

O JOGO COMO INSTRUMENTO DE TRANSFERÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO

LÍZIA MIRANDA LEITE

Contato: liziamiranda@yahoo.com.br

Resumo

O artigo apresenta o estudo do caso de Alan, um pré-adolescente de 12 anos de idade que iniciou psicoterapia. Sua mãe apresentou queixas de falta de limites e crises agressivas. A psicoterapia foi realizada com orientação psicanalítica e compreensão das estruturas clínicas baseada na teoria de Lacan. O presente trabalho também tem como ponto de apoio as teorias de D.W. Winnicott. Durante o processo, Alan foi diagnosticado como tendo estrutura psicótica e elegeu o Jogo Detetive como instrumento terapêutico e de transferência. A psicoterapia foi interrompida após um ano, levando às conclusões apresentadas ao final do artigo.

Palavras-chave: psicoterapia, psicanálise, psicose, jogo.

Abstract

This article presents Alan's case, a 12-year-old pre-adolescent who began psychotherapy. His mother complained of lack of limits and aggressiveness. The psychotherapy was conducted under psychoanalytic guidance and comprehension of the clinic structures based on Lacan's. The present work is also based on the theories of D.W. Winnicott. During the process, Alan was diagnosed with a psychotic structure and chose the game "Detective" as therapeutic transference instrument. The psychotherapy was interrupted after one year, leading to the conclusions presented at the end of the article.

Key-words: psychotherapy, psychoanalysis, psychosis, game.

Alan, 12 anos, chegou ao consultório trazido pela mãe, que apresentava demanda difusa. Em princípio explicou que veio encaminhada pela psicóloga anterior e queria dar continuidade ao processo psicoterapêutico do filho. Não explicou claramente a queixa, só soube transmitir de maneira confusa a também confusa história de vida do filho.

Os dois vieram juntos à primeira entrevista. Alan observava de maneira quase hipnótica a mãe falando dele. Dizia que não fala mais porque a mãe não pede, e só se colocava na sessão para argumentar com a mãe sobre sua revolta em ter se mudado de casa, bairro e escola há um ano e meio.

Nesta primeira entrevista e em duas posteriores entrevistas individuais com a mãe, foi possível traçar o seguinte histórico:

A mãe de Alan nunca foi casada, engravidou aos 39 anos de um namorado, que não quis assumir o filho. Desistiu de brigar na justiça por reconhecimento de paternidade devido aos maus tratos dele na frente do juiz.

Apesar do contexto, ela afirmou que a gravidez foi tranqüila. Ao nascer, Alan foi um bebê que não chorava, e só falou as primeiras palavras aos dois anos. Fez tratamentos fonoaudiológico e odontológico. Aos três anos conviveu com uma empregada que o agredia. Ele a agredia quando a mãe chegava, até que ela descobriu o que acontecia. Também nessa idade seu avô faleceu, a quem chamava de pai. Ao mesmo tempo eles mudaram de casa e de empregada. Nessa época passou a ter sintomas de transtorno obsessivo compulsivo, que também foram observados pela mãe aos quatro e cinco anos, e por volta dos onze anos. Ainda aos três anos agrediu com uma tesoura uma criança que o irritou na escola. A escola exigiu que ele fizesse psicoterapia, então passou por três fases com a mesma terapeuta, também psiquiatra, interrompidas por falta de dinheiro. Nunca tomou medicações psicotrópicas. A mãe se identificou muito com essa primeira pessoa que tratou de seu filho. Por incentivo dela, quando Alan completou seis anos, resolveu recorrer ao Ministério Público para pedir reconhecimento de paternidade, por meio de teste de DNA. Isso foi feito, a paternidade foi reconhecida, e Alan passou a ter um pouco de contato com o pai, até que este se mudou para o exterior.

Toda a família materna reside no sul do país, Alan só tem contato com ela nas férias de fim de ano. Essa família tem dificuldades em aceitá-lo.

A mãe teve somente um relacionamento amoroso sério depois que Alan nasceu, o namorado chegou a morar com eles por seis meses. Mas a mãe disse que ele foi muito bom para Alan e péssimo para ela.

A mãe tem a primeira terapeuta do filho como uma salvadora, pessoa idealizada, que lhe mostrava que ela era boa mãe, dava muito apoio e orientações. A segunda terapeuta que Alan teve, aos onze anos, decidiu encaminhá-lo para outra terapeuta, depois de cerca de oito meses de trabalho. A mãe parece ter ficado muito sentida e abandonada com essa mudança, sentimentos que o filho não parece ter tido. Ela chegou então nessa terceira e última terapeuta trazendo desejo de reencontrar alguém como a primeira, demandando muita atenção e orientações. Demandando compreensão quanto à dificuldade de pagamentos, trazendo uma diversidade de atuações.

As queixas da mãe sobre Alan são: falta de limites, não aceita sua autoridade, só pensa em si, não enxerga o outro, é manipulador e vingativo. Maltrata a empregada, xinga e às vezes a agride fisicamente. Tem crises agressivas. Tem dificuldade para fazer amigos e é aluno mediano na escola. Apresenta queixas somáticas de insônia e dores de cabeça, chega a bater a cabeça na parede quando sente dor. Exames médicos nada acusaram sobre isso.

A mãe chegou a dizer em desespero que seu filho é o único problema da sua vida, que fantasia dá-lo para alguém cuidar um tempo.

Alan não disse ter queixas, respondia à demanda da mãe de que ele fizesse psicoterapia.

