

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
PUC-SP**

**Sonia Maria da Silva Balão**

**A comunicação nas redes sociais e os transtornos depressivos:  
um olhar à luz da Psicanálise Winnicottiana**

**Mestrado em Psicologia Clínica**

**São Paulo  
2018**

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**  
**PUC-SP**

**Sonia Maria da Silva Balão**

**A comunicação nas redes sociais e os transtornos depressivos:  
um olhar à luz da Psicanálise Winnicottiana**

**Mestrado em Psicologia Clínica**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), como exigência parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof. Dr. Alfredo Naffah Neto.

**São Paulo**

**2018**

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Dr. Alfredo Naffah Neto (PUC-SP)

---

Profa. Dra. Rosa Maria Tosta (PUC-SP)

---

Profa. Dra. Ariadne A. R. Engelberg de Moraes (SBPW)

*Dedico* este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida e por estar ao meu lado nos momentos angustiantes e nos momentos mais significativos. Seu sopro de vida em mim sempre me dá a sustentação que necessito para realizar meus projetos e buscar um novo mundo de possibilidades.

Ao João e à Aparecida, meus pais, *in memoriam*. Meu agradecimento pelo orgulho que sempre tiveram de mim e pelo incentivo e apoio que, em vida, nunca deixaram de me oferecer. Dedico a conquista desse sonho totalmente à eles.

À Claudete, minha sogra, *in memoriam*. Agradeço imensamente pelo acolhimento que ela sempre me proporcionou.

## AGRADECIMENTOS

*À minha paciente Bia (nome fictício):*

Que, carinhosamente, cedeu sua disposição interna em revelar-me suas vivências, suas percepções e seus sentimentos sobre o fenômeno do adoecimento estudado. A ela o meu muito obrigado.

*Ao professor Alfredo Naffah Neto, meu orientador:*

Por ter supervisionado minha pesquisa com muita dedicação.

Por ter acolhido e suportado minhas angústias e dificuldades.

Por ter compartilhado comigo sua sabedoria e sua experiência.

Meu agradecimento de coração.

*À professora Ariadne Alvarenga de Rezende Engelberg de Moraes:*

Por ter sustentado cada lágrima que em meus olhos surgiram em momentos angustiantes.

Por ter compartilhado comigo o seu conhecimento com muito carinho e humildade.

Por ter participado das minhas bancas de qualificação e de defesa com tanta disposição e, também, ter oferecido suas apreciações, críticas, implicações e sugestões que muito enriqueceram a minha pesquisa. Meu muito obrigado.

*À professora Rosa Maria Tosta:*

Por ter me incentivado a ter paciência e nunca desistir de meus projetos.

Por ter partilhado comigo seus ensinamentos, bem como ter participado das minhas bancas de qualificação e de defesa e, ainda, ter proporcionado suas críticas e sugestões enriquecedoras ao meu estudo. Minha gratidão e meu carinho.

*À professora Daniela Céspedes Guizzo Gomes da Silva:*

Por sempre me estimular e me instigar a novas buscas e reflexões, compartilhando comigo sua sabedoria, humildade e carinho, bem como por ter me incentivado a realizar o meu mestrado.

Por sempre fazer-se presente e disponível em todos os momentos em que precisei de seu apoio.

Por ter aceitado o meu convite para participar de minha banca de defesa, caso fosse necessário, com tanto carinho e, ainda, por sua disposição em me acompanhar nesse percurso.

Minha eterna gratidão, minha admiração e meu carinho.

*À professora Edna Maria Severino Peters Kahhale:*

Por ter compartilhado comigo seu conhecimento sobre “os segredos” da pesquisa e me orientado sobre todo o percurso que um estudo de mestrado necessita percorrer.

Por sempre mostrar-se muito afetuosa, espontânea, humilde e acolhedora quando necessitei de suas sugestões e de seu apoio.

Por ter aceitado o meu convite para participar de minha banca de defesa, caso fosse necessário, com tanto carinho. Meu sincero agradecimento.

*Ao meu marido Reginaldo e à minha filha Ana Beatriz, meus verdadeiros amores:*

Que, com tanto amor, companheirismo e carinho, incentivaram-me e souberam suportar minhas ausências, minhas faltas, minhas lágrimas e minhas angústias.

Que, com muita paciência, souberam me incentivar a nunca desistir de meu sonho e souberam me dar suporte nos momentos mais espinhosos.

Que, com apoio irrestrito, me possibilitaram suportar os desafios para concretizar este estudo acadêmico-científico. Meu eterno amor e minha gratidão.

*Aos meus familiares:*

Por compreenderem minhas ausências em encontros importantes.

Por entenderem a minha escolha e me incentivarem a concluí-la e, jamais, desistir. Obrigada.

*Aos meus amigos e à minha equipe de trabalho:*

Por sempre compreenderem meus “nãos” aos seus melhores convites.

Por nunca me criticarem pela ausência devido à minha escolha e por me esperarem sempre.

Meu agradecimento por se manterem firmes ao meu lado.

*À minha amiga Eliane Teixeira Rennó, uma pessoa muito especial:*

Por ser sempre companheira na amizade e na aquisição do conhecimento.

Por compartilhar comigo suas lágrimas e as minhas lágrimas. Minha amizade eterna.

*Aos meus novos amigos desse percurso:*

Por estarem sempre ao meu lado, dividindo seus conhecimentos, e por suportarem meu desespero, por ouvirem minhas lamentações e por compreenderem minhas lágrimas.

Obrigada por tudo o que vivemos juntos.

## A Via Láctea

Quando tudo está perdido  
Sempre existe um caminho  
Quando tudo está perdido  
Sempre existe uma luz

Mas não me diga isso

Hoje a tristeza não é passageira  
Hoje fiquei com febre a tarde inteira  
E quando chegar a noite  
Cada estrela parecerá uma lágrima

Queria ser como os outros  
E rir das desgraças da vida  
Ou fingir estar sempre bem  
Ver a leveza das coisas com humor

Mas não me diga isso

É só hoje e isso passa  
Só me deixe aqui quieto isso passa  
Amanhã é um outro dia, não é?

Eu nem sei porque me sinto assim  
Vem de repente um anjo triste perto de mim

E essa febre que não passa  
E meu sorriso sem graça  
Não me dê atenção  
Mas obrigado por pensar em mim

Quando tudo está perdido  
Sempre existe uma luz  
Quando tudo está perdido  
Sempre existe um caminho

Quando tudo está perdido  
Eu me sinto tão sozinho  
Quando tudo está perdido  
Não quero mais ser quem eu sou

Mas não me diga isso  
Não me dê atenção  
E obrigado por pensar em mim

Não me diga isso  
Não me dê atenção  
E obrigado por pensar em mim

(Renato Russo/Legião Urbana, 1996)

## RESUMO

Atualmente, muitos jovens apresentam-se em consultório com queixas de uma vida pessoal solitária e isolada, com retraimento e empobrecimento afetivo-social, tristeza, desesperança, angústia, culpabilidade interna, desamparo, falta de vontade de viver e comportamentos irritadiços, autoagressivos e de automutilação, fatores esses que, além de preocupantes, apontam para uma possível patologia e para dificuldades emocionais complexas. Outra característica comum a esses jovens pacientes é dedicarem muito tempo ao mundo virtual em detrimento do real. Nas redes sociais, têm um grande grupo de amigos virtuais e dedicam muito tempo à interação com desconhecidos. Essa clara dissociação entre a vida real enclausurada e a vida virtual ativa impõe questionar o papel das redes sociais como uma forma de defesa psicológica. Frente a isso, a partir do estudo do caso clínico de uma jovem que, no início da análise, tinha 16 anos, esta pesquisa propõe compreender essa dissociação e a possível relação do fenômeno com alguma psicopatologia, em especial a depressão, abrangendo o modo contraditório dos jovens de ter um existir depressivo, apático e isolado na vida real e de se manifestarem de maneira vitalizada, interativa e intensa nas redes sociais. O fundamento teórico deste estudo é a Teoria do Amadurecimento Pessoal de Winnicott e o enfoque principal foi a articulação do caso clínico com a teoria por meio da pesquisa teórico-metodológica (pesquisa-investigação) e da pesquisa-escuta. Relatos da paciente anotados pela psicóloga em seus três primeiros anos de tratamento e mensagens de WhatsApp e de Facebook fornecidas pela paciente constituíram o *corpus* de base da pesquisa. Ao evitar contato com a solidão que seu adoecimento despertava, a paciente apresentou-se para tratamento incapaz de se manter sozinha e refletir sobre si mesma e, por não encontrar limites, fez uso patológico do mundo virtual, afastando-se da realidade compartilhada. Com a evolução psíquica a partir do processo analítico, ela passou a se conectar ao mundo cibernético dentro de sua necessidade, retornando ao mundo real sempre que se sentia fortalecida. Desse modo, a partir da análise desse caso clínico, chegou-se ao resultado de que o uso da comunicação nas redes sociais pelos jovens depressivos baseia-se num paradoxo: a defesa maníaca pela atuação do falso *self*, a fim de evitar o sofrimento da psicopatologia depressiva, e, ao mesmo tempo, a tentativa de cura por meio de novas experiências que o paciente pode vivenciar quando o falso *self* cede e consente a emersão do *self* verdadeiro.

Palavras-chaves: teoria do amadurecimento; Winnicott; transtornos depressivos; jovem; adolescente; internet; redes sociais.

## ABSTRACT

Nowadays, a great number of young people present themselves in clinic with complaints of a lonely and isolated personal life, with an affective-social withdrawal and impoverishment, sadness, hopelessness, anguish, internal guilt, helplessness, lack of will to live, cranky, self aggressive and self-mutilation behaviors. These factors, beyond worrying, point to pathology and to complex emotional difficulties. Another common feature of these young patients is to dedicate a lot of time to the virtual world instead of real life. On the social network, they have a group of lots of friends and dedicate a lot of their time with unknown people. This clear dissociation between the cloistered real life and the active virtual life demands questioning the social network role and think its excessive use as a way of psychological defense. Therefore, through the case study of a 16 years old young woman (when she begins the analysis), this research project proposes to understand this dissociation and its possible relation of the phenomenon to some psychopathology, specially depression, covering the contradictory way of the young people to have a depressive, apathetic and isolated existence in real life and manifest themselves vitally, interactively and intensely in social networks. The theoretical basis of this investigation is the Winnicott's Theory of Personal Maturity and the focus was on the articulation between the clinical case and the theory through the theoretical-methodological research and the research-listening. Reports from the patient, written by the psychologist during her three first years of psychological treatment and WhatsApp and Facebook messages given by the patient were all the valid *corpus* for this investigation. By avoiding contact with the loneliness that her illness aroused, the patient presented herself to treatment incapacitated to be alone and think about herself. Because of the lack of limits, she made use of the virtual world and isolated herself from shared reality. With psychic action from the analytic process, she started to stay connected to the cyber world while she needs, returning to the real world whenever she feels strengthened. Therefore, based on the analysis of the results of this clinical case, the use of communication in social networks by young depressive people is based on a paradox: the defense of the maniac type by the performance of the false self, to avoid depressive psychopathology, and, at the same time, the attempt to be cured by the new possibilities when the patient can experience the false self in consigning thru it the emersion of the true self.

Keywords: maturity theory; Winnicott; depressive disorders; young; teenager; internet; social networks.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
Apresentação e delimitação do tema .....	10
Justificativa e objetivo da pesquisa .....	14
Disposição dos capítulos .....	14
MÉTODO .....	16
Instrumento.....	18
Procedimentos .....	18
Considerações éticas.....	19
1 ARTICULAÇÃO ENTRE A TEORIA DO AMADURECIMENTO PESSOAL E A DEPRESSÃO .....	21
1.1 Estágios primitivos: a dependência absoluta.....	22
1.2 Estágio de dependência relativa .....	23
1.3 Estados excitados e estados tranquilos .....	24
1.4 Estágio do concernimento .....	26
1.5 Diferenciação entre posição depressiva e depressão .....	27
1.6 Estágio edípico .....	30
1.7 Estágio da puberdade e da adolescência.....	31
1.8 Transtornos depressivos .....	33
1.9 Defesas antidepressivas .....	36
2 O JOVEM E A INTERNET: O USO DEFENSIVO DAS REDES SOCIAIS EM FUNÇÃO DO ADOECIMENTO PSÍQUICO DEPRESSIVO .....	41
3 “SOZINHA NA MULTIDÃO”: O CASO CLÍNICO BIA .....	60
4 ANÁLISE: ARTICULANDO O CASO CLÍNICO COM A TEORIA DO AMADURECIMENTO PESSOAL DE WINNICOTT .....	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	89
REFERÊNCIAS .....	92
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	97
ANEXO I: Materiais para auxiliar na articulação do caso clínico com a Teoria de Winnicott: períodos de adoecimento depressivo com o uso excessivo das redes sociais .....	99

## INTRODUÇÃO

### **Apresentação e delimitação do tema**

Na contemporaneidade, os transtornos depressivos têm sido uma das psicopatologias mais incidentes no meio social e são perceptíveis suas ligações e intercessões com outros adoecimentos psíquicos, tais como dependência química, ideação suicida, transtornos alimentares e transtornos psicossomáticos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de pessoas que vivem com depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015. A estimativa é que, atualmente, mais de 300 milhões de pessoas de todas as idades sofram da doença em todo o mundo. O órgão alertou ainda que a depressão figura como a principal causa de incapacidade laboral no planeta (LABOISSIÈRE, 2017).

Referente ao Brasil, de acordo com a OMS, cerca de 5,8% da população brasileira sofre de depressão – um total de 11,5 milhões de casos. O índice é o maior na América Latina e o segundo maior nas Américas, atrás apenas dos Estados Unidos, que registram 5,9% da população com o transtorno e um total de 17,4 milhões de casos (LABOISSIÈRE, 2017).

Esses índices ajudam a caracterizar o crescimento acelerado dos quadros depressivos na atualidade e retratam a necessidade de, cada vez mais, haver novos estudos, pesquisas e aquisições profundas de conhecimentos para que as diversas áreas da saúde responsáveis pelos tratamentos (psicologia, psiquiatria, entre outras) possam adquirir instrumentos e condições técnicas para identificar e tratar a doença.

Em minha trajetória profissional como psicóloga clínica e hospitalar, a depressão se apresenta como um quadro clínico de alta relevância, com diferentes formas de expressão e impacto em termos pessoal e social. Observo que, para muitas pessoas, principalmente jovens, um recurso de defesa psicológica das dificuldades pessoais e relacionais tem sido o uso de ferramentas tecnológicas das redes sociais para se comunicarem sobre diversos aspectos de suas vidas. Entretanto, em alguns momentos, os jovens adotam essa comunicação sem a menor preocupação de preservar suas privacidades ou de evitar a exposição negativa com atitudes banalizadas.

Atitudes assim são preocupantes porque, de alguma forma, esses jovens se expõem de modo exorbitante nas redes sociais, não só do ponto de vista psicológico como também do ponto de vista físico, podendo revelar uma evitação do relacionamento face a face, um

afastamento do convívio social presencial e uma exposição no mundo externo sem a proteção do espaço privado, havendo, até mesmo, situações em que alguns indivíduos estabelecem relações afetivo-sociais e de amizade por meio da internet, desinteressando-se pelos contatos reais.

Como esse fato está se tornando comum, faz-se necessário compreender essa fase de vida juvenil ou adolescente, a qual é caracterizada pela necessidade de readaptação à realidade e pela vivência individual de novas experiências. Isso ocorre simultaneamente por meio da rebeldia desafiadora e da dependência de um ambiente sustentador, seguro e suficientemente bom. Winnicott denominou esse processo de “calmarias da adolescência”<sup>1</sup> (1961/2005, p. 125) e apontou que, apesar da exploração de novas situações, “[...] o adolescente é essencialmente um ser isolado. Todo relacionamento entre indivíduos e, em última instância, toda socialização parte de uma posição de isolamento” (Winnicott, 1961/2005, p. 118). Essa solidão tem o intuito de encontrar a si mesmo, buscar uma identidade pessoal, conseguir ser alguém e constituir-se em um eu pertencente a um grupo.

Na atualidade, o isolamento social pode, muitas vezes, aparecer como uma defesa e, nesse sentido, se diferenciar do isolamento necessário à adolescência tal como Winnicott postula “[...] o isolamento como necessário no amadurecimento emocional para as descobertas novas que o jovem tem como tarefa” (1961/2005, p. 159). Observa-se, ultimamente, um isolamento patológico por parte de muitos jovens, e isso pode ser sinal de um possível abandono afetivo no ambiente familiar, o que, por sua vez, pode contribuir para o uso defensivo de hábitos virtuais, incapacitando o ser humano jovem de permanecer só, refletir sobre si mesmo e constatar a solidão, e isso vem a prejudicar o percurso de seu desenvolvimento emocional pessoal. “A interação virtual sem limites pode levar os indivíduos a não saberem o que é ficar desconectados, ou, dito de outra forma, não conseguem suportar estar sozinhos” (BRAGA, 2012, p. 57).

Clinicamente, constatam-se tais fatores quando os jovens se apresentam em consultório com queixas de uma vida pessoal solitária e isolada socialmente, composta por sentimentos de tristeza e embotamento; automutilação; fadiga; angústia; sentimentos de culpa e inutilidade; insatisfação interna; sentimento de desamparo; comportamentos irritadiços; retraimento; isolamento; e empobrecimento afetivo-social. Esses fatores apontam para uma

---

<sup>1</sup> “Se se espera do adolescente que transponha essa fase [da adolescência] por meio de um processo natural, deve-se esperar também a ocorrência de um fenômeno que poderíamos chamar de calmária da adolescência. A sociedade deve encarar esse fenômeno com um dado permanente e tolerá-lo, reagir ativamente a ele, ir de fato ao seu encontro, mas não curá-lo” (WINNICOTT, 1961/2005, p. 124-125).

possível patologia e para dificuldades emocionais complexas. Ao mesmo tempo, quando vão se comunicar nas redes sociais, gastam horas infinitas com pessoas desconhecidas e têm um numeroso grupo virtual de amigos, o que enfatiza o uso ilimitado da sociabilização virtual com interações intensas e autoexposição. Esse processo ambíguo parece ser inicialmente uma dissociação que pode possibilitar aos jovens o uso do meio virtual como espaço para se defender do que acontece na vida real.

Esse cenário tem desencadeado preocupações significativas na esfera social, levando diferentes áreas de estudo do ser humano, como a sociologia, a antropologia, a filosofia, a psicologia, a assistência social, entre outras, a focarem seus trabalhos e pesquisas em prol de uma compreensão maior do fato de jovens terem essas formas de relacionamento real e virtual.

O intenso interesse pela internet tem preocupado a sociedade pelos efeitos negativos que traz para a vida cotidiana, a vida *off-line*, como, por exemplo, para as relações familiares (AYALA-LÓPEZ; GUTIERRES; GARCÍA-JUMINEZ, 2015). As preferências de uso da internet estão fortemente ligadas às redes sociais, com ênfase para atividades feitas a fim de compartilhar informações e manter contato com seus semelhantes (GARCÍA-JIMENEZ; AYALA-LÓPEZ; CATALINA-GARCÍA, 2013). A internet, de um modo geral, proporciona um espaço para que as pessoas possam se expressar livremente, excederem seus limites, adotarem atitudes sem restrições e descarregarem suas aflições decorrentes de relacionamentos afetivo-sociais frágeis vivenciados na realidade compartilhada.

Nos tempos atuais, com toda a evolução tecnológica e o espaço que as redes sociais assumiram na comunicação social, o uso acelerado e intenso dos meios tecnológicos interferiu nos hábitos, nos comportamentos e nos relacionamentos sociais, podendo ocasionar uma confusão entre o real e o imaginário numa sociedade fortemente conduzida pela espetacularização. A ficção interfere no real e vice-versa.

Diante de tais constatações, e com o intuito de ampliar minha compreensão sobre a significância desses fenômenos dissociados apresentados por jovens com transtornos emocionais no meio coletivo, em especial transtornos depressivos, aprofundei-me em alguns autores que justificavam o estudo. D. W. Winnicott, autor psicanalista criador da teoria do desenvolvimento emocional pessoal, mostrou ser o estudioso que mais oferece apoio teórico a esta pesquisa. Sua teoria se baseia na concepção da natureza humana num processo de amadurecimento no qual o ser humano percorrerá estágios em sua vida para conquistar a saúde psíquica e a individualidade. A qualidade das conquistas dependerá diretamente do

cuidado de um ambiente suficientemente bom, e a falha desse ambiente possibilita o surgimento de várias psicopatologias sobre as quais o autor também teorizou. Neste estudo, o foco será a teoria das depressões.

Desse modo, como o título desta dissertação é “A comunicação nas redes sociais e os transtornos depressivos”, logo apresentam-se como relevantes as seguintes problemáticas:

- Qual é a possível relação das comunicações nas redes sociais com os transtornos depressivos?
- Como compreender o modo, por vezes contraditório, dos jovens de ter um existir depressivo, apático e isolado e de se manifestarem de maneira completamente oposta, vitalizada e interativa, nas redes sociais?

A presente pesquisa se propõe a estudar tais fenômenos a partir de um caso clínico de uma jovem de 21 anos que faz psicoterapia sob minha responsabilidade desde os 16. Ela apresenta diagnóstico de transtorno misto depressivo e ansioso e está sob uso de medicação.

O recorte do estudo se restringe aos três primeiros anos de seu tratamento psicológico, em dois períodos distintos e durante a fase da adolescência na qual seu histórico de vida apresentou um intenso uso dos meios cibernéticos e um significativo empobrecimento de suas relações na vida real.

A paciente apresentava uma vida apática e sem qualquer interação pessoal e social real, além de desenvolver doenças psicoemocionais graves, como crises fortes de rinite e sinusite e sintomas constantes de dermatite atópica, doença celíaca e intolerância à lactose, entre outras.

Já nas redes sociais, possuía milhares de amigos, era comunicativa e interagiu intensamente com desconhecidos, inclusive com exposição de seu corpo, demonstrando uma vitalidade que não se confirmava nas relações cotidianas do mundo real.

A partir da Teoria do Amadurecimento Pessoal, em especial referente à fase da adolescência, e da Teoria das Depressões, procurei compreender os aspectos de saúde e de doença apresentados no material desse caso e sua correlação com o modo pelo qual os jovens depressivos se manifestam na vida real e na vida virtual. Essa perspectiva teórica possibilita a compreensão do desenvolvimento saudável do ser humano, em especial na fase da adolescência, e os adoecimentos psicopatológicos.

Para Winnicott (1962/1983, p. 63), “[...] precisamos chegar a uma teoria do amadurecimento normal para podermos ser capazes de compreender as doenças e as várias imaturidades”.

### **Justificativa e objetivo da pesquisa**

Embasada na sinopse dos aspectos da teoria winnicottiana e em sua articulação com a depressão, essenciais a esta pesquisa, a justificativa deste estudo transpassa a verificação do quanto a Teoria do Amadurecimento Pessoal permite uma forma de compreensão desses fenômenos dissociados apresentados por pacientes jovens, observados em consultório, que são caracterizados por uma vida virtual que aparenta ser mais rica e relacional do que realmente é, apresentando-se como uma forma de vida completamente diferente da vida privada.

O objetivo principal desta pesquisa é esclarecer as relações que existem entre as comunicações nas redes sociais e os transtornos psicopatológicos, com escopo central nos transtornos depressivos. A intenção é avaliar e entender a contradição presente nos jovens que têm uma vida real depressiva, apática e isolada e se manifestam na vida virtual das redes sociais contemporâneas de modo oposto, com vitalidade e interatividade intensas.

Para tanto, a proposta foi o desenvolvimento de um olhar psicanalítico por meio do enfoque na Teoria do Amadurecimento Pessoal, em especial na Teoria das Depressões e na Teoria da Adolescência, a fim de embasar o estudo e a análise dos resultados, com o intuito de compreender o processo do adolescer de diferentes maneiras, inclusive quando ele não é saudável. Nesse sentido, demonstra-se a caracterização psicopatológica desenvolvida com a falha ambiental e sua significância nas experiências dos transtornos depressivos no âmbito afetivo-social na vida real dos jovens, contrapondo uma manifestação diferente no meio social contemporâneo por intermédio da internet.

### **Disposição dos capítulos**

A estrutura desta dissertação de pesquisa incide da seguinte forma:

- a “Introdução” contém a apresentação, a discussão do problema, a justificativa e os objetivos;

- o “Método” ressalta qual é o tipo desta pesquisa, o método utilizado, o instrumento, os procedimentos e as considerações éticas deste trabalho;
- o “Capítulo I – Articulação entre a Teoria do Amadurecimento Pessoal e a Depressão” apresenta a perspectiva teórica winnicottiana que embasa esta pesquisa;
- no “Capítulo II – O Jovem e a internet: o uso defensivo das redes sociais em função do adoecimento psíquico depressivo”, foram relacionados os assuntos sobre adolescência, adoecimento psíquico depressivo e o uso defensivo das redes sociais, utilizando as teorias da depressão e da adolescência compostas na Teoria do Amadurecimento Pessoal da psicanálise winnicottiana e também as expressões que se apresentam no mundo virtual na contemporaneidade;
- o “Capítulo III – ‘Sozinha na multidão’: o caso clínico Bia” contém a descrição do caso clínico Bia. No Anexo I estão apresentadas as diversas formas de narrativas pessoais, inclusive as apresentadas nas ferramentas cibernéticas (diários das sessões e mensagens de WhatsApp e de Facebook), que retratam a experiência emocional da participante referente ao tema selecionado para este estudo;
- o “Capítulo IV – Análise: articulando o caso clínico com a Teoria do Amadurecimento Pessoal de Winnicott” utiliza a pesquisa teórico-metodológica (ou pesquisa-investigação) e a pesquisa-escuta a partir da psicanálise winnicottiana. Foram analisadas as narrativas pessoais do caso clínico com o intuito de averiguar a hipótese e a problemática da dissertação e verificar os possíveis resultados a que a pesquisa permitiu chegar;
- as “Considerações finais” tratam da compreensão das contribuições winnicottianas sobre a relação das comunicações nas redes sociais e os transtornos depressivos na realização da pesquisa em questão, demonstrando a importância de novos estudos a partir dos questionamentos levantados.

## MÉTODO

Ao considerar a prática psicanalítica como indissociável da pesquisa, também se reconhece sua especificidade, que consiste na implicação da subjetividade do analista. Além disso, por ser uma ciência do singular, não pode ser replicada a partir de outro experimento, tornando-se, portanto, única (NAFFAH NETO; CINTRA, 2012).

A pesquisa em psicanálise se sustenta no método para construir sua teoria e se serve de cada trabalho clínico para enriquecer sua compreensão. “Clínica e pesquisa estão separadas pelas técnicas respectivas, mas unidas pelo método” (HERRMAN, 2004, p. 60).

Discorrendo sobre a pesquisa psicanalítica, Naffah Neto e Cintra (2012) afirmam que há dois sentidos diferentes que o termo pesquisa assume neste tipo de trabalho: a pesquisa-escuta e a pesquisa-investigação.

A pesquisa-escuta é “a pesquisa clínica por excelência, no interior da qual a atenção flutuante do analista e as associações livres do analisando contribuem para a produção de sentido graças à concorrência de processos inconscientes” (NAFFAH NETO, 2006, p. 280).

A pesquisa-investigação, ou pesquisa teórico-metodológica, por sua vez:

[...] é responsável em última instância pelo crescimento e aperfeiçoamento da disciplina psicanalítica, que complementa e dá suporte à pesquisa clínica, recebendo dela, ao mesmo tempo, o estímulo para o seu trabalho construtivo. Temos, pois, aí, duas formas de pesquisa que se complementam, se alternam e se contradizem em uma dialética interminável, na qual nenhuma síntese é definitiva. Evidentemente, a pesquisa-escuta comporta também um nível de investigação, mas esta não é levada a cabo através de uma postura ativa, seletiva e racional da consciência, como aquela que se debruça sobre a investigação de problemas teóricos e metodológicos psicanalíticos. Na pesquisa-escuta domina sempre uma posição mais passiva de se deixar afetar pelo outro, numa forma de atenção não seletiva: a atenção flutuante [...]. Diferentemente da pesquisa-escuta, a pesquisa-investigação, propriamente dita, implica o desejo do pesquisador e pressupõe esquadramento do campo de conhecimento, formulação e seleção de problemas teórico-metodológicos, bem como a sua investigação rigorosamente planejada, tarefas que, no todo, extrapolam o mero relato escrito da pesquisa-escuta (NAFFAH NETO; CINTRA, 2012, p. 9).

Seguindo esse entendimento, bem como o fato de que, numa pesquisa, se está interessado em conhecer a realidade pessoal do indivíduo a partir de questões humanas específicas, este trabalho de pesquisa visa proporcionar, numa perspectiva qualitativa e baseado em tais ampliações, a análise de um caso clínico que representa os fenômenos estudados, utilizando as perspectivas da pesquisa teórico-metodológica (ou pesquisa-

investigação), a qual tornou possível esclarecer a relação das comunicações nas redes sociais e os transtornos psicopatológicos, com enfoque nos transtornos depressivos, buscando compreender o modo dissociado dos jovens depressivos de ter um existir desvitalizado na vida real e se manifestarem de maneira completamente oposta nas redes sociais contemporâneas.

Também utilizei a pesquisa-escuta para dar suporte e embasamento à pesquisa-investigativa na análise dos dados do estudo do caso clínico de Bia (nome fictício), uma jovem de 21 anos que faz psicoterapia sob minha responsabilidade desde os 16. Ela apresenta diagnóstico de transtorno misto depressivo e ansioso, está medicada e o recorte deste estudo abrangeu os três primeiros anos de seu tratamento psicológico, composto por dois períodos, a saber: o primeiro, de 28 de junho de 2012 a 28 de agosto de 2013; e o segundo, de 31 de março de 2014 a 17 de dezembro de 2015. Nessa fase da adolescência e de acordo com sua história de vida, Bia apresentou comportamentos que indicavam que a vida real era muito diferente e, de alguma forma, dissociada da vida virtual. Ela tinha uma vida real muito empobrecida nos quesitos afetivo, familiar e social, sentia muita tristeza e solidão, ressaltava sentimentos de desamparo e abandono, isolava-se socialmente, não tinha amigos reais, apresentava crises intensas de fadiga, tremor, angústia e formigamento e tinha uma comunicação muito frágil e conflituosa com seus familiares, principalmente com seu pai, comunicação essa permeada por brigas intensas e explosões de raiva expressadas por meio de autoagressões e automutilações. Apesar disso, tinha mais de 2 mil amigos virtualmente, comunicava-se com desconhecidos em madrugadas inteiras com exposições corporais, excedia seus limites temporais nessas comunicações e encontrava-se pessoalmente com esses desconhecidos para ter relações íntimas e compartilhar drogas e bebidas em ambientes “arriscados” e sem proteção/segurança (baladas em favelas, bares, motéis, parques, entre outros).

O estudo de caso é o produto da comunicação de uma experiência na qual o terapeuta seleciona uma situação do tratamento para desenvolver sua pesquisa. É possível aprender e enriquecer a gama de conhecimentos, ainda que se pesquise sobre um único caso (STAKE, 2000).

Para tanto, utilizei neste estudo diversas formas de narrativas pessoais, inclusive as apresentadas nas ferramentas cibernéticas (anotações das sessões e mensagens trocadas em redes sociais como o Facebook e em aplicativos de trocas de mensagens como o WhatsApp),

que retratam a experiência emocional da participante referente ao tema selecionado para a pesquisa.

Quando cogitamos sobre a sociedade contemporânea e suas diversas maneiras de demonstrar o “drama vivido”, podemos ponderar os diferentes modos de expressão desse sofrimento, inclusive o que o mundo cibernético nos permite constatar e vincular às narrativas das experiências da vida. O narrar permite a resignificação dos acontecimentos em um movimento em que a personalidade individual paradoxalmente se mantém e se modifica (AIELLO-VASIBERG; GRANATO; TACHIBANA, 2011).

### **Instrumento**

Seguindo o enfoque desta pesquisa, construí um capítulo descritivo do caso estudado e complementei com o material coletado fornecido pela paciente. Tal material encontra-se no Anexo I.

Nesse anexo, usei primeiramente falas literais da paciente contidas no diário das sessões de atendimentos e, na sequência, utilizei diálogos ou, simplesmente, expressões emocionais apresentadas nas ferramentas cibernéticas.

Esse material foi utilizado na análise para articulação com a teoria que embasou este estudo.

### **Procedimentos**

Para a realização desta pesquisa, fundamentalmente no primeiro momento, este estudo foi submetido à avaliação da Comissão de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Sua aprovação incidiu sob o parecer consubstanciado favorável de número 2.314.052 e CAAE número 74859217.1.0000.5482.

Após a aprovação desta comissão, conversei com minha paciente e formalizei a autorização para a utilização nesta pesquisa de suas informações clínicas. Nesse encontro, realizei para ela a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), bem como lhe expliquei sobre a dissertação desta pesquisa e esclareci quaisquer dúvidas que poderiam surgir. Estando a participante de acordo com sua participação na pesquisa, sua colaboração foi oficializada a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para tanto, foi agendado um encontro na própria clínica particular em que a paciente faz seu tratamento, sendo o local adequado para garantir o sigilo e a privacidade necessários.

Ressalto, ainda, que o anonimato e a privacidade da paciente sempre foram e serão garantidos e baseados na ética profissional que o pesquisador necessita ter com seus participantes durante todo o processo da pesquisa.

Na sequência da aquisição oficial da autorização pela Comissão de Ética, iniciei a pesquisa coletando e organizando os dados e, a partir deles, construí o estudo de caso.

Ao mesmo tempo, utilizei o levantamento bibliográfico para construir o embasamento teórico necessário para a compreensão e a análise deste estudo por meio da montagem dos capítulos teóricos.

Por se tratar de um tema da atualidade, os capítulos teóricos são compostos pela visão principal do autor D. W. Winnicott, além de outros autores que são seus intérpretes, tais como A. A. R. E. Moraes, E. Dias, Z. Loparic e L. Fulgêncio; e, ainda, autores que trabalham a questão da internet sob visões diferentes, mas que complementam a ideia inicial.

Na conclusão de minha pesquisa, realizei as compreensões psicanalíticas cabíveis e construí a discussão dos dados para compor os resultados averiguados, articulando o caso clínico com os conceitos da Teoria do Amadurecimento Pessoal de Winnicott.

### **Considerações éticas**

Apoiando-se na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), publicada em 13 de junho de 2013 no *Diário Oficial da União*, e também na Resolução CFP nº 016/2000, do Conselho Federal de Psicologia, salienta-se que a presente pesquisa representa risco mínimo à integridade e à saúde psíquica de seus participantes (CFP; Res. nº 016/2000, Art. 3º, § 1º), sem a “[...] possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase da pesquisa e dela decorrente”.

Este estudo não apresenta riscos maiores do que os já encontrados na vida cotidiana, e não houve qualquer tipo de manipulação do comportamento da participante, assim como não houve nenhum tipo de situação estressante.

Ao sujeito da pesquisa, foi garantido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e o sigilo das informações confidenciais, conforme prevê a resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia.

O tratamento psicológico desta paciente está em andamento desde 28 de junho de 2012, havendo, atualmente, contato semanal entre a pesquisadora/psicóloga e ela. Contudo, acredita-se que, em nenhum momento no curso deste estudo, a pessoa da paciente pôde ser prejudicada, pois a pesquisa tem o objetivo de esclarecer a relação das comunicações nas redes sociais e os transtornos psicopatológicos, com enfoque nos transtornos depressivos.

Por fim, por meio dos dados adquiridos e estudados desse caso, construí um estudo que comprovasse a hipótese considerada e respondesse à problemática destacada sem qualquer possibilidade de exposição e desrespeito à participante.

## 1 ARTICULAÇÃO ENTRE A TEORIA DO AMADURECIMENTO PESSOAL E A DEPRESSÃO

Em razão da análise do caso clínico, vou tratar neste capítulo da Teoria do Amadurecimento Pessoal em Winnicott e de sua articulação com a Teoria das Depressões.<sup>2</sup>

Partindo do conceito de que todo ser humano tem uma disposição inata ao amadurecimento, Winnicott desenvolveu a Teoria do Amadurecimento Pessoal, que se apresenta em estágios que o indivíduo percorrerá em sua trajetória de vida para conquistar sua individualidade e sua saúde psíquica. A qualidade das conquistas dependerá diretamente do bom cuidado de um ambiente facilitador e das etapas iniciais primitivas, essenciais para essa constituição.

Correlacionando saúde e doença, a saúde é a aquisição do amadurecimento nos estágios do desenvolvimento emocional, e a doença é a ocorrência de uma interrupção nesse processo pessoal. “Cada indivíduo está destinado a *amadurecer* e isto significa: unificar-se e responder por um eu. Em função disso, o que falha no processo, e não é integrado por meio da experiência, não é simplesmente um nada, mas uma perturbação” (DIAS, 2003, p. 94).

Em cada um dos estágios do processo de amadurecimento pessoal, o indivíduo vivenciará diversas conquistas e tarefas, sucintamente destacadas por Dias:

Dos estágios primitivos de dependência absoluta, fazem parte: 1. A solidão essencial, a experiência do nascimento e o estágio da primeira mamada teórica<sup>3</sup>. Dos estágios iniciais de dependência relativa, participam: 2. O estágio de desilusão e de início dos processos mentais; 3. O estágio da transicionalidade; 4. O do uso do objeto; e 5. O estágio do EU SOU. Após o bebê caminha “rumo a independência”: 6. Estágio do concernimento. Em seguida, vêm os estágios de independência relativa: 7. O estágio edípico; 8. O da latência; 9. A adolescência; 10. O início da idade adulta; 11. A adultez; e 12. A velhice e a morte. Na velhice, algo da dependência absoluta ou relativa retorna (DIAS, 2003, p. 97-98).

Tendo em vista a faixa etária e a patologia de interesse nesta pesquisa, o referencial teórico abrange as etapas da vida até a fase da puberdade e da adolescência, bem como o adoecimento psicopatológico depressivo.

---

<sup>2</sup> Neste capítulo, baseio-me principalmente nas descrições da Teoria do Amadurecimento Pessoal de Winnicott presentes nas autoras Dias (2003) e Moraes (2014), pois ambas tratam dessa teoria a partir de uma perspectiva mais didática, o que facilita minha compreensão teórica.

<sup>3</sup> A primeira mamada teórica corresponde ao conjunto de experiências de muitas mamadas concretas que o bebê vivencia no início da vida.

## 1.1 Estágios primitivos: a dependência absoluta

No início das etapas primitivas do processo do amadurecimento pessoal, o bebê encontra-se em dependência absoluta do ambiente facilitador, sendo necessário que esse ambiente se adapte totalmente ao bebê, pois ele não tem condições de se adaptar à realidade. Na verdade, nesse início, o bebê inventa o ambiente e não há uma separação entre eles, ou seja, o bebê não está integrado: “[...] os sentidos das realidades interna e externa ainda não foram constituídos e o bebê vive num mundo subjetivo que não é dentro nem fora” (DIAS, 2003, p. 96). Com a aquisição das conquistas, ele tem a tendência inata de alcançar a integração numa unidade do *self*.

As etapas primitivas da vida (dependência absoluta e parte da dependência relativa) nas quais o bebê depende de um bom cuidado materno são importantíssimas para a constituição da base da existência, ou seja, para a formação da personalidade e para a saúde psíquica. Assim, a fim de alcançar essa constituição com êxito e amadurecer, o bebê precisa realizar três tarefas e conquistas essenciais: “[...] a integração no tempo e no espaço, alojamento gradual da psique no corpo e início das relações objetais, ou seja, contato com a realidade” (DIAS, 2003, p. 99).

Simultaneamente à realização dessas três tarefas, Dias reforça que “[...] o si-mesmo está sendo constituído pela repetição contínua de pequenas experiências de integração, gradualmente o estado integrado torna-se cada vez mais estável, de tal modo que o bebê caminha na direção de integrar-se em uma unidade” (DIAS, 2003, p. 99).

Para que as tarefas e conquistas possam ser abarcadas pelo bebê, o ambiente facilitador precisa proporcionar condições estáveis por meio da sustentação (*holding*) de cuidados cotidianos repetitivos, da manipulação (*handling*) durante o cuidado para harmonizar corpo e psique e da apresentação de objetos.

Para efetivar a resolução dessas tarefas iniciais, Winnicott diz que todo ser humano, diante da tendência inata ao amadurecimento, conta com um potencial criativo – que, no momento primitivo, é a criatividade psíquica originária – para criar o mundo com significado pessoal desde o momento de seu nascimento. Nesse período, o mundo é representado pelo seio e pela mãe e é tido pelo bebê como sua criação.

A criatividade originária está numa posição contrária à reatividade e unida à espontaneidade, e “[...] é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (si-mesmo)” (WINNICOTT, 1971/1975, p. 80). Para que essa criatividade seja exercida, o ambiente

precisa responder de modo adaptativo ao gesto espontâneo do bebê, e lhe apresentar os objetos de maneira que ele tenha contato com eles mas permaneça na ilusão da onipotência de criar o que precisa sem ter nenhuma consciência de que obteve ajuda ou de que os objetos de suas necessidades já existiam antes dele.

## **1.2 Estágio de dependência relativa**

Com a consistência no processo integrativo, inicia-se gradativamente a passagem da dependência absoluta para a dependência relativa e, apesar de ainda fazer parte dos estágios primitivos, a desadaptação progressiva da mãe em relação às necessidades do bebê começa a se fazer necessária. “Isto coincide com a necessidade do bebê de dar prosseguimento ao amadurecimento, ou seja, a desadaptação da mãe é imprescindível para o início do rompimento da unidade indiferenciada mãe-bebê, de modo a pôr em marcha o longo e vagaroso processo de separação que levará o pequeno indivíduo à integração em um eu unitário e separado, capaz de estabelecer relações com o não-eu ou o mundo externo” (DIAS, 2003, p. 228).

Nesse momento, a ilusão de onipotência é deixada para trás, e a criança passará a entender que o mundo não é sua criação, ou seja, que ele preexiste a ela.

Com a necessidade progressiva da desadaptação da mãe, fenômenos transicionais surgem na área de ilusão de onipotência, e o bebê se apega a objetos transicionais como substitutos da mãe, constituindo, desse modo, a capacidade de simbolização e a possibilidade de constituir mundos e transitar entre eles, criando a primeira área de distância, de separação da mãe: o espaço potencial. “A transicionalidade marca o início da desmistura, da quebra da unidade mãe-bebê” (DIAS, 2003, p. 237).

Da mesma forma como na transicionalidade, a “conquista da capacidade de usar objetos” se dá a partir dos estágios primitivos, e não existe antes desses estágios. Essa capacidade possibilita o relacionamento com a realidade externa, e é nesse estágio de dependência relativa que os objetos começam a ser percebidos como externos. Para tanto, faz-se necessário que a apresentação do mundo pela mãe tenha ocorrido de modo compreensível e gradativo desde o início.

Essa mudança no sentido da realidade do objeto, da relação ao uso do objeto, não se dá pela mera passagem do tempo. “Para usar um objeto, o bebê precisa desenvolver a capacidade de usar objetos, o que implica começar a considerar o objeto uma ‘coisa em si

mesma', externa e separada dele, na sua propriedade de ter estado sempre ali e de continuar ali, independentemente do bebê e, portanto, fora de seu controle onipotente" (DIAS, 2003, p. 245). Nessa linha, é necessário que o objeto se torne real e faça parte da realidade compartilhada. Ele também precisará sobreviver aos impulsos destrutivos do bebê para que este adquira a capacidade de usá-lo e de fantasiar inconscientemente que o destruiu e que o objeto sobreviveu. Nesse momento, "[...] tem início a fantasia para o indivíduo, na medida em que aqui se dá a separação entre o fato (sobrevivência do objeto) e a fantasia (destruição do objeto)" (DIAS, 2003, p. 248).

Na tarefa seguinte, o indivíduo conquista o *eu sou*, momento em que o desafio principal é a conquista da unidade num eu integrado (a integração da personalidade). "O que é alcançado, nesse momento, é o resultado do longo processo de integração que teve início no si-mesmo primitivo e não integrado: ao longo dos estágios iniciais, foram sendo integrados os vários aspectos da personalidade" (DIAS, 2003, p. 255).

Nessa aquisição, há a integração espaço-temporal e o *eu sou* passa a se sentir real e adquire uma identidade. "Mas é necessário apontar que o estado de *sou*, o estado de *ser* e o sentimento de realidade em existir não constituem um fim em si mesmo, mas uma posição a partir da qual a vida pode ser vivida" (WINNICOTT, 1954/1994, p. 332).

### 1.3 Estados excitados e estados tranquilos

Concomitantemente ao processo de conquistas nos estágios do amadurecimento, o bebê vive de modo alternado estados emocionais excitados e tranquilos. Os estados excitados têm como base o impulso instintual<sup>4</sup>, e os estados tranquilos são compostos por momentos de relaxamento.

A emergência de um estado excitado, no bebê, pode ser assim descrita:

[...] estando ele num estado tranquilo, dormindo ou simplesmente repousando, surge o impulso apoiado, quase sempre, na crista de uma onda instintual. Desenvolve-se uma tensão que, rapidamente, se transforma numa urgência; nela toma carona o impulso motor. O bebê é tomado por uma expectativa indeterminada, visto que ele não sabe nada acerca de sua necessidade ou do que pode ser esperado; na verdade, ele não sabe de sua própria existência, nem tampouco da existência de objetos, sejam eles

---

<sup>4</sup> Winnicott usa o termo "instintual" para referir-se ao conjunto de excitações locais e gerais que são, para ele, um aspecto da vida animal (DIAS, 2003, p. 175). Os instintos são "poderosos impulsos" (*drives*) biológicos, que vêm e voltam na vida do bebê ou da criança, e que exigem ação (WINNICOTT, 1988/1990).

externos ou internos [...]. Os impulsos que levam o bebê à excitação provêm de duas fontes: instintualidade e motilidade. Tanto os impulsos instintuais como os motores são manifestações do “estar-vivo” do bebê. A instintualidade é o campo em que a sexualidade irá se desenvolver, como um aspecto importante do processo de amadurecimento pessoal (DIAS, 2003, p. 175).

Na experiência excitada, para que o ser humano tenha o encontro com o objeto (mãe-objeto), é necessário que o impulso surja de um estado tranquilo de não integração.

Os estados tranquilos se caracterizam, principalmente, pela necessidade humana de afastar-se temporariamente do ambiente e permanecer quieto no seu mundo subjetivo. Para tanto, é essencial que o cuidador (mãe-ambiente) sustente essa não integração e esse momento de relaxamento. Ele se entrega à “contemplação”

[...] elaborando imaginativamente os estados fisiológicos da digestão, ou envolvido pelos ruídos, cheiros e momentos do ambiente. Se a mãe o tem no colo, ele olha longamente para ela, que lhe fala ou canta uma canção, ou se recolhe em isolamento para um lugar ao qual ela não tem acesso, ou dorme. A mãe permanece lá, sustentando a situação no tempo, aguardando que o bebê retome uma busca qualquer: quando ele desperta e faz um gesto de comunicação, lá está ela, apresentando-lhe um fragmento de mundo ou um manejo que confirma para ele que o mundo continua presente e vivo. É a repetição monótona e regular dessa experiência que vai criando no bebê a capacidade de confiar. Quando se estabelece essa crença – que poderia ser formulada do seguinte modo: “Assim que eu precisar, ela está lá” –, o bebê passa, com muita felicidade, da experiência excitada para a tranquila e vice-versa (DIAS, 2003, p. 190-191).

No processo saudável, a mãe está sempre presente e é consistente e oferece regularidade ao ambiente. Ela possibilita um ambiente seguro ao bebê para que ele passe de um estado emocional ao outro de modo confiável, atingindo a integração momentânea nos estados excitados e a não integração nos estados tranquilos.

Contudo, se os estados excitados ocorrerem sem o apoio egoico do ambiente, “[...] as tensões instintuais, ao invés de serem gradualmente integradas e pessoalizadas, permanecem externas e são sentidas como intrusões, podendo ainda tornar-se perseguidoras, chegando a estabelecer disposição paranoide” (DIAS, 2003, p. 177). Decorrentes dessas intrusões, há uma interrupção na continuidade de ser.

Já nos momentos tranquilos, se houver falhas ambientais, é possível que o indivíduo sinta ansiedade quando constatar a quietude, podendo desenvolver meios de evitação da sensação de tranquilidade. “A ausência de tensão parece-lhe estagnação, assemelhando-se à morte” (DIAS, 2003, p. 195).

Esse fracasso ambiental pode levar o indivíduo à desintegração.

Se o ambiente fracassa repetidamente em fornecer segurança, para além do limite de sua tolerância, a ameaça de desintegração torna-se permanente e o indivíduo passa a carregar consigo o sentimento de perigo inominável que é preciso evitar a qualquer custo. Pode ocorrer, em virtude de um sentimento retido de insegurança ambiental, de ele estabelecer uma forma exagerada de cuidado consigo mesmo, uma espécie de autopreservação automática, que é uma defesa contra a desintegração que a falha ambiental, tornada potencial, ameaça provocar (DIAS, 2003, p. 196).

#### 1.4 Estágio do concernimento

Após a conquista do eu unitário, o indivíduo torna-se capaz de integrar a vida instintual e poderá se tornar uma pessoa inteira capaz de se relacionar com outras pessoas inteiras. Esse estágio na conquista do amadurecimento é o estágio do concernimento.

No início desta etapa, os impulsos – até então externos à pessoa do bebê e invasivos, se ele não for ajudado a haver com eles – passam a ser integrados, a ter sentido e a ser avaliados em suas consequências. De incompadecido, o bebê passa a se sentir concernido pela impulsividade que o domina nos momentos de excitação, como se dissesse: “Isto é comigo, me diz respeito, é da minha alçada”; torna-se também *preocupado*, pois começa a perceber que essa impulsividade atinge e pode ferir o outro; dá-se conta, portanto, que é ele mesmo que, de próprio punho, faz “buracos no corpo cheio de riquezas da mãe” (DIAS, 2003, p. 259).

A partir desse momento, o indivíduo passa a ter contato com o sentimento de culpa e de responsabilidade devido à destrutividade decorrente da impulsividade instintual.

As ansiedades desse período são de extrema complexidade pelo fato de o concernimento dizer respeito não apenas aos efeitos da impulsividade voraz com relação ao objeto do amor excitado, mas também às consequências, no si-mesmo, da experiência de excitação (WINNICOTT, 1988/1990).

A criança, nessa fase, além de se dar conta de que é única, também começa a perceber que a mesma mãe que ela ataca nos momentos de excitação é a mãe que lhe oferece cuidado nos momentos de tranquilidade. Por um tempo, ainda, a mãe continuará sendo mãe-ambiente nos estados tranquilos, sendo carinhosamente amada, e mãe-objeto nos estados excitados, nos quais será destruída. No período em que o bebê está juntando a mãe-ambiente e a mãe-objeto em uma única mãe, ela precisará permanecer duplicada e sustentando os seus cuidados,

possibilitando ser o objeto que, agora de modo consciente, será destruído e, por isso, se tornará motivo de preocupação.

A mãe-objeto tem de sobreviver aos episódios guiados pelo instinto, que adquiriram agora toda a força das fantasias de sadismo oral e outros resultados de fusão. Para a mãe-ambiente cabe, por outro lado, uma função especial, que é a de continuar sendo ela mesma, empática em relação ao seu bebê, permanecendo presente para receber o gesto espontâneo dele e para ser agradada (WINNICOTT, 1960/1983b).

Para a sobrevivência (sem retaliação, instabilidade de atitude ou recuo) e para a sustentação temporal do ambiente facilitador, a mãe nesse momento é essencial, pois a criança está integrando a agressividade, e o fato de a mãe ficar viva e disponível após seu ataque agressivo tornará suportável lidar com a culpa decorrente desse ataque e permitirá o gesto de reparação.

O fato é que a criança necessita exercer sua impulsividade e se depara com o medo de que os estragos decorrentes disso sejam irreversíveis. Quando a mãe fornece a oportunidade para que ele possa, repetidas vezes, machucar e reparar “[...] (círculo benigno – machucar-e-reparar (*hurting-mande-good*)), o bebê passa, gradualmente, a acreditar na possibilidade de reparação, no esforço construtivo e, sendo-lhe dadas boas condições de suportar a culpa, torna-se mais livre para o amor instintual” (DIAS, 2003, p. 262).

Winnicott afirma que “a consequência do fortalecimento dia após dia do círculo benigno é a de que o bebê se torna capaz de tolerar o buraco no corpo da mãe (resultado do amor instintual). Aqui estará, então, a origem do sentimento de culpa. Esta é a única culpa verdadeira, visto que a culpa implantada é falsa para o eu” (WINNICOTT, 1954-1955/2000, p. 365).

Nesse momento do estágio do concernimento, dá-se “[...] a posição depressiva no desenvolvimento emocional, sendo um estágio importante porque envolve o bebê em sentimento de culpa, levando-o a preocupar-se com os relacionamentos em razão de seus componentes instintivos e excitados” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 89).

## **1.5 Diferenciação entre posição depressiva e depressão**

Quando Winnicott aponta para o conceito de saúde, ele reforça que ela se caracteriza a partir da aquisição da força de ego ao estabelecimento do *self* (continuidade de ser) e da

descoberta da identidade pessoal. Desse modo, o aspecto saudável da depressão está diretamente ligado a essas conquistas do amadurecimento emocional.

Na saúde, a pessoa é capaz de deprimir-se no sentido de preocupação e responsabilidade com e/ou de organizar defesas contra os conflitos intoleráveis da realidade pessoal, pois ela pode empregar todo tipo de defesas, mudando de uma para outra, dado que possui um si-mesmo constituído, mas está relativamente livre de repressão maciça e da inibição dos instintos que favorecem a rigidez de organização defensiva dos neuróticos (MORAES, 2014, p. 179).

Nesse processo do desenvolvimento emocional saudável, existe a plena vitalidade [*tônus vitais*] e a posição depressiva, que é o processo de ”integração entre forma tranquila de relacionamento e a forma excitada, e o relacionamento de que ambos os estados (e não apenas um) constituem uma relação total com a mãe-pessoa” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 89), é um estágio importante em que o indivíduo tem contato com seus sentimentos de culpa, sendo conduzido a “preocupar-se [*concern*] com os relacionamentos, em razão de seus componentes instintivos ou excitados” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 89).

Todo ser humano vive a posição depressiva durante o desenvolvimento emocional saudável no estágio do concernimento, mas, caso haja um aparte (ou perturbação) nesse processo por falta de bons cuidados do ambiente facilitador, pode-se dar origem à doença depressiva.

Se o ambiente é suficientemente bom e oferece sustentação, o indivíduo desenvolve a capacidade de controlar os impulsos agressivos contidos no amor primitivo dirigido ao objeto [o outro] por meio da possibilidade de fazer reparações e, por conseguinte, a culpa se torna suportável. Nesse processo, a esperança é um fator essencial para o indivíduo recuperar-se da culpa causada pelas ideias destrutivas e para manter a potência vital. Winnicott assegura que “não é possível a um ser humano suportar a destrutividade que está na base dos relacionamentos humanos, ou seja, do amor primitivo, exceto por meio de um desenvolvimento gradual associado às experiências de reparação e restituição” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 93).

Quando há um cuidado suficientemente bom, “[...] a técnica materna permite que o amor e o ódio coexistentes no bebê se distingam um do outro e que, em seguida, venham a se inter-relacionar e tornem-se gradualmente controláveis a partir de dentro, de um modo que chamamos de saudável” (WINNICOTT, 1954-1955/2000, p. 356).

Pode-se afirmar que a criança (ou adulto) foi além da posição depressiva quando ela alcançou a capacidade para relacionar-se com outras pessoas, considerando, aqui, as infinitas variações de relações humanas.

A posição depressiva é algo que se inicia entre os seis e os doze meses de vida e caracteriza a conquista de um crescimento pessoal que depende de um fornecimento ambiental sensível e contínuo. Para que a posição depressiva seja alcançada com êxito, o indivíduo deve ter passado pelos estágios anteriores sem problemas e ter conseguido estabelecer-se minimamente como uma pessoa e se relacionar com outras.

A criança (ou adulto) que apresenta problemas na integração da personalidade e no relacionamento com o meio ambiente não alcançou a posição depressiva em seu desenvolvimento pessoal. Essa impossibilidade ocorreu devido à falha do ambiente, ou seja, a mãe não sustentou os ataques de agressividade do bebê no tempo e não se adaptou a suas necessidades egoicas. Conseqüentemente, ele não teve contato com o sentimento de culpa e nem pôde reparar o estrago que causou com sua destrutividade, sendo impedido de elaborar as conseqüências de suas experiências instintivas e de constituir uma vida instintiva dentro das relações interpessoais.

Assim, a pessoa que não consegue lidar de modo sadio com seus aspectos destrutivos, inclusive com a raiva causada pela frustração, e não alcança essas experiências reparatórias apresenta baixa vitalidade e, conseqüentemente, o estado depressivo surge como psicopatologia. Tal estado é associado a falhas ambientais e, suscintamente, está ligado ao sentimento de culpa e ao processo de luto, isto é, “se os fenômenos internos criam problemas devido à culpa insuportável, a criança (ou o adulto) recalca todo o seu mundo interno, pois não consegue ter contato com seus impulsos destrutivos, passando a funcionar num nível baixo de vitalidade (*no tónus vitais*), e o estado de espírito é o da depressão” (WINNICOTT, 1954-1955/2000, p. 367).

A principal causa do humor depressivo é uma nova experiência de destrutividade e de ideias destrutivas que desaparecem com o amor. As novas experiências precisam de uma reavaliação interna, e é essa reavaliação que encaramos como depressão (WINNICOTT, 1963/2005b).

Os tipos de depressão encontrados clinicamente são referentes à despersonalização, à desesperança quanto aos relacionamentos objetivos e/ou à sensação de inutilidade que decorre do desenvolvimento de um falso si-mesmo. Esses acontecimentos pertencem à fase anterior (primitiva) à posição depressiva no desenvolvimento maturacional individual.

Winnicott afirma que a condição de deprimir não ocupa necessariamente um caráter patológico, sendo necessário que o ser humano tenha a capacidade de “preocupar-se em” e “responsabilizar-se com” em tal processo para atingir sua evolução no amadurecimento pessoal, além de esse amadurecimento estar relacionado à experiência humana e à qualidade de seu relacionamento com seu cuidador. “Na saúde, a depressão é potencial, pertence ao âmago da personalidade e se constitui numa evidência da saúde” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 107).

A depressão patológica não tem a ver com a posição depressiva. Como afirma Winnicott, “no conceito da posição depressiva no desenvolvimento normal não há qualquer indicação de que a criança fique realmente deprimida” (WINNICOTT, 1954-1955/2000, p. 359).

Contudo, a depressão como distúrbio da afetividade não é um fenômeno normal. É um sintoma de doença, indica desestabilidade no humor e implica conflitos inconscientes que podem tornar-se conscientes. Os processos inconscientes estão diretamente relacionados ao sentimento de culpa, os quais pertencem ao elemento destrutivo inerente ao amor.

## **1.6 Estágio edípico**

Ainda na fase do concernimento tem início o surgimento de aspectos do desenvolvimento instintivo e sexual, atingindo a identidade de gênero e distinguindo meninos de meninas.

Dias aponta que, para Winnicott, “se a criança atinge verdadeiramente a capacidade de vivenciar as ansiedades da situação edípica, isto significa que ela alcançou a identidade unitária” (WINNICOTT *apud* DIAS, 2003, p. 272). A criança tem saúde psíquica suficiente para realizar experiências inerentes à vida instintual nas relações triangulares e interpessoais, pois encontra-se integrada, como uma pessoa inteira e com condições de se relacionar com outras pessoas inteiras.

“Não posso ver nenhum valor na utilização do termo ‘complexo de Édipo’ quando um ou mais de um dos três que formam o triângulo é um objeto parcial. No complexo de Édipo, ao menos do meu ponto de vista, cada um dos componentes do triângulo é uma pessoa inteira, não apenas para o observador, mas especialmente para a criança” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 67).

A criança, nesse estágio, não apresenta dificuldades resultantes de falhas ambientais. Suas dificuldades passