre o início do tratamento (Novas recordações sobre a técnica da psicanálise I)* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1996h). *Introdução ao narcisismo* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1996i). *Recordar, repetir, elaborar* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1996j). *Observações sobre o amor transferencial* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1996l). *Conferencia XXVII- Transferência* (Vol. XXVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916[1917]).

- Freud, S. (1996m). *Conferencia XXVIII- Terapia Analítica* (Vol. XXVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916[1917]).
- Freud, S. (1996v). *Conferencia XVIII: Fixação em traumas – O inconsciente* (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916[1917]).
- Freud, S. (1996u). *Sobre o ensino da psicanálise nas universidades* (Vol. XVII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919[1918]).
- Freud, S. (1996n). *Além do principio do prazer* (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (1996t). *O Ego e o id* (Vol. XIX). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (1996q). *Inibições, sintomas e angústia* (Vol. XX). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (1996o). *Análise terminável e interminável* (Vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- Gabbard, G. O. (1995). Mood disorders: clinical features. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry/IV*. (6a ed.). (pp. 1123-1152). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Gallo, S. R. (1994). Melanie Klein. Em S. A. Figueira (Org.). *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos*. (pp. 63-83). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Gamil, J. (1985). Quelques souvenirs personnels sur M. Klein. In *Melanie Klein Aujourd'hui*. Lyon: Caesura. (Citado por Rocha Barros, 1990)
- Garcia-Roza, L. A. (1994). Pesquisa de tipo teórico. In *Psicanálise e universidade* (Atas do 1º Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise), (1), 9-32.
- Goidanich, M. (2001). Saúde Mental na Rede Pública: Possibilidade de inserção psicanalítica? *Psicologia, Ciência e Profissão*, 4, 20-26.
- Granato, T. M. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004). Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. *Revista Mudanças - Psicologia da Saúde*, 12(12), 253-271.
- Grinberg, L. (1975). *A Supervisão psicanalítica – teoria e prática*. Rio de Janeiro: Imago.
- Grunberg, S.I. (2001). Supervisão: uma contribuição da psicanálise para uma intervenção frutífera no campo social. *Jornal de psicanálise*, 34(62/63), 207-213.

- Heimann, P. (1950). On countertransference. *Int. Journal Psycho-Anal*, 31, 81-84.
- Heimann, P. (1960). Countertransference. *Int. Journal Psycho-Anal*, 33, 9-15.
- Heimann, P. (1969). Certas funções da introjeção e da projeção no início da infância. In J. Riviere (Org.). *Progressos da Psicanálise* (pp. 136-184). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (Trabalho original publicado em 1952).
- Hermann, F. (1991). *Clinica Psicanalítica: a arte da interpretação*. São Paulo: Brasiliense.
- Hinshelwood, R. D. (1990). *Dicionário do pensamento Kleiniano*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Houaiss, A. & Villar, M. S. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Isaacs, S. (1969). A natureza e a função da fantasia. In J. Riviere (Org.). *Progressos da Psicanálise* (pp. 79-135). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (Trabalho original publicado em 1952).
- Joseph, B. (1990) Transferência: a situação total. In E.B. Spillius (Ed.) *Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e técnica* (Vol. 2) (pp. 76-88). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1985).
- Joseph, B. (1992). Identificação Projetiva: alguns aspectos clínicos. In B. Joseph. *Equilíbrio Psíquico e Mudança psíquica* (pp. 173-184). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1987).
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal American Psychoanalytic Association*, 13(1), 38-56.
- Khan, M. R. (1984). *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Klein, M. (1991a). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In M. Klein. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)* (pp. 17-43). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1946).
- Klein, M. (1991b). As Origens da transferência. In M. Klein. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*(pp. 70-79). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1952).

- Klein, M. (1991c). Sobre a observação do comportamento de bebês. In M. Klein. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)* (pp. 119-148). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1952).
- Klein, M. (1991d). Sobre a identificação. In M. Klein. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)* (pp. 169-204). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1955).
- Klein, M. (1991e). Inveja e gratidão (1957). In M. Klein. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)* (pp. 205-267). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1957).
- Klein, M. (1991f). Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In M. Klein. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)* (pp. 280-297). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1959).
- Klein, M. (1991g). O Luto e suas relações com os estados maníacos-depressivos. In amor, culpa e reparação e outros trabalhos. In M. Klein. *Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Rio Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1940).
- Klein, M. (1991h). Sobre o desenvolvimento mental. In M. Klein. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958).
- Klein, M. (1994). *Narrativa de análise de uma criança*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1961).
- Klein, M. (1996a). Princípios Psicológicos da Análise de Crianças Pequenas. In M. Klein. *Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Klein, M. (1996b). Tendências Criminosas em Crianças Normais. In M. Klein. *Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1927).
- Klein, M. (1997). *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1932).
- Lamanno-Adamo, V. L. C. (1999). Violência doméstica: uma contribuição da psicanálise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1), 153-159.
- Lansen, J. & Haans, T. (2006). Clinical supervision for trauma therapists. In J. Wilson & B. Drozdek (Eds.) (2006). *Broken Spirits*. (pp. 317-353), New York: Bruner-Routledge.

- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1992). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lemay, M. O (1990). Educador face à psicopatologia da vida cotidiana. *Revue Canadienne de psycho-éducation*, 19(2), 101-115.
- Levinzon, G. K. (2000). *A criança adotiva na psicoterapia psicanalítica*. São Paulo: Escuta.
- Mabilde, L. C. (1991). Supervisão do narcisismo ou narcisismo da supervisão. In L. C. Mabilde. (Org.). *Supervisão em Psiquiatria e em Psicoterapia Analítica: teoria e técnica* (pp. 89-93). Porto Alegre: Mercado Aberto.
- Marcílio, M. L. (1998). *História social da criança abandonada*. São Paulo: Hucitec.
- Mello, A. C. M. P. C. (1999). *O brincar de crianças vítimas de violência física doméstica*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Meltzer, D. (1989). *O desenvolvimento kleiniano -I: desenvolvimento clínico de Freud*. São Paulo: Escuta.
- Meltzer, D. (1998). *O desenvolvimento kleiniano III: o significado clínico da obra de Bion*. São Paulo: Escuta.
- Mezan, R. (1999, outubro). *Psicanálise e pós-graduação: notas, exemplos, reflexões*. Recuperado em 23 de outubro, 2007, de <http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/3170/EG.htm>.
- Mijolla, A. (1992). Algumas ilustrações das situações de ‘supervisão’ em psicanálise. In Stein et al. *A supervisão na Psicanálise* (pp. 115-128). São Paulo: Escuta.
- Money-Kyrle, R. (1956). Contratransferência normal e alguns de seus desvios. In E. B. Spillius (Ed.). *Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica. Artigos predominantemente técnicos* (Vol. 2) (pp. 35-46). Rio de Janeiro: Imago.
- Moro, M. R. (2005). *Working with children of immigrant parents*. Bobigny: Association Internationale d'EthnoPsychanalyse. Retrieved September 4, 2006, from <http://www.clinique-transculturelle.org/>.
- Motta, M. A. P. (2002). *Abrigos – as marcas do abandono em crianças e adolescentes*. Texto apresentado durante o III Ciclo de Palestras Toda Criança em Família, realizado em 23 de novembro de 2002, em São Paulo, organizado pelo CECIF. Recuperado em 15 de março, 2008, de http://www.cecif.org.br/abrigos_marcas.htm.

- Oliveira, B. S. M. (1994). Paula Heimann. In S.A. Figueira (Org.). *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos* (pp. 85-106). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ogden, T. H. (1982). *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. New York/London: Jason Aronson.
- Pick, I. B. (1985). Elaboração na contratransferência. In E. B. Spillius (Ed.). *Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica. Artigos predominantemente técnicos* (Vol. 2) (pp.47-61). Rio de Janeiro: Imago.
- Pinheiro, T. (Org.). (2002). *Psicanálise e formas de subjetivação contemporâneas*. Rio de Janeiro: Contra-capa.
- Pinto, E. B. (2004). A pesquisa qualitativa em psicologia clinica. *Psicologia USP*, 15(1/2), 71-80.
- Piva, A. (2001). Sobre o uso e o abuso da criança: a lógica paradoxal da maldade. In R. B. Graña & A. B. S. Piva (Orgs.). *A atualidade da psicanálise de crianças: perspectivas para um novo século* (pp. 287-295). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pynoos, R. & Eth, S. (1985). *Post traumatic Stress Disorder in Children*. Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Quinodoz, D. (2001). O complexo de Édipo revisitado: Édipo abandonado, Édipo adotado. In D. Quinodoz et al. *Psicologia* (pp. 9-12). São Paulo: Escuta.
- Racker, H. (1957). Los significados y usos de la contratransferencia. *Psychoanalytic Quarterly*, 26. (Trabalho original publicado em 1953).
- Rocha-Barros, E. M. (1990). Identificação Projetiva e interpretação. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 24(1), 35-56.
- Rocha, E. B. (1994). Wilfred R. Bion e os neokleinianos. In S.A. Figueira. (Org.). *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos* (pp. 107-130). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Rosenfeld, H. A. (1972). A critical appreciation of James Strachey's Paper on the Nature of the Therapeutic Action of Psychoanalysis. *Int. J. Psycho-Anal*, 53, 455-461.
- Rosenfeld, H. A. (1988). *Impasse e interpretação*. Rio: Imago.
- Rosenfeld, H. A. (1991a). Notas sobre a psicanálise do conflito com o superego num paciente esquizofrênico em fase adulta. IN E.B. Spillius. *Melanie Klein hoje:*

- desenvolvimento da teoria e da técnica. Artigos predominantemente teóricos* (Vol. 1) (pp. 23-59). Rio de Janeiro: Imago,. (Trabalho original publicado em 1971).
- Rosenfeld, H. A. (1991b). Uma contribuição à psicopatologia dos estados psicóticos: a importância da identificação projetiva na estrutura do ego e nas relações de objeto do paciente psicótico. In E.B. Spillius. *Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica. Artigos predominantemente teóricos* (Vol. 1) (pp. 125-145). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1952).
- Rotondaro, D.P. (2002). Os desafios constantes de uma psicóloga no abrigo. *Psicologia: ciência e profissão*, 22(3), 8-13.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Rustin, M. (2000a). Introdução. In M. Rustin (Org.). *Estados psicóticos em crianças* (pp. 9-12). Rio de Janeiro: Imago.
- Rustin, M. (2000b). *A boa sociedade e o mundo interno: psicanálise, política e cultura*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Safra, G. (1993). O Uso de material clínico na pesquisa psicanalítica In M. E. L. Silva (Org.). *Investigação e Psicanálise* (pp. 119-132). Campinas: Papirus.
- Safra, G. (1996). Pesquisa em psicanálise. *Caderno de Pesquisa: Registros e Anotações*, (5), 24-48.
- Sarti, C. A. (1996). *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. São Paulo: Autores Associados.
- Szecsödy, I. (1990) Supervision: A didactic or mutative situation. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 4(3), 245-261.
- Searles, H. S. (1955). The informational value of the supervisor's emotional experiences. *Psychiatry*, (18), 135-146.
- Segal, H. (1950). Some Aspects of the Analysis of a Schizophrenic. *Int. J. Psycho-Anal.*, 31, 268-278.
- Segal, H. (1954). A Note on Schizoid Mechanisms Underlying Phobia Formation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 35, 238-241.
- Segal, H. (1956). Depression in the Schizophrenic. *Int. J. Psycho-Anal.*, 37, 339-343.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago.

- Segal, H. (1982). *A obra de Hanna Segal*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1977).
- Silva, M. E. L. (Org.). (1993). Pensar em psicanálise. In M. L. E. Silva. *Investigação e psicanálise* (pp. 11-26). São Paulo: Papirus.
- Silva, R. (2006). *Da institucionalização à adoção: um caminho possível?* Recuperado em 15 de março, 2008, de http://www.cecif.org.br/abrigos_oquee.htm.
- Slavutzky, A. (Org.). (1991). *Transferências*. São Paulo: Escuta.
- Sousa, P. L. R. (2001). Contratransferência com crianças: amores-ódios passionais no processo analítico. In R. B. Graña & A. B. S. Piva (Orgs.). *A atualidade da psicanálise de crianças: perspectivas para um novo século* (pp. 117-123). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, A. B. T. (2002). *"Tia, você veio?": Um estudo dos mecanismos de projeção e introjeção e das relações objetais na psicoterapia psicanalítica de uma criança vítima de abandono*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Spillius, E. B. (1983). Some developments from the work of Melanie Klein. *International Journal of Psycho-Analysis*, (10), 321-332.
- Spillius, E. B. (Ed.) (1992). *Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica. Artigos predominantemente teóricos*. Rio de Janeiro: Imago.
- Stein, C., Mannoni, M., Valegra, J. P., Zaltzman, N., Rabain, J.F., Bokanowski, T. et al. (1992). *A supervisão na psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Strachey, J. (1934). The nature of therapeutic action of psycho-analysis. *Int. J. Psychoanal*, 15, 127-159.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accomodation syndrom. *Child Abuse and Neglect*, 7, 177-197.
- Sussman, D. (2000). Encontrando um lugar seguro: a recuperação de uma criança de quatro anos, vítima de abuso sexual. In M. Rustin (Org.). *Estados psicóticos em crianças* (pp. 49-65). Rio de Janeiro: Imago.
- Szecsödy, I. (1990). The significance and importance of supervision in psychotherapy training. *Psychotheray and psychosomatics*, 53, 86-92.
- Thomä, F. & Kächele, L. (1992). *Teoria e prática da psicanálise* (Vol. 2). Porto Alegre: Artmed.

