

## UM OLHAR CLÍNICO DE INSPIRAÇÃO FERENCZIANA NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES

Aline de Almeida Moraes<sup>1</sup>  
Cleber Gibbon Ratto<sup>2</sup>

### RESUMO

Este trabalho desenvolve uma reflexão a partir de algumas das formulações clínicas psicanalíticas de Sandòr Ferenczi, discutindo suas possíveis contribuições no tratamento da depressão em adolescentes. Doença esta que é vista pelos profissionais da saúde como o grande mal da sociedade moderna, e que muitas vezes leva jovens e pessoas de todas as idades a cometerem suicídio. Sendo a adolescência uma fase de drásticas mudanças no ser humano, a clínica psicanalítica inspirada em Ferenczi propõe um cuidado com mais tato e empatia, reformulando certos princípios tradicionais da técnica formulados por Freud, envolvendo, fundamentalmente, uma elasticidade que faz da cena terapêutica um ambiente acolhedor e pautado pela confiança mútua. Desta forma, o terapeuta deixa de lado aquela postura abstinentemente e distante, colocando em prática o “sentir com” o paciente, colocando-se numa relação mais afetiva e engajada, marcada pelo declínio da interpretação.

**Palavras-chave:** Sandòr Ferenczi. Clínica. Depressão. Adolescência.

### ABSTRACT

This work develops a reflection from some of Sandòr Ferenczi's psychoanalytic clinical formulations, discussing its possible contributions in the treatment of depression in adolescents. A disease that is seen by health professionals as the great evil of modern society, and often leads young people and people of all ages to commit suicide. Since adolescence is a phase of drastic changes in the human being, the psychoanalytic clinic inspired by Ferenczi proposes a more tactful and empathetic care, reformulating certain traditional principles of technique formulated by Freud, fundamentally involving an elasticity that makes the therapeutic scene an environment welcoming and guided by mutual trust. In this way, the therapist leaves aside that abstinent and distant posture, putting into practice the "feel with" the patient, placing himself in a more affective and engaged relationship, marked by the decline of the interpretation.

**Keywords:** Sandòr Ferenczi. Clinic. Depression. Adolescence.

---

<sup>1</sup> Psicóloga pelo Centro Universitário Metodista, IPA. Contato Eletrônico: [alineymoraes@gmail.com](mailto:alineymoraes@gmail.com)

<sup>2</sup> Psicólogo. Doutor pela PUCRS. Bolsista de Produtividade do CNPq. Professor do Programa de Pós-graduação em Educação da UNILASALLE e do Curso de Psicologia do Centro Universitário Metodista, IPA. [rattocleber@gmail.com](mailto:rattocleber@gmail.com)

## 1 INTRODUÇÃO

A depressão está sendo vista pelos profissionais da saúde como o mal do século, sendo uma patologia que pode afetar qualquer pessoa, independente de classe social, raça, religião, gênero ou idade. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), onze milhões e quinhentas mil pessoas sofrem de depressão no Brasil, sendo o país com o maior número de casos na América Latina. Jovens ou adultos, homens e mulheres têm mergulhado no mar profundo e obscuro da depressão, quando muitas vezes, sem ajuda profissional, fica quase impossível retornar à superfície para voltar a respirar em paz, outra vez.

A rotina diária cada vez mais atribulada, que leva as pessoas a colocarem o sucesso profissional, por exemplo, na frente de outros fatores da vida, tem feito pais ficarem cada vez mais distantes de seus filhos, terceirizando não apenas os cuidados dos quais as crianças e jovens necessitam, mas deixando de lado, principalmente, o afeto, que não encontra substituto à altura em quem quer que seja. A humanidade está cada vez com mais dificuldades de lidar com os seus problemas, e, com isso, aumentando as chances de desenvolver a depressão.

A chegada da adolescência, fase de conhecidas e drásticas mudanças de toda ordem na vida do ser humano, tem trazido uma avalanche de problemas devido às diversas fraturas nas fases anteriores do desenvolvimento. Pais ausentes ou permissivos acabam gerando, cada dia mais e mais, filhos com baixa aceitação à frustração e comportamentopositor, por exemplo. Os adolescentes, muitas vezes, ao se darem conta de uma realidade bem diferente do mundo lúdico e fantasioso da infância onde estavam inseridos, começam a procurar respostas às perguntas internas que nem eles mesmos sabem formular. A inquietude, misturada com o sentimento de não pertencimento, traz à tona uma série de sintomas, entre eles, o devastador vazio interior causado pela depressão, o que Birman (2001) apontou como uma das mais recorrentes configurações de mal-estar da atualidade. Marcelli e Braconnier (2007, p. 181) dizem que “[...] em 20 anos, o número de adolescentes que apresentam esses episódios depressivos teve um forte aumento, a ponto de ter sido considerado como um verdadeiro problema de saúde pública”.

Um dos grandes obstáculos encontrados na clínica é a grande resistência que os jovens adolescentes demonstram, porque, muitas vezes, já chegam rotulados ao consultório, contra a sua própria vontade, tendo sido levados por seus responsáveis. Segundo Groisman e Kusnetzoff (1984, p. 27) “[...] trata-se de um caso comum o jovem adolescente não desejar vir ao tratamento [...]”.

Uma prática clínica inspirada em princípios desenvolvidos por Sandòr Ferenczi<sup>1</sup> parece constituir uma boa oportunidade de alargamento das práticas de cuidado com adolescentes,

---

<sup>1</sup> Psicanalista húngaro (1873-1933) “nascido na cidade de Miskolc, um dos mais íntimos colaboradores de Freud. Formado em medicina pela Universidade de Viena (1894), especializou-se em neurologia e neuropatologia e adquiriu experiências com a hipnose. Após conhecer Freud (1908), com quem estabeleceu uma grande amizade pessoal, logo passou a integrar a Sociedade de Psicanálise de Viena, que reunia os mais próximos colaboradores do criador da psicanálise. Com o tempo suas pesquisas acabaram por afastá-lo da ortodoxia e de Freud e, nos últimos anos de vida, modificou suas posições e adotou a tese de que o terapeuta deve ser livre para manifestar afeições pelo paciente e encorajá-lo a reviver experiências traumáticas da infância. Morreu em Budapeste e suas experiências em clínica psicanalítica viriam a se constituir nas bases do psicodrama e da análise de grupo. Seu mais conhecido livro foi *The Development of Psychoanalysis* (1924), escrito em colaboração com Otto Rank”. “Mais do que elaborar um conjunto de regras visando o

oferecendo numa perspectiva psicanalítica, escuta humana qualificada para enfrentar os dramas relativos às demandas narcísicas que reaparecem na conturbada transição para o mundo adulto.

Entre outras coisas, a “clínica ferenciana” propõe que o terapeuta não deixe seu saber e sua técnica se sobrepor ao paciente, o que muitas vezes está na raiz das chamadas resistências dos adolescentes aos processos de tratamento. Segundo Ferenczi (1992) o terapeuta precisa “[...] promover um relaxamento que pudesse favorecer o encontro através do qual a experiência do inconsciente tem a oportunidade de acontecer” (KUPERMANN, 2008, p. 83).

É importante destacar que, conforme Kezem (2010, p. 26):

Ferenczi ficou conhecido, em seu tempo, como analista de pacientes graves e o convívio com eles mobilizou-o a procurar entender melhor a etiopatogenia desses distúrbios e encontrar soluções técnicas que facilitassem a aproximação de conteúdos psíquicos não revelados pela abordagem habitual de então. A atitude passiva e até mesmo submissa do paciente frente ao analista, ele atribuiu às experiências traumáticas infantis que não podiam ser lembradas, mas que eram revividas no *setting* analítico. Esses pacientes despertavam nele sentimentos incômodos que se revelaram como próprios do paciente e logo reconhecidos como elementos contratransferenciais do analista.

Ferenczi e Winnicott, de acordo com Kupermann (2008, p. 75) “[...] indicaram que é a qualidade do encontro afetivo que se estabelece entre analista e analisando o que pode conduzir à produção de sentidos na experiência psicanalítica”. Um atendimento que visa ao cuidado com empatia e com um olhar mais humanizado, onde o terapeuta se coloca no lugar do paciente, estabelecendo uma aliança terapêutica capaz de oferecer espaço para a transferência como experiência de recriação subjetiva, parece muito conveniente no manejo das depressões vividas por adolescentes.

A relação analítica, na concepção de Ferenczi (2011, p. 113) é, antes de tudo, uma “relação”, na qual “[...] os pacientes percebem com muita sutileza os desejos, as tendências, os humores, as simpatias e antipatias do analista, mesmo quando este está inteiramente inconsciente disso”.

Como indica Sanches (2005, p. 133), acerca do “amor maduro” defendido por Ferenczi como um atributo necessário ao analista, tratar os “casos difíceis”, dentre os quais poderíamos cogitar a inclusão dos adolescentes com depressão, envolve:

[...] uma efetiva capacidade de amar os pacientes, a uma verdadeira disponibilidade afetiva, a uma possibilidade de entrar no mundo do outro sentindo suas alegrias e prazeres, mas também seus tormentos, angústias e

---

aperfeiçoamento técnico no trabalho analítico, a grande contribuição de Ferenczi foi trazer à luz o humano que há em todo profissional dedicado à prática psicanalítica. Isto significa que as condutas propostas por ele, visando maior elasticidade na técnica, buscavam, sobretudo encontrar tais recursos na pessoa do analista. Não por acaso ele foi um defensor peremptório do que ficou conhecido como a segunda regra fundamental da psicanálise que reza a necessidade de uma análise profunda de todo aquele que pretende tratar outras pessoas.” (KEZEM, 2010, p. 23)

desesperos, sem, contudo precisar recorrer à teoria como escudo protetor, e ainda assim, sem se perder no outro. Ele se refere a um “amor maduro” - próprio de organizações psíquicas integradas - que tolera avanços e recuos e que libera o paciente para crescer como, em que ritmo, e para onde puder e quiser.

Diante do delicado tema que envolve a depressão e os desafios existentes em busca das melhores formas de tratamento, este trabalho tratou de analisar em que medida a prática clínica de base ferenciana pode contribuir no tratamento da depressão em adolescentes. Junto a isso, o trabalho buscou também: problematizar a delicada fase da adolescência; discutir a influência das fraturas parentais e a carência de vínculo familiar no surgimento da depressão em jovens adolescentes; e verificar com que nível de relação transferencial é possível estabelecer uma proximidade sensível e de tato com o paciente.

Tal possibilidade de investigação surgiu motivada pela realização de meu estágio clínico no Centro de Saúde do IAPI, em Porto Alegre, mais especificamente junto à Equipe Especializada de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA)<sup>2</sup>. Neste local, grande parte da demanda que chegava até o posto era exatamente de adolescentes depressivos, incluindo alguns casos com ideação suicida, alguns deles sendo sugestivos de transtornos de personalidade limítrofe em “consolidação”.

Este estudo pode servir como inspiração, ou inquietude, no mínimo, para aqueles que estiverem envolvidos no tratamento de jovens adolescentes com depressão. A psicanálise do tato e do cuidado pretende amenizar o sofrimento causado pela saída de uma fase dependente em busca de maior autonomia, onde o sentimento de vazio e solidão são companheiros bastante frequentes. Com isso, levantamos a questão: o uso de uma maior afetividade por parte do analista pode ser uma ferramenta efetiva da psicologia capaz de contribuir significativamente no tratamento da depressão em adolescentes?

## **2 METODOLOGIA**

O presente estudo se desenvolveu por meio de uma pesquisa qualitativa, utilizando-se de uma forma descritiva e exploratória como método. Também teve como base a pesquisa bibliográfica, para aprofundamento teórico dos aspectos relacionados à difícil fase da adolescência, à depressão em jovens adolescentes, e à forma da clínica do cuidado e do tato, levando em conta a clínica de inspiração ferenciana como possibilidade de tratamento.

Pretende, para tanto, elucidar o tema de forma descritiva, ora aproximando-se ao formato exploratório, levando o assunto em questão a uma reflexão de novas possibilidades de se conduzir o tratamento. Segundo Gil (2008, p. 28) “[...] há pesquisas que, embora sejam definidas como descritivas a partir de seus objetivos, acabam servindo mais para

---

<sup>2</sup> O EESCA atende crianças e adolescentes entre 0 e 17 anos, que são encaminhadas através do apoio matricial. O Matriciamento propõe que toda equipe faça um trabalho em conjunto, em atenção à saúde e bem-estar da criança e do adolescente. O EESCA funciona na Área seis, dentro do Centro de Saúde IAPI, localizado na região Noroeste, que fica no Bairro Passo d'Areia em Porto Alegre, e atende aos Bairros: Boa Vista, Cristo Redentor, Higienópolis, Jardim Floresta, Jardim Itu, Jardim Lindoia, Jardim São Pedro, Passo D'Areia, Santa Maria Goretti, São João, São Sebastião, Vila Ipiranga e Vila IAPI.

proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias”. Sobre a pesquisa bibliográfica, Cervo, Bervian e Da Silva (2007, p. 60) explicam que ela:

[...] procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em artigos, livros, dissertações e teses. Pode ser realizada independentemente ou como parte da pesquisa descritiva ou experimental. Em ambos os casos, busca-se conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado sobre determinado assunto, tema ou problema.

Este trabalho ainda adotou como método e forma de escrita o *ensaio*, não tanto pela eventual escrita em primeira pessoa, mas pelo fato de usar elementos de minha própria experiência de estágio, momento em que surgiu o interesse pelo tema abordado. A forma de ensaio teórico é definida, de acordo com Larrosa (2004, p. 32), como “[...] a forma não regulada da escrita e do pensamento, é, portanto, a sua forma mais variada, mais proteica, mais subjetiva”. As situações encontradas nos atendimentos, durante a realização dos estágios, foram o que me inspiraram na escolha do tema. Trazer à tona experiência vivida foi de fundamental importância, ao confrontá-la com o caminho teórico percorrido, não se reduzindo a somente ele. Conforme Alves e Ratto (2012, p. 5):

Penso que a arte de ensaiar é algo que só pode ser feito a partir de uma experimentação e assim se torna uma escrita, um ensaio, de forma a se manter o caráter livre do pensamento, e conseqüentemente de manter a escrita o mais próximo possível da experiência vivida.

O ensaio permite fazer questionamentos e reflexões. Ele permite valorizar uma experiência recente. De acordo com Larrosa (2004, p. 34) “[...] o ensaio não se trata do presente como realidade, mas como experiência. No ensaio trata-se de dar forma a uma experiência do presente. É essa experiência do presente a que dá o que pensar [...]”.

Dessa forma a teoria é utilizada, mas não com um fim em si mesma, pois o ensaio não se fixa no passado. A experiência vivenciada com os adolescentes com depressão deu a real sustentação à defesa do tema, ou seja, sobre a possibilidade de uma clínica com mais sensibilidade, tato e empatia no tratamento desses jovens.

Assim, este ensaio é, ao mesmo tempo, uma exploração teórica do tema a partir da minha experiência, e uma espécie de rastro do que foi acontecendo comigo enquanto psicóloga em (trans)formação.

### **3 ADOLESCÊNCIA E ATUALIDADE**

A adolescência é um momento de importante travessia na vida do ser humano, sendo uma fase marcada por diversas e complicadas alterações. É considerada uma das épocas mais complexas, tanto por causa das mudanças físicas, quanto pelas alterações psíquicas a que as pessoas são submetidas, inevitavelmente, nessa fase da vida. Conforme Marcelli e Braconnier (2007, p. 19):

[...] costumava-se dizer erroneamente que o adolescente é ao mesmo tempo uma criança e um adulto; na realidade, ele não é mais uma criança e ainda não é um adulto. Esse duplo movimento, negação de sua infância,

de um lado, busca de um status mais estável, de outro, constitui a própria essência da ‘crise’, do ‘processo psíquico’ que todo adolescente atravessa.

Essa tão conhecida fase da explosão hormonal, momento de novas descobertas e experimentações diversas, acaba por deixar o adolescente muito vulnerável às armadilhas da juventude. Com a necessidade de identificação de grupo, existe o risco de o jovem acabar experimentando as drogas como meio de ser aceito e ganhar respeito dos demais. Além disso, é o momento para provar para os outros, e para si mesmo, que não deve mais haver dependência em relação a outros adultos, principalmente em relação aos pais. De acordo com Marques e Cruz (2000, p. 32):

A adolescência é um momento especial na vida do indivíduo. Nessa etapa, o jovem não aceita orientações, pois está testando a possibilidade de ser adulto, de ter poder e controle sobre si mesmo. É um momento de diferenciação em que ‘naturalmente’ afasta-se da família e adere ao seu grupo de iguais. Se esse grupo estiver experimentalmente usando drogas, o pressiona a usar também. Ao entrar em contato com drogas nesse período de maior vulnerabilidade, expõe-se também a muitos riscos.

É, sem dúvida, uma fase em que o adolescente vê a necessidade de autoafirmação perante os outros, procurando se relacionar com grupos de sua mesma idade. É também um momento quando necessita encontrar uma identidade própria, isolando-se da família, à procura de independência. Conforme apontam Marcelli e Braconnier (2007, p. 23) “[...] sociólogos estudam a adolescência de um duplo ponto de vista: o de um período de inserção na vida social adulta e o de um grupo social com suas características socioculturais particulares”. O que significa dizer que existem tipos diferentes de adolescências, conforme o meio cultural onde os grupos estão inseridos, tornando um desafio ainda maior a tentativa de compreensão e estudo dessa faixa etária do ser humano.

Pode-se dizer que, ao entrar na adolescência, o jovem faz um retorno às épocas narcísicas e de egocentrismo, já deixados para trás em determinada época do desenvolvimento infantil. É neste sentido que os “dilemas narcísicos” se tornam centrais para adolescentes, constituindo um caso particular daquilo que Ferenczi considerava pacientes de difícil manejo, já que as demandas não são apenas conflitos inconscientes recalçados, mas processos complexos de constituição do si mesmo, com todas as angústias que isso implica. Para Winnicott (1971) o adolescente “retoma todas as dinâmicas que caracterizaram as fases anteriores, acrescidas de potências que não estavam presentes na primeira infância: a potência física para agredir e procriar.” (OLIVEIRA; FULGENCIO, 2010, p. 68). É um revisitar de mundo só seu. Segundo Levy (2013, p. 170):

Tal ‘recolhimento’ ao mundo interno apresenta-se de diversas maneiras: os devaneios, os momentos de isolamento em seu quarto, os diários, os sentimentos de irrealidade. Contudo é importante destacar que esse fenômeno evidencia o incremento do narcisismo, próprio dos primeiros momentos da adolescência. O púbere volta-se para dentro de si. Preocupa-se com o que se passe em seu interior [...] É apenas em um momento posterior que conseguirá se voltar para o outro.

Podemos dizer que, além da mescla natural de sentimentos que pairam sobre a mente dos adolescentes, com suas incertezas e fragilidades, a sociedade precocemente acaba tentando transformá-los em adultos, quer seja por não possuírem mais o aspecto infantil, quer seja porque já são vistos como independentes o suficiente. Birman (2006) inspira Ayub e Macedo (2011, p. 584, grifo do autor) a dizerem que:

[...] a contemporaneidade vive tempos de uma *adulterez* com critérios indefinidos, fato que dificulta demarcações, em termos de subjetividade, das idades da vida. O autor afirma que isso provoca, em consequência, uma desordem no contexto familiar, na qual a relação com o aspecto dos cuidados é significativamente afetada, refletindo-se nas novas formas de subjetivação da adolescência.

Desta forma, os adolescentes passam muitas vezes a serem cobrados por responsabilidades desproporcionais, sendo deles exigido grande autonomia prematuramente, e isso acontece independentemente de classe social.

Ainda antes mesmo de se tornarem adolescentes, das crianças é exigido um amadurecimento expresso, que venha a se adaptar à velocidade com que os adultos almejam que a situação familiar seja conduzida, para atender seus próprios desejos, esquecendo-se dos desejos e necessidades básicas do desenvolvimento natural do ser humano. Por isso é importante, segundo Ferenczi (1933), conforme descrevem Mello, Carneiro e Magalhães (2015, p 271), “[...] que os pais respeitem a diferença existente entre os modos de relação da criança e do adulto.”. De acordo com Mello; Carneiro e Magalhães (2015, p. 269):

É possível sustentar aqui que a criança amadurece às pressas justamente pelo imperativo de não ser mais criança, com as necessidades e os desejos que lhes são peculiares. O súbito desenvolvimento parece assumir uma função fundamentalmente protetora, de forma que a maturidade forjada se revele tributária das falhas dos objetos parentais no exercício de suas funções.

É muito comum vermos crianças cuidando de outras crianças nas periferias, por exemplo, para que seus pais possam sair para trabalhar, para garantir o sustento da família. Já nas classes média e alta, vemos jovens com agendas lotadas de afazeres e de atividades de extraclasse; primeiro porque os pais colocam outras prioridades à frente do convívio com os filhos, entre elas a busca incessante pelo sucesso profissional e consequente ascensão social; e segundo, pela desculpa de que os filhos precisam estar preparados para a competitividade da escola e do mercado de trabalho, onde as obrigações tomam conta da infância e roubam seus direitos de lazer, de fantasiar e de brincar. Ayub e Macedo (2011, p. 584) dizem que “[...] as demandas que adentram a clínica psicanalítica podem se originar de uma necessidade do adolescente ou terem como origem uma necessidade do contexto social principal (família e escola) [...]”.

Tanto a família quanto a escola, ao submeterem os adolescentes a essas cargas e perceberem que os mesmos não dão conta conforme o esperado, sentem necessidade de buscar uma reposta, uma explicação para uma possível manifestação patológica, endereçando para a clínica tal demanda. Ainda de acordo com Ayub e Macedo (2011, p. 584, grifo do autor) “é comum que algumas manifestações da adolescência sejam recebidas

com desconforto, necessitando, por vezes, da atribuição de um *rótulo* que nomeie e categorize tais manifestações”. Essa rotulação nos faz refletir: quem realmente estaria necessitando de tratamento? O adolescente rotulado ou a sociedade que o rotula e não sabe respeitar o seu tempo de amadurecimento e sustentá-lo nesta caminhada?

#### **4 DEPRESSÕES ATUAIS: FORMAS DE EXPRESSÃO ENTRE JOVENS ADOLESCENTES**

A depressão, de acordo com a OMS (2017), cresce no mundo e atinge 322 milhões de pessoas, sendo a sua maioria mulheres. No Brasil, 5,8% da população sofre deste mal da contemporaneidade, o que corresponde a cerca de 11,5 milhões de pessoas. Uma das formas de expressão mais preocupantes da depressão pode ser quando ela termina em suicídio.

Segundo dados da OMS (2017), em termos globais, o suicídio e a morte acidental por autoagressão foram a terceira causa de morte entre adolescentes entre 10 e 19 anos em 2015, resultando em cerca de 67 mil óbitos. As duas primeiras causas de morte naquele mesmo ano foram os acidentes de trânsito, seguido de infecções respiratórias. A *Global Acceleration Action for the Health of Adolescents* (Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes) não aponta dados específicos do Brasil, mas o classifica como país de baixa renda das Américas, sendo que 75% dos suicídios do mundo ocorrem em países de baixa e média renda.

Os fatores, que podem contribuir para o desencadeamento da depressão em jovens adolescentes, são diversos, mas este trabalho aborda fatores primários, relacionados ao vínculo e as fraturas das relações parentais, por exemplo. Traz, também, alguns aspectos culturais da atualidade que podem contribuir para o surgimento dos processos depressivos, associados a uma variedade de sintomas que podem estar relacionados mais ou menos diretamente às condições depressivas.

A depressão é uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Alterações químicas no cérebro do ser humano são consideradas como uma das características associadas à depressão, além de fatores genéticos. Segundo Biazus e Ramires (2012, p. 84) “[...] grande parte dos estudos sugerem componentes genéticos e salientam que a presença de depressão familiar aumenta o risco de depressão na infância ou adolescência em pelo menos três vezes”.

O adolescente, que não é mais criança e que também não é um adulto, carrega consigo as lembranças e os traumas mais recentes, portanto, aquilo que vivenciou quando criança, interferindo, logicamente, no que está por vir em sua vida adulta. Biazus e Ramires (2011, p. 87) ressaltam que “[...] a depressão na adolescência pode ser compreendida como uma problemática de vínculos, destacando a importância das figuras significativas desde a primeira infância”.

O excesso de estímulo por parte da família, ou a extrema falta dele, acaba gerando uma expectativa que pode facilmente ser frustrada, privando que a pessoa tenha um crescimento que, naturalmente, é gradual. A criança, compreendendo que tem que corresponder com o que o meio se acostumou a esperar dela, acaba acelerando seu processo de maturação, não atingindo os resultados esperados pelos adultos. Conforme explica Mello, Carneiro e Magalhães (2015, p. 271) “[...] a inabilidade parental implica em desilusão precoce e descontinuidade com o ambiente, diante das quais, o bebê winnicotiano se vê compelido a reagir ao invés de simplesmente seguir sendo”.



Winnicott é um dos psicanalistas que mais sofreu a influência de Ferenczi, tendo desenvolvido uma compreensão própria, criativa e muito engenhosa dos processos de amadurecimento. Dentre muitas formulações teóricas, Winnicott, inspirado em Ferenczi, aponta para o risco dos processos de prematuração, quando o ambiente tende a exigir, do psiquismo em formação, respostas práticas para demandas que ele ainda não pode atender. Dessa demanda por “fazer” que antecede e atropela o “ser”, Winnicott reconhece a formação do “falso self”, uma experiência de si mesmo desvitalizada e pobre de sentido. Nessas condições, o sujeito pode chegar a “fazer” muitas coisas que dele são esperadas, mas não encontra nelas sentido, sendo invadido por sensações de irrealidade, vazio e dissociação entre o agir e o ser.

O ambiente, então, se torna desfavorável. A criança tende a travar-se, sentindo medo e defendendo-se pela constituição de um falso self, uma frágil e desvitalizada experiência de si mesma. Muito frequentemente, em nossa cultura, ao invés do equilíbrio, o que se espera é que toda criança seja um miniadulto, o que pode acabar gerando danos emocionais à criança. Segundo Biazus e Ramires (2012, p. 86) “[...] quando o adolescente percebe a autonomia como antagônica às relações vinculares, os mecanismos de identificação são bloqueados, ocorrendo um prejuízo na formação da sua personalidade e no seu desenvolvimento mental”.

O adulto, nocivamente, acaba estimulando e valorizando até mesmo uma linguagem e um raciocínio demasiadamente cultos por parte da criança e do adolescente, distante do que seria normal para a sua idade. A criança repete o que o adulto fala, o adulto acha graça, e acha interessante que pode conversar de igual para igual com a criança, sem se dar conta que assim acaba corroendo a face lúdica e processual da experiência infantil, a fantasia e o sonho, tão inocentes e necessários durante o processo de amadurecimento. De acordo com Mello, Carneiro e Magalhães (2015, p. 274):

A saída dramática pela aceleração dos processos de maturação se realiza, com efeito, a partir de um corte no seu próprio psiquismo, o qual promove uma desconexão no coração das experiências infantis. Tal corte corresponde ao mecanismo designado por Ferenczi (1933/1992) como ‘autoclivagem narcísica’, mecanismo por meio do qual uma parte do eu infantil se sacrifica em prol da sobrevivência psíquica. Tal fragmento assume uma progressão intelectual notável, como vimos, porém à custa do esgarçamento da afetividade.

Com o passar do tempo, e de tanto ser estimulada, as novidades acabam não sendo novas. A criança não teve o seu tempo respeitado para explorar e chegar a suas próprias conclusões. Tudo foi antecipado a ela, os resultados, os perigos, o evitar frustrações e tristezas. Essa evitação é tão nociva que o adulto, na ânsia de que a criança e o adolescente cresçam rápido e se tornem independentes, acaba provocando exatamente o inverso, ou seja, uma dependência problematicamente mais duradoura. Não ter experimentado a frustração acaba gerando exatamente a frustração, e aí surgem o não saber perder, o não admitir e não tolerar as regras que a vida adulta impõe ou, o que é pior, a sensação de que o “fazer” (agir) não corresponde a uma dimensão de si mesmo doadora de sentido ao gesto. Se não me reconheço no que faço, também não me responsabilizo pelos efeitos do meu gesto! Assim também, quando ocorrem, as frustrações e as tristezas ganham uma dimensão

supervalorizada, colocando em questão não apenas o valor das ações e os resultados esperados, mas o próprio sentido do existir.

No futuro, a crise adolescente será potencializada devido à aceleração da maturação deste ser enquanto criança. Conforme explica Mello, Carneiro e Magalhães (2015, p. 269):

Em geral, estas crianças são levadas para a análise por um significativo retraimento que se estabelece com uma coloração fóbica ou depressiva e, às vezes, com sentimentos de tédio e algumas compulsões. Não raro, apresentam entraves na interação com outras crianças, tornando-se solitárias e sem pertencimento.

Desta forma, o adolescente poderá se deparar com outros de sua mesma idade que não vivenciaram a mesma estimulação exagerada, e que, naturalmente, apresentam outra forma ou velocidade de raciocinar e agir diante de determinadas situações. Aqueles que receberam cargas pesadíssimas de informações fora de hora, como um aditivo à maturação, vão acabar achando que estão acima de tudo e de todos, não se identificando com seus pares, restando-lhes, assim, o isolamento. O contrário também irá ocorrer, ou seja, a falta de tal estímulo será capaz de provocar também um desequilíbrio. A passagem do mundo infantil para a adolescência pode falhar, e o sujeito pode não encontrar um sentido para esse mundo novo que, quando não encontrado, segundo Favilli (2005, p. 2) “[...] reverte-se em patologias graves tais como anorexia, bulimia, depressão, suicídio, tóxico-dependências, esquizofrenias, pensamentos delirantes, etc”.

Vivemos em uma sociedade onde o sujeito já nasce sendo estimulado e idealizado pelos seus cuidadores a ser algo que eles, seus cuidadores, gostariam de ser, como seguir a profissão dos pais ou a que eles gostariam de ter seguido. É muito comum vermos bebês saindo da maternidade com a roupa do time de futebol dos seus cuidadores, por exemplo. São gerados incessantemente ideais de ego que se projetam sobre os infantes, num jogo traumático de excessivo apaixonamento, onde o que se espera não é que eles “existam por si”, mas que atendam aos ideais apaixonados daqueles que são responsáveis por seu cuidado e formação. Ferenczi discutiu largamente o papel traumático da “confusão de línguas” entre adultos e crianças, mostrando o quanto a língua excessivamente excitante da paixão adulta sobre as crianças pode privá-las da necessária experiência da ternura, língua na qual predomina a sustentação do outro como alteridade: alguém no caminho do vir-a-ser si mesmo.<sup>3</sup>

Tal questão, a de seguir padrões, traz a desvalorização da subjetividade própria e começa desde antes do nascimento da criança. As exigências da sociedade na qual estamos inseridos, vão induzindo ao consumo de certas performances, para as quais estão ao alcance da mão a indústria farmacêutica, mercadológica, tecnológica e a supervalorização da imagem. A criança já nasce com a ideia de que quem comanda seus passos é a sociedade que exige um padrão (marcas, grifes, estilos pré-definidos) e atrela a esse padrão a

<sup>3</sup> Note-se que o modelo de Ferenczi no que se refere ao amadurecimento psíquico difere da concepção freudiana, tendo influenciado fortemente o pensamento de Winnicott. “O distanciamento das teorias freudianas é mais profundamente marcado nesse momento quando suas concepções acerca da formação do caráter e das psicopatologias, em certa medida, deslocam a conhecida origem pulsional dos conflitos dando destaque ao confronto do ego com o ambiente. [...] uma criança se aproxima de um adulto com a ‘linguagem da ternura’ e este a compreende como a ‘linguagem da paixão’. A criança que sofre esse tipo de agressão vive um estado de confusão, com clivagem narcísica do ego.” (KEZEM, 2010, p. 26).

conquista da felicidade e do reconhecimento de “tornar-se alguém”. Segundo Bauman (2009, p. 21):

[...] ter e apresentar em público coisas que portam a marca e/ou logo certos e foram obtidas na loja certa é basicamente uma questão de adquirir e manter a posição social que eles detêm ou a que aspiram. A posição social nada significa a menos que tenha sido socialmente reconhecida – ou seja, a menos que a pessoa em questão seja aprovada pelo tipo certo de ‘sociedade’ (cada categoria de posição social tem seus próprios códigos jurídicos e seus próprios juízes) como um membro digno e legítimo – como ‘um de nós’.

O permitir que a sociedade transforme um ser naquilo que ele não chegou a desejar, o faz não pertencer ao seu próprio corpo, não se sentir real e espontâneo, condições básicas da saúde. Isso fica mais forte e evidente entre os jovens adolescentes que atravessam o seu momento de busca pela identidade e por um corpo ideal, que pode não chegar a ser um ideal para si, mas replicação de ideais que antecedem a experiência do “si mesmo” (self).

No mesmo momento em que eu estava realizando o estágio obrigatório e profissionalizante no EESCA - IAPI - onde tive experiência com uma adolescente de 17 anos, diagnosticada com depressão – realizava estágio extracurricular em uma escola particular com adolescentes entre 12 e 18 anos. Essas duas vivências em minha trajetória acadêmica me permitiram perceber a luta do adolescente na sociedade contemporânea, competitiva e “líquida”. A busca era incessante pela moda do momento, pelo eletrônico mais atual, por saber quem era o mais popular na rede social. Os jovens pareciam andar uniformizados, e não me refiro ao uniforme escolar, mas sim àquele que a mídia é capaz de impor pela indústria cultural.

O mesmo ocorre com o consumo de produtos alimentícios, quando as diferentes mídias, inclusive as mídias sociais – aparentemente mais horizontais e “cooperativas” – constroem rígidos padrões de desempenho, que os adolescentes passam a aspirar como seus horizontes de identidade e pertencimento. Com isso, os transtornos alimentares surgem avassaladores, tanto no sentido do aumento da obesidade e doenças relacionadas, quanto no aumento da bulimia e anorexia, fenômeno epidemiologicamente assustador entre os jovens.

O jovem contemporâneo pode ser visto como o jovem da modernidade líquida<sup>4</sup>, pois é aquele que tem sua identidade o tempo todo em construção. Segundo Frago (2011, p. 112) “[...] tem de ser assim, visto que a busca fugaz da felicidade exige adaptabilidade e mudança constante, portanto prender-se a uma ‘identidade’ pode ser o desfecho final de um destino infeliz”. Suas relações são mais descartáveis, onde nada se fixa, nada é estável e sim móvel, em eterna mudança e construção, conforme a exigência da sociedade. Pode-se dizer que este jovem contemporâneo vive em um vazio, o vazio de um vínculo verdadeiro e

---

<sup>4</sup> Segundo Bauman (1998, p. 92) “Em outras palavras, a modernidade é a impossibilidade de permanecer fixo. Ser moderno significa estar em movimento. Não se resolve necessariamente estar em movimento – como não se resolve ser moderno. É-se colocado em movimento ao ser lançado na espécie de mundo dilacerado entre beleza da visão e a feiúra [sic] da realidade – realidade que se enfeiou pela beleza da visão. Nesse mundo, todos os habitantes são nômades, mas nômades que perambulam a fim de se fixar. Além da curva, existe, deve existir, tem de existir uma terra hospitaleira em que se fixar, mas depois de cada curva surgem novas curvas, com novas frustrações e novas esperanças ainda não destroçadas.

profundo. Podemos pensar que, também por isso, o jovem poderá encontrar-se entediado por não conseguir efetivamente desejar uma vida para si.

Conforme coloca Ferenczi (1932, p. 64 apud BIDAUD, 2001, p. 94) “O que significa entediar-se? Ter de fazer o que detestamos e não sermos capazes de fazer o que gostaríamos. Em todos os casos uma situação de sofrimento”.

Quantos "eu" existe em mim?  
Eu poeta, eu sofredor, eu feliz.  
Chato, insensato, rebelde, bicho do mato?  
Ou eu sincero, eu crítico, eu masculino, eu feminino...  
Quantos "eu" existe em mim?  
Será o eu apaixonado, cafajeste, agressivo ou pacífico?  
Sou todos estes e no fundo ainda não sei quem sou eu.  
Quantos "eu" existe em mim?  
Eu pobre, miserável, fruto do pecado?...  
Eu milionário, estúpido, covarde?...  
Eu santo, defensor da boa ética e moral?...  
Ou "eu" sou somente "eu", tomando um cafezinho e lendo um jornal?  
Quantos "eu" existe em mim?  
Quantos "eu" existe em você?  
(D. F<sup>5</sup>., 2006, p. 98)

## 5 A CLÍNICA COM JOVENS ADOLESCENTES: A ATUALIDADE DA ATITUDE FERENCZIANA

Durante o período de realização de meu estágio no EESCA - IAPI em 2017, onde realizava atendimento de crianças e adolescentes, estava “em alta” entre os jovens um jogo de desafios, comandado pelas redes sociais, onde a última tarefa seria o suicídio, o chamado Baleia Azul<sup>6</sup>. Com isso, foi possível observar um aumento da demanda de pacientes que chegavam com sinais de automutilação, com sintomas depressivos e, entre estes, alguns com histórico de tentativa de suicídio.

Estes casos chegavam através do matriciamento<sup>7</sup>, ou através da internação/emergência psiquiátrica, quando já havia ocorrido a tentativa de suicídio. A equipe, até aquele momento, não tinha sido capaz de relacionar o aumento da demanda com o jogo. De acordo com Peixoto (2018, p. 72) “Ainda não há números que possam nos apontar a situação dos nossos jovens quanto à sua relação com esse jogo, bem como não existem provas coesas do

---

<sup>5</sup> O poema reproduzido foi retirado de um artigo baseado, segundo Chaves e Rabinovich (2010, p. 243) “[...] em pesquisa realizada sobre a história de vida de um adolescente em conflito com a lei que cometeu suicídio em 2006, e cuja memória foi suscitada por meio de entrevistas, poemas e cartas deixados pelo jovem”.

<sup>6</sup> O jogo Baleia Azul, também conhecido por *Blue Whale*, segundo Peixoto (2018, p. 72) “[...] foi, primeiramente, descrito na Rússia, em uma rede social local. O jogo dura 50 dias, com um desafio a cada dia para preparar o jogador para o grande final: o suicídio no 50º dia. O jogo é mediado por alguém do outro lado da tela do computador, que é apelidado de ‘curador’, é ele quem dita as regras e os desafios, e é para ele que o jogador deve provar que cumpriu os desafios, por foto, vídeo, ou publicação em suas redes sociais de algo subliminar que indique ao curador que a ação foi realizada”.

<sup>7</sup> O matriciamento, ou apoio matricial, é um espaço de comunicação ativa, para compartilhar conhecimentos entre profissionais de diversas áreas. É uma intervenção com o objetivo de aumentar a capacidade de resolver problemas da saúde, em equipe. Os esforços se unem para avaliar os riscos, necessidades e vulnerabilidades, com modalidade de atendimento em conjunto, através de um envolvimento de diversos profissionais da própria equipe e outros serviços.

jogo além de relatos de pessoas que afirmam que jogam ou que percebem semelhanças entre os suicídios”. Fato curioso é que, entre os motivos citados pelas pessoas que tiveram envolvimento com o jogo, o principal foi “vida social”, e a depressão não foi mencionada. Segundo Peixoto (2018, p. 75) “o jogo está intimamente relacionado com a depressão, o ‘curador’ busca essas pessoas e as fazem se sentirem com raiva, agressivas e tristes, dando-as coragem para cometer o suicídio”.

Pensou-se também na possibilidade de os pais acabarem ficando mais atentos ao comportamento de seus filhos devido à repercussão do jogo Baleia Azul, que tomava os noticiários com preocupantes informações de automutilação e suicídio praticados por seus participantes. Mas, o que se pode ter em mente, é que justamente a falta de atenção e controle por parte dos responsáveis, em relação ao uso da internet pelos jovens, é mais um fator negativo provocado pela falta de aproximação e afeto.

Muitas vezes o jovem adolescente chega ao consultório através de alguma demanda da família ou escola e, como já visto anteriormente, “rotulado”. Sua chegada à clínica se dá como uma forma de encontrar desculpas para seu comportamento, talvez, considerado fora do esperado. Há a necessidade, mas não de sua parte, de encontrar uma patologia que explique seu jeito de ser. Normalmente o jovem não procura ajuda por vontade própria, justamente por estar passando por uma fase em que é o silêncio diante da figura do adulto que parece fazer parte de sua rotina. Um dos desafios da clínica psicanalítica é saber como acessar este jovem, como promover uma aproximação e estabelecer a confiança necessária para que o trabalho seja realizado, e a melhora da qualidade de vida deste paciente seja alcançada.

As transformações da sociedade contemporânea acabam gerando sofrimento na adolescência, e a psicanálise, considerando a singularidade e subjetividade de cada indivíduo, pode contribuir nessa caminhada pela diminuição de suas angústias. Dockhorn e Macedo (2008, p. 222) dizem que o que se espera da psicanálise na atualidade é “a construção de um espaço onde o intrapsíquico é priorizado, a singularidade respeitada, e a implicação do sujeito em seu padecimento possa ser escutada”. Exatamente uma escuta que a família ou a escola, muitas vezes, não são capazes de oferecer a ele, pois o que desejam é que o adolescente esteja sempre em busca de resultados perfeitos e promissores.

Em seu estudo sobre a clínica com adolescentes, realizados com dez psicanalistas entrevistados, Ayub e Macedo (2011, p. 588) relatam a fala de um deles: “O que está caracterizando a nossa clínica da contemporaneidade? Esses adolescentes chegam atravessados pela expectativa narcisista dos pais. Só tem um lugar, o primeiro [...]”. A pressão a qual o jovem adolescente é submetido exerce grande desserviço ao emocional do sujeito, pois este não tem uma estrutura preparada para suportar tal carga, ainda mais em um momento da vida em que a pessoa experimenta diversas alterações físicas e psicológicas. Nesse sentido, a clínica deve oferecer um ambiente verdadeiramente acolhedor, onde o paciente possa sentir-se protegido e que, principalmente, não lhe pareça em momento algum que ele está ali para ser julgado, de acordo como a sociedade e/ou sua família já o julgaram.

Nesse sentido, o caráter crítico de Ferenczi ao excesso da função interpretativa do analista parece vir a calhar. Nesta direção, KEZEM (2010, p. 24) aponta que:

A interpretação não foge da pressuposta necessidade de tato em psicanálise. O analista viverá uma contínua oscilação entre o ‘sentir com’, a auto-observação e a atividade de julgamento. Talvez possamos falar de

falta de tato quando o analista exagera no ato de interpretar, atitude que Ferenczi considera como ‘fanatismo da interpretação’ e a qual ele atribui à doença infantil do analista. Propõe uma economia da interpretação, deixando, se possível, que o paciente a realize sozinho ou com ajuda mínima do analista (Ferenczi, 1928).

Além disso, a atitude clínica encontrada em Ferenczi, para os chamados “casos difíceis”, pressupõe oferecer um ambiente facilitador que atualize a experiência de familiaridade vivida nos processos de amadurecimento emocional na família, onde:

A família, como uma particularidade importante do ambiente, para Ferenczi, deve adaptar-se à criança (Ferenczi, 1928). No restrito ambiente do *setting*, cabe ao analista adaptar-se ao paciente, levando em conta que tanto o ambiente como o *setting* psicanalítico pode ser facilitador da estruturação do psiquismo ou atuar como desorganizador da mesma. Avanços e recuos faziam parte de sua habilidosa arte de experimentar. Experimentar sempre, retomar o antigo se necessário, mas não abandonar o julgamento e as autocríticas. (KEZEM, 2010, p. 25)

E foi dessa forma que conduzi meu atendimento durante o estágio curricular que realizei no EESCA do Centro de Saúde IAPI, quando atendi uma adolescente de 17 anos, a qual chamo aqui de M.

Em seu prontuário constavam sintomas depressivos crônicos, desânimo, dificuldade de fazer amizades, comportamento autolesivo no passado, tristeza, pensamentos negativos e pessimistas, mas negava ideação suicida. Contava ainda que sua mãe já havia sido internada com sintomas psicóticos e que, na ocasião, estava com depressão. Seu pai também já havia sido diagnosticado com depressão em algum momento da vida.

A psiquiatra, juntamente com minha supervisora e psicóloga do local, me questionaram se eu aceitava, então, o desafio de atender esta jovem, que inclusive tinha um histórico de faltas às consultas. Num primeiro momento fiquei preocupada em não dar conta do caso, até mesmo porque era estagiária e não tinha experiência com tal demanda.

Quando tive o primeiro contato com a paciente, ela ficou grande parte do tempo em silêncio, demonstrando desconfiança ou medo, nitidamente optando por não tomar a iniciativa de falar algo. Percebi o quanto era necessário respeitar o seu silêncio, e que forçar alguma expressão de sua parte poderia dar início a um trabalho sem sucesso. O que ficou ainda mais evidente quando, em sua pouca fala inicial, M relatou que se sentia desmotivada com a escola, com a família e com os amigos. Chegou a relatar que não gostava de sair nem de conversar com ninguém, inclusive ressaltando “que nem com psicólogos” (sic). Disse que sua mãe já a havia levado a psicólogos particulares, mas que diversas vezes faltou às sessões. Dessa forma ela me dava sinais de que poderia colaborar e aceitar o tratamento, desde que eu colaborasse, respeitando o seu tempo. Fédida (2002) faz com que Carvalho e Assis (2012, p. 167) escrevam que:

Nos desdobramentos da fala, em que tenha sido ‘respeitado o tempo do paciente’ permite-se a emergência da experiência que o paciente possivelmente ainda não conhecia, qual seja, ser escutado na liberdade do seu próprio tempo de pensamento e de expressões.

A partir desta primeira impressão, fiquei pensando qual seria a melhor maneira de conduzir a situação, e de que forma eu poderia me vincular para que ela não desistisse dos encontros. Como acadêmica, poderia acabar conduzindo o atendimento com certa precipitação, onde tudo sugere uma interpretação, e muito pouco deve ser sentido juntamente com o paciente. Kezem (2010, p. 24) chamou isto de “[...] falta de tato quando o analista exagera no ato de interpretar [...]”. Felizmente não foi como me comportei.

Primeiramente me coloquei diante dela como alguém que pudesse ouvir as suas demandas, usando a sua própria linguagem, sem que fosse preciso de sua parte traduzir. Valorizei a sua experiência de si mesma, para que ela fosse ela própria, e para que pudesse conversar comigo enquanto sua terapeuta desde um lugar de “voz própria”. Senti a necessidade de, utilizando a expressão de Ferenczi, “sentir com” a paciente, através do uso da empatia, sabendo que nem todo momento deve haver aquela busca incessante pela interpretação de significados subjacentes. De acordo com Pimentel e Junior (2009, p. 309, grifo do autor):

[...] a empatia é considerada condição prévia para a interpretação. Quando Ferenczi ([1928] 1993) propõe o tato psicológico como modalidade de escuta, ele o faz com base numa premissa: o tato – ou seja, a faculdade de *sentir com* – funciona como uma bússola para a ação do analista. Ao usar este tipo de compreensão emocional como guia durante as sessões, o analista percebe ‘quando se deve calar e aguardar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente, etc’ (Ferenczi, [1928] 1993).

Minha postura foi de acolhimento e respeito, valorizando a sua fala, reforçando nela o seu sujeito singular, sem trazer ao atendimento o relato de seus responsáveis. Este talvez seja um dos grandes temores do adolescente frente ao terapeuta, por imaginar que ele, terapeuta, possa ser um aliado de seus educadores. Ainda sobre o estudo da clínica com adolescentes, em mais uma fala de seus entrevistados, um dos grandes desafios com estes pacientes, conforme colocam Ayub e Macedo (2011, p. 597) “é acreditar que tu não vais ocupar o lugar de um educador ou de pai ou de superego e também não vais ficar na farra de um grupo de iguais e também não vais tratar como criança”.

Tive o cuidado, também, de não cair na tentação de tentar reanimar a paciente a todo custo, pois é um grande erro que podemos cometer quando estamos diante de uma pessoa deprimida. O tal do “sai dessa, tem que ter pensamento positivo” na maioria das vezes não funciona e, pelo contrário, pode causar ainda mais danos ao paciente, principalmente no caso daqueles que têm ideação suicida. Como diz Carvalho e Assis (2012, p. 168):

A lentidão de que o deprimido necessita se contrapõe à intensa sugestão ao uso de psicotrópicos e tratamentos que objetivam induzir a saída do estado depressivo. O ânimo acelerado, a que podem vir a ser acometidos, não resiste à tendência ao suicídio, isto quando não o provoca.

Sobre o acima citado, cabe fazer duas observações: primeiro, que a lentidão a que se refere o autor quer dizer sobre o tempo que o paciente necessita para ele próprio elaborar/metabolizar seu estado de desvitalidade e, ao seu tempo, progredir com o tratamento; e segundo, sobre o uso dos psicofármacos, logicamente sabemos que há casos em que se faz necessário imediatamente, mas que devem ser administrados com cautela.

Conforme explicam Carvalho e Assis (2012, p. 169) “o que tem acontecido na atualidade é uma banalização do diagnóstico da depressão e que acontece associado ao tratamento medicamentoso [...]”. No caso de minha paciente, ela estava na fila de espera para atendimento psicoterápico, e já estava sendo atendida havia alguns meses pela psiquiatria local, fazendo uso de medicação. Sua mãe, paralelamente, estava sendo assistida pela assistente social.

M relatou que só tinha uma amiga e um amigo, e dizia sentir-se diferente das meninas de sua idade. Ela era uma adolescente que se interessava por leituras e músicas clássicas. Relatou, inclusive, que já havia lido Freud, entre outros autores. Ela não se considerava bonita tampouco atraente. Dizia que não era igual às meninas de seu colégio, que elas se vestiam de forma diferente e usavam maquiagem. Me contava que se achava feia e sem graça, e que não se importava com essas coisas. Acreditava que, por isso, se sentia excluída pelos colegas de classe.

A paciente dizia que muitos não a entendiam, e achavam que o fato de ela se sentir deprimida era bobagem ou algo da idade, e que, por isso, acabava se isolando. M não queria seguir um padrão que as pessoas de seu convívio seguiam, e percebia o quanto era vista como derrotada. Seus amigos e colegas a viam como “problemática e depressiva”. Conforme Carvalho e Assis (2012, p. 157):

Diante do modo de vida contemporâneo de uma sociedade cada vez mais consumista e narcisista, em um contexto em que o sofrer ou o entristecer se encontra fora de moda, a depressão mais se assemelha a uma grande neurose contemporânea, e o sujeito ainda se vê culpabilizado por representar o fracasso no palco da vida.

A paciente relatava também que não sabia por que se sentia deprimida, e dizia que sentia um vazio que não sabia explicar. Uma espera interminável, onde o tempo parecia parar, parecia ficar suspenso. Green (1975, p. 107 apud BERNATEAU, 2006, p. 13) “define como ‘tempo morto’ o tempo característico de certos estados depressivos cujo vazio se configura como paradigma [...]”.

Essa espera por sentido era o que nitidamente parecia fazer parte do sentimento de M, pois, em uma de nossas sessões, ao pedir-lhe que desenhasse uma pessoa, ela desenhou a si mesma. No lugar da cabeça desenhou um grande ponto de interrogação, o que foi explicado por ela como a representação do vazio que estava sentindo. Isso reforçou ainda mais o cuidado e a atenção que eu precisava ter com aquela paciente que visivelmente atravessava um desinvestimento, que precisava de ajuda para encontrar/construir a si própria, e, com ela, um sentido real para sua existência.

Percebi que a partir do momento que a confiança ganhava terreno, seu silêncio começava a ser rompido. Eu sabia que não poderia me colocar diante da paciente como alguma autoridade ou detentora de um “suposto saber”, pois caso isso ocorresse, o vínculo teria grandes chances de se romper. Era preciso colocar-me ao seu lado, abstendo-me de uma possível frieza, demonstrando apoio, para que não ocorresse um afastamento de sua parte, já que com sua condição depressiva isso era bem possível de acontecer. Como explica Ferenczi (1930, p. 61 apud VERTZMAN; FERREIRA 2008, p. 54) “[...] pode-se constatar nesses casos que o paciente vê a reserva severa e fria do analista como a continuação da luta infantil contra a autoridade dos adultos [...]”. Tal autoridade, vista e sentida também como certa submissão do jovem adolescente em relação aos adultos, não



poderia ser reforçada por mim. Peres (2008, p. 199) coloca que “a atitude submissa do paciente diante do analista reforça o que em Winnicott chama-se de personalidade do tipo falso self, uma arma para se defender de um ambiente hostil”.

Por isso, a condução do atendimento deveria se dar com acolhedora cautela, pois ela não poderia ser levada a atender uma expectativa minha de “melhora” ou “progresso”, mais uma razão para que o ambiente fosse o mais confortável possível para a paciente. Tratava-se de criar uma forma de comunicação “terna”, onde o vir-a-ser si mesma tivesse espaço progressivamente, contando com o meu testemunho. Não se tratava de fomentar um movimento de “liberação” da pulsão, como se poderia pensar em termos psicanalíticos mais clássicos, mas de sustentar uma forma particular de erotismo infantil, onde o que está em jogo é a expressão de um gesto de existência que precisa encontrar acolhimento e ressonância. A isso Ferenczi denominou linguagem da ternura.

Ferenczi, com sua noção de linguagem da ternura contraposta à linguagem da paixão, ajuda-nos a pensar a ternura positivamente, como uma modalidade da vida erótica infantil, de caráter lúdico, que precede à castração e ao recalque, diferente do erotismo passional adulto e sem a conotação de restrição ou inibição da concepção freudiana. (LEJARRAGA, 2005, p. 93)

Cada vez mais, eu conseguia visualizar que a clínica do cuidado, do afeto e do “sentir com”, de base ferenciana, seria a mais eficaz, justamente pela dificuldade que muitas vezes o adolescente tem para aderir ao atendimento e “entrar em análise”. Enquanto Freud apostava numa configuração clínica que preservava um distanciamento do paciente deitado no divã, colocando-se atrás dele, levando em conta apenas o que por ele era dito, Ferenczi valorizava toda forma de expressão de seu paciente, dando à sua técnica um brilho diferenciado. Comparando as duas técnicas, Peres (2008, p. 195) dizia que “[...] uma gama de riquezas tais como expressão do olhar e tom de voz poderia passar despercebida, principalmente, se levarmos em conta a disposição espacial no cenário clínico recomendada por Freud, em 1913 [...]”.

Desta forma, então, permiti até certo ponto que ocorresse a relação transferencial, me colocando no lugar do outro, permitindo a aproximação com cuidado e ética, evitando um sofrimento desnecessário da paciente. Ferenczi introduziu uma espécie de um novo paradigma no campo das relações terapêuticas, pois ele trouxe uma nova lógica de cuidado, estabelecendo um olhar mais terno para o atendimento.

A clínica ferenciana vê a relação transferencial como importante ferramenta no manejo do atendimento. Através dela o terapeuta “empresta” o seu corpo, no qual o paciente pode depositar suas angústias e encontrar a acolhida necessária para a difícil travessia. Berlinck (2008) levou Carvalho e Assis (2012, p. 166) a colocarem que o paciente “necessita, assim, de um ‘leito placentário’, um ambiente próprio, que consiste na primeira condição ao tratamento. Caso não seja este suficientemente cavernoso, seguro, o paciente nessa situação poderá sentir-se ameaçado, inseguro e em estado de desamparo.”

E foi dessa forma que trabalhei para uma boa evolução de M, justamente por não criar entre nós um abismo intransponível. Em se tratando de um caso de depressão em adolescente, que já chega ao consultório fragilizado, o respeito pelo seu silêncio e sua singularidade foram primordiais para o avanço terapêutico. O “sentir com” a paciente foi capaz de valorizar cada momento de nossas sessões, indo na direção contrária de uma

sociedade que banaliza a depressão, e que, também, é cada vez mais exigente quanto à padronização de comportamentos, mesmo aqueles considerados “saudáveis”. A acolhida da jovem fez com que ela desse um novo significado para o seu sofrimento. Progressivamente, M foi voltando a interessar-se por existir, ou seja, abrindo-se ao vazio do vir-a-ser como possibilidade e não mais como abismo.

Depois de um tempo, M me relatou que já estava conseguindo estabelecer algumas amizades, além de realizar algumas atividades que antes lhe pareciam impossíveis, como passear no shopping e no parque. Passou a considerar a possibilidade de um maior convívio social, e já conseguia esboçar, timidamente, algumas metas para o futuro, como o ingresso em uma faculdade. Junto com o meu encerramento de estágio, M completou seus 18 anos, e, com isso, foi encaminhada para a “área adulta” para seguir com seu tratamento. Eliane Brum<sup>8</sup>, ao escrever sua crônica sobre depressão, nos faz reforçar a ideia de que o sujeito precisa, muito antes da medicalização corrente nos nossos dias, ter sua fala valorizada e sua singularidade respeitada.

Acreditar que a epidemia mundial de depressão pode ser erradicada com pílulas é afirmar que no nosso mundo nada falta. E um pouco mais grave que isso: é acreditar não apenas que é possível atingir uma vida em que nada falte, como atingi-la é uma mera questão de adaptação, pró-atividade e saúde. No âmbito do indivíduo, tratar a depressão apenas com medicamentos é tornar ilegítima a sua dor. É dizer ao depressivo que o que ele sente não merece ser ouvido porque é produto apenas de uma disfunção bioquímica. É reforçar a crença de que o depressivo não tem nada a dizer sequer sobre ele mesmo. É cristalizar o estigma. Sem contar que tentar calar os sintomas da depressão à custa de remédios leva ao embotamento da experiência, ao esvaziamento da subjetividade. O que se sente é silenciado – e não elaborado. E, ainda que alguém achasse que vale a pena se anestesiar da condição humana, o efeito do remédio, como bem sabemos, é temporário. (Eliane Brum, 2009, O que a depressão pode nos dizer sobre o mundo onde vivemos?)

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Andamos na contramão de nós mesmos. Corremos na direção contrária de nosso amadurecimento. Nossa saúde física e psíquica nunca estiveram tão fragilizadas, a tal ponto de não sermos capazes de enxergar que o que fazemos com nós mesmos hoje, é o que nos deixará muito mais fragilizados amanhã.

Não poderíamos querer outro desfecho diferente deste que temos hoje. Um aumento assustador da depressão entre jovens adolescentes, em todo o mundo. Vestimos, comemos e bebemos as fantasias que os produtos vendem. Vivemos com a preocupação de como vamos nos colocar na vitrine, sem nos importarmos se o que realmente temos a apresentar condiz com a experiência sensível que temos de nós mesmos. Externamos a representação de um outro eu, e não a nossa própria representação, aquela que deveria emergir de nosso “self”, a experiência sensível e concreta de “ser alguém” na vida.

Entristecer-se é estar fora dos padrões. O julgamento da tristeza e do fracasso alheio só faz afundar ainda mais na depressão aquele que nela se encontra mergulhado, sem saber o

---

<sup>8</sup> Eliane Brum é repórter especial da revista *Época*, integrada a equipe da revista desde 2000. Ganhou mais de 40 prêmios nacionais e internacionais de Jornalismo. É autora do livro “A Vida Que Ninguém Vê” (Arquipélago Editorial, Prêmio Jabutti 2007) e “Olho da Rua” (Globo).

que fazer para pedir ajuda. Muitas vezes a pessoa se sente impedida de pedir auxílio, pois sente vergonha de se mostrar infeliz e fragilizada, num mundo onde a felicidade expressa é o que está na moda. O que se esconde por trás de um sorriso? Por que motivo estou sorrindo, e para quem é preciso sorrir, senão para mim mesmo?

O jovem, que foi atropelado por aquilo que carregou de sua infância, quando de suas falhas parentais e de vínculo, apenas teve que lutar para ser aquilo que seus pais ou cuidadores não conseguiram ser, ou aquilo que a sociedade disse que seria melhor. Na verdade, nem lutou, apenas embarcou na onda artificial que o fez surfar, sem sequer ter desejado entrar no mar.

O afeto, o cuidado e a empatia parecem não fazer mais parte do repertório de uma sociedade cada vez mais individualista. Por isso se nota que essa mudança deve ocorrer, ao menos, na clínica. A clínica do afeto, do cuidado e da empatia, que tem como base a obra de Ferenczi, poderá ter a capacidade de reconstruir aquele ambiente que deveria ser encontrado no processo de amadurecimento humano. Se a pessoa conseguir chegar à clínica, afetada pelas falhas parentais e adoecida pela sociedade contemporânea, é com esse manejo que o psicólogo conseguirá, ou tentará, construir condições mais favoráveis para a diminuição do sofrimento e reabertura das potências do existir humano.

Deverá passar pelo profissional terapeuta uma condução do tratamento com mais tato, despindo-se da ideia de ter que interpretar a todo momento. Deverá fugir do pensamento de que tudo que emana do paciente é interpretável, colocando-se em seu lugar, deixando-se atravessar pelas dores do paciente, ajudando a significá-las. Uma postura mais humana e menos distanciada poderá render muitos benefícios ao tratamento, e isso passa pela valorização de um espaço onde terapeuta e paciente sintam-se integrados num ambiente lúdico de criação de sentidos, a partir da vivência concreta de um encontro.

O adolescente, que sobrevive em meio a isso tudo, confuso com as alterações que essa fase da vida implica, se vê perdido, e pode se tornar uma vítima fácil para uma sociedade que contribui para o surgimento de diversas patologias. Por isso, deve encontrar na clínica alguém que lhe possa escutar com interesse e abertura, condição para despertar-lhe o desejo de continuidade da existência, como referia Winnicott. Alguém com quem inventar uma terceira língua, entre a língua da ternura (infantil) e da paixão (adulta), uma língua própria com a qual possa escrever sua própria história.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Pâmela Nische; RATTO, Cleber Gibbon. **Clinicultura: Um Ensaio Sobre a (trans)Formação dos Modos de Ver e Escutar**, n. 14, p. 01-22, 2014. Referência obtida via base de dados Alegrar. Editorial Revista Alegrar. Disponível em: [http://www.alegrar.com.br/revista14/pdf/clinicultura\\_alves\\_ratto\\_alegrar14.pdf](http://www.alegrar.com.br/revista14/pdf/clinicultura_alves_ratto_alegrar14.pdf). Acesso em: 09 abr. 2018.

ANDRADE, Nara Saade et al. **DROGA E ADOLESCÊNCIA**, p. 1-9, 2014. Referência obtida via base de dados Psicologia.pt. O Portal dos Psicólogos. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0832.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2018.

AYUB, Renata Cardoso Plácido; MACEDO, Mônica Medeiros Kother. **A Clínica Psicanalítica com Adolescente: Especificidades de um Encontro Analítico**, v. 31, n. 3, 582-601, 2011. Referência obtida via base de dados Scielo. Psicologia: Ciência e Profissão.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932011000300011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300011). Acesso em: 02 mai. 2018.

BAUMAN, Zygmunt. **Arte da vida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

BAUMAN, Zygmunt. **O MAL-ESTAR DA PÓS-MODERNIDADE**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BERNATEAU, Isée. **CONGELAR O TEMPO: A TENTATIVA ADOLESCENTE DO TEMPO IMÓVEL**, v. 48, n. 1, p. 9-24, 2016. Referência obtida via base de dados Pepsic. Tempo Psicanalítico. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v48n2/v48n1a02.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2018.

BIAZUS, Camila Baldicera; RAMIRES, Vera Regina Röhnelt. **DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA: UMA PROBLEMÁTICA DE VÍNCULOS**, v. 17, n. 1, p. 83-91, 2012. Referência obtida via base de dados Redalyc. Psicologia em Estudo. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287123554010>. Acesso em: 01 jun. 2018.

BIDAUD, Eric. **Depressão adolescente e tempo vivido: uma abordagem do tédio**, v. 6, n. 11, p. 92-103, 2001. Referência obtida via base de dados Pepsic. Estilos da Clínica. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282001000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282001000200010). Acesso em: 03 jun. 2018.

BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BRUM, Eliane. **O depressivo na contramão: O que a depressão pode nos dizer sobre o mundo em que vivemos?** Revista Época, 2009. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,ERT107441-15230-107441-3934,00.html>. Acesso em: 16 jun. 2018.

CARVALHO; Daura Cândida Pereira Carvalho. ASSIS, Maria de Fátima Pessoa de. **A DEPRESSÃO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA: RESSONÂNCIAS DA ATUALIDADE**, v. 20, n. 2, p. 153-171, 2006. Referência obtida via base de dados UFG. Perspectivas em Psicologia. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/viewFile/37222/19669>. Acesso em: 12 jun. 2018.

CERVO, Armando Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; DA SILVA, Roberto. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHAVES, Roberta Arueira; RABINOVICH, Elaine Pedreira. **Voz da poesia, vozes do poeta: um jovem em conflito com a lei**, v. 18, n. 1, p. 243-254, 2010. Referência obtida via base de dados Pepsic. Temas em Psicologia. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2010000100020](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000100020). Acesso em: 05 jun. 2018.

COSTA, Keilla Renata. **Sándor Ferenczi**. Referência obtida via base de dados Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/biografia/sandor-ferenczi.htm>. Acesso em: 17 de junho de 2018.

DOCKHORN, Carolina Neumann de Barros Falcão; MACEDO, Mônica Medeiros Kother. A COMPLEXIDADE DOS TEMPOS AUTAIS: Reflexões psicanalíticas, v. 26, n. 54, p. 217-224, 2008. Referência obtida via base de dados PUCPR. Revista Argumento e Psicologia. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA/pdf/?dd1=2496>. Acesso em: 12 jun. 2018.

FAVILLI, Myrna Pia. **O agir criativo: o adolescente que se faz adulto**, 2005. Referência obtida via base de dados Scielo. Simp. Internacional do Adolescente. Disponível em: [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=msc000000082005000100012&script=sci\\_arttext](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=msc000000082005000100012&script=sci_arttext). Acesso em: 01 jun. 2018.

FERENCZI, Sandòr. **Confusão de língua entre os adultos e a criança**. Obras completas Vol.4. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FRAGOSO, Tiago de Oliveira. **Modernidade líquida e liberdade consumidora: o pensamento crítico de Zygmunt Bauman**, n. 1, p. 109-124, 2011. Referência obtida via base de dados Periódicos Ufpel. Revista Perspectivas Sociais. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/percsoc/article/viewFile/2344/2197>. Acesso em: 01 jun. 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GROISMAN, Moisés; KUSNETZOFF, Carlos. **Adolescência e Saúde Mental**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

KEZEM, Jane. **Ferenczi e a psicanálise contemporânea**, v. 44, n. 2, p. 23-28, 2010. Referência obtida via base de dados Pepsic: Revista Brasileira de Psicanálise. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486-641X2010000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2010000200004). Acesso em: 19 mar. 2018.

KUPERMAN, Daniel. Jornal da Psicanálise. **Presença sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott**, v. 41, n. 75, p. 75-96, 2008. Referência obtida via base de dados Pepsic. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352008000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352008000200006). Acesso em: 17 mar. 2018.

LARROSA, J. **A Operação Ensaio: sobre o ensaiar e o ensaiar-se no pensamento, na escrita e na vida**, v. 29, n. 1, p. 27-43. Referência obtida via base de dados SEER-UFRGS. Revista Educação e Realidade. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/25417/14743>. Acesso em 02 abr. 2018.

LEJARRAGA, Ana Lila. **SOBRE A TERNUNA, NOÇÃO ESQUECIDA**, v. 10, n. 19, p. 87-102, 2005. Referência obtida via base de dados Pepsic. Interações. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/inter/v10n19/v10n19a05.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2018.

LEVY, Ruggero. O ADOLESCENTE. In: EIZIRIK, Cláudio Laks; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira (Org.). **O CILCO DA VIDA HUMANA: UMA PERSPECTIVA PSICODINÂMICA**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

MARCELLI, Daniel; BRACONNIER, Alain. **Adolescência e Psicopatologia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; CRUZ, Marcelo S., **O adolescente e o uso de drogas**, v. 22, n. 2, p. 32-36, 2000. Referência obtida via base de dados Scielo. Rev. Bras. Psiquiatr. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000600009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600009). Acesso em: 12 abr. 2018.

MELLO, Renata; CARNEIRO, Terezinha Féres; MAGALHÃES, Andrea Seixas. **A maturação como defesa: uma reflexão psicanalítica à luz da obra de Ferenczi e Winnicott**, v. 18, n. 2, p. 268-279, 2015. Referência obtida via base de dados Scielo. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142015000200268&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142015000200268&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 15 mai. 2018.

OLIVEIRA, Daniela Machado de; FULGENCIO, Leopoldo Pereira. **Contribuições para o estudo da adolescência sob a ótica de Winicott para a Educação**, v. 16, n. 1, p. 64-80, 2010. Referência obtida via base de dados Pepsic. Psicologia em Revista. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682010000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682010000100006). Acesso em: 21 abr. 2018.

OMS, Organização Mundial de Saúde, 2017. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5417:mais-de-12-milhao-de-adolescentes-morrem-por-causas-evitaveis-a-cada-ano&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5417:mais-de-12-milhao-de-adolescentes-morrem-por-causas-evitaveis-a-cada-ano&Itemid=820). Acesso em: 20 mai. 2018.

ONUBR, Nações Unidas do Brasil, 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de-pessoas/>. Acesso em: 10 mar. 2018.

PEIXOTO, Kamila Joyce Lucas. **POPULARIDADE ENTRE OS JOVENS BRASILEIROS DO “JOGO DO SUICÍDIO”**: BALEIA AZUL E SUA ACEITAÇÃO, v. 8, n. 2, p. 71-78, 2018. Referência obtida via base de dados PROEX/UFRN. Revista Extensão & Sociedade. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/extensaoesociedade/article/download/11859/pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

PERES, Francine Simões. **Sándor Ferenczi**: fragmentos de uma clínica do afeto, n. 21, p. 193-207, 2008. Referência obtida via base de dados CPRJ. Cad. Psicanál. Disponível em: [http://cprj.com.br/imagenscadernos/caderno21\\_pdf/12Cadernos%20n.%2021\\_S%C3%A1ndor%20Ferenczi.pdf](http://cprj.com.br/imagenscadernos/caderno21_pdf/12Cadernos%20n.%2021_S%C3%A1ndor%20Ferenczi.pdf). Acesso em: 16 jun. 2018.

PIMENTEL, Perla Klatau de Araujo; JUNIOR, Nelson Coelho. **ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DA EMPATIA EM CASOS DE SITUAÇÕES LIMITE**, v. 21, n. 2, p. 301-314, 2009. Referência obtida via base de dados Scielo. Psicologia Clínica. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652009000200004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652009000200004&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 13 jun. 2018.

SANCHES, Gisela Parana. A Psicanálise pode ser diferente. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

VERTZMAN, Julio Sérgio. FERREIRA, Fernanda Pacheco. **O uso do afeto na obra de Sándor Ferenczi**, n. 21, p. 45-78, 2008. Referência obtida via base de dados CPRJ. Cad. Psicanál. Disponível em: [http://cprj.com.br/imagenscadernos/caderno21\\_pdf/4Cadernos%20n.%2021\\_O%20uso%20do%20afeto%20na%20obra%20de%20S%C3%A1ndor%20Ferenczi.pdf](http://cprj.com.br/imagenscadernos/caderno21_pdf/4Cadernos%20n.%2021_O%20uso%20do%20afeto%20na%20obra%20de%20S%C3%A1ndor%20Ferenczi.pdf). Acesso em: 14 jun. 2018.