A história de Alan foi trazida de maneira muito desorganizada, o que parecia ser reflexo da desorganização psíquica da mãe. Isso foi sentido no setting terapêutico, deixando a terapeuta confusa quanto ao quadro. A mãe apresentava desejos de ter sessões mensais ou quinzenais com a terapeuta do filho, afirmando querer orientação para lidar com ele, misturando o que é dela e o que é dele. Portanto, fazer mais entrevistas com essa mãe com intenção de organizar o histórico não parecia interessante.

A linha de trabalho usada pela terapeuta foi de orientação psicanalítica e, baseada nela, foi decidido que o foco da terapia precisava ser na relação transferencial, no aqui-agora.

A psicoterapia de Alan – 1ª parte

Nas primeiras sessões individuais de Alan, ele se mostrou cooperativo e comunicativo. Falou sobre o que gostava de fazer e dos esportes que praticava, mas não demonstrava muito interesse por estes. Tinha dois amigos, nenhum com idade próxima a sua. Falou da perda da vida que teve na casa anterior e dos amigos que tinha, ao mesmo tempo criticava severamente as pessoas que moravam no seu novo bairro, como se fosse a escória da humanidade. Um ano e meio depois dessa mudança ainda vivia o luto.

Ao final dessas primeiras sessões, a mãe sempre entrava no consultório para beber água, invadindo o setting que buscávamos construir. Com essa entrada trazia sempre suas confusões quanto a horário e pagamentos das sessões. Enquanto isso Alan sempre ia ao banheiro. Winnicott (1982) fala sobre isso que “em parte por causa de razões internas e em parte por fatores excitantes do meio ambiente, uma criança torna-se com frequência um ser excitável”. A falta de um clímax satisfatório faz as crianças utilizarem métodos para superar essa dificuldade, e um deles é o “emprego de algum clímax idôneo, seja comer, beber ou masturbação, urinação ou defecação excitadas, explosões de temperamento ou luta”. Para Alan, a situação da psicoterapia trazia tensão que precisava de descarga.

Após quatro sessões, trouxe o desejo de conhecer o armário de jogos do consultório, que ele já sabia estar à sua disposição. Ficou muito interessado pelo Jogo Detetive, que não conhecia. Como sempre chegava atrasado às sessões, tinha pouco tempo para aprender a jogar, mas usava de seu tempo disponível investindo no jogo. Parou de verbalizar sobre sua vida nas sessões, todo o seu desejo estava em jogar o mesmo jogo. Passou a trazer o mundo externo e interno de forma simbolizada através deste instrumento.

Por sete meses esta foi a forma de comunicação escolhida por Alan, em todas as sessões, realizadas semanalmente. O jogo trata de descobrir o mistério de um assassinato: quem foi o assassino, onde este ocorreu e qual foi a arma do crime.

O jogo apresenta um tema de agressividade e, segundo Winnicott (1982), a agressividade da criança não se expressa apenas quando esta está zangada, mas também através da brincadeira, e deve ser aceita. A brincadeira serve para dominar angústias, e a ameaça de um excesso de angústia conduz a uma brincadeira compulsiva ou repetida, ou uma busca exagerada dos prazeres que pertencem à brincadeira.

Winnicott (1982) afirmou que a criança começa a criar um mundo interior e pessoal através do brincar. O mundo interno da criança deve ser levado a sério, ele é depositário das tensões e angústias derivadas da realidade externa. Afirmou ainda que “a brincadeira

fornece uma organização para a iniciação de relações emocionais e assim propicia o desenvolvimento de contatos sociais”. Esse ganho da brincadeira é visível em crianças pequenas em situação natural, e também é visível no consultório psicoterapêutico, mesmo em pré-adolescentes. O jogo que Alan escolhia era sempre jogado a dois, favorecendo assim contato com sua terapeuta, sendo ponte de transferência e propiciando que seus conteúdos agressivos e sexuais fossem expressos e trabalhados.

Foi possível observar traços de obsessividade nas sessões, através de alguns rituais realizados na chegada ao consultório e na preparação para o jogo. Winnicott (1982) afirmou que “uma criança normal pode empregar qualquer dos recursos (ou todos) que a natureza forneceu para defesa contra angústia e o conflito intolerável”. Esses recursos são os sintomas, e faz parte da normalidade usá-los como defesas. Alan apresentava no consultório o sintoma obsessivo, que já havia apresentado em outras fases da vida, segundo entrevistas com a mãe. No jogo, Alan trabalhava questões de angústia e usava suas defesas disponíveis.

Após o jogo ter sido encontrado como forma de expressão e maneira de lidar com suas angústias, Alan passou a chegar com mais pontualidade nas sessões, ou justificava eventuais atrasos, como engarrafamentos. Mostrava assim seu desejo em estar ali, se eximindo da culpa pelo atraso. Expressava um prazer enorme com o jogo, cada descoberta e cada nova estratégia era compartilhada, todos os minutos da sessão eram usados com esta atividade. Segundo informações da mãe, as atuações de Alan fora da terapia diminuíram, o que lhe deixava satisfeita. Isso indicava que o jogar passou a ocupar o lugar do sintoma.

Mannoni (1985) explica que é comum acontecer, com a expressão de intensos sentimentos pelo analista e de conflitos dentro da situação analítica, dessas expressões diminuírem fora do consultório. A permissividade da análise permite uma expressão mais aberta da criança, não porque o terapeuta tenha se tornado a pessoa mais importante da vida da criança, e sim por ser a pessoa menos importante. Assim, em muitos casos, a criança apresenta melhoras no comportamento logo no início da análise, o que pode ser chamado de “melhoria transferencial”. A criança pode se exprimir, se controlar menos, e até ser mais infantil, pois, segundo Winnicott, na análise há um profissional preparado para sobreviver ao ódio do cliente. Quando os controles internos da criança podem relaxar, ela aparenta ter comportamentos regressivos, infantilizados, mas não é, intrapsiquicamente, uma regressão. É uma expressão do que está aprisionado dentro dela, por medo das reações de autoridade externa.