- Trinca, W. (1999). A pesquisa em psicanálise como uma seqüência de movimentos criativos. *Revista de Psicologia Hospitalar*, 9(1), 9-13.
- Vicente, C. M. (1994). O direito à convivência familiar: uma política de manutenção do vínculo. In S. M. Kaloustian (Org.). *Família brasileira: a base de tudo* (pp. 47-59). São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNICEF.
- Vieira, C. M. S. (2001). *As relações traumatizantes e seus efeitos no aparelho psíquico: uma cantata polifônica das idéias de S. Freud e S. Ferenczi*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Vicente, M. C. (2006). *Abrigos: desafios e perspectivas*. Recuperado em 15 de março, 2008, de http://www.cecif.org.br/abrigos_desafios.htm.
- Weber, L. N. D. & Kossobudzki, L. H. M. (1996). *Filhos da solidão: institucionalização, abandono e solidão*. Curitiba: Governo do Estado do Paraná.
- Wiese, E. B. P. & Burhorst, I. (2007). Transcultural Psychiatry: a mental health program for asylum seeking and refugee children and adolescents in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44(4): 596-613. Montreal, Canadá.
- Wiese, E. B. P. (2007). Culture, migration and psychological trauma in childhood and adolescence. *Manuscrito não publicado*
- Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (2000). O ódio na contratransferência. In D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1947).
- Woodcock, J. (2007). *Trauma and supervision the effects of trauma work on psychotherapists and their needs for supervision*. 2007. Dissertation fulfillment of the doctorate in psychotherapy, Birkbeck College, University of London, London.
- Zaslavsky, J., Nunes, M. L. T. & Eizirik, C. L. (2003). A supervisão psicanalítica: revisão e uma proposta de sistematização. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(2), 297-309.
- Zaslavsky, J. & Santos, M.J.P. (Orgs.). (2006). *Contratransferência: teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Zimerman, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.

Anexos

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PSICOTERAPEUTAS

Apresentação do pesquisador e da pesquisa

Meu nome é Adriana Borges Tannús de Souza, RG 32289203-X. Sou Psicóloga e doutoranda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Estou realizando um estudo que objetiva uma maior compreensão acerca do processo de supervisão Psicanalítica de estudantes e psicólogos que atendem crianças em situação de trauma e abrigo, de forma a possibilitar futuros aprimoramentos do trabalho realizado junto a esta população. Para tanto, proponho a análise de aspectos transferenciais e contratransferenciais que ocorrem na relação de supervisão, que surgem em consequência da relação paciente/psicoterapeuta, através de material obtido a partir do processo psicoterapêutico realizado, pelo psicólogo aqui citado, com crianças abrigadas em uma instituição e discutido nas sessões de supervisão. O material foi coletado, inicialmente com o objetivo de ser supervisionado, atendendo as exigências de um estágio curricular do curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Os estagiários e posteriormente, psicólogos, foram previamente selecionados e supervisionados por essa pesquisadora durante o atendimento psicoterapêutico. Alguns deles continuam realizando o atendimento até a presente data.

Tendo em vista, a partir da resolução nº 016/2000, de 20 de Dezembro de 2000, do Conselho Federal de Psicologia, que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos e como: 1- As crianças atendidas não dispõem de plenas condições cognitivas e emocionais para compreensão dos objetivos e consequências da pesquisa; 2- A identidade das crianças será preservada na pesquisa e em eventuais publicações; propõe-se que o consentimento para realização da presente pesquisa seja dado apenas pela atual instituição cuidadora dos sujeitos desta pesquisa e pelos psicólogos que realizaram ou realizam os atendimentos.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Como psicólogo, faço parte do grupo de supervisão psicanalítica que a pesquisadora pretende analisar e, por isso, foi solicitada a minha colaboração no presente estudo. Esta atividade não é obrigatória e, caso não esteja disposto(a) a participar, isso não trará nenhuma consequência indesejada.

