



Revista
de Psicologia

ISSN 2179-1740

EMOÇÕES VIVENCIADAS PELO PSICOTERAPEUTA APRENDIZ NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM ADOLESCENTES: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

*EMOTIONS EXPERIENCED BY APPRENTICE PSYCHOTHERAPISTS IN THE
PSYCHOANALYTIC CLINIC WITH ADOLESCENTS: AN EXPLORATORY STUDY*

Daniel Iwashima¹

Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis²

Tamara de Souza Santiago³

Resumo

A relação transferencial estabelecida na díade paciente-psicoterapeuta pode propiciar o surgimento de sentimentos em ambos ao longo do processo psicoterapêutico. Tendo em vista o interesse em investigar as emoções do psicoterapeuta aprendiz na clínica psicanalítica, o presente estudo tem por objetivo descrever as emoções vivenciadas pelos psicoterapeutas a partir de fatos clínicos detectados no atendimento a adolescentes em psicoterapia psicanalítica. Foi realizada uma pesquisa qualitativa por meio do método de construção de fatos clínicos psicanalíticos, a partir dos relatórios de sessões clínicas de atendimento psicoterápico a duas adolescentes. Foram analisadas as vivências emocionais relatadas por duas psicoterapeutas decorrentes de fatos ocorridos durante cada processo psicoterápico. Duas emoções se destacaram e foram analisadas a partir de alguns fundamentos da psicanálise. Os resultados indicam que as psicoterapeutas aprendizes passaram por algo que poderíamos nomear de "adolescência profissional", que poderia dificultar ou impedir a sua função de psicoterapeutas, como também funcionar como mola propulsora na busca de aprimoramento pessoal e profissional.

Palavras-chave: Contratransferência; psicoterapia psicanalítica; transferência psicoterapêutica; vivências emocionais.

Abstract

The transferential relationship in the patient-psychotherapist dyad can foster the emergence of feelings in both of them throughout the psychotherapeutic process. Considering the interest in investigating the emotions of the apprentice psychotherapist in the psychoanalytic clinic, this study aims to describe the emotions experienced by psychotherapists from clinical facts detected in the care of adolescents. A qualitative research was undertaken using psychoanalytical clinical facts from the reports of clinical sessions. We analyzed the emotional experiences reported by two psychotherapists arising from facts that occurred during each psychotherapeutic process. Two emotions stood out and were analyzed in the light of the foundations of psychoanalysis. The results indicate that apprentice psychotherapists have gone through a so-called "professional adolescence" that could hinder or impede their functioning as psychotherapists, but can also act as a driving force in the search for personal and professional improvement.

Keywords: Countertransference; psychoanalytic psychotherapy; psychotherapeutic transference; emotional experiences

¹ Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas. Rodovia Celso Garcia Cid, Pr 445, Km 380, Cx. Postal 10011, CEP 87057-970, Londrina, Paraná. Brasil. E-mail: daniwashima@gmail.com

² Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas. Brasil. E-mail: bethtavaresreis@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-3466-4150>

³ Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas. Brasil. E-mail: tamarasantiago88@gmail.com

INTRODUÇÃO

A relação transferencial estabelecida ao longo do processo psicoterápico implica não apenas as questões emocionais do paciente como também aquelas vivenciadas pelo psicoterapeuta. O estudo das emoções de ambos, paciente e psicoterapeuta, demanda a análise das situações clínicas vivenciadas na intimidade do *setting* terapêutico, as quais são permeadas por questões éticas relativas à preservação do sigilo tanto dos aspectos abordados pelo paciente quanto das emoções vivenciadas pelo psicoterapeuta na condução daquele processo (Zaslavsky & Santos, 2005). Segundo Freud (1911[1970]) por meio da transferência pode haver o deslocamento de sentimentos do paciente direcionados à figura do psicanalista.

Através da relação transferencial, o paciente comunica ao psicoterapeuta o que se passa consigo mesmo, considerando não apenas os aspectos conscientes, mas também as nuances dos que ele próprio ainda desconhece. Dal-Cól (2005) enfatiza a transferência como veículo que possibilita a manifestação de conteúdos inconscientes, que permite tornar presente o que antes não era. Durante o processo terapêutico, o psicoterapeuta pode presenciar emoções decorrentes de fatos relativos à vida do paciente que, de certa forma, são atualizadas na relação transferencial. O fenômeno é considerado na atualidade (Wolff & Falcke, 2011; Zaslavsky & Santos, 2005) como uma das ferramentas essenciais para que o profissional entre em contato com as experiências emocionais singulares de seu paciente, as analise e interprete.

As relações transferenciais propiciam não apenas a manifestação das emoções pertinentes ao paciente, mas também podem mobilizar emoções que são percebidas em si mesmo pelo psicoterapeuta. Sobre isso Zimerman (2004) afirma que todos os terapeutas estão sujeitos à vivência de diversos sentimentos, mas que se deve sempre estar atento para não se envolver afetivamente com o que é trazido pelo paciente. Palhares (2008) chama a atenção para a “vivacidade do encontro analítico” (p. 100), uma vez que a relação transferencial produz, não apenas no paciente mas também no analista, respostas emocionais. As emoções do psicoterapeuta podem também ser desencadeadas a partir do fenômeno da contratransferência (Freud, 1910[1970]) caracterizado por um conjunto de reações emocionais inconscientes vivenciadas pelo analista e despertadas pelo paciente. Esta relação entre a dupla terapêutica produz impacto emocional bilateral, possibilitando a ocorrência de trocas de conteúdos verbais ou não verbais, intencionais ou não, relevantes para o processo de análise.

Neste sentido Etchegoyen (1989, p. 148) afirma que, “... os sentimentos e as pulsões da contratransferência surgem no inconsciente do analista como resultado da transferência do analisando”. É na dinâmica dos movimentos intra e intersíquicos que o fenômeno da contratransferência pode ser valorizado. Neste contexto, Palhares (2008) afirma que os afetos do analista, presentes na situação analítica, passam a ser considerados. Esses afetos são importantes para compreender conteúdos trazidos pelo paciente durante a análise. O psicoterapeuta pode vivenciar sensações das quais desconhece as origens, confundir as suas emoções com as do paciente e se enredar em armadilhas emocionais que o impedem de exercer plenamente o seu ofício. Racker (1982, p.129) considera “ser importante que o analista desenvolva, dentro de si, um ego observador de suas reações contratransferenciais que, naturalmente, são contínuas”. O autor chama a atenção para a possibilidade de o analista perceber em si mesmo as sensações e reações motivadas pela contratransferência, as quais podem ser utilizadas como instrumento para melhor compreensão do paciente.

Tendo em vista as emoções decorrentes tanto da relação transferencial quanto da contratransferência, parece importante o psicoterapeuta possuir um certo autoconhecimento para perceber esses fenômenos e, na medida do possível, utilizá-los como instrumento na psicoterapia. Segundo Souza e Teixeira (2004), possuir autoconhecimento é uma das características de um bom terapeuta. Além disso, o preparo teórico metodológico, a realização de análise pessoal, a participação em supervisão, o treinamento e a prática também são necessários. Neste sentido, pode-se hipotetizar que o atendimento em clínica psicanalítica pelo psicoterapeuta aprendiz implica grande desafio.

A busca por compreensão a respeito das emoções vivenciadas pelos psicoterapeutas tem motivado algumas pesquisas relacionadas à supervisão de estágios em psicoterapia psicanalítica (Oliveira, 1986; Ribeiro, Tachibana, & Aiello-Vaisberg, 2008; Zaslavsky & Santos, 2005) e aos psicoterapeutas em início de carreira (Chaieb et al., 2003; Marmelsztejn, 2006). Os autores pesquisados ressaltam a ocorrência de sentimentos tais como: alívio (Chaieb et al., 2003), angústia (Marmelsztejn, 2006; Oliveira, 1986; Ribeiro, Tachibana, & Aiello-Vaisberg, 2008; Zaslavsky & Santos, 2005), ânimo (Oliveira, 1986), ansiedade (Ribeiro, Tachibana, & Aiello-Vaisberg, 2008), cansaço (Marmelsztejn, 2006), chateação (Marmelsztejn, 2006), confusão (Chaieb et al., 2003; Oliveira, 1986), coragem (Oliveira, 1986), decepção (Chaieb et al., 2003), desânimo (Oliveira, 1986), desconforto (Chaieb et al., 2003), desconsideração (Chaieb et al., 2003), desejo de reparação (Chaieb et al., 2003), desmotivação (Oliveira, 1986), despreparo (Ribeiro, Tachibana, & Aiello-Vaisberg, 2008), desvalorização (Chaieb et al., 2003), empatia (Chaieb et al., 2003), frustração (Chaieb et al., 2003; Ribeiro, Tachibana, & Aiello-Vaisberg, 2008; Zaslavsky & Santos, 2005), fuga (Oliveira, 1986), impotência (Chaieb et al., 2003; Marmelsztejn, 2006), incômodo (Chaieb et al., 2003), incompetência (Oliveira, 1986), inexperiência (Chaieb et al., 2003), irritação (Chaieb et al., 2003), liberdade (Oliveira, 1986), mal-estar emocional (Ribeiro, Tachibana, & Aiello-Vaisberg, 2008), medo (Oliveira, 1986), motivação (Oliveira, 1986), náusea (Marmelsztejn, 2006), pena (Chaieb et al., 2003; Marmelsztejn, 2006; Oliveira, 1986), perda (Chaieb et al., 2003), preocupação (Chaieb et al., 2003; Oliveira, 1986), raiva (Chaieb et al., 2003; Marmelsztejn, 2006; Oliveira, 1986), rejeição (Marmelsztejn, 2006), satisfação (Oliveira, 1986), segurança com a formação (Chaieb et al., 2003), sono (Marmelsztejn, 2006), surpresa (Chaieb et al., 2003), tranquilidade (Chaieb et al., 2003; Oliveira, 1986), tristeza (Chaieb et al., 2003; Marmelsztejn, 2006), vazio (Chaieb et al., 2003) e vontade de ajudar (Chaieb et al., 2003). Os sentimentos estavam especialmente vinculados às seguintes questões: a discussão das situações emocionais que eram vivenciadas pelos graduandos de psicologia antes, durante e depois dos atendimentos (Oliveira, 1986), a análise das emoções do psicoterapeuta diante do abandono da terapia por parte do paciente (Chaieb et al., 2003), a questão da contratransferência na psicoterapia e psiquiatria atualmente (Zaslavsky & Santos, 2005), a psicoterapia com crianças e adolescentes abrigados (Marmelsztejn, 2006) e a análise das emoções do estudante de psicologia frente à primeira entrevista (Ribeiro, Tachibana, & Aiello-Vaisberg, 2008).

Durante o período de setembro de 2017 e maio de 2018 foi realizada uma busca nas bases de dados Scielo, Lilacs e BV Saúde, com a utilização dos descritores contratransferência e emoções do psicoterapeuta, sendo selecionados os que versavam sobre o atendimento individual na clínica psicanalítica. Na referida revisão da literatura foi encontrado apenas um artigo destacando as emoções vivenciadas por psicoterapeutas de adolescentes (Marmelsztejn, 2006). Todavia, trata-se de uma faixa etária que apresenta características específicas (Aberastury e Knobel, 1981; Zimerman, 2004) e que podem demandar um preparo mais adequado para enfrentar as possíveis emoções vivenciadas pelos psicoterapeutas decorrentes da relação transferencial e contratransferencial. Destaca-se que o psicoterapeuta que trabalha com adolescentes acaba sendo convocado pelo paciente a lidar com questões

tanto físicas quanto emocionais e que existe uma certa dificuldade em trabalhar com essa população.

Considerando que o período da adolescência é permeado por alterações emocionais intensas motivadas, dentre outros aspectos, pela evolução da sexualidade que culmina com a busca do objeto, atitudes reivindicatórias relacionadas tanto a aspectos religiosos quanto sociais, questionamento e afastamento dos pais e demais figuras de autoridade (Aberastury e Knobel, 1981) acredita-se que o psicoterapeuta pode ser convocado a lidar com impasses e dúvidas ao longo do processo. De forma tal que Zimerman (2004) ressalta que a condição mínima e fundamental para ser um analista de adolescentes é a de que ele deve gostar de adolescentes, bem como flexibilizar a construção do *setting*. Caso contrário, provavelmente, seria muito difícil que o profissional conseguisse realizar o seu ofício na clínica psicanalítica com adolescentes.

Em estudo realizado por meio de entrevistas com psicanalistas que atendiam adolescentes, Ayub e Macedo (2011) ressaltaram os conflitos entre gerações, as dificuldades nas relações dos adolescentes com os respectivos pais, as vivências sexuais decorrentes do desejo do encontro com o outro como fatores que contribuem para exacerbar o sofrimento psíquico e dificultar o processo de subjetivação. As autoras enfatizam a necessidade de o adolescente ser escutado e acolhido em relação às suas dores e em sua singularidade, mas ressaltam os cuidados que o analista deve ter para não perder de vista as questões éticas, considerando a relevância do seu papel como analista e como figura passível de funcionar como possível modelo de identificação durante o processo terapêutico com o adolescente. Além disso, chamam a atenção para os questionamentos realizados pelos psicanalistas entrevistados, tendo em vista as dúvidas relacionadas aos procedimentos técnicos que deveriam ser seguidos e/ou adaptados em função das características das problemáticas vivenciadas pelos adolescentes.

Santos, Santos e Oliveira (2008) abordam os diversos tipos de silêncios que podem estar presentes na clínica psicanalítica com adolescentes e destacam a importância da escuta realizada pelo psicoterapeuta em suas diferentes formas, tais como a não verbal e paraverbal e a escuta de gestos e atitudes. Ao analisar o silêncio como um aspecto tão comum nas sessões de psicanálise com adolescentes, ressaltam que, em função das dificuldades em abstrair e discriminar, o adolescente pode não compreender "... a dimensão do *como se* que é próprio da interpretação" (p. 4), então pode exigir do analista respostas imediatas decorrentes da concretude das suas compreensões. Além disso, pode demandar conselhos e opiniões do analista e, quando não atendido, a relação entre ambos pode ficar abalada. Consideram que os "... sentimentos contratransferenciais também devem fazer parte da escuta do psicanalista" (Santos, Santos, & Oliveira, 2008, p. 8), tendo em vista que as sensações e reações despertadas no profissional podem ser semelhantes aos sentimentos que o paciente vivencia.

Embora já existam alguns trabalhos a respeito do tema, foram encontrados poucos estudos sobre os fatos clínicos relacionados às emoções vivenciadas pelos profissionais e acadêmicos de psicologia que iniciam os atendimentos em psicoterapia psicanalítica. Meira e Formoso (2009) destacam as dificuldades enfrentadas pelos profissionais que iniciam suas carreiras e como a formação é importante para preparar e ampará-los. O aprendiz encontra os textos clássicos de autores renomados, tais como Freud, Klein, Winnicott, Bion, Lacan, entre outros, que certamente fornecem conhecimentos teórico-metodológicos essenciais para a sua formação. Todavia, muitas vezes não conseguem localizar trabalhos que apresentem de forma mais abrangente as dificuldades e os percalços encontrados por aqueles que estão iniciando o seu ofício como psicoterapeutas, especialmente fundamentado na psicanálise, na atualidade.

Tendo em vista o interesse em investigar as emoções do psicoterapeuta aprendiz na clínica psicanalítica, o artigo tem por objetivo descrever as emoções vivenciadas pelos psicoterapeutas a partir dos fatos clínicos ocorridos no atendimento a adolescentes em psicoterapia psicanalítica. O presente trabalho tem a sua importância no sentido de chamar a atenção para dificuldades encontradas pelos psicoterapeutas aprendizes, especialmente, no atendimento psicoterápico aos adolescentes.

O estudo faz parte de um projeto de pesquisa mais abrangente, realizado no serviço-escola de uma universidade pública do sul do país.

Método

A construção de fato clínico psicanalítico (Dallazen, Giacobone, Macedo, & Kupermann, 2012; Moore, 1994; Quinodoz, 1994; Vollmer Filho, 1994) foi o método utilizado para a realização do presente estudo, que faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo realizado no serviço-escola de uma universidade pública do sul do Brasil.

O fato clínico psicanalítico consiste em uma construção realizada a partir das relações estabelecidas entre a díade paciente-psicoterapeuta e analisadas através de fundamentos teóricos e metodológicos da psicanálise. Segundo Vollmer Filho (1994, p. 675) “O novo significado interpretado pode levar ao surgimento de novos fatos a serem novamente transformados em *fatos clínicos psicanalíticos* e que numa sucessão constante, vão constituir e caracterizar o processo psicanalítico”.

A construção de fatos clínicos psicanalíticos como método de pesquisa possibilita a apresentação de fragmentos do caso clínico que estão sujeitos à inferência e à subjetividade do pesquisador psicanalista que os selecionará (Oliveira & Rosa, 2002, como citado em Silva e Macedo, 2016) ao invés de expor o caso inteiro. Logo, o método é considerado vantajoso por não expor a vida e a história do paciente, conforme ressaltado por Dallazen et al. (2012).

De acordo com Quinodoz (1994, p. 625) certos “... fatos clínicos são repetidos com uma constância relativamente grande e mais ou menos regularmente”, o que pode fornecer dados importantes sobre qual aspecto deve ser selecionado e analisado a partir dos fundamentos da psicanálise. Alguns autores (Moore, 1994; Vollmer Filho, 1994) consideram que é por meio das teorias e das técnicas utilizadas pelo analista que é possível atribuir novos significados aos fatos relatados. A partir de então é possível realizar a construção do fato clínico psicanalítico em questão.

A análise de um caso, com fins de pesquisa, deve ser realizada após o encerramento do tratamento (Dallazen et al., 2012), para não haver comprometimento na investigação científica por conta dos desejos do terapeuta. Após o término do tratamento, é possível a produção de conhecimento científico a partir da análise dos relatos de atendimento produzidos anteriormente. Silva e Macedo (2016) destacam que, ao analisar os dados por meio de diversas leituras e releituras realizadas com atenção flutuante, o pesquisador deve deixar agir seu inconsciente, sem privilegiar elementos do texto, para posteriormente selecionar os fatos ocorridos nas sessões clínicas. Após análise fundamentada nas questões teóricas escolhidas pelo analista-pesquisador, eles possibilitarão a construção do fato clínico psicanalítico.

Participantes

Participaram duas psicoterapeutas aprendizes, duas pacientes adolescentes, bem como um membro da família de cada paciente por elas responsáveis. Tanto as psicoterapeutas como as adolescentes e seus respectivos familiares responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que a pesquisa foi realizada.

Instrumentos utilizados: relatos de sessões de atendimento em psicoterapia psicanalítica elaborados pelas duas psicoterapeutas, durante estágios curriculares realizados em um serviço-escola de psicologia.

Análise de dados

Inicialmente foi realizada a leitura pormenorizada dos relatórios de atendimento clínico por dois pesquisadores independentes, com atenção fluante, visando identificar possíveis emoções vivenciadas pelas respectivas psicoterapeutas. A seguir, os pesquisadores, individualmente, construíram tabelas para cada caso, em que foram destacados os seguintes aspectos: número da sessão, fato clínico no qual a emoção da psicoterapeuta foi detectada; emoção ou sentimento vivenciado/nomeado pelo psicoterapeuta; manifestação emocional nomeada pelos pesquisadores; observações do pesquisador quanto a possíveis aspectos transferenciais ou contratransferenciais percebidos nos relatos. Posteriormente, foram comparados os fatos clínicos destacados e as emoções correspondentes consideradas por ambos pesquisadores. Em um terceiro momento, foram discutidas com a equipe de pesquisa do projeto as comparações feitas pelos pesquisadores, a fim de se chegar a um consenso sobre as emoções que cada psicoterapeuta vivenciou durante os atendimentos. Nas situações em que houve divergência quanto às emoções percebidas relativas a cada fato clínico, a equipe realizou uma análise mais aprofundada a respeito de quais aspectos emocionais poderiam estar presentes nas situações clínicas analisadas. Assim, apenas os fatos clínicos e respectivas emoções em que houve consenso entre pesquisadores foram considerados para o estudo. Finalmente, duas emoções percebidas na maior parte dos fatos clínicos detectados foram selecionadas para análise e construção dos fatos clínicos psicanalíticos. A análise dos dados foi realizada em aproximadamente seis meses.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da leitura dos relatos das sessões dos dois casos podem-se detectar diversos fatos clínicos em que houve algum indício de emoções vivenciadas pelas duas psicoterapeutas, mas duas emoções se destacaram e foram selecionadas para análise: a preocupação e a insegurança.

A preocupação das psicoterapeutas estava relacionada aos seguintes fatos clínicos: frequentes exposições a situações de risco em que as pacientes se colocavam e discussão da adolescente com a mãe. As situações de risco estavam relacionadas às relações sexuais sem proteção e ao uso indiscriminado de drogas. A insegurança das psicoterapeutas era percebida em decorrência de fatos clínicos que as colocavam em um desafio teórico metodológico, gerando incertezas quanto ao manejo das situações clínicas, tanto no sentido de como interpretar quanto à pertinência de abordar determinados assuntos naquele momento.

A seguir são apresentadas algumas vinhetas clínicas extraídas dos relatos elaborados pelas psicoterapeutas T1 e T2, consideradas como fatos clínicos, e as respectivas análises elaboradas pela equipe do projeto de pesquisa.

Preocupação

A terapeuta (T1) ficou preocupada com a paciente quando ela relatou que praticava relações sexuais sem camisinha. Além disso, a paciente disse ficar preocupada com uma possível gravidez indesejada, pois fazia um certo tempo que não menstruava. Quando a paciente anunciou que não estava grávida, ambas ficaram aliviadas: “ela contou que sua menstruação havia descido na semana passada, no dia do atendimento. Ela mostrou-se bastante aliviada e como que comemoramos juntas com um sorriso e um ‘ufa’” (T1). A psicoterapeuta parecia estar identificada com a paciente.

Aberastury e Knobel (1981) afirmam que uma das características da adolescência é o desenvolvimento das atividades sexuais, sendo que o contato genital para essa população tem um caráter mais exploratório e preparatório do que de procriação. Por outro lado, Coutinho, Santos, Folmer e Puntel (2013) ressaltaram a relação sexual sem proteção como um dos fatores de risco mais evidentes para os adolescentes entrevistados (21%), em pesquisa realizada, tal qual vivenciado pela paciente. O fato clínico relacionado à sexualidade sem proteção foi recorrente até a última sessão realizada.

A psicoterapeuta T1 demonstrou preocupação também em relação às consequências do uso de cocaína pela paciente e a precariedade dos cuidados parentais, considerando que a mãe da adolescente não percebia tais efeitos na filha:

Contou que tinha insônia; que passava 3 dias sem dormir; que, sob efeito, mordida toda a boca e bochecha, sem perceber e que isso doía muito depois; que sua narina arde até hoje e tinha dores de cabeça; que chegou a usar a droga, concomitantemente ao remédio “X” e que vomitava. Pensei o quão estranho era ela ficar 3 noites sem dormir, emagrecer bastante a ponto de ter o rosto “chupado” e a mãe nem perceber. Seria uma fantasia dela ou a mãe não a enxerga? (T1)

Santos e Pratta (2012) afirmam que o uso de drogas pode ser visto como uma expressão da linguagem da fase da adolescência e pode funcionar como uma forma de socialização deles. Por outro lado, Reis (2014) ressalta que o início do uso de tais substâncias geralmente ocorre nessa fase da adolescência, por ser caracterizado como o período em que o adolescente se afasta dos pais e tenta buscar apoio entre seus pares, que lhe podem apresentar o mundo da drogadicção. Entende-se também que a convivência continuada e íntima em grupo pelos adolescentes pode propiciar o uso de alguma droga da moda. Zimmerman (2004, p.361). utiliza o termo “drogativos” para explicar que o uso da droga naquele contexto só serve para manter, unir ou/e integrar o grupo e considera que na maioria das vezes é somente uma fase transitória e que, por isso, não há necessidades de grandes preocupações. Dessa forma, compreende-se que a adolescente em questão pode ter usado tais substâncias para integrar e se manter no grupo de amigos dela.

Apesar disso, a T1 pareceu se preocupar com a adolescente por ela ser negligenciada pela mãe quando esta não nota o estado precário em que a adolescente se encontra por causa dos efeitos do uso das drogas. Reis (2014) afirma que, em muitos casos, aparentemente os pais mantêm-se em estado de fusão com os filhos drogadictos de tal forma que não conseguem perceber as características reais do filho, como, por exemplo, os sintomas do uso das

drogas. Assim, compreende-se tal negligência da mãe e a preocupação que a T1 sentiu em relação a esse fato.

Em uma outra sessão, a paciente relata sobre a ida a uma festa e o uso de drogas, álcool e cigarro. Diante disso, a psicoterapeuta fica preocupada com a exposição aos riscos em que sua paciente se coloca e novamente reflete sobre a negligência materna e os possíveis motivos do uso dessas substâncias, além de se indagar a respeito de ela ir para as sessões sob os efeitos dessas substâncias psicoativas: “Será que ao ir à casa da amiga (mãe da G) quer dizer que ela está pedindo socorro. (Embora ela chegue em casa com a cara lambuzada de pó/cocaína, a mãe não a enxerga). Talvez ela não esteja sendo cuidada por sua família” (T1).

Aberastury e Knobel (1981) ressaltam que os adolescentes vivem certa deslocalização temporal, além de terem dificuldades em postergar suas necessidades. Isto explica o uso das drogas continuado pelos adolescentes, pois elas oferecem satisfação imediata a um problema que consideram urgente. Ainda, Santos e Pratta (2012) afirmam que o uso de substâncias psicoativas pode traduzir um mal-estar de um determinado contexto familiar que vem funcionando de maneira tóxica para o adolescente. Além disso, a T1 se preocupa com sua paciente vir às sessões sob efeitos de maconha e se preocupa também com ela não ter percebido isso, tendo que ficar atenta se ela vem sob tais efeitos em sessões futuras. É interessante perceber que a T1 pode ter se identificado inconscientemente com a mãe, por ela ter negligenciado a situação em que a adolescente vai para a sessão, assim como a mãe negligencia a menina.

A paciente contou que estava apresentando quadros convulsivos e que ficava se perguntando se isso era causado pelo uso da maconha. A terapeuta sente-se preocupada diante de tal situação e insiste que ela converse com a sua médica, então relata:

Contou que pode falar sobre a droga e a médica disse que, realmente, suas convulsões teriam sido desencadeadas por esse uso e que ela deveria suspender, já que a maconha estava sendo vista como não tão inofensiva como se pensava e que, ademais, seu uso estava sendo associado aos casos de desencadeamento de esquizofrenias. Eu perguntei o que ela pensava sobre isso e o que pretendia fazer e ela disse que pararia; que nos 5 anos que utiliza, sempre conseguiu parar quando quis. Acrescentou que havia tido muitas crises e que, inclusive, tinha caído ao chão. (T1)

Resgatam-se as afirmações de Zimmerman (2004), Santos e Pratta (2012) e Reis (2014) sobre a possibilidade de utilizar substâncias químicas ser uma fase transitória do adolescente e que o uso se deve principalmente ao desejo de se integrar e fazer parte de um grupo. Pode ser que a adolescente poderia deixar de utilizar tais substância por não mais fazer parte daquele suposto grupo e não apenas pela sua força de vontade.

A terapeuta (T2) relatou uma identificação e uma preocupação com sua paciente, após uma sessão em que a terapeuta havia conversado com a sua mãe. A psicoterapeuta considerou que havia gerado uma discussão entre mãe e filha; assim tenta explicar para a paciente sua impressão sobre a sessão anterior:

Vou te explicar... apesar de estar relutante em deixá-la entrar, você é menor de idade, quando seu responsável pede para falar comigo eu preciso conversar com ele de qualquer forma. Além disso, eu achei muito importante para eu perceber como é realmente bem complicada a situação lá na sua casa, pois eu mesma me senti muito mal com tudo aquilo que sua mãe estava falando naquele dia, o que você acha? (T2)

Ressalta-se a questão ética do psicoterapeuta vinculada a sua escuta e acolhimento das dores da adolescente, destacado anteriormente por Ayub e Macedo (2011). Nesse caso, foi possível que a T2 realizasse tal escuta sem perder sua postura ética, como visto no começo desse relato. Além disso, pode-se destacar que a T2 conseguiu fazer

com que seus sentimentos contratransferenciais fizessem parte da sua escuta analítica, como Santos, Santos e Oliveira (2008) propuseram. Isso é percebido quando a T2 relatou que ela percebeu como as coisas podem estar complicadas na casa de sua paciente e ao se sentir mal pelo que aconteceu.

Em outra sessão, a paciente relata ter vontade de estar morta e durante toda a sessão aparecem falas similares. Isso preocupa a terapeuta: “Nessa sessão saí bastante preocupada com todas essas falas sobre suicídio, morte e desesperança” (T2). Pode-se realizar uma analogia com a experiência de Marques (1991) em atender um menino em estado terminal. A autora relatou ter muitas dificuldades em atendê-la, pois ela vivenciava fortes sentimentos contratransferenciais relacionados à própria morte, a situação em que o garoto se encontrava a lembrava de sua própria morte. Assim, tal qual Marques, a preocupação da psicoterapeuta T2 estava relacionada aos sentimentos contratransferenciais sobre sua própria morte suscitados pelas falas sobre morte e suicídio proferidas pela paciente.

Além disso, uma das psicoterapeutas entrevistados por Wolff e Falcke (2011) relatou que ela tinha dificuldades em lidar com o medo e a impotência, pois ela tinha receio de não conseguir fazer nada, caso ela percebesse que seu paciente fosse se machucar. Da mesma forma, a T2 pode ter tido dificuldade em relação a essa situação, quando se preocupou com as falas de morte e suicídio de sua paciente.

Insegurança

É comum que um psicoterapeuta aprendiz sinta insegurança em várias situações durante os atendimentos clínicos (Eizirik, Polanczyk, Schestatsky, Jaeger, & Ceitlin, 2007). No presente estudo, foi constatado que as psicoterapeutas sentiram-se inseguras quanto à condução do processo terapêutico de acordo com a fundamentação teórico metodológica da psicanálise.

Foi percebido que, após o término da primeira sessão com a adolescente, a terapeuta sentiu-se insegura depois de elogiar sua paciente; ela ficou se perguntando se ela estava sendo incoerente com a teoria psicanalítica:

Disse-lhe que tinha gostado de conhecê-la; que ela era uma menina linda (ela é muito bonita mesmo: rosto, cabelos, cílios enormes que parecem ser postigos, porém está acima do peso). Achei que eu estava seguindo as orientações de A.C. (análise do comportamento), de finalizar a sessão com um reforço, um acolhimento etc., e como sempre, fiquei me questionando sobre o elogio que fiz, mas foi muito sincero e espontâneo (T1)

Essa insegurança foi vivenciada de forma semelhante por uma das alunas de Oliveira (1986) que relatou que, durante as sessões, ela ficava muito preocupada quanto a sua postura e desempenho como terapeuta e que isso prejudicava a sua compreensão do que o paciente falava durante as sessões. Numa análise mais profunda, outra aluna de Oliveira (1986) disse que ela tinha uma dificuldade em entrar em contato com sua paciente, pois ela ficava presa às próprias angústias, que foram reconhecidas por ela como o medo de fazer o correto ou o errado durante as sessões.

Entende-se que a insegurança que as terapeutas aprendizes sentem durante os atendimentos podem interferir negativamente na relação terapêutica durante as sessões. Todavia, no caso da psicoterapeuta T1, o sentimento de insegurança ocorreu no final da sessão, podendo significar que pode não ter interferido na escuta realizada durante a

sessão, mas que levou a questionamentos posteriores sobre a sua performance como psicoterapeuta. A insegurança que T1 vivenciou parece estar mais relacionado ao que Zaslavsky e Santos (2005) relataram sobre um caso de conflito contratransferencial que um jovem psicoterapeuta vivenciou quando ele decidiu aceitar a sugestão de uma paciente em diminuir o número de sessões por conta da situação financeira. O jovem psicoterapeuta, sem hesitar, aceitou a sugestão de sua paciente, em razão do cansaço que a rotina lhe proporcionara. Assim, ele começou a sentir um mal-estar por essa decisão precipitada, sem uma devida análise. Nesse sentido, a insegurança da T1 emergiu quando ela tomou a decisão de elogiar sua paciente, sem antes de ter analisado a situação com mais cautela.

A paciente fala que sua mãe planeja tirá-la da terapia por considerar que não estava adiantando e que seria mais viável ir à outra psicóloga. A paciente se entristece com esse fato e reclama que é obrigada a fazer terapia e que se não estava funcionando ali, não adiantaria trocar de terapeuta, porque não funcionaria com mais ninguém e que ela não tem ninguém para conversar. Esse fato deixa a psicoterapeuta insegura:

Eu (paciente) também não converso com vizinha nenhuma e não tenho amigas. Eu não gosto de vir aqui e nem de conversar, se for pra eu ir num lugar ficar olhando pra cara dos outros eu fico em casa olhando pra minha cachorra. EU FICO SEM SABER O QUE DIZER (terapeuta) (T2).

Essa situação remete ao estudo realizado por Oliveira (1986) considerando o fato de as terapeutas não saberem quando e o que devem falar sobre um assunto. Elas sentem que deveriam, mas que a hora não é apropriada, ou sentem medo da reação de suas pacientes e postergam isso.

Em uma sessão, a terapeuta relatou o que a adolescente faz durante os finais de semana:

Fala que nos finais de semana vai com os primos em uma praça perto da casa dela para tomar açaí e que os familiares sempre vão atrás preocupados onde eles estão, mas é sempre lá e que ela não sabe por que eles se preocupam. (T2)

Todavia, durante essa parte da sessão, a terapeuta percebe que não fez um apontamento em relação aos familiares da adolescente se preocuparem com ela; por causa disso, quando a terapeuta escreve o relatório, ela se sente insegura: "Relatando eu consigo pensar que poderia ter falado sobre o quanto eles se preocupam com ela, mas na hora fiquei em silêncio" (T2).

Por conta da agressividade da paciente, a terapeuta se sente insegura e decide não tocar em um assunto que possa alterá-la: "Eu tenho vontade de tocar no assunto do pai, mas não me sinto segura, pois ela fica agressiva com facilidade" (T2). Neste caso, a T2 sabia que, se tocasse no assunto, a adolescente poderia ficar agressiva. Santos, Santos e Oliveira (2008), como já explicado anteriormente, propõe que o silêncio do psicoterapeuta pode incomodar os adolescentes, por eles terem dificuldades em abstrair e discriminar; nesse episódio, o adolescente pode acabar sentindo tal agressividade por não conseguir lidar com tais dificuldades.

Um outro fato que gera insegurança é o de abordar o encerramento daquele atendimento terapêutico. É comum nas clínicas escolas o paciente não receber alta, mas o serviço que o terapeuta estava prestando ser interrompido por conta do término do estágio ou do ano letivo da graduação. Nesse momento, o terapeuta aprendiz responsável pelo caso deve comunicar ao paciente o futuro do serviço prestado. Pinheiro e Darriba (2010) consideram interessante o desfecho disso para o estagiário que busca uma solução de continuidade. Os autores afirmam que os estagiários podem ofertar ao paciente para que ele fique na instituição sob cuidados de outro estagiário, ou ainda, que o paciente continue as sessões com o mesmo estagiário em outro espaço.

A terapeuta se sente insegura por não falar sobre a aproximação do encerramento da terapia para a paciente e busca compreender o motivo:

Ao final eu disse que precisava conversar sobre algumas coisas de ordem prática, que deveria ter feito há tempos atrás e buscava entender porque ainda não havia feito. Expressei minha dificuldade em fazer isso lembrando das sessões que terminávamos e eu não havia dito nada. Falei sobre o fim do meu estágio/curso, sobre seu direito de permanecer na Clínica e sobre a opção de me acompanhar no consultório. (T1)

Eizirik (1988) fala que o psicoterapeuta pode sentir sensações de desagrado, rechaço ou estranheza em relação ao seu paciente quando o fim da terapia se aproxima. Dessa forma, ele tenta se defender dessa realidade, o que pode ser interpretado como resistência, por desejar não encerrar o caso, e ter assim dificuldade em reconhecer o momento adequado de alta. Nesse sentido, pode-se compreender o motivo de a terapeuta postergar a comunicação do encerramento da terapia para a paciente.

Ressalta-se a importância de o terapeuta conseguir superar seus conflitos contratransferenciais, a fim de não atrapalhar o processo analítico (Zaslavsky & Santos, 2005) e também, conforme Jaeger (2004) destaca, a importância de o psicoterapeuta saber monitorar os seus sentimentos, ao invés de evitá-los.

O sentimento de insegurança vivenciado pelas psicoterapeutas no atendimento psicológico a adolescentes estava mais relacionado ao desafio técnico e metodológico. Dos fatos clínicos apresentados, pode-se perceber que a insegurança era constituinte da diáde terapêutica, mas que a origem tinha mais a ver com as psicoterapeutas do que com as adolescentes. É o processo contrário do que foi analisado na preocupação, que estava mais relacionado ao outro, às pacientes. De certa forma, pode-se considerar que os dois sentimentos estão interligados na medida que a insegurança em relação ao manejo pode levar à preocupação com os respectivos pacientes e vice-versa. Ou seja, a preocupação com o paciente pode desencadear emoções, percebidas ou não pelo próprio psicoterapeuta, as quais poderão funcionar como fatores que dificultam o processo psicoterápico ou podem ser utilizados como ferramentas ao longo do processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento aos adolescentes tem como condição fundamental que o psicoterapeuta goste deles, conforme já destacado por Zimerman (2004), e que esteja preparado tanto afetiva quanto teoricamente para esse tipo de processo psicoterapêutico. Ao lidar com essa população, os psicoterapeutas aprendizes enfrentam maiores dificuldades, uma vez que podem ainda não estar suficientemente preparados em relação aos aspectos teóricos e metodológicos para atendê-los. No presente estudo, houve situações em que as psicoterapeutas aprendizes se identificaram com as respectivas pacientes, fato que dificultou a compreensão e interpretação do que se passava naquelas circunstâncias.

Da mesma forma que as pacientes vivenciavam um período de transição, em que não estão inseridos nem no mundo adulto nem no mundo infantil, os psicoterapeutas aprendizes também passavam por um processo de transição, em que não se percebiam nem como estudantes de graduação nem como profissionais experientes. Logo, de certa forma, pareciam estar passando por algo que poderíamos nomear como “adolescência profissional”, permeada por emoções intensas, as quais tanto poderiam dificultar ou impedir a sua função de psicoterapeutas como também

funcionar como mola propulsora na busca de aprimoramento pessoal e profissional.

Cabe nesse momento ressaltar a necessidade de os supervisores de estágios em clínica psicanalítica ficarem atentos às questões emocionais vivenciadas pelos psicoterapeutas aprendizes e, na medida do possível, incentivá-los a procurar auxílio terapêutico para si mesmos.

Além disso, há necessidade de incrementar os estudos e novas publicações a respeito dos atendimentos psicoterápicos com adolescentes fundamentados na psicanálise, pois houve dificuldade em encontrar material atualizado sobre esse tema, especialmente a partir de fatos clínicos, considerando as emoções vivenciadas por psicoterapeutas durante o processo psicoterápico com adolescentes.

Referências

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ayub, R. C. P., & Macedo, M. M. K. (2011). A clínica psicanalítica com adolescentes: Especificidades de um encontro analítico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 582-601. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000300011>
- Chaieb, A. S., Menegat, C., Selister, K. M., Pinto, L. H., Motta, L., Peixoto, M., Fischer, M., Aronis, P., Castro, M. DA G. K., Klung, A., Tassis, C., & Morei, M. (2003). Sentimentos e sofrimentos do psicoterapeuta frente ao abandono por seus pacientes. *Psicoterapia Psicanalítica*, Porto Alegre, (5), 170-188.
- Coutinho, R. X., Santos, W. M. dos, Folmer, V., & Puntel, R. L. (2013). Prevalência de comportamentos de risco em adolescentes. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(4), 441-449. Recuperado de 2018 de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000400013>
- Dal-Cól, D. M. L. (2005). Se não há transferência não há análise: A função do analista. *III Jornada de Cartéis da Escola da Coisa Freudiana*, Curitiba - Pr., (1), 171-172.
- Dallazen, L., Giacobone R. V., Macedo, M. M. K., & Kupermann, D. (2012). Sobre a ética em pesquisa na psicanálise. *Psico*, 43(1), 47-54. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11098/7618>
- Eizirik, C. L. (1988). Turning point na atitude emocional do terapeuta em relação ao paciente. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, 10(1), 9-11.
- Etchegoyen, R. H. (1989). *Fundamentos da técnica psicanalítica* (2 ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Freud, S. (1910[1970]). *Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1911[1970]). *O caso Schreber, Artigos sobre técnica e outros trabalhos*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago.
- Jaeger, R. L. (2004). A atitude emocional do psicoterapeuta: Perspectivas evolutivas. *Revista Brasileira Psicoterapia*, Porto Alegre, 6(2), 191-202.
- Marmelsztejn, R. (2006). *Psicoterapia para crianças e adolescentes abrigados: Construindo uma forma de atuação*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Meira, A. C. S., & Formoso, C. (2009). Da (in)formação à (trans)formação do psicoterapeuta. *Psicoterapia Psicanalítica*, Porto Alegre, (11), 29-39.
- Moore, J. F. J. (1994). Intimidade e ciência: A publicação de fatos clínicos na psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 18(4), 821-844.
- Oliveira, M. H. R. C. de. (1986). *Mobilização emocional em supervisionandos de psicoterapia no curso de graduação em psicologia*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Palhares, M. D. C. A. (2008). Transferência e contratransferência: A clínica viva. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42 (1), 100-111.
- Pinheiro, N. N. B., & Darriba, V. A. (2010). A clínica psicanalítica na universidade: Reflexões a partir do trabalho de supervisão. *Psicologia Clínica*, 22(2), 45-55. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010356652010000200004&lng=pt&tlng=pt
- Quinodoz, J. M. (1994) Fatos clínicos ou fatos clínicos psicanalíticos. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 18(4), 613-634.
- Racker, H. (1982) *Estudos sobre a técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Reis, M. E. B. T. dos. (2014). Um olhar psicanalítico sobre os grupos de apoio a famílias de drogadictos. *Revista da SPAGESP*, 15(2), 109-121. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167729702014000200009&lng=pt&tlng=pt
- Ribeiro, D. P. de S. A., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2008). A experiência emocional do estudante de psicologia frente à primeira entrevista clínica. *Aletheia*, Canoas, (28), 135-145. Recuperado de
- Santos, M. A. dos, & Pratta, E. M. M. (2012). Adolescência e uso de drogas à luz da psicanálise: Sofrimento e êxtase na passagem. *Tempo psicanalítico*, 44(1), 167-182. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010148382012000100010&lng=pt&tlng=pt

- Santos, L. F. dos, Santos, M. A. dos, & Oliveira, E. A. de. (2008). A escuta na psicoterapia de adolescentes: As diferentes vozes do silêncio. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 4(2), 00. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762008000200008&lng=pt&tlng=pt
- Silva, C. M. Da, & Macedo, M. M. K. (2016) O método psicanalítico de pesquisa e a potencialidade dos fatos clínicos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 36(3), 520-533. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932016000300520&script=sci_abstract&tlng=pt
- Souza, M. M. de, & Teixeira, R. P. (2004). O que é ser um “bom” psicoterapeuta?. *Aletheia*, (20), 45-54. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942004000200006&lng=pt&tlng=pt
- Vollmer Filho, G. (1994). A conceitualização do fato clínico psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 18(4), 673-685.
- Wolff, C., & Falcke, D. (2011). A contratransferência na clínica psicanalítica contemporânea. *Análise Psicológica*, Lisboa, 29(2), 201-214. Recuperado de
- Zaslavsky, J., & Santos, M. J. P. dos. (2005). Contratransferência em psicoterapia e psiquiatria hoje. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, 27(3), 293-301. Recuperado de
- Zimerman, D. E. (2004) *Manual de técnicas psicanalíticas: Uma revisão*. Porto Alegre: Artmed Ed.