Nos primeiros meses de jogo a relação transferencial vivida era de simbiose. A simbiose, segundo Rosenfeld (1988), refere-se a “tentativas muito primitivas de afastar quaisquer sentimentos agudos de desamparo tornando-se parte da mãe”. Portanto, através da mistura transferencial entre paciente-terapeuta, bebê-mãe, era sentido um gozo por estar naquela relação. As sessões de jogo eram muito prazerosas, somente a simbiose necessitava ser vivida, o mundo externo não era capaz de interferir nessa relação. Havia gozo por haver um mistério a ser descoberto, por haver dedicação e disponibilidade da terapeuta a conhecer os seus mistérios, a querer entendê-los. A comunicação ocorria de inconsciente para inconsciente, chegando Alan a dar sinais verbais de que não havia necessidade de falarmos de sua vida lá fora, somente havia necessidade de nos entregarmos à relação e à simbolização do jogo. O único mistério a ser desvendado era o inconsciente.

Enquanto diminuíram as atuações de Alan fora do setting, diminuíram também as atuações invasoras da mãe dentro do setting. Ela parou de esperar na sala de espera, parou de entrar para beber água, passou a pagar as sessões com regularidade. O setting ficou mais

protegido, Alan estava mais seguro para viver a simbiose. Foi momento de viver o holding com Alan, que segundo Winnicott (1996), refere-se à “capacidade de se identificar, de perceber como o bebê está sentindo”. Sendo a simbiose uma situação regressiva, Alan devia ser compreendido como um bebê.

Diagnóstico psíquico estrutural

Enquanto o gozo da simbiose era vivido nas sessões com Alan, foi possível observar como era a relação transferencial, principal instrumento da psicoterapia de base analítica para compreender e diagnosticar a estrutura clínica do sujeito. Cirino (1994) afirmou, de acordo com a leitura lacaniana, que: “as estruturas são da clínica, das sessões mesmas, veiculadas pelos modos particulares de falar, de organizar o que se diz, em uma experiência estruturada por algo de artificial: a relação analítica”. Em outro momento o autor complementa que é através da fala que o sujeito desdobra experimentalmente sua estrutura, e nesta estrutura o analista está incluído, através da transferência. Ou seja, “o único instrumento que o analista dispõe é sua escuta (...) o diagnóstico se estabelece na transferência”.

Segundo Leite (2000), o psicanalista faz seu diagnóstico na relação transferencial, lá onde ele foi colocado pelo sujeito, pois é a maneira pela qual o sujeito o constituiu como Outro que lhe dará subsídios para elaborar seu diagnóstico.

A estrutura clínica de Alan foi diagnosticada como psicótica, devido à intensa transferência simbiótica sentida pela terapeuta. Geissmann (1993) afirmou que “a transferência da criança autista e psicótica é imediata, maciça, negativa e positiva”.

Quinet (1997) afirma que para Lacan a psicose é estrutura clínica própria. Ocorre na psicose que a mãe não deu entrada a um terceiro na sua relação com seu filho. Não fez referência à Lei paterna, passando assim a ser ela mesma a Lei. Isso é o fracasso da metáfora paterna, o Nome-do-Pai não entra na relação mãe-filho, não impede que a criança seja o falo materno, objeto próprio de uso da mãe. A criança fica, assim, submetida ao desejo da mãe onipotente, é a única capaz de satisfazer os desejos dela. Essa criança cresce e continua sendo invadida pelo Outro, como foi por sua mãe. Fica sempre sendo objeto do Outro, não tem desejo próprio.

Mannoni (in Geissmann, 1993) teorizou que a mãe do psicótico não reconhece o filho como sujeito de desejo, este só existe para preencher sua falta. A psicose está inscrita no inconsciente materno.

Leite (2000) explica que Lacan teorizou que um sujeito não é psicótico desde sempre. O que pode ocorrer na infância é a formação de uma estrutura psicótica, e no futuro, pode ocorrer algo que desencadeie a psicose, o que é conhecido como “surto psicótico”.

Alan não teve sequer o pai real por perto, muito menos a metáfora paterna. A mãe também não foi capaz de deixar um Nome-do-Pai se estabelecer através de outra pessoa, para não perder seu objeto fálico. Assim, Alan, sempre o objeto de demanda da mãe, não chegou ao consultório com demanda própria. Havia a demanda da mãe, que sempre o levou a psicólogos por necessidade própria, por não saber lidar com ele.

Não sabemos ao certo o que desencadeou a psicose de Alan, que produziu surtos durante sua vida. Talvez tenha sido a complicada fase dos três anos de idade. Sendo esta fase ou algum episódio anterior, foi um surgimento que ocorreu cedo na vida de Alan.

A psicoterapia de Alan- 2ª parte

Ao encontrar na terapia um espaço onde ele tinha liberdade para fazer o que quisesse, não sendo assim objeto do desejo também da terapeuta, começou a construir uma demanda inconsciente própria. Segundo Quinet (1997), a demanda do psicótico para análise vem como pedido ao analista de fazer barreira ao gozo do Outro, que o persegue. “É um pedido de asilo para exilar-se do Outro”. Esse pedido foi atendido, ao menos em parte, através da proteção do setting.