Ao decidir aceitar participar como voluntário(a) deste estudo, tenho conhecimento de que:

a) Estou ciente de que estou livre para desistir e deixar de participar do trabalho a qualquer momento, se assim o desejar. Como terei acesso ao material utilizado pela pesquisa, caso não me sinta à vontade com alguma questão, poderei decidir interromper minha participação.

c) Sei que a pesquisa poderá, mais tarde, ser utilizada para trabalhos científicos e que, nesse caso, minha identificação será mantida sob sigilo, isto é, não haverá chance de ser identificado meu nome, assegurando completo anonimato. Assim como será mantida em sigilo a identidade da criança que esteve em atendimento psicoterapêutico comigo.

- d) Devido ao seu caráter confidencial, essas informações serão utilizadas **apenas** para os objetivos desse estudo.
- e) Não existe nenhum risco significativo em participar deste estudo.
- f) Minha participação é inteiramente voluntária e depende exclusivamente de minha vontade de colaborar com a pesquisa.

Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de lê-lo.

_____, ____ de _____ de 200__.

Assinatura:

Assinatura da pesquisadora responsável:

- Telefone de contato da pesquisadora responsável: (16) 3635-2121

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A COORDENADORA DA INSTITUIÇÃO

Apresentação do pesquisador e da pesquisa

Meu nome é Adriana Borges Tannús de Souza, RG 32289203-X. Sou Psicóloga e doutoranda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Estou realizando um estudo que objetiva uma maior compreensão acerca do processo de supervisão Psicanalítica de estudantes e psicólogos que atendem crianças em situação de trauma e abrigo, de forma a possibilitar futuros aprimoramentos do trabalho realizado junto a esta população. Para tanto, proponho a análise de aspectos transferenciais e contratransferenciais que ocorrem na relação de supervisão, que surgem em consequência da relação paciente/psicoterapeuta, através de material obtido a partir do processo psicoterapêutico realizado, pelo psicólogo aqui citado, com crianças abrigadas em uma instituição e discutido nas sessões de supervisão. O material foi coletado, inicialmente com o objetivo de ser supervisionado, atendendo as exigências de um estágio curricular do curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Os estagiários e posteriormente, psicólogos, foram previamente selecionados e supervisionados por essa pesquisadora durante o atendimento psicoterapêutico. Alguns deles continuam realizando o atendimento até a presente data.

Tendo em vista, a partir da resolução nº 016/2000, de 20 de Dezembro de 2000, do Conselho Federal de Psicologia, que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos e como: 1- As crianças atendidas não dispõem de plenas condições cognitivas e emocionais para compreensão dos objetivos e consequências da pesquisa; 2- A identidade das crianças será preservada na pesquisa e em eventuais publicações; propõe-se que o consentimento para realização da presente pesquisa seja dado apenas pela atual instituição cuidadora dos sujeitos desta pesquisa e pelos psicólogos que realizaram ou realizam os atendimentos.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Como coordenadora da instituição onde estiveram ou estão abrigadas as crianças que foram atendidas em psicoterapia e estudadas em supervisão psicanalítica objeto de estudo dessa pesquisa, foi solicitada a minha colaboração no presente estudo. Esta atividade não é obrigatória e, caso não esteja disposto(a) a participar, isso não trará nenhuma consequência indesejada.

Ao decidir aceitar participar como voluntário(a) deste estudo, tenho conhecimento de que:

- a) A participação da instituição é inteiramente voluntária, estando livre para desistir e deixar de participar do trabalho a qualquer momento, se assim o desejar.
- b) Sei que a pesquisa poderá, mais tarde, ser utilizada para trabalhos científicos e que, nesse caso, a identificação da instituição será mantida sob sigilo, isto é, não haverá chance de ser identificada, assegurando completo anonimato. Assim como será mantida em sigilo a identidade da criança que esteve em atendimento psicoterapêutico e nela esteve ou está abrigada.

- c) Devido ao seu caráter confidencial, essas informações serão utilizadas **apenas** para os objetivos desse estudo.
- d) Não existe nenhum risco significativo em participar deste estudo.

Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de lê-lo.

_____, ____ de _____ de 200__.

Assinatura:

Assinatura da pesquisadora responsável:

- Telefone de contato da pesquisadora responsável: (16) 3635-2121