

A demanda por psicoterapia na adolescência: a visão dos pais e dos filhos

Flávia Angelo Verceze

Maíra Bonafé Sei

Carla Maria Lima Braga

Universidade Estadual de Londrina

Resumo: Objetivou-se investigar, por meio de uma pesquisa qualitativa, a demanda por psicoterapia de adolescentes junto a um serviço-escola de Psicologia, no olhar de pais e adolescentes envolvidos nos atendimentos. Foram consultados dados dos adolescentes atendidos, incluindo a queixa trazida pelos pais no momento da triagem, comparando-os aos relatos dos estagiários responsáveis pela psicoterapia para melhor compreensão dos sintomas dos adolescentes e suas necessidades. Observou-se que as queixas apresentadas pelos pais, relativas a questões como o desempenho acadêmico, não apresentavam grande consonância com as queixas dos próprios adolescentes, aspecto que aponta para uma dificuldade dos pais em compreenderem seus filhos e para o papel que a psicoterapia pode ter um junto a esta população.

Palavras-chaves: Adolescência; sintomas; psicoterapia; Winnicott.

The demand for psychotherapy in adolescence: the view of parents and children

Abstract: *This study aimed to investigate, through a qualitative research, the demand for psychotherapy of adolescents with a service-School of Psychology, in the eyes of parents and adolescents involved in attendance. It were consulted data from adolescents attended, including the complaint brought by the parents at the time of triage, comparing them to the reports of the interns responsible for psychotherapy for better understanding the symptoms of adolescents and their needs. It was observed that complaints made by parents, concerning issues such as academic performance, did not present great consonance with the complaints made by adolescents themselves, an aspect that points to the parents' difficulty to understand their children and to the role that psychotherapy can have with this population.*

Key-words: *Adolescence; symptoms; psychotherapy; Winnicott.*

Introdução

Os problemas da adolescência são compreendidos por Winnicott (1961/2001) como inerentes à saúde, referindo-se à imaturidade e às mudanças no processo da puberdade. Diante dos conflitos suscitados na adolescência, Winnicott afirma que os adolescentes estão preocupados com o fato de como se sentirem reais e como *ser* alguém em algum lugar.

Para alcançar a fase adulta, o indivíduo deve passar por um processo de desenvolvimento normal, começando o seu caminho da estaca zero, na descoberta de saber quem é ele. O adolescente busca uma cura imediata para as suas angústias, mas ao mesmo tempo rejeita todas as “curas” que encontra, pois as considera falsas, talvez por não serem suas próprias soluções para as suas angústias. Winnicott denomina este período de busca de ‘zona de calmarias’ (Winnicott, 1961/2001) compreendendo-a como uma fase na qual os adolescentes sentem-se fúteis e ainda não se encontraram. Questiona se a sociedade em questão está pronta para esperar, juntamente com seus adolescentes, este momento das ‘calmarias da adolescência’ passar sem atropelos, sem agir ativamente a ele, sem a tentativa de ‘curar’ o adolescente, mas de ir ao encontro deste.

Na adolescência há uma mistura de comportamento de rebeldia e de dependência. Nesta etapa, os pais vivenciam toda a agressividade em um momento e, em outro, os filhos parecem crianças, manifestando padrões de dependência que lembram os primeiros anos de vida. Quanto às necessidades manifestadas pelos adolescentes, pode-se elencar as seguintes necessidades: evitar a falsa solução para os seus problemas; sentir-se real, ou de não tolerar a falta de sentimento; ser rebelde em um contexto que também possa ser acolhido quando dependente; afrontar a sociedade (Winnicott, 1961/2001). Estas necessidades vêm de encontro com a luta que o adolescente vive consigo mesmo.

Por outro lado, a imaturidade irresponsável do adolescente pode ocasionar benefícios a toda a sociedade e não apenas problemas. Traz aspirações, idealismo e o pensamento criativo que, de certa forma, apresenta o novo à sociedade. Como ainda não estabeleceram a desilusão por completo, apresentam soluções criativas para experimentar a liberdade de pensar e reformular ideias já constituídas pela sociedade. Neste sentido, lança desafios que devem ser enfrentados pela sociedade e, para Winnicott (1975, p. 202) "onde houver um desafio do rapaz e da moça em crescimento, que haja um adulto para aceitar o desafio. Embora ele não seja belo, necessariamente".

Tem-se uma necessidade saudável do adolescente de não conformidade e uma preocupação real de estar no mundo e fazer parte dele. Os adolescentes sofrem com as decepções que vão tendo à medida que crescem e se aproximam do mundo adulto, decepções com os seus pais e com a sociedade. Além de suas próprias mudanças relativas à puberdade, devem tolerar suas mudanças no que se referem as suas próprias ideias sobre a vida.

Mesmo que os pais tenham cumprido de forma satisfatória a tarefa de cuidar de seus filhos enquanto pequenos, certas dificuldades são inerentes aos estágios posteriores. Para Winnicott (1968/1999), o adolescente pode estar em concordância com as regras familiares, mas na sua fantasia inconsciente crescer é um ato agressivo. E este sentimento assusta, uma vez que aquilo que estava no plano da fantasia pode se tornar

realidade concreta: um poder de destruir, de matar, enlouquecer com drogas ou suicidar-se. A agressividade, assim como a sexualidade, assusta o adolescente na potência inicial. O adolescente, neste momento, pode tanto matar como engravidar alguém, estes atos saem do plano da fantasia para a possibilidade real (Winnicott, 1975).

Como exposto, Winnicott questiona se a sociedade está preparada para esperar a calma da adolescência acontecer, com tolerância, reagindo e acatando aos desafios, mas sem a tarefa de curá-la. Afirma ainda que os maiores desafios colocados pelos adolescentes aos adultos atinge aquela parte de dos indivíduos que não viveu em verdade sua própria adolescência. Desta forma, o adulto privado de sua própria adolescência não gosta de ver meninos e meninas florescendo ao seu redor.

Deve-se considerar a dificuldade *de estar com* adolescentes que lutam para libertar-se. A sua alternância de estado de humor e de comportamento deixa também os adultos confusos sem um espaço para comunicação. Estas alternâncias dizem respeito a sentimentos opostos, muitas vezes no mesmo dia, como amar e odiar os pais; ser rebelde e ao mesmo depender intensamente deles; sentir envergonhado da mãe ou do pai e, em outro momento, reconhecê-los em público; ser idealista, amante da arte, da música e criticar em demasia as atitudes dos pais, ser desinteressado, algumas vezes e altamente controlador em outras; ser extremamente rigoroso moralmente quando diz respeito aos seus pais e exigir flexibilidade. Estas flutuações são consideradas normais quando são vividas pelos adolescentes na época em que são adolescentes. Para que estas questões sejam vividas plenamente, os adolescentes necessitam dos adultos que deem uma sustentação que facilitem essa passagem da vida de criança para a vida adulta.

Apesar de todo o isolamento e o conseqüente processo natural de afastamento da família em busca de si mesmo, o adolescente necessita do acolhimento familiar para as suas descobertas. Com relação a esta situação, Winnicott aponta "é um sofisticado jogo de esconder em que é uma alegria estar escondido, mas um desastre não ser achado" (1963/1983, p. 169).

Esta proposta teórica na qual este trabalho se apoia afirma que muitas das dificuldades encontradas nos adolescentes dizem respeito aos seus conflitos e seu processo de identificações, conflitos que se apresentam dentro do campo da saúde, pois o crescimento traz questionamentos de si. Muitas das dificuldades são amenizadas se o adolescente encontra ambiente favorável aos seus questionamentos e mudanças. O ambiente, muitas vezes, vive constantes ataques por parte dos adolescentes e o entendimento da família e da escola é que os adolescentes são difíceis e apresentam uma série de queixas de seus comportamentos e mudanças, muitas vezes resultando em tratamentos medicamentosos, abandono afetivo ou travando uma batalha diária nas famílias.

A partir deste panorama, que discorre, por um lado, sobre o processo de adolescência e suas implicações e, por outro, sobre a capacidade da família e ambiente em geral que circunda o adolescente em acolhê-lo nesta etapa de vida, almejou-se conhecer as queixas trazidas pelos adultos quanto aos seus filhos adolescentes diante de uma demanda de psicoterapia junto a um serviço-escola de Psicologia, em contrapartida com a aquilo que é trazido pelo próprio adolescente.

Método

Este estudo pautou-se no paradigma da pesquisa qualitativa, compreendendo-se que nesta modalidade de investigação, o distanciamento e a neutralidade do pesquisador não são priorizados, pois são produtos da investigação juntamente com o pesquisado (Turato, 2005). Há uma postura de uma escuta clínica do indivíduo e do grupo, privilegiando a presença do pesquisador e a sua participação efetiva, sem desconsiderar os fenômenos da transferência e contratransferência que permeiam o campo.

Participaram desta pesquisa adolescentes entre 12 a 17 anos, atendidos em psicoterapia de orientação psicanalítica, a partir do referencial winnicottiano. Os atendimentos foram realizados em um serviço-escola de Psicologia, com frequência semanal e duração aproximada de 50 minutos.

Quanto à apresentação e análise dos dados, foram organizados os principais dados dos adolescentes atendidos, com as seguintes informações: dados de identificação, tais como data de nascimento, idade, data de triagem, início do tratamento, número de sessões, encaminhamento, uso de medicamento, queixa na data da triagem, diagnóstico médico. Posteriormente, foram consultados os dados advindos dos relatos dos estagiários a partir dos casos atendidos pelos mesmos para uma compreensão dos sintomas dos adolescentes e de suas necessidades.

No que concerne os aspectos éticos envolvidos na investigação desenvolvida, ressalta-se que o presente trabalho insere-se dentro do projeto de pesquisa "A clínica winnicottiana: um estudo sobre a teoria do amadurecimento emocional e o manejo clínico", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, a partir do parecer n° 237/2010.

Resultados e Discussão

Dentro da amostra estudada, 79% são do sexo feminino e 21% do sexo masculino, a maioria de idade aproximada de 16 anos. 64% fazia uso de medicação durante o período analisado. O número de sessões psicoterapêuticas realizadas variou de 5 sessões a 65.

Quanto às queixas trazidas pelos pais, foram apontadas as seguintes questões: dificuldade no âmbito escolar decorrente de problemas da aprendizagem e/ou de comportamento, transtornos alimentares, mau comportamento, depressão, insegurança, retração, problemas de relacionamento familiar, falta de higiene pessoal, hetero e autoagressão, comportamentos antissociais, como furtos, mentiras, uso de drogas, comportamento sexual exacerbado.

Para análise do material clínico advindo dos relatos dos estagiários, optou-se por escolher quatro casos para uma compreensão mais aprofundada acerca das queixas trazidas pelos pais e/ou responsáveis destes em comparação com as demandas explicitadas pelos próprios adolescentes. Escolheu-se tecer considerações gerais sobre o caso seguidas de uma discussão acerca do material clínico exposto.

Caso A

Considerações gerais

A é do sexo feminino e tinha 16 anos quando iniciou o atendimento. Foi encaminhada por um projeto neuropsicopedagógico que a diagnosticou com prejuízo de ordem cognitiva, com limitação intelectual tanto na área verbal quanto na não verbal. A queixa inicial trazida pela mãe era dificuldades na escola, ansiedade e comportamento de comer compulsivamente. Fazia uso de medicamentos anticonvulsivos, antialérgicos e inibidores de apetite.

O atendimento consistiu em escuta terapêutica, além de alguns recursos mediadores da comunicação no *setting* terapêutico, como por exemplo, o desenho-história (Trinca, 1997) e desenho-história com tema (Aiello-Vaisberg, 1997). No que se refere ao desenho-história com tema, tem-se um recurso que se configura como uma adaptação de um instrumento, o desenho-história, originalmente delineado para a investigação clínica da personalidade. Na versão adaptada, solicita-se que o indivíduo realize um desenho com um tema determinado. Em seguida, pede-se ao examinando que conte uma história a partir daquele desenho (Aiello-Vaisberg, 1997).

Ao longo do atendimento foram percebidas melhoras no que se refere ao controle da ansiedade e no comportamento compulsivo relacionado. Porém o mau desempenho escolar não se alterou, culminando em uma reprovação no final do ano. Nas últimas sessões do ano a terapeuta observou uma postura diferente por parte da adolescente, que passou a verbalizar mais sobre suas vivências e seus sentimentos frente as suas dificuldades.

Discussão

Tal caso assemelha-se a muitos outros atendidos pelo projeto em questão, no que se refere à queixa inicial, a questão escolar. Entretanto apresenta como diferença dos demais que tal queixa não foi apenas apresentada pelos pais, mas também pela adolescente que se sentia muito deprimida por não conseguir melhorar nos estudos.

Outro diferencial do caso é a presença do distúrbio de ingestão apresentado pela adolescente. De acordo com Winnicott (1990), a alimentação não se estabelece simplesmente a partir de reflexos. Assim para o estudo de tal tema são necessários a cooperação e o entendimento dos aspectos somáticos e dos aspectos psicológicos. Ainda segundo tal autor, os distúrbios alimentares estão relacionados ao início da vida do indivíduo e a maneira como seu ambiente lidou com o período de lactância.

Informações sobre o princípio da vida do indivíduo são importantes para uma compreensão mais aprofundada de cada situação, que implica na escolha de diferentes estratégias e posicionamentos por parte do terapeuta. Contudo, nem sempre o terapeuta consegue obter tal tipo de informação. No presente caso, A justificava seu comportamento de comer compulsivamente devido a uma grande ansiedade. Para Winnicott (1990), a ansiedade não é o anormal. O anormal é a incapacidade do indivíduo de utilizar várias defesas, ou a tendência especial para utilizar uma única. Assim podemos supor um atraso no desenvolvimento emocional de A, pois esta não apresenta um padrão pessoal na organização das defesas contra as ansiedades que é esperado que aconteça no indivíduo adolescente.

Caso B

Considerações gerais

B é do sexo masculino, tinha 16 anos quando iniciou o atendimento e não fazia uso de medicamentos. A queixa inicial foi trazida pelo pai, que consistia em mal relacionamento com a mãe. Os pais de B são separados e o adolescente possui muita mágoa em relação a esta, além de apresentar comportamentos considerados antissociais, como mentiras e pequenos furtos.

O atendimento consistiu em escuta terapêutica, além de alguns recursos mediadores da comunicação no *setting* terapêutico, como por exemplo, o desenho-história (Trinca, 1997) e desenho-história com tema (Aiello-Vaisberg, 1997) anteriormente apresentados. Também apresentou dificuldade de relacionamento na escola, chegando a se envolver em brigas. Depois disto começou a desenvolver um quadro depressivo e passou a ter ideações suicidas. Passou a ser acompanhado por um psiquiatra e a fazer uso de medicação para controlar seus sintomas. Nas últimas sessões do ano manifestou desejos de morar sozinho e relatou uma melhora em seus sintomas quando seguia de forma correta o acompanhamento psiquiátrico e psicológico.

Discussão

Tal caso apresenta um diferencial dos outros apresentados, tendo em vista a questão de quem busca o atendimento para o filho é o pai e não a mãe. A este respeito podemos elencar algumas reflexões, como por exemplo, qual seria o papel exercido por esta mãe e por este pai e qual o vínculo do filho com ambos. Segundo dados do terapeuta, o pai exercia a função de cuidador, enquanto a mãe se fazia ausente e negligente desde o início da vida de B. O que nos leva a entender a mágoa sentida por B em relação a sua mãe, que pode estar relacionada ao desenvolvimento de sua depressão e posteriormente a suas ideações suicidas.

Vale indicar, no entanto, que a presença do quadro depressivo de B não necessariamente indica algo completamente negativo. Na visão de Winnicott (1963/1999), a depressão tem seu valor, isto é, a pessoa só é capaz de sentir-se deprimida se esta se tornou uma unidade, se é capaz de sentir o “eu sou”. Ou seja, seu ambiente foi capaz de lhe proporcionar o progresso do processo maturacional inato do indivíduo. No entanto, também é claro que as pessoas deprimidas sofrem, podendo machucar a si mesmas e por isso devem ser acompanhadas e tratadas. Ainda segundo Winnicott (1963/1999),

A depressão nos indivíduos saudáveis, geralmente é um estado de humor passageiro, que se relaciona com o luto, com a capacidade de sentir culpa e com o processo de maturação. A depressão sempre implica força do ego; assim, tende a sumir e a pessoa deprimida tende a se recuperar para a saúde mental. (p. 62)

O presente caso parece demonstrar esta característica da depressão defendida por Winnicott. Assim com o devido acompanhamento da terapeuta e da medicação, B estava conseguindo superar seus sintomas depressivos e apresentando queixas mais relacionadas à adolescência, ou seja, voltando a um estado de saúde.

Caso C

Considerações gerais

C é do sexo masculino e tinha 16 anos quando iniciou o atendimento. Tinha o diagnóstico de dislexia e de outros transtornos de aprendizagem. Já frequentava atendimento psicopedagógico, quando a mãe procurou o atendimento psicológico. Não fazia uso de medicamentos. A queixa inicial apresentada pela mãe indicava a presença de constantes mentiras e pequenos furtos.

O atendimento consistiu em escuta terapêutica, além de alguns recursos mediadores da comunicação no *setting* terapêutico, como por exemplo, o desenho-história, jogo do rabisco (Winnicott, 1964-1968/1994), entre outros, devido à dificuldade do paciente em se comunicar por meio do discurso verbal. Durante o atendimento apresentou sintomas de conteúdo persecutório, como sonhos e alucinações visuais. Nas últimas sessões da psicoterapia C já conseguia manter maior contato verbal com a terapeuta.

Discussão

Este caso assemelha-se aos outros na questão da queixa inicial. Isto é, quase todos os adolescentes que buscaram o atendimento no serviço-escola de Psicologia vieram encaminhados por apresentarem problemas de aprendizado e dificuldades na escola. Tal queixa geralmente é uma demanda dos pais e não apresenta muita concordância com os sintomas apresentados pelos filhos adolescentes.

Entretanto C foi um caso atípico, pois apresentou sintomas de conteúdo persecutório, como sonhos e alucinações visuais, que não são característicos de uma estrutura neurótica. Desta maneira, segundo o relato da terapeuta a psicoterapia de C se diferenciou um pouco das demais, já que apresentava, no início, muita dificuldade de se comunicar verbalmente e um comportamento muito regredido. Assim muitas de suas sessões consistiam em jogos e brincadeiras.

Tal panorama fez com que a terapeuta levantasse a hipótese de uma estrutura afastada da neurose, talvez *borderline*. Este tipo de organização da personalidade é definido por Winnicott (1968/1994, p. 172) como

o tipo de caso em que o cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas ele possui sempre suficiente organização psiconeurótica para ser capaz de apresentar uma psicose ou transtorno psicossomático quando a ansiedade psicótica central ameaça irromper de forma grosseira.

Para um apontamento mais aprofundado acerca do quadro psicopatológico apresentado pelo adolescente, pensa-se que seria interessante empreender uma investigação acerca do início da vida de C. Ademais, nestes casos o trabalho do terapeuta se diferencia daquele que trabalha com o paciente neurótico. Neste sentido, o paciente *borderline* é aquele que vive próximo a uma fronteira que separa a psicose da neurose, de maneira que a psicoterapia, compreendendo as intervenções verbais e o próprio manejo do terapeuta em geral na sessão devem ser adequados a esta condição.

Acredita-se que diante de um quadro *borderline*, é necessário que o terapeuta tenha uma postura menos interpretativa e realize um holding característico da fase inicial do desenvolvimento. Ou seja, o terapeuta vai desempenhar uma função materna "suficientemente boa", já que o quadro *borderline*, segundo Winnicott indica um distúrbio nas primeiras fases do desenvolvimento emocional.

Outro ponto relevante a se discutir a respeito do manejo do terapeuta é a importância do trabalho com o ambiente que este adolescente está inserido. Este trabalho se mostra relevante nos casos em que o adolescente vivencia sintomas característicos de um quadro sadio e esperado na adolescência. Mas no caso de indivíduos que vivenciam sintomas patológicos, como o presente caso, tal trabalho é essencial. O terapeuta deve auxiliar o ambiente para que este "sobreviva" a este adolescente e consiga dar suporte a ele. Cabe apontar que sobreviver na teoria winnicottiana não se refere apenas ao sentido estrito da palavra, que é continuar a viver, mas sim a uma característica de suportar e continuar a exercer o papel de um ambiente suficientemente bom. De acordo com Winnicott (1960/2001) muitas famílias se desfazem devido à carga da psicose sobre um de seus membros, e que por isso pede-se adoção de medidas preventivas, de maneira que a família sobreviva e o quadro do indivíduo identificado não se agrave.

Caso D

Considerações gerais

D é do sexo feminino, tinha 16 anos quando iniciou o atendimento. Fazia uso de antidepressivos e de medicação para dormir. A queixa inicial foi trazida pela mãe, sendo esta a depressão da filha e as dificuldades desta na escola, que a fizeram repetir um ano, além de "crises nervosas" sofridas por D. O atendimento consistiu em escuta terapêutica, além do emprego de alguns recursos com a função de mediação da comunicação no *setting* terapêutico tais como o desenho-história (Trinca, 1997), desenho-história com tema (Aiello-Vaisberg, 1997), dentre outros.

Durante algum tempo D evitou falar sobre suas questões, prendendo-se a assuntos triviais. Contudo, no meio do atendimento a mãe de D faleceu, fato que levou a uma piora de seu quadro. Após o falecimento D desenvolveu transtorno do pânico, além de voltar a ter um quadro depressivo grave e apresentar grandes oscilações de humor. Transcorrido um tempo da psicoterapia D passou a trazer questões importantes como a perda da mãe e do pai, sua sexualidade e ambivalências emocionais em relação à irmã e à nova responsável.

Discussão

O presente caso se destacou frente aos demais casos atendidos pelo projeto, por sua natureza complexa. Embora D apresentasse um quadro de depressão como muitos outros adolescentes atendidos, seu quadro era preocupante e foi agravado depois da morte da mãe, que se sucedeu durante a psicoterapia. Segundo Winnicott (1963/1999), a depressão está muito associada ao processo de luto e desta maneira apresenta um valor. Ou seja, apenas o indivíduo que se tornou uma unidade, tornou-se capaz de sentir “eu sou”, é capaz de sentir-se deprimido. Para tal autor a depressão é potencial, pertence ao âmago da personalidade e se constitui numa evidência de saúde.

Em relação à morte, Winnicott (1968/1999) refere que quando esta ocorre na experiência emocional de uma criança que já tenha alcançado a capacidade para os relacionamentos interpessoais, mesmo que a situação familiar se rompa, ainda assim a criança poderá ser capaz de sair-se relativamente bem, caso seja encontrado um substituto para o lar e a confusão total seja evitada. No presente caso, depois da morte da mãe, D, que já havia perdido o pai, foi morar com um casal de amigos da família. Embora o lar substituto não se apresentasse de modo totalmente satisfatório, conseguiu acolher D e sua irmã mais nova, dando a possibilidade de uma reestruturação da adolescente. Dessa maneira, fez-se necessário que a terapeuta fizesse também alguns encontros com este casal, a fim de facilitar este processo de adaptação, permitindo que D elaborasse seu luto e vivesse sua depressão. Assim foi verificado nas últimas sessões do ano que D estava melhorando seu quadro depressivo e trazendo queixas mais relacionadas à adolescência.

Neste ponto, é interessante trazer à discussão a problemática das queixas naturais da adolescência, para aqueles que perderam os pais. Pois, de acordo Winnicott (1963/1983), crescer não depende apenas da tendência herdada, mas também do entrelaçamento deste potencial com o ambiente facilitador. Crescer significa tomar o lugar dos pais. “Se a criança está se tornando adulta, é às custas do corpo morto de um adulto que esta mudança é conseguida” (Winnicott, 1968/1999, p. 154). É claro, que aqui Winnicott se refere à fantasia inconsciente e por isso faz-se interessante refletir sobre os casos de adolescentes que perdem seus pais, isto é, nos quais a morte passa a ser concreta e pode gerar fantasias e culpas a este, que precisam ser trabalhadas e elaboradas.

Considerações finais

Tal como inicialmente exposto, o objetivo geral do presente trabalho era compreender os sintomas dos adolescentes e suas necessidades e compará-los com as demandas apresentadas pelos pais dos mesmos no momento da triagem. É possível concluir que as queixas apresentadas pelos pais como motivo para o atendimento do filho não apresentam grande consonância com as queixas e os sintomas apresentados pelos próprios adolescentes. Os pais parecem se preocupar muito com questões mais concretas em relação aos filhos, como por exemplo, o desempenho acadêmico. Negligenciam muitas vezes as reais necessidades dos filhos e tal tipo de percepção pode contribuir para uma reflexão acerca de como o ambiente pode constituir-se em um ambiente de *holding*, de acolhimento às diversas necessidades apresentadas por seus integrantes diante de um panorama de pouca empatia e compreensão.

De forma similar, outra questão importante percebida por meio desta investigação foi o quanto os pais consideram as características da adolescência saudável como sintomas patológicos. Muitos não entendem que a adolescência é um momento de perturbação, que apresenta a imaturidade como característica marcante. Compreende-se que a saúde relaciona-se com a maturidade esperada para determinado momento do desenvolvimento e, neste sentido,

o adolescente é imaturo. A imaturidade é um elemento essencial da saúde durante a adolescência. Só existe uma cura para a imaturidade – a passagem do tempo e o crescimento para a maturidade que o tempo pode trazer. (Winnicott, 1968/1999, p. 156-157)

Como apontado, diante desta imaturidade passageira do adolescente, seria importante que o ambiente sobrevivesse à adolescência do filho, proporcionando-lhe o *holding* necessário ao longo deste processo. Nos casos apresentados foi percebido o quanto esta tarefa é difícil aos pais, que muitas vezes pecam em sua função, abdicando e transferindo responsabilidades aos adolescentes que se tornam prematuramente velhos, perdem a espontaneidade, os jogos e o impulso criativo. Ou seja, tornam-se adultos por meio de um processo falso, em que há ausência de saúde. Assim, em virtude do que foi mencionado, é possível refletir o que é uma situação esperada da adolescência e o que passa a ser preocupante.

A depressão foi um sintoma que ganhou destaque nos casos analisados. Assim faz-se necessário discutir o que é saudável e o que é patológico neste campo. Na visão de Winnicott (1963/1999), a depressão tem seu valor, ou seja, o indivíduo só é capaz de sentir-se deprimido, se foi capaz de sentir o “eu sou”, se se tornou uma unidade capaz de conter as pressões e os estresses gerados na realidade interna. Com isso, é possível concluir que os casos de depressão relatados não apresentam prognósticos ruins, pois para tal autor a depressão é potencial, pertence ao âmago da personalidade e se constitui numa evidência de saúde. Entretanto, é preciso salientar que a depressão não deve ser considerada saudável e que quando ela existe deve ser acompanhada e tratada, pois o indivíduo deprimido sofre, podendo machucar a si mesmo ou dar cabo de sua própria vida.

Desta maneira, podemos considerar que a adolescência é um período na vida do indivíduo em que ele precisa de grande apoio, já que nesta fase acontecem grandes transformações. O indivíduo começa a perceber que aquilo que era mera possibilidade na infância e que fazia parte apenas da fantasia, passa a ser passível de acontecer, como por exemplo, a gravidez, o suicídio e o homicídio, principalmente dos pais. Isto é, agora o adolescente se vê como realmente potente em realizar suas fantasias. A partir disso, entende-se a relevância de um ambiente suficientemente bom, visto que é necessário o acolhimento das questões juvenis e não submeter os jovens à repressão. Ou seja, a adolescência é uma fase que deve ser efetivamente vivida e é uma fase de descoberta pessoal. O que justifica um atendimento psicológico a esta população, acolhendo este indivíduo em processo de mudança e promovendo saúde através da minimização de agravos maiores.

Bibliografia

- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1997). Investigação de Representações Sociais. In: W. Trinca. (org.), *Formas de investigação clínica em psicologia: procedimento de desenhos-estórias* (pp. 255-288). São Paulo: Vetor.
- Trinca, W. (1997). Apresentação e aplicação. In: W. Trinca (org.), *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como apercepção temática* (pp. 11-34). São Paulo: EPU.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-14.
- Winnicott, D. W. (1975). Morte e assassinato no processo do adolescente. In: *O brincar & a realidade* (pp. 194-203). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1983). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 163-174). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (1990). Distúrbios da ingestão. In: *Natureza Humana* (pp. 39- 40). São Paulo: Imago Editora.
- Winnicott, D. W. (1994), O jogo do rabisco [*Squiggle Game*]. In: C. Winnicott, R., Shepherd, M. Davis (orgs.), *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 230-243). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1964-1968).
- Winnicott, D. W. (1994). O uso de um objeto e o relacionamento através das identificações. In: C. Winnicott, R. Shepherd e M. Davis (orgs.), *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 171-177). Porto Alegre: Artmed, 1994. (Trabalho original publicado em 1968).
- Winnicott, D. W. (1999) O valor da depressão. In: *Tudo começa em casa* (pp. 59-68). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (1999). Imaturidade do Adolescente In: *Tudo começa em casa* (pp. 145-163). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968).
- Winnicott, D. W. (2001). Adolescência. Transpondo a zona das calmarias. In: *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 115-128). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961).
- Winnicott, D. W. (2001). Os efeitos da psicose sobre a vida familiar. In: *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 89-100). São Paulo: Martins Fontes, 2001. (Trabalho original publicado em 1960).

Recebido: 21 de outubro de 2013.

Aprovado: 13 de novembro de 2013.