

PSICOTERAPIA NA ADOLESCÊNCIA

Marly T. M. Goulart

Psicanalista, membro do departamento
Formação em Psicanálise do Instituto Sedes
Sapientiae

***RESUMO:** Este trabalho levanta algumas questões da adolescência e algumas das peculiaridades do atendimento clínico a essa população. A partir de exemplos clínicos, pretende-se ir diferenciando o que faz parte do processo de desenvolvimento e o que vai se caracterizando como patologia. Tendo como ponto de partida um referencial winnicottiano, são abordadas algumas características que se colocam no atendimento a essa faixa etária, como: a dificuldade no estabelecimento de um diagnóstico, a necessidade de um setting continente e flexível e a mescla de intervenções e interpretações no processo psicoterápico. É relatada uma experiência onde não foi possível se dar um bom término ao processo terapêutico e enfatizada a necessidade de se encontrar melhores soluções para os problemas que muitas vezes afligem os profissionais que atendem adolescentes*

Para começar a discorrer sobre o processo adolescente, gostaria que você se colocasse na seguinte situação:

Imagine que você tem uma tarefa nova e importante para fazer num determinado período de tempo. Por exemplo, escrever o capítulo de um livro técnico. Você quer que o resultado seja considerado útil por aqueles que venham a ser seus leitores. Você quer ficar satisfeito ao final da tarefa. Você também deseja que o resultado seja, se possível, criativo.

É fácil? Se você não tem o hábito de escrever, provavelmente terá muito trabalho. Talvez comece fazendo uma compilação de leituras, que gostou, sobre o assunto. Talvez faça um resumo destes escritos e ameace uma colagem. No princípio esta parece uma alternativa possível, mas você não fica satisfeito,

sente-se um imitador. Daí tenta outro processo: conversa com outras pessoas para ver se encontra um novo caminho. Percebe que os outros escrevem um artigo diferente daquele que você foi capaz de criar.

O tempo está passando, você, que julgara a tarefa relativamente simples, começa a ficar preocupado. O tempo que parecia suficiente agora é muito curto. Você passa a se sentir perseguido pela tarefa. Passa a não dormir direito e tem alguns pesadelos. Você em certo sentido adoce e acha que não vai conseguir sair dessa. Vê-se obrigado a defrontar-se com seu mundo interno em confusão. Pergunta-se: e agora, o que é que eu faço?

Depois de alguns dias vivendo este tipo de “inferno”, começa a se lembrar quantas vezes já passou por situações semelhantes e até mais embaraçosas. Em algumas se saiu bem, em outras nem tanto. Mas dos seus fracassos você, na maior parte das vezes, aprendeu alguma coisa.

Então você descobre que ao invés de desistir da tarefa, tentará fazer o melhor que pode. Começa a escrever...

O processo adolescente é um cotidiano de situações como esta. A adolescência é uma crise de crescimento que é acompanhada de sofrimento, contradição e confusão. Não mais protegido pela idealização das figuras parentais, o jovem tem de se haver com uma grande tarefa. Ele pode enfrentá-la com maior ou menor turbulência, dependendo dos recursos de seu mundo interno e da intensidade dos seus afetos. Mas se ele quiser realmente ir em busca de uma identidade, que não seja um ‘xerox’ de uma das figuras parentais ou uma colagem de aspectos destas figuras, precisará fazer um mergulho dentro de si e se dispor a aprender da própria experiência.

Falar sobre o processo adolescente em sua multiplicidade de aspectos e discorrer sobre a franja que liga a normalidade à patologia em um único artigo é impossível. O que devemos priorizar? Você já deve ter percebido que vou priorizar a prática, mas na busca da “arte de tratar adolescentes” há leituras indispensáveis.

Os psicanalistas têm estudado as características da puberdade e da adolescência desde FREUD e seu artigo de 1905: *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Acho, particularmente, interessantes dois estudos sobre a adolescência normal. KNOBEL (1992) descreve o processo em dez manifestações de conduta: busca de si mesmo e da identidade, tendência grupal, necessidade de intelectualizar e fantasiar, crises religiosas, entre outras. OSÓRIO (1989), por sua vez, utiliza-se das modificações intrapsíquicas como: luto pelas perdas infantis, resolução dos resíduos edipianos, estabelecimento de uma ética, etc., para caracterizar as modificações do adolescente.

Outro levantamento que pode auxiliar no atendimento de adolescentes é o feito por GRAÑA (1994) a respeito de manifestações que aparecem no encontro terapêutico. A percepção do outro com um colorido paranóide, os opostos no pensamento como alternativas imediatas, a maneira

fóbica de se aproximar das verdades e sua nova condição, são alguns aspectos observados.

Embora eu não tenha a intenção de me estender nos aspectos teóricos, gostaria de pontuar duas idéias que norteiam o meu trabalho. Uma delas é sobre o processo de formação de identidade. Os primórdios do processo de individuação já se observam ao longo da primeira infância: o processo de discriminação eu-não eu, não é abrupto e sim gradual. Durante a adolescência, a ameaça de perda do vínculo simbiótico com os pais mobiliza ansiedades intensas, incitando o adolescente a restaurar a situação simbiótica original com a adesão a substitutos dos primitivos objetos parentais. A identificação com seus ídolos, o caráter possessivo das amizades e a supervalorização do objeto quando os adolescentes se apaixonam, são alguns exemplos desta tendência. Por outro lado, há um impulso à diferenciação e individuação, como por exemplo o conflito do jovem com a geração anterior: ao se contrapor aos desejos e expectativas de seus pais e/ou da sociedade, ele está muitas vezes procurando definir a si mesmo.

A outra idéia é a visão winnicottiana sobre o processo adolescente. Nela, o jovem é visto como imaturo, sendo esta uma característica de saúde para a qual a melhor solução é o tempo e o crescimento que pode vir com ele. Na imaturidade da adolescência estão contidos aspectos do pensamento criador, sentimentos novos e idéias a respeito de um modo diferente de viver. A sociedade precisa ser abalada pelas aspirações daqueles que não são responsáveis. Assim como não se deve esperar que o jovem se dê conta ou saiba quais as características de sua imaturidade, também os adultos não precisam compreendê-la. O importante é que o desafio adolescente seja aceito pelos adultos.

SOBRE O DIAGNÓSTICO

*Minha loucura, outros que a tomem
Com o que nela ia
Sem a loucura que é o homem
Mais que a besta sadia
Cadáver adiado que procria?*

(FERNANDO PESSOA)

A dupla origem etimológica da palavra é interessante: vem do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer), significando condição ou processo de crescimento. Também deriva de *adolescer*, a origem da palavra *adoecer*. Assim temos a aptidão para crescer (no sentido físico e psíquico) e também para *adoecer* (sofrimento emocional que acompanha as transformações biológicas – puberdade – e mentais dessa faixa de idade).

Quando recebemos um adolescente para uma consulta, há na maior parte das vezes uma ameaça de uma doença ou uma doença já em curso. Num primeiro momento não podemos dizer se é o adolescente ou se é o seu grupo familiar quem está doente.

Nossa primeira tarefa é registrar as primeiras impressões do caso, já a partir de como é feita a demanda (por quem, de que forma) e criar uma relação amistosa que facilite um clima de confiança. É através de uma relação interessada em acompanhar o que quer que o adolescente queira tratar que se cria um vínculo que abre espaço para seu imaginário, facilitando o acesso a seu mundo mental. Vamos acompanhar uma situação:

Um rapazinho de 11 anos, vestido todo de preto, vem à primeira consulta. A situação é inusual porque a entrevista havia sido marcada somente com os pais. Digo para B que pode participar da conversa, mas ele escolhe ficar desenhando. Os pais trazem a queixa de que B é excessivamente agitado e tem dificuldade em se desligar de uma atividade motora, por exemplo um jogo de futebol, quando ela termina. Os pais e eu conversamos sobre como tem sido o desenvolvimento de B, suas facilidades e dificuldades, enquanto ele desenha num canto da sala. Cerca de 40 minutos depois, me dou conta de que B permanece quieto em seu lugar. Resolvo colocá-lo na conversa:

T: E você B, o que acha que está acontecendo?

B: Eu não gosto de ficar parado.

T: ... Você ... por acaso tem pesadelos?

B: Como você sabe?

T: Os meninos da sua idade costumam ter pesadelos... Você chega a se lembrar deles?

B: Eu sempre sonho que estou morrendo.

T: Todos os dias morrem muitas células do nosso corpo e nascem outras tantas... Você já viu alguém morto?

B: Só o cachorro do meu amigo.

T: E o que você viu?

B: (levanta-se da cadeira, aumenta o tom de voz e diz de forma aflita): Fica parado... fica parado.

Nem sempre é possível obter dados tão esclarecedores numa única entrevista. O mais comum é se fazer encontros em número suficiente para permitir a construção de uma visão geral do que se passa naquela situação ou, em termos técnicos, formular uma avaliação diagnóstica.

Um recurso técnico que pode ser eficaz durante o processo diagnóstico é pedir ao adolescente que faça um desenho e conte uma história. O hábito de contar histórias é tão antigo quanto a própria humanidade. Contam-se histórias principalmente para as crianças, no intuito de prepará-las para a vida. Algumas histórias conhecidas estão associadas ao processo adolescente e um belo exemplo

é o conto da Bela Adormecida: o furar o dedo no fuso, como símbolo do processo puberal, o recolhimento ao mundo interno ao adormecer, o despertar para o parceiro heterossexual. Pedir uma história numa situação clínica é uma forma de convidar alguém a expor desejos e conflitos.¹ Eis aqui um exemplo:

C é um menino de 10 anos que foi trazido para diagnóstico, porque apresenta crises de choro sem motivo aparente. C parece bastante inteligente, mostra-se afável e colaborador e tem a desenvoltura de alguém de sua idade. Num primeiro encontro, peço que faça um desenho (fig.1). Em seguida me conta esta história: “Tinha um ovo que estava no ninho e de repente um gavião apareceu e pegou ele com suas patas. O ovo voou, voou, voou até que caiu no chão e se quebrou. Dentro do ovo saiu um passarinho. Aí passou um tempo, o passarinho cresceu e virou uma águia. Aí a águia ficou muito brava e quis lutar contra o gavião. O gavião já estava bem velhinho e com certeza ia perder a luta. Então, o gavião se retirou e a águia viveu feliz para sempre”. O nome que C deu a esta história foi ‘Aguarde o tempo’.

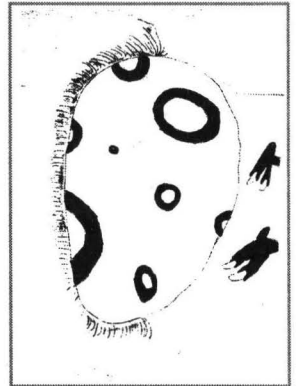
Num outro encontro C pede para desenhar (fig. 2) e relata a seguinte história: “Era uma vez um reino onde vivia um rei. O rei gostava muito do povo e resolveu dar para eles uma ponte. Ele construiu uma ponte de palha, só que com o primeiro vento que passou, ela caiu. Então ele construiu uma ponte de madeira, só que com o tempo a madeira foi se desgastando e caiu. Ele construiu uma de tijolo, mas esqueceu do cimento e caiu. Depois de muito tempo, o rei morreu e o príncipe tomou o lugar dele. Ele mandou construir uma ponte de cimento, mas o cimento era ruim e logo a ponte caiu. Então ele resolveu fazer de metal, mesmo assim a ponte caiu. Então construiu de titânio, mas era muito leve e se foi. O príncipe então resolveu barrar o rio e construiu a ponte. Com o tempo foi enchendo de água, enchendo de água, até que a cidade inundou Todos da cidade morreram, mas ficou um conjunto de ilhas e outras coisas muito bonitas”. O nome dado a essa história foi: “Povo náufrago”.

Podemos constatar por esses relatos imaginários que C já está vivendo um processo adolescente, mesmo que sua aparência seja a de um menino que ainda não entrou na puberdade. A primeira história está associada à busca de uma identidade, ao ressurgimento da conflitiva edípica e ao conflito de gerações. A segunda história mostra como C está ameaçado de adoecer e como suas crises de choro são o sintoma de um problema na comunicação entre diferentes partes suas: ego e ego ideal.

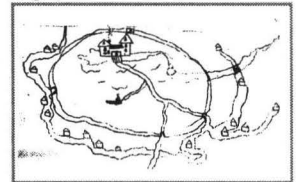
A compreensão do adolescente que sofre, passa pela decodificação do aparelho psíquico do terapeuta, o que implica em que ele tenha de ter um bom conhecimento do seu próprio funcionamento, em especial da sua ‘própria loucura’, antes de estar capacitado a entrar em contato com a turbulência adolescente. O jovem quando adoecer tem um vislumbre da sua ‘loucura’. A ‘loucura do adolescente’ pode despertar a ‘loucura do terapeuta’ e portanto sempre é necessário se ter uma âncora no conhecimento da psicopatologia psiquiátrica e psicanalítica.

¹ Recomendamos a leitura do livro de BETTELHEIM (1980) “A psicanálise dos contos de fada” pela importância que adquire no processo psicoterápico a narrativa de histórias feitas pelos adolescentes, muitas delas semelhantes àquelas clássicas da literatura infanto-juvenil.

(fig.1)



(fig.2)



² O TAT consta da apresentação de uma série de figuras, para as quais pede-se histórias. É um método de investigação psicológica que permite revelar ao intérprete alguns dos impulsos, emoções, sentimentos, complexos e conflitos de uma personalidade.

Os transtornos da conduta adolescente podem ter etiologias múltiplas e existem manifestações de certos processos orgânicos que enganosamente podem ser atribuídos a questões psicogênicas. Portanto o terapeuta algumas vezes necessitará da colaboração de colegas de outras áreas (em geral neurologia, psiquiatria e/ou psicopedagogia).

Há também casos, cuja sintomatologia requer muita atenção pelo perigo que representa ao indivíduo, como certas atuações que colocam em risco um terceiro ou pelo perigo que representam ao próprio adolescente.

Vamos acompanhar uma situação como esta:

D é uma jovem que procurou ajuda psicológica quando tinha 15 para 16 anos. Nessa ocasião a sua aparência surpreendia pela falta de expressividade no vestir-se, no falar e no contato. Foi uma surpresa saber que aquele 'manequim de cera' vestido de jeans e camiseta estava cursando com sucesso, o segundo colegial de uma escola conhecida e considerada de bom nível. Filha única de pais separados D nasceu em outro estado e estava morando com a mãe e a avó materna em São Paulo há cerca de um ano. Refere-se a uma infância alegre e cheia de amigos, tendo contato muito esporádico com o pai que continua morando distante.

Estes dados foram relatados por D sem qualquer mostra de emoção. Disse querer fazer terapia porque se sentia só, sem amigos e sem saber o que fazer do seu tempo livre. Tive um contato com a mãe, mulher de 40 anos, simpática e aparentemente colaboradora, mostrando porém pouca capacidade de se organizar em circunstâncias de vida difíceis. Se preocupava com o desejo de D de mudar novamente de escola, já que uma mudança nesse sentido tinha acontecido há dois meses.

Com o intuito de me localizar melhor nesta situação, apliquei o Teste de Apercepção Temática (TAT) em D.² O conteúdo das histórias construídas era preocupante: a morte e a violência imperavam. Eis aqui um exemplo:

Prancha XVIII MF – Uma mãe que está estrangulando a filha porque ela acordou tarde e não deu tempo de preparar o café para o marido, quer dizer o pai. O pai teve de pegar o caminhão que leva os bóia-frias para trabalhar. O caminhão tombou, o pai morreu. A mãe está culpando a filha, estrangulando a menina. - E o que aconteceu depois? Ela vai matar a menina e depois, por sentimento de culpa, se mata. Que horror! - Por que a menina era culpada? Se a menina tivesse acordado mais cedo, teria preparado o café e o pai poderia ir trabalhar a pé.

Diante desses conteúdos mentais, resolvi atender a mocinha de imediato. Primeira sessão: D falta. No dia seguinte recebo um telefonema de sua avó contando que a jovem havia ingerido duas caixas de ansiolítico, tiradas da sua medicação. O médico da família tinha sido chamado e considerado que D estava bem; que a deixassem dormir! Naquele momento ela estava dormindo e eu pedi para a avó lhe dizer que poderia me ligar se quisesse, e que eu a esperava para a próxima sessão.

D veio pontualmente. Sem qualquer vestígio do ocorrido, só falou quando inquirida. O ex-namorado tinha telefonado, não queria mais vê-la. Ela tinha vontade de morrer, agora já estava bem. Comentou como se estivesse relatando uma experiência que não era sua e que não a tocava. Proponho uma consulta a um psiquiatra, que ela aceita sem ressalvas. Chamo a mãe que se mostra irritada com a filha, era a segundo vez que acontecia “isso” e que D estava querendo chamar a atenção. Alerto mãe e filha sobre a gravidade do episódio e coloco como condição para o seguimento do caso, um acompanhamento psiquiátrico. Oriento a mãe para que procure atendimento psicológico para si. D foi medicada com antidepressivo e iniciou-se então o trabalho psicoterápico.

No decorrer do processo adolescente, muitas patologias emergem e se instalam. Os jovens muitas vezes não têm percepção dos caminhos seguidos pela sua destrutividade e estruturam situações comportamentais ou psicossomáticas de auto e heteroagressão.

Não pretendo enveredar pela multiplicidade de organizações sintomáticas que podem se manifestar na adolescência; há, no entanto, farta bibliografia. As produções de OSÓRIO (1989), OUTEIRAL (1990), ABERASTURY E KNOBEL (1992), GRAÑA (1994), LEVISKY (1995) E FERRARI (1996) são atuais e bastante abrangentes.

Algumas vezes o quadro clínico apresentado pelo adolescente é pouco definido e somente um seguimento longitudinal pode levar ao estabelecimento de um diagnóstico. Outras vezes é possível que o adolescente veja problemas em toda a família e não entenda porque justamente ele deverá se tratar. Ele pode ter razão. O que ocorre é que a patologia dos pais pode se organizar de forma socialmente aceitável, de maneira que só na intimidade da família apareçam irritações, intolerâncias e outros aspectos mais rejeitados de suas personalidades. Dependendo da situação, quando existem possibilidades terapêuticas, pode-se indicar uma terapia familiar.³

SOBRE A PSICOTERAPIA

Reza a lenda que após mil e uma noites, Xerazade consegue curar o sultão, que vingava-se da traição da esposa, dormindo cada noite com uma donzela e matando-a na manhã seguinte. Com suas histórias, que deixa em suspenso a cada amanhecer, Xerazade salva sua vida e salva o sultão do seu desastre psíquico. Poderíamos terminar a lenda dizendo... ‘e assim nasce a psicoterapia, a cura através da palavra’. A psicoterapia é um lugar de produção de conhecimento, onde o terapeuta se oferece como instrumento emocional com o qual é possível fazer novas experiências afetivas, tornando pensáveis as emoções que brotam no encontro com outra pessoa. Na psicoterapia, paciente e terapeuta estão “ao vivo” com suas respectivas naturezas emocionais e com a esperança de se tornarem uma parilha fértil e criativa.

³ Quando a família tem disponibilidade, um certo grau de saúde mental e permeabilidade para o trabalho terapêutico, os desajustes do adolescente e da sua organização familiar, podem ser tratados em terapia familiar.

A adolescência é uma fase que tem características dinâmicas e defesas próprias, sendo uma delas que *o fazer e o conhecer* são expressão de uma única operação: *o crescer*. O principal obstáculo da comunicação do adolescente está ligado às dificuldades de simbolização. A comunicação é muitas vezes feita de uma forma não-verbal, observando-se que o adolescente se utiliza da conduta para falar de suas fantasias, seus conflitos e suas defesas.

Lembro-me de Z e seu skate; Y e as enormes bolas de algodão dentro dos ouvidos, com que veio para uma sessão; X que dormia profundamente durante as sessões e um dia foi acordado por mim aos gritos; V e o namorado que invadiram a sala de atendimento; U e sua máquina fotográfica e a firme intenção de tirar uma foto minha; T e o cachorro, que veio me conhecer porque eu contribuía para a 'assistência psicológica' que seu dono dava a ele; R com seu CD e a performance da música "O pinto do meu pai fugiu com a galinha da vizinha". A maior parte dessas situações foi turbulenta. Algumas delas eu resolvi com sorriso nos lábios, outras atravessei com dificuldade. O terapeuta deve estar preparado para uma enorme gama de variações do *setting*: esquecimentos, problemas com pagamentos, atrasos, dificuldade em manter o tratamento durante o período de férias, ou situações semelhantes àquelas que acabei de relatar.

A possibilidade de se estabelecer uma relação de confiança e colaboração com um paciente adolescente nem sempre é fácil de ser obtida. O jovem gosta de desafiar os adultos e o trabalho terapêutico implica em ampliar o seu aparelho perceptivo, o que o adolescente não gosta, porque acha que 'sabe tudo'...

Paciência, empatia, firmeza e flexibilidade são os instrumentos com que o terapeuta conta para o manejo dessas situações. É especialmente importante que nossas regras sejam flexíveis, pois se não estivermos atentos, podemos impedir o ganho mais importante da adolescência, que é o encontrar-se com sua individualidade, ser espontâneo e criativo (processo que poderá ser estimulado ou dificultado pelo terapeuta).

Os adolescentes também exigem lealdade e franqueza. Como são extremamente suscetíveis a que lhes faltem com a verdade, o terapeuta não deve deixar o adolescente ultrapassar os limites de sua continência. No artigo *Aprendendo a andar de skate* (GOULART, 1997) descrevo o caso de um jovem que tentava estourar meus limites e como lidei com as situações que ele me propunha.

Também é conveniente que o terapeuta propicie o tempo e o espaço para que o encontro e o confronto do adolescente se tornem oportunos. A experimentação do amor e do ódio por parte do adolescente faz parte do processo terapêutico. Como exemplo dessa relação paradoxal, trago trechos da carta de uma jovem de 18 anos, quando estava fora do Brasil:

"Não escrevi antes pois não estava muito bem e queria mostrar para mim que eu conseguia superar e... esconder de você. Mas não se preocupe, eu mesma me machuquei e ... já bati muito a cabeça na parede, já sofri e chorei,

...agora a situação está melhorando. A família é muito legal”... E no final: “Bom! Prometo que escrevo contando mais detalhes se você arranjar um tempinho e me escrever. Estou com saudades de conversar e *brigar* com você. Você foi e é muito importante para mim.”

O adolescente é para o terapeuta um mobilizador do passado, da sua própria adolescência. Se os conflitos neuróticos do analista forem predominantemente narcísicos, pode ocorrer uma relação competitiva, na qual o analista se coloca como quem sabe, frente a quem não sabe. Nós não sabemos do paciente mais do que ele próprio ou do que ele nos permite saber e o máximo que podemos fazer é compartilhar com ele a descoberta das relações de sentido de suas vicissitudes existenciais. Nos momentos em que os ‘demônios’ do paciente aparecem em cena, o terapeuta tem a oportunidade de tentar interpretá-los, mostrando seus aspectos positivos, apesar dos seus métodos cruéis. Com isso, vai havendo a integração dos aspectos bons e maus dos seus objetos primários, e o terapeuta vai se tornando um aliado que livrou o jovem dos malfeitores que o perseguiram e ameaçavam.

Quanto às intervenções do terapeuta, o que importa é que elas devem ser dadas com a possibilidade de serem aceitas ou recusadas, jamais impostas. O paciente pode fazer com elas o que quiser, mantê-las, jogá-las fora ou usá-las durante o tempo que necessitar. Também é importante estar atento a todos os movimentos do paciente e registrar de forma precisa quando é necessário silenciar. Vejamos um exemplo onde um rapazinho mostra que eu “passei do ponto”:

F está tenso, começa a desenhar um labirinto e diz: Você tem três vidas para encontrar a única saída.

T: Estou me lembrando de um outro labirinto... o de Teseu.

F: O do minotauro?

T: É sim... você conhece a história?

F: Tem alguma coisa de fio, não é?

T: É... Ariadne ficou segurando um fio do lado de fora do labirinto para Teseu não se perder na saída.

F: Hum... hum... (continua tenso, desenhando).

T: Você sabia que tinha uma parte do labirinto que possuía plantas com um odor narcótico, que deixava as pessoas dopadas?

F: E como é que o Teseu fez? Ah... já sei... tapou o nariz... (suspira profundamente, parecendo aliviado).

T: Você gostaria de ler a história deste mito?

F: Ah... acho que não (dobrando o papel e desistindo do desenho)

T: Talvez sua mãe, que sabe francês, possa ler para você... (pensando no livro de Gide, *Thésée*).

F: Marly! O que você falou já está bom!

Na psicoterapia de adolescentes geralmente há o rechaço ao trabalho interpretativo e a exigência que o terapeuta se coloque com suas opiniões. Em

artigo anterior, desenvolvi a idéia do 'terapeuta suficientemente bom', inspirada na 'mãe suficientemente boa' de Winnicott.

O terapeuta suficientemente bom aceita as idas e vindas do adolescente, a sua necessidade de agir e somente algumas vezes pensar. Ele espera pacientemente o adolescente pedir ajuda e procura não se ofender se ela é desperdiçada. Ele aproveita todo pedido de ajuda, para fazer o adolescente pensar e se responsabilizar por seus atos.

Resumindo, o terapeuta de adolescentes exerce uma dupla função: dá opiniões de bom-senso e dá interpretações sobre as atividades inconscientes do jovem numa dosagem condizente com a sua possibilidade de digestão.

Outro ponto importante é a participação da família no processo terapêutico do adolescente. Os pais procuram ajuda de forma ambivalente. Além desta implicar em uma ferida narcísica (se sentem fracassados como pais), o filho desempenha muitas vezes um papel importante na estabilidade patológica familiar. A psicoterapia é ameaçadora, já que a organização familiar é posta em perigo. São grupos familiares com patologias simbiotizantes, em que a entrada de um terapeuta é sentida como risco de aniquilamento.

CASO CLÍNICO

Mostro agora o percurso de uma psicoterapia na qual a posição dos pais, muito rígida em relação ao filho, impede a continuidade do trabalho terapêutico e, em certo sentido, favorece a continuidade da doença do rapaz.

G era um rapazinho de quase 16 anos quando veio ao consultório pela primeira vez. Tomei conhecimento de sua história através da entrevista com a mãe, que mostrou-se interessada em colocar o filho em terapia, alegando que a escola pedia acompanhamento psicológico para G, sob risco de não aceitar mais sua matrícula se não houvesse uma melhora no seu comportamento e no rendimento escolar.

A mãe contou que G foi adotado com dias e é filho único. Desde muito pequeno G começou a apresentar problemas comportamentais: aos três anos aparecia com coisas que tirava do supermercado ou de outras crianças. Relatou também que o jovem furta dinheiro dos pais, é agressivo, não obedece ordens e está atrasado na escola. Cursa a 7ª série pela segunda vez e mostra-se um aluno 'mediocre' (sic).

G passou por duas experiências de tratamento psicológico. A primeira, na infância, cujo resultado foi desastroso porque a psicóloga pediu para os pais brincarem com o menino na sua frente e isso foi considerado 'ridículo' por eles. A segunda, aos 13 anos, foi interrompida após um ano e meio porque G 'chegava exausto das sessões, quase dormindo'. O motivo que levou os pais à escolha do meu consultório (note-se, não de mim como profissional) era um critério geográfico: ser perto de onde eles moravam.

Um rapazinho bonito, de pele escura, mostrando sua ascendência negra, veio me conhecer na mesma semana. Disse que a escola estava 'contra ele',

que a mãe ‘pegava no seu pé’ o dia todo e que o pai lhe dava ‘geladas’ que duravam semanas quando fazia o que não devia.

Num segundo encontro com G apliquei um TAT, do qual transcrevo a história que ele elaborou para a prancha em branco: “Um menino ele... estava brincando no meio do mato. Achou essa caverna e entrou dentro, ele estava procurando alguma coisa interessante e achou um mapa. Daí ele viu que era um lugar que ele conhecia. Chamou uns amigos e foram tentar procurar o que achavam que era um tesouro: ouro, jóias. Daí demorou muitos dias até que acharam um baú, que era muito pesado. Tinha um cadeado velho, bateram uma vez e ele quebrou. Quando abriram o baú estava cheio de pedras. Todos os amigos acharam que era uma brincadeira e foram embora. Mas o menino tirou as pedras uma por uma e viu que tinha um outro mapa do tesouro. Daí achou outro baú que estava cheio de jóias e ouro. Ele ficou bem rico.”

Esta história reflete o que eu diagnostiquei como a questão básica a ser tratada na psicoterapia de G: a sua origem biológica e a sua origem psíquica.

A mãe me informou que G nunca tinha tido problemas de desenvolvimento motor ou de linguagem. Ela me dava a impressão de que queria livrar-se dos contatos comigo o mais rapidamente possível.

O pai de G quando veio para uma entrevista disse que o filho era um menino imaturo emocionalmente, embora fosse inteligente. O que mais me impressionou no contato com esse homem foi o tom frio e indiferente com que falava sobre o filho. Nesse dia, ele me mandou um relatório escolar de G. Para resumir, o resultado do rapazinho era negativo em todas as matérias e o relatório terminava com o seguinte comentário do seu orientador: “Eu nunca mais quero ver um relatório como este! Você já sabe a consequência se isso acontecer de novo.”

Após a coleta desses dados decidi iniciar o trabalho com G, que me parecia a pessoa do trio mais disponível e comecei a pensar em como lidar com seus pais, pessoas difíceis. Julgava ter de lidar com um caso de tendência anti-social. Esta não é algo que se compare à neurose ou à psicose. É um distúrbio que se relaciona à síndrome de crescimento do adolescente⁴.

Segundo WINNICOTT (1956), quando há tendência anti-social precisamos pensar que ela está ligada a uma privação ambiental, algo bom que existiu na experiência do indivíduo até determinada data, foi-lhe retirado. Esta retirada se deu por um período de tempo maior do que aquele que permite manter viva a recordação da experiência boa.

A tendência anti-social possui basicamente duas direções: a do furto e a da destrutividade. No furto, o adolescente busca recuperar no objeto roubado a mãe carinhosa, disponível e atenta que foi perdida. Na destrutividade, a busca é de uma estabilidade mental que possa suportar a tensão resultante de um comportamento impulsivo. Nesta linha podemos encontrar a mentira, a incontinência, o fazer bagunça e a vadiagem como parte da sintomatologia.

⁴No livro de WINNICOTT *A tendência anti-social* (1956) onde estão compilados artigos desde o pós-guerra imediato, práticas terapêuticas inovadoras são apresentadas, constituindo contribuições para uma abordagem cuja atualidade não se perdeu.

Uma característica essencial do ego que desenvolve a tendência anti-social é que ele já atingiu a capacidade de perceber que a causa do comportamento desastroso está em um fracasso ambiental. Isto é responsável pela distorção da personalidade e pelo ímpeto de buscar cura através de uma nova provisão ambiental.

O material que G trouxe a princípio se referia a quanto a mãe e o pai eram pouco compreensivos e diferentes do que ele emocionalmente necessitava. Tudo era referido no concreto: o pênis que ele queria e não tinha, o videogame que era proibido, a mesada que necessitava. Trabalhamos essa questão ligando-a por um lado à adoção e por outro à necessidade própria da adolescência, de diferenciação das figuras parentais. Aos poucos, G foi passando da posição onde o que importava era o que não tinha, para me mostrar que o que ele tinha em sua condição familiar era muito limitado. Nessa fase, contou-me que tanto o pai como a mãe tinham sido criados em colégio interno, e pensaram que essa poderia ser uma opção para ele. O rapaz sentia essa opção como uma ameaça.

Tentei marcar um encontro com os pais, mas o único a comparecer foi o pai. Perguntei a ele se a mãe estava desistindo do tratamento e ele me respondeu que pensava que ele estava desistindo de G. Fiquei sabendo então que cada vez que a mãe se decepcionava com o menino ficava uns tempos ignorando sua existência. Conversei também sobre a possibilidade de se acoplar uma terapia de família ao trabalho terapêutico de G. O pai foi categórico, disse que a esposa já tinha uma psicóloga para ela e que ele não tinha humildade suficiente para suportar um trabalho terapêutico. Frustrada com essa conversa, resolvi continuar investindo prioritariamente no trabalho com o garoto, trabalho este que ainda não apresentava frutos na sua relação com o mundo exterior.

Na terapia, G pôde então revelar como ele se sentia menos inteligente do que o pai e menos esperto do que a mãe. Contou-me também dois episódios relacionados ao preconceito vivido em relação à sua cor. No colégio era muitas vezes chamado de 'Neguinho' e ficava triste. Outro episódio era com uma mulher branca em um supermercado, quando foi confundido com um menino de rua. Ficou furioso!

Dois meses depois, recebi um telefonema do pai. Estava muito ansioso porque a escola havia comunicado que não aceitaria a matrícula de G para o semestre seguinte. Essa decisão tinha sido tomada porque o rapaz havia desrespeitado uma regra disciplinar ao se desentender com um professor. A escola também avisou que a próxima 'aprontada' dele seria rebatida com a expulsão. Liguei para a escola pedindo uma entrevista e não obtive resposta.

Nessa noite tive um sonho: G estava indo para um acampamento masculino e que eu o entregava nas mãos de dois homens – meu irmão e um amigo meu, analista. Tive uma espécie de alívio quando lembrei do sonho, mas esta sensação durou somente até o relato que fiz à supervisora que vinha acompanhando o caso. Ficou claro que este era um desejo meu: adiantar o período de férias (ainda faltava um mês e pouco) porque eu achava que nem ela

nem eu éramos capazes naquele momento de ajudar G.

Felizmente, apesar da minha apreensão, G pôde trazer o ódio para dentro da situação terapêutica e seu comportamento melhorou, possibilitando uma transferência para outra escola em julho, sem a pecha da expulsão. O objeto de seu ódio nessa fase foi a mãe. Tinha inúmeras queixas sobre ela: as marcas na pele do tempo em que era pequeno e alérgico a picadas de insetos (ela não cuidava para que ele não fosse picado); a falta de privacidade (ela revistava suas gavetas e sua mala escolar diariamente); o relato para o pai da sua menor falha do dia durante o jantar; certa ocasião em que ela ‘roubou’ dinheiro dele (justificando que ele sempre fazia isso com ela). O que mais me impressionou, nesse período, foi ele declarar que durante os bate-bocas intermináveis com a mãe ele pensava em morrer, pulando da janela. Como algumas tentativas de interpretação não funcionaram, li para ele o seguinte trecho do livro *Companhia Viva* de ANNE ALVAREZ (1994):

“Rosie, que era às vezes uma criança suicidamente provocativa, realmente parecia carecer de uma capacidade para parar a si mesma. Ela... estava levando sua mãe à beira de um colapso. Rosie parecia acreditar que sua mãe acreditava que ela estava constantemente querendo provocá-la... Se ela chorasse chamando a mãe, pela manhã, sua mãe não tinha dúvidas de que ela estava deliberadamente querendo perturbar seu sono. A criança começava a cantar, em algum local no outro lado da casa, e a mãe ficava convencida de que o canto era dirigido a ela e pretendia deixá-la louca de raiva... parecia que essa criança não podia escapar dessa repetição da desobediência e provocação, em círculos cada vez mais viciosos. Ambas estavam desesperadas, mas nenhuma delas conseguia evitar os acontecimentos. Na terapia, Rosie começou a fazer uma brincadeira em que ela estava num carro descontrolado rolando ribanceira – um símbolo para a maneira como ela agia de modo desafiador ou provocador, sentia que irritava a terapeuta e então se tornava mais desafiadora, temerosa e excitada. Isso conduzia a um comportamento ainda mais provocador e, finalmente, ao abandono e desespero. Seu rosto mudava, então, para uma espécie de máscara louca sorridente e ela ria sem emoção, dizendo: Quem se importa? e chamava a si mesma de cabeça de lixo. Em tais momentos, ela parecia não ter idéia de que esses carros descontrolados poderiam ser equipados com freios.”

Quando perguntei a G o que ele achava do que eu tinha lido, ele disse: “Eu entendi o que você quer dizer, mas não me mande explicar”. Realmente algo desta leitura fez sentido para ele, pois G passou a introduzir nas nossas conversas os amigos e a sua relação com as meninas’. Contou que já tinha ‘ficado’ com A algumas vezes e que achava a B e a C bonitas. Disse que não podia falar dessas coisas nem com o pai, nem com a mãe e que tinha umas perguntas para fazer, mas ficava envergonhado. Propus que conversássemos nós dois e embora ele tenha dito que era uma boa idéia, não nos deu chance de fazê-lo.

G foi aceito em agosto em uma escola especializada em atendimento a jovens com problemas de aprendizagem, na sexta série, uma abaixo da que ele

⁵ Esta testagem constituiu-se de uma bateria formada por WISC (Escala de inteligência Wechsler para crianças), Bender (Prova gráfica de organização perceptiva) e HTP (House, Tree and Person).

cursava na escola anterior. O garoto logo percebeu que tinha por colegas jovens com distúrbios sérios de visão, de audição e/ou problemática emocional evidente. Ficou deprimido, sem motivação e me acusava de tê-lo posto 'naquela porcaria'. No final de agosto, a coordenação da escola estava de 'cabelos em pé' e fui chamada para uma reunião. Fiquei sabendo que G estava passando os dias sem produzir nada; que ele tinha se ligado ao pior aluno de sua classe e que gastava o tempo livre jogando mochilas no telhado ou descarregando extintores de incêndio. Nessa reunião ficamos de acordo que G era desafio e que iríamos continuar tentando tratá-lo.

Eu falei para G o teor da minha conversa na escola, chamei-o juntamente com os pais para uma reunião. Vieram pela primeira vez pai e mãe juntos, G não veio. A mãe tinha uma série de queixas: contou como G mentira a respeito de um trabalho escolar para poder ficar brincando com um colega, como continuaram aparecendo relógios que não eram dele em casa, como ele só dava trabalho, como o tratamento não estava adiantando para nada! O pai imediatamente interferiu, dizendo que G apresentava pequenas melhoras, que parecia em alguns momentos mais calmo e alegre. Perguntei a eles se queriam continuar investindo no trabalho terapêutico do menino e o pai disse que notava que quando G estava em terapia ele ficava 'menos pior de suportar'. A mãe, com ar de submissão, mudou então sua atitude e pôs-se de acordo com o pai.

No trabalho com G a partir de um game que ele trouxe, que é uma espécie de máquina fotográfica que pode juntar por exemplo o nariz de uma pessoa com a boca de outra, começamos a trabalhar a sua ascendência biológica: era brasileiro, de pele escura mas traços de branco, gostava muito de futebol e capoeira. Com o pai tinha interesses comuns, como os esportes, os carros. Se queixava das excessivas regras de disciplina que o pai impunha, principalmente na frente dos seus colegas. Com a mãe tinha uma relação menos formal, mais espontânea, mas às vezes passava vergonha porque ela bebia uísque direto na boca da garrafa na frente dos seus amigos.

Trabalhávamos a necessidade de integração desses diferentes aspectos da família de G quando chegaram suas primeiras notas obtidas na nova escola. Eram desanimadoras! Resolvi perguntar se ele sabia porque era tão difícil tirar notas razoáveis. Com ar de absoluto desânimo, ele disse que não tinha idéia de porque tinha dificuldades de memória, que na hora da prova 'dava branco'.

Resolvi discutir o caso de G com um grupo de profissionais experientes da nossa área, onde levantou-se a hipótese de o menino ser portador de um distúrbio de aprendizagem além da problemática emocional. Foi então feita uma testagem específica que nos levou ao diagnóstico de distúrbio de atenção visual e auditiva.⁵ Fui até a escola e, juntamente com a coordenação, combinamos que eu pediria uma avaliação oftalmológica e auditiva e posteriormente uma avaliação neurológica. Coincidentemente nesse período o pai me telefonou

contando que em contato com um amigo que também tem um filho com problemas emocionais e pedagógicos tinha ficado com a suspeita de G ser portador de um distúrbio de atenção. Chamei os pais e o menino para uma reunião. Vieram o pai e G. Coloquei os resultados obtidos na testagem e tivemos um encontro muito produtivo. G mostrou-se participante, fazendo perguntas sobre o que poderia ser feito para ajudá-lo e o pai estava contente porque eu referendava o que ele tinha pesquisado sobre as questões do filho.

Estávamos perto do final do ano, G saiu-se melhor na escola e, apesar de ter ficado de recuperação, foi aprovado. Liberado da escola, ele sentiu-se de férias da terapia e faltou nas últimas sessões do ano. A mãe deixou um recado com um tom irritado na secretária eletrônica, dizendo que os exames que eu pedia já tinham sido feitos há tempos, mas que G iria fazê-los novamente. O pai me mandou um cartão de 'Boas Festas' no nome dele, da mãe e de G.

Em meados de janeiro, quando voltei de férias, me dei conta de que o pagamento do mês de dezembro não havia sido feito. Liguei para o pai, que providenciou um depósito bancário, sem maiores explicações. No dia combinado para o retorno à terapia, G não apareceu. Na sessão seguinte, ele me contou que não viera porque o pai não avisara a ele nem à mãe do compromisso. Apontei que ele se portava como um menino pequeno que não conseguia cuidar do que era seu. Ele me rebateu, mostrando que tinha cuidado bem de si nas férias. Os pais tinham permitido que ele ficasse na praia em companhia de seu grande amigo (filho do caseiro) e ele havia se divertido muitíssimo. Sentia-se à vontade com pessoas mais simples. Disse que tinha até chegado a sentir saudade da mãe.

Durante todo o mês de fevereiro G mostrou-se aparentemente disposto a vir à terapia. Falava da turma de amigos que tinha arrumado na praia, da menina que estava paquerando, das conversas que estava podendo ter com o pai, de como a relação com a mãe estava menos turbulenta. Começou também a se sentir motivado com alguns professores e em história tinha conseguido uma excelente nota, a melhor da classe. G parecia querer compartilhar comigo essa nova fase onde, menos deprimido, tinha uma vida mais feliz.

Paralelamente começaram a vir indícios de atuações dos pais. As cartas de encaminhamento para o oftalmo e para o otorrino foram perdidas e me requisitaram outras. O garoto foi mandado sozinho ao médico, que diagnosticou um quadro de miopia e recomendou óculos. Logo veio o recado por G de que os pais acharam que o distúrbio era leve e não necessitava de correção. Também recebi um pedido de relatório sobre o caso, vindo de um neurologista que os pais, por conta própria, tinham consultado. Resolvi 'não criar caso' e mandei um relatório sucinto do meu trabalho com o menino.

Estávamos por volta da metade de março e novamente o meu pagamento de fevereiro não havia chegado. Resolvi telefonar para o escritório do pai, com a intenção de marcar uma reunião. Ele me atendeu de forma

ríspida, dizendo que estava muito ocupado e não tinha disponibilidade no momento. Afirmou que tinha estado na escola onde diziam que G tinha melhorado, mas ele não pensava assim. Quando eu perguntei se estava havendo algum problema, porque eu também não havia recebido meu pagamento, ele pareceu ficar ainda mais irritado e me perguntou de quanto era a 'sua dívida'.

Incomodada com esse telefonema, registrei que o pagamento foi feito no mesmo dia e resolvi aguardar os acontecimentos. No dia seguinte G faltou à terapia. Tinha sido uma tarde de temporal e eu não estranhei a falta. Na sessão seguinte G também não apareceu. Na seguinte, ainda sem notícias, liguei no final da sessão. Quando G atendeu, se surpreendeu com o telefonema e me disse que na semana anterior o pai avisou que tinha 'cancelado' a terapia. Pediu que eu falasse com a mãe, que contou a mesma versão do rapaz. Eu disse que não estava entendendo o que se passava e que iria falar com o pai. Perguntei à mãe se ela sabia o motivo dessa decisão, e ela respondeu que 'o pai era uma pessoa muito correta'.

No dia seguinte deixei um recado para o pai dizendo que devia estar havendo algum equívoco e que aguardava a família para uma reunião. O pai respondeu que não tinha disponibilidade para conversar, pois já tinha conversado muito comigo. Disse que não podia negar que tinha ficado bem irritado porque na nossa última conversa, por telefone, se sentiu cobrado. Que no momento ele estava saturado de G, que o menino não se abria comigo e que eu era uma pessoa de boa vontade, mas que o tratamento que tinha sido realizado não tinha levado a grande coisa.

Chocada com o que acabara de ouvir, só consegui dizer que esse não era um bom jeito de resolver os problemas, que eu esperava que ele repensasse o que estava colocando e que aguardava um telefonema da família marcando um encontro. Ele disse que por ora o tratamento estava suspenso. No mesmo dia consegui conversar com a diretora da escola. Quando lhe disse que o trabalho terapêutico tinha sido interrompido, ela ficou bastante decepcionada porque o garoto tinha apresentado muitas melhoras tanto pedagógicas como no comportamento.

Nessa noite, tive um sonho. Nele o pai de G chutava a minha canela. Eu dizia: Senhor X, por que está me chutando? Ele respondia: Porque você me faz ver que eu preciso me separar da minha esposa e eu não quero fazer isto! Fiquei bastante 'dolorida' com toda essa situação. Nos dias subseqüentes perdi meus óculos e o caderno que estava usando para anotar as supervisões do último ano. Com o caderno, foram-se muitas anotações que eu tinha sobre o processo terapêutico de G.

Reverendo hoje toda esta situação, penso que o meu descuido foi pensar que após o bom encontro com o rapaz e o pai, o vínculo com o trabalho terapêutico ficaria fortificado. Pelo contrário, a partir desse contato parece ter havido uma desestabilização na homeostase familiar, que culminou na

interrupção do tratamento. Fiz questão de relatar este caso que não teve um 'bom término' porque acredito que o atendimento de certos casos de adolescentes ainda é um problema para o qual nós, profissionais, precisamos encontrar melhores soluções. E boas soluções só acontecem através da reflexão, do estudo e da troca de experiências.

Minha escrita vai chegando ao fim. Fico pensando que no final me entusiasmei com a tarefa e que também poderia ter escrito sobre as dúvidas profissionais, os rituais adolescentes e as questões amorosas nessa faixa de idade. Mas... não foi isto que escolhi...

Aí está: escolher, se adaptar às circunstâncias da realidade e saber perder são tarefas que adquirem importância vital na adolescência e se estendem pela vida afora.

ABSTRACT: *This work points out to issues of adolescence and some peculiarities of the clinic attendance to this population. Starting with clinical examples, the objective is to separate what is part of the development process as opposed to what can be characterized as pathology. Having Winnicott as a referral, some characteristics regarding this demographic segment are broached; the difficult in establishing a diagnosis, the necessity of a continent and flexible setting and the mixture of interventions and interpretations in the psychotherapeutic process. It brings an experience where it was not possible for the therapeutic process to have a good end, and emphasizes the necessity of finding out better solutions to the problems that usually distress the professionals that work with teenagers.*

Palavras-chave: Adolescência, Puberdade, Identidade, Turbulência emocional, Patologia familiar, Psicoterapia, Flexibilidade do *setting*.

Key-words: *Adolescence, Puberty, Identity, Emotional turbulence, Family pathology, Psychotherapy, Setting flexibility.*

Marly T. M. Goulart
Rua Pará, 65 cjo. 82
Tel: 3129-5415

E-mail: marlygoulart@osite.com.br