Alan encontrou aceitação e proteção na terapia, mas também encontrou um local com regras, e teve chance de se localizar quanto a estas. Após a fase dos atrasos, ele passou a chegar até alguns minutos antes de seu horário. Batia na porta mais de uma vez, angustiado. Teve de viver essa regra, esse limite. Para lidar com isso, uma de suas saídas parecia ser utilizar o banheiro e beber água ao fim das sessões. Atuava ganhando alguns minutos extras da terapeuta após o sinal de término da sessão, apesar desses minutos não serem sessão propriamente dita. Essas atitudes também eram, como exposto anteriormente, descarga de excitabilidade.

O jogo continuava sendo o instrumento de trabalho e relação. As partidas ficavam mais difíceis e inteligentes. A diversão era mútua. Alan imitava falas da terapeuta, como quem interpreta. Tentava adiantar os palpites dela do jogo, como se soubesse o que ela ia falar. Os pinos que representavam os jogadores por vezes eram trocados, ele andava com o da terapeuta, a terapeuta andava com o dele, sem perceber. A simbiose continuava, a relação era fusional. A terapeuta se encontrava em um lugar de mãe não desestruturante, que aceitava o filho, e quase mesmo de mãe superprotetora, quando lutava por não deixar o mundo externo (representado pela mãe real) interferir. Assim, houve uma regressão à psicose na relação terapêutica.

Hisada (2002) identificou em seus estudos que Winnicott foi um dos analistas que melhor reconheceu o aspecto positivo contido no ato de regressar para reviver em análise os fracassos da adaptação ambiental que ocorreram. O analista precisa ajudar o paciente nessa regressão à dependência, se colocando no lugar de uma figura materna inicial e vendo o paciente como um bebê. Esse manejo significa facilitar a regressão como um caminho para a progressão. A autora complementa: “esta regressão implica em um sentimento de confiança no ambiente para retornar a estados de não integração. O enquadre psicanalítico possibilita a regressão por sua confiabilidade e reproduz a relação mãe-bebê, já que o setting é considerado uma metáfora de cuidados maternos”.

Segundo a teoria de Winnicott (in Hisada, 2002), a primeira fase no desenvolvimento pela qual o bebê precisa passar é a fase de ilusão, onde ele alucina que cria o seio e assim que tudo o mais que ele necessite pode ser satisfeito. Nessa fase a chamada “mãe suficientemente boa” adapta-se a essa experiência de onipotência e faz a função de espelho para o filho, ou seja, permite que ele se reconheça em seu olhar.

Winnicott (in Geissmann, 1993) afirmou que a mãe da criança psicótica não conseguiu desempenhar papel de espelho para o filho, para que esse visse a si mesmo. Ela somente refletiu seu próprio estado de espírito, não favorecendo assim um componente essencial para posterior integração do ego da criança. Quando o bebê, no estágio narcísico em que se encontra, não consegue ver a si mesmo no olhar da mãe, a ameaça de caos se torna clara, e ele elabora defesas autísticas do tipo retraimento.

Em um segundo momento do desenvolvimento, o bebê começa a separar-se da mãe e a conhecer um não-eu, e vive a desilusão. Ele passa a ter a capacidade de imaginar o objeto (mãe) quando ausente, a imaginação o remete à experiência de satisfação vivida com

o objeto anteriormente. Portanto, a relação mãe-bebê possibilita a construção do imaginário que será utilizado na ausência da mãe. É a ausência do outro que permite o nascimento do que Winnicott chamou de espaço potencial, pois assim o bebê mantém sentido de continuidade, de existência e de seu self. Essas experiências são precursoras da capacidade de simbolização. Para ocorrer um processo de desilusão saudável, o bebê precisa ter vivido bem a ilusão e confiado no ambiente (Hisada, 2002).

Como o setting analítico possibilita a revivência do desenvolvimento emocional do ser humano e dos cuidados maternos, podemos analisar como essa teoria de Winnicott aconteceu na psicoterapia de Alan. Após o Jogo Detetive ter sido encontrado, iniciou-se a fase de ilusão e onipotência, pois ele tinha liberdade para fazer o que quisesse na sessão, escolhia seu objeto e tirava dele prazer semelhante ao prazer que um bebê tira do seio da mãe. A crescente confiança no setting possibilitava a vivência da ilusão.

Considerando no histórico de Alan que ele foi uma criança que não chorava e demorou a falar, podemos supor que sua mãe não foi capaz de fazer função de espelho, e como explicou Winnicott, assim favoreceu que Alan buscasse defesas como retraimento. Aos 12 anos ainda tinha pouca atividade social. Com a própria terapeuta manteve um relacionamento principalmente não verbal, no entanto, demonstrava desejo de contato, assim como um bebê deseja. Buscava transferencialmente na terapeuta uma mãe que pudesse ser espelho, que não chegasse contaminada com suas próprias angústias, e pudesse estar ali inteira para ele.

A psicoterapia de Alan- 3ª parte

Gradualmente, o gozo das sessões foi diminuindo, ou seja, a diversão, o compartilhamento de estratégias. Alan não utilizava mais cada minuto com o jogo, não tinha mais a mesma pressa. Algumas sessões começaram a ficar mais silenciosas, o silêncio foi respeitado e vivido. Em algumas jogadas, ele comentava com certa euforia que confundiu a terapeuta com suas técnicas de jogo, utilizava assim uma defesa maníaca em busca de *con-fusão*: voltar a estar em estado de fusão com a terapeuta.

Nessa época ocorreu um telefonema da mãe alegando que Alan queria parar a psicoterapia para fazer judô no mesmo horário. Segundo ela, ele disse que não precisava ir só para jogar Detetive. A mãe dizia estar satisfeita com os progressos do filho e que não abria mão de que ele continuasse. Ainda assim, o telefonema mostrou que precisava mais uma vez de explicações, e até satisfações. No entanto, não aceitou a proposta da terapeuta de terem uma sessão para conversarem sobre Alan. Ela foi orientada via telefone de que ele estava se defendendo das angústias que recentemente apareciam no consultório.

Alan, como de costume, não trouxe verbalmente esse assunto do mundo exterior para a psicoterapia. No entanto essa informação trazida pela mãe conseguiu mais uma vez invadir e contaminar o setting, pois passou a existir um algo sabido pelos dois, mas não-dito ali dentro. A mãe ficou em um papel de intermediária, bloqueando a comunicação, manipulando filho e terapeuta a quebrarem o setting, boicotando o processo. Provocou na terapeuta medo da perda, medo de um aborto de um filho que não estava pronto para nascer para o mundo exterior.

Enquanto a conexão paciente-terapeuta estava abalada, em uma sessão houve a metáfora sobre quem era ele, referindo-se ao pino do jogo. Ele afirmou que continuava sendo o mesmo de sempre... Parece que a contratransferência é que estava diferente. A terapeuta passou a se sentir uma verdadeira detetive, buscando descobrir o que Alan realmente sentia, independente do que foi falado pela mãe.

Alan também falava sobre quando a terapeuta conseguia ou não “abusar de sua sorte” no jogo, ou seja, se aproveitar de um palpite anterior dele para descobrir o mistério. Certa vez afirmou triunfante que ela não tinha conseguido. Falava com essa metáfora do temor de outra mãe invasora, que não lhe permite ter “sorte”, ou seja, desejos? Percebia transferencialmente a mudança na relação terapêutica e temia perder a mãe suficientemente boa que havia encontrado na terapeuta?

Um mês depois do mencionado telefonema da mãe, Alan não mais utilizou o jogo na sessão, e sim “abriu o jogo” do que o incomodava. Falou durante toda a sessão, muitas vezes com tons de menosprezo e agressividade. Queria a aprovação da terapeuta para interromper a terapia, pois queria fazer judô no mesmo horário. Achava que tudo estava melhor, principalmente por ter se acostumado às mudanças que haviam ocorrido na sua vida. Questionou com tom irônico como o Jogo Detetive poderia ser útil, pois se era o jogo que lhe fazia bem, era só comprar um. Disse que somente escolhia esse jogo todas as sessões por ser o mais interessante para sua idade. Afirmou que gosta de fazer psicoterapia, mas que estava mais interessado no judô no momento. Propôs horário inviável para ser atendido caso tivesse que continuar, aos sábados. A terapeuta afirmou não ser possível essa mudança, ele disse que era porque ela queria fazer outras coisas nos sábados.

Alan foi apoiado na expressão sincera de sua agressividade contida, que somente saía através do jogo até esta sessão. Ele apareceu como um típico adolescente questionador e desafiador, não era mais o bebê em busca de espelho e fusão. Ao mesmo tempo, a perda de sua condição de bebê não era fácil suportar, e ocasionou essa explosão afetiva. A perda da mãe-terapeuta que supria todas as suas necessidades também pôde ser sentida quando ele não conseguiu que ela estivesse disponível aos sábados por ele. Buscava na justificativa de querer fazer judô novas formas de se socializar, condizendo com busca comum da adolescência, mas também buscava viver sua agressividade de forma atuada através desse esporte. Parar a terapia seria fugir da vivência da agressividade e da sexualidade, direcionadas principalmente à mãe. Segundo Winnicott (1996), é importante aceitar a destrutividade como básica do ser humano, reconhecê-la. É importante haver tolerância a ela, e possibilitar a reparação. Portanto, foi combinado que esse assunto seria discutido nas próximas sessões.

Na sessão seguinte, Alan contou que não seria mais possível fazer judô por motivos de outros horários. A terapeuta buscou acolhê-lo na sua frustração, dizendo ser uma pena, pois ele queria tanto. Ele defendeu-se bruscamente, dizendo não querer tanto, que assim parecia que ele estava obcecado, que foi a mãe dele que se irritou com o choque de horários. Alan continuava com tons impacientes, agressivos, e parecia misturar seus desejos com questões da mãe. Voltou ao Jogo Detetive, onde suas pulsões podiam ser mais controladas.

Winnicott expõe em forma de poema o que estava sendo vivido:

“Encontro você;
Você sobrevive ao que lhe faço a medida que
A reconheço como um não-eu;
Uso você;
Você, no entanto, se lembra de mim;
Estou sempre esquecendo de você;
Perco você;
Estou triste”.

(Winnicott, apud Outeiral, apud Hisada, 2000).

Hisada (2000) explica em outras palavras:

Ao certificar-se de que o analista é consistente e confiável e pela maneira como sente que o analista se relaciona com ele, o paciente pode regredir e redescobrir algo da experiência do rosto da mãe como primeiro espelho. É muito importante neste momento que o paciente perceba que seus sentimentos podem ser vivenciados como manejáveis e que o analista seja capaz de aceitar a explosão de sentimentos difíceis e, principalmente, sobreviver a eles.

Rosenfeld (1988) chama a atenção para um problema da análise de pacientes psicóticos: quando suas defesas, como identificação projetiva, diminuem, o paciente toma consciência de sua necessidade e dependência do objeto, isto é, o analista. Isso gera sofrimento e ansiedade, ameaça reativação de defesas e pode acarretar reações terapêuticas negativas.

A identificação projetiva, conceito criado por Melanie Klein, é uma defesa bastante usada pelos pacientes psicóticos. Refere-se à projeção de partes do self no analista. Rosenfeld salienta que essa defesa também é um método de comunicação, pois projetando sentimentos e ansiedades confusos no analista, os pacientes não apenas se livram deles, mas também proporcionam ao analista a oportunidade de tomar conhecimento sobre seus sentimentos, e a possibilidade de contê-los. A ênfase é sobre a necessidade de o objeto funcionar como continente para os aspectos não-compreensíveis do self, de modo que o conteúdo mental possa ser trazido de volta para o self de uma forma compreensível, com a experiência adicional de se sentir entendido e aceito por alguém.

Portanto, a atitude da terapeuta foi de buscar conter a agressividade a partir dessa sessão. Rosenfeld afirma que, dentre outros autores, Winnicott observou que as necessidades do paciente psicótico têm, muitas vezes, de ser satisfeitas pela atitude do analista, e não por interpretações verbais. Os pacientes psicóticos apresentam muitas ansiedades e sensações de ruptura, relacionadas, provavelmente, à experiência de ansiedade infantil inicial do nascimento, quando o bebê tem de abandonar a proteção do útero materno. Devido a essas ansiedades de desintegração, a atitude receptiva do analista ao paciente psicótico é particularmente importante, o que seria o que Winnicott chamou de criar um ambiente sustentador.

A transferência através do jogo passou a ser agressiva nessa fase. Rosenfeld (1988) explica que, com o decorrer do trabalho psicoterapêutico, a simbiose criada pelo paciente torna-se um tormento, pois ele não consegue encontrar seu self novamente. Sente-se emaranhado ao objeto simbiótico, projeta nele a culpa pelo emaranhamento, sente-se incapaz de sair desse estado e torna-se agressivo. Alan demonstrava agressividade através de imitações de expressões da terapeuta e comentários sarcásticos. Depois, ele e a mãe cometeram uma atuação há muito não cometida: falta. Na sessão seguinte ele explicou o imprevisto ocorrido e contou que chegaram a ir ao consultório, mas a terapeuta já tinha ido embora (o que certamente ocorreu depois do fim de seu horário). Nesse comentário usou tom de voz e expressão facial denotando descaso e ironia, o que escondia um ressentimento devido ao abandono sentido.

Levisky (1998), explica que é freqüente em psicoterapia de adolescentes o analista viver situações de grande impacto emocional que atingem diretamente sua pessoa. Esses comportamentos do paciente são atuações, ou acting out, e também carregam alguma comunicação inconsciente. Explica que “o *acting out* é um fenômeno psicológico que surge na transferência, como defesa ou na emergência de sentimentos muito primitivos. São pacientes cuja capacidade simbólica encontra-se pouco desenvolvida”.

Terapeuta e paciente pareciam não se entender mais, como mãe de adolescente e filho adolescente. E continuavam buscando desvendar mistérios através do jogo, inclusive o mistério deste relacionamento. *Mi*, em grego, significa conhecimento, *histeros*, útero. Assim, na terapia buscava-se um conhecimento do útero, da relação materna.

Ao final de uma certa sessão, Alan investigou o que era um objeto na mesa do consultório. Era um porta incenso vertical, de bambu, o que ele não conhecia. Insistiu muito em saber o que era, a terapeuta mostrou que o incenso é guardado dentro do buraco do bambu. Ele, visivelmente mais agitado com a descoberta de simbolismo sexual, afirmou: “aí explode!”. Esse assunto voltou na sessão seguinte, deixando claro que estava vivendo fortes questões ligadas à sexualidade.

A relação terapêutica continuava descompassada, a comunicação desencontrada. Rosenfeld (1988) afirmou que sempre que a identificação projetiva é excessiva (como acontece com a maioria dos pacientes psicóticos), há o perigo de a comunicação verbal entre paciente e analista se romper.

Contratransferencialmente não era simples para a terapeuta ser continente da agressividade de Alan. Em certa sessão, ela sentiu que precisava conferir com ele a reciprocidade desses sentimentos. Ela sentia estar fechada e entediada durante o jogo. Perguntou a ele como era para ele estar ali naquele momento. Alan estranhou completamente a pergunta, disse ser pergunta fora de hora, fez analogias como: “é como no meio de uma competição de natação você querer saber as horas”. Esse comentário, por ser dotado de intensidade, indicou não haver transferência separada de contratransferência naquela terapia, no entanto, também indicou que ele estava seguindo normalmente seu processo psicoterapêutico, mais do que a terapeuta imaginava. Por isso a pergunta dela foi “fora de hora”... Levisky (1998), ao descrever um caso de um paciente de oito anos muito atuador, escreveu: “em algumas ocasiões não havia discriminação entre analista e analisando. As identificações projetivas eram tão intensas que não se discriminavam os aspectos psicóticos de um e de outro”.

Ao fim dessa sessão, a mãe comunicou não ter mais horário para trazer Alan, deu muitas explicações, e disse não querer interromper a terapia dele. Para isso estava buscando soluções, procurando um motorista, e chegou a perguntar se a terapeuta poderia atendê-lo em casa. Obviamente, atendê-lo em casa seria a maior quebra de setting de todas, ela foi informada da impossibilidade disso, de maneira que a terapia teve de ser suspensa até uma solução ser encontrada. Ocorreu somente mais uma sessão com Alan, duas semanas depois, já em outro horário (aquele inviável de sábado...) para um fechamento provisório de sua psicoterapia.

A última sessão de Alan

Ocorrida cedo na manhã, Alan compareceu atrasado e com muito sono. Esse estado parece ter favorecido a sessão regressiva que foi vivida, e a segunda sem uso do jogo. Ele disse estar bem, sem novidades, e não ter gostado desse horário da sessão. A terapeuta explicou a situação da falta de horários ser da mãe, não dela, nem dele. E assim, a terapia depende dela para acontecer (ela invadiu novamente o setting). Explicou que a mãe não quer abrir mão da terapia, e nem a terapeuta quer abrir mão dele, mas estavam em um impasse. A terapeuta lembrou e falou da fase em que a mãe não interferiu, e que eles puderam trabalhar bem e até se divertir juntos, embora ele não entendesse bem o mecanismo da terapia. Continuou falando, sobre a possibilidade de um dia ele poder pegar o metrô sozinho, e assim não depender de ninguém levá-lo aos lugares. Ele quis saber se a

estação do metrô era longe do consultório. A terapeuta lhe falou que essa independência lhe fará bem um dia, sabendo que a verdadeira independência que ele precisa é muito maior, é da mãe.

Alan estava com os olhos pesados de sono, a terapeuta perguntou se ele queria dormir. Respondeu que não, e ficaram em silêncio se olhando por muitos minutos. A sensação sentida pela terapeuta era de que ali havia um bebê com medo de dormir e perder contato com a mãe. Interpretou a ele: “se você dormir estarei aqui quando acordar. Se a terapia acabar também estarei aqui quando precisar”. Ele fez sinal de ter entendido e continuaram mergulhados nos olhares.

A terapeuta também realizou uma sessão final com a mãe, onde explicou que Alan precisa muito da terapia, pois vinha aprofundando suas questões, mesmo em forma de agressividade, que também é forma de demonstrar afeto. A agressão é direta ou indiretamente uma reação à frustração, e por outro lado é também uma das fontes de energia do indivíduo. “A agressão está sempre ligada ao estabelecimento de uma distinção clara entre o que é e o que não é o eu” (Winnicott, 1982). O próximo passo de sua terapia seria aceitar esta distinção, viver a desilusão e criar o espaço potencial.

A mãe já sentia que o filho estava mais agressivo sem as sessões, e não queria que ele as interrompesse. Era bem mais fácil para ela que a agressividade dele fosse escoada na psicoterapia, e não nela. No entanto, quem interrompeu o trabalho foi ela mesma, como se a relação entre seu filho e a terapeuta lhe fosse muito ameaçadora. Ela ficou de encontrar uma solução para o transporte do filho até a terapia, e aceitou a posição da terapeuta em não ceder horários inviáveis. Assim, ela parece ter saído sem saber quem foi a responsável pela interrupção da terapia, ela ou a terapeuta. Ou seja, se eximiu da culpa e da consciência de que a terapia dele ameaçava a ela.

Conclusão

E se fosse possível especularmos, de acordo com a escolha do jogo de Alan, quem foi simbolicamente o assassino de seu processo psicoterapêutico, onde este assassinato ocorreu e que arma foi utilizada?

Seria aparentemente simples, pela forma como este artigo foi escrito, afirmar que a mãe é a assassina. Invadiu o setting em muitas ocasiões que nem mesmo chegaram a ser citadas neste trabalho, como comparecer em uma sessão do filho sem levá-lo e sem avisar que o faria, usou de telefonemas e manipulação. Além de trazer uma história familiar de surtos para a vida do Alan (dado colhido posteriormente no processo). Este assassinato teria ocorrido em casa, e a arma foi a manipulação via telefonemas e em conversas com Alan, de maneira que o processo chegou assassinado no consultório, sem chances de ressuscitação, sem saída.

Macedo (1986) afirmou que a psicose da criança é a realização de um desejo da mãe e encobre a neurose original da mesma. Descreveu sua experiência com mães de psicóticos: elas falam bastante sobre seus filhos com o terapeuta, e falam de boa vontade sobre elas mesmas. Revelam íntimos segredos, e quando se poderia pensar que elas não apresentam resistências, deve-se ficar atento, pois nesse comportamento elas apresentam um meio inconsciente de sedução: farão tudo o que for possível para afastar o terapeuta de seu filho, sobretudo se a cura já determinou resultados concretos. O autor explica mais: vindo ver o terapeuta, a mãe age para impedir que uma distinção seja feita entre ela e sua criança, ela quer manter a simbiose entre elas, considera esse estado o ideal, e que pode fornecer à criança tudo o que ela necessita. Vindo falar com o terapeuta ela tenta incorporar pelo

modo oral o próprio terapeuta, porque teme ver surgir um desejo em seu filho, que lhe colocaria a questão de seu próprio desejo e revelaria assim sua dependência. “Que ela duvide do trabalho realizado ou que diga que só o analista pode ajudar seu filho, ela não pode aceitar que a ‘nutrição’ dada à sua criança por um outro possa ser melhor que a sua”. A mãe de Alan apresentou esses dois momentos, de dúvida do trabalho e de única esperança. O autor continua: “se ela o investe (analista) como todo-poderoso, é somente para demonstrar-lhe depois, de maneira mais espetacular, sua inutilidade”. Talvez tenha sido o que a mãe de Alan tentou fazer ao insinuar que a terapeuta não teria horários possíveis para seu filho. A terapeuta não era tão boa mãe quanto ela.

É importante discriminar que falamos sobre a responsabilidade da mãe no fim do processo psicoterapêutico de Alan, e não buscamos utilizar o jargão “a culpa é da mãe” para nos referirmos à estrutura psicótica de Alan. Tustin (in Geissmann, 1993), observou em seus estudos que as mães das crianças psicóticas com frequência duvidaram de sua capacidade de serem mães, ou passaram por um estado de confusão, perturbação, tristeza. Não é justo culpar alguém por seu estado de confusão, principalmente porque esta mãe também teve uma mãe, que favoreceu que ela fosse como é hoje. E assim seguiríamos culpando gerações e mais gerações de mães.

A mãe da criança psicótica, segundo Geissmann, não foi capaz de desempenhar o papel de espelho, descrito por Winnicott, por não ter sido capaz de suportar sua própria imagem nesse espelho, o que tem relação com um estado depressivo-narcísico da mãe. “Como tornar alguém responsável por um estado depressivo?”.

Geissmann (1993) dedica parte de sua pesquisa sobre a psicose da criança para expor o perigo da tendência a culpar as mães pela psicose dos filhos. Escreve que muitos autores puderam observar anomalias de relação consideráveis entre as mães e seus filhos, mas que isto coloca problemas quando as anomalias maternas são consideradas como causa única do distúrbio, e quando se tira a conclusão que é da mãe que é preciso tratar. Pois, segundo Searles (in Geissmann) a criança tira uma satisfação sádica de sua posição de doente, e também experimenta, dentro dela e profundamente recalcado, um sentimento de dor e culpa de ter fracassado em seus esforços amorosos para permitir à mãe fragmentada uma realização de seu papel de mãe total. Sendo assim, se censuramos e culpamos os pais, subestimamos não só seus comportamentos de amor, mas também os da criança. Searles continua seu pensamento afirmando que não conviria fazer cair sobre os pais uma responsabilidade que não queremos verdadeiramente buscar em nós mesmos ou em nossos pacientes. Culpar os pais poderia ser uma saída para o terapeuta não encarar seu próprio sadismo ou para não considerar o paciente como responsável por sua identificação com agressões parentais de outrora.

A mãe de Alan certamente precisava de sua própria psicoterapia, e felizmente iniciou este processo, por volta da metade da psicoterapia de Alan. Isso indica que passou a tentativas de se distinguir do filho, separando até as terapeutas, não buscando acolhimento para suas angústias na terapeuta do filho. Alan também precisava de sua psicoterapia, seu problema não se resolveria somente ao “curar” essa mãe, e sim ao curar suas formas de relação com o mundo. Se não existe somente um “doente” nesse caso, também não existe somente um “culpado”.

Portanto, existem outros assassinos do processo psicoterapêutico de Alan. Um deles é o próprio Alan. Passando pela fase da pré-adolescência, precisava “matar” essa mãe para poder crescer, criar novos vínculos sociais. Além disso, são muitos os assassinatos necessários para a passagem da infância à adolescência: matar o corpo, o papel e identidade

infantis, matar os pais da infância e a bissexualidade infantil. É necessário passar por todos essas perdas e lutos, como afirma Levisky (1998). Diante de tantos assassinatos necessários, a escolha de Alan por um jogo que se trata disso faz muito sentido. Alan, ao querer interromper a terapia, também mata a terapeuta, por esta estar no lugar transferencial da mãe. Assim, Alan também foi o assassino, matou sua psicoterapia no próprio consultório, e sua arma foi a transferência.

A última integrante do trio de assassinos simbólicos é a própria terapeuta. Em nível de contratransferência, ela desejou aliar-se a Alan contra essa mãe invasora, e assim, inconscientemente, desejou “matar” a mãe e ocupar o seu lugar. Essa forte aliança entre paciente e terapeuta foi sentida, também em nível inconsciente, pela mãe, fazendo-a sentir-se ameaçada e cometer a atuação de tirá-lo da psicoterapia. Então, a terapeuta também contribuiu para o assassinato da psicoterapia, no próprio setting terapêutico, e sua arma foi a contratransferência.

Concluindo, a mãe não foi a única responsável pela psicose do filho, e também não foi a única responsável pela interrupção da psicoterapia. Mas fica a pergunta: quem terá sido o assassino das psicoterapias anteriores de Alan? Estará a mãe repetidamente boicotando o crescimento de seu filho, evitando o fim da simbiose existente entre eles?

Winnicott (in Vilete & Reis, 2007) nos deixou com um pensamento sobre a realidade desses pacientes: “é este um sofisticado jogo de esconder, em que pode ser uma alegria estar escondido, mas é um desastre não ser encontrado”.

Bibliografia

- GEISSMANN, C. & P. (1993). A criança e sua psicose. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- HISADA, S. (2000). A Clínica do setting em Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter.
- LEITE, M.P.S. (2000). Psicanálise Lacaniana- Cinco seminários para analistas kleinianos. São Paulo: Iluminuras.
- LEVISKY, D. (1998). Adolescência: reflexões psicanalíticas. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- MACEDO, H. (1986). Ana K. ou A Conjugação do Corpo: História de uma Análise. 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- MANNONI, M. (1985). A criança, sua “doença” e os outros. São Paulo: Martins Fontes.
- PSIQUE (2007). São Paulo: Escala. Número 4; “Uma Psicanálise Original”; Edna Vilete & Rosa Reis; p. 47-51.
- QUINET, A. (1997). Teoria e clínica da psicose. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- REVISTA DE PSIQUIATRIA E PSICANÁLISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (1994). Belo Horizonte: Femhig. Número 1; “O diagnóstico estrutural: algumas considerações”; Oscar Cirino; p. 23-36.
- ROSENFELD, H. (1988). Impasse e Interpretação. Rio de Janeiro: Imago.
- WINNICOTT, D.W. (1982). A criança e seu mundo. 6ª ed. Rio de Janeiro: Zahar.
- WINNICOTT, D.W. (1996). Tudo começa em casa. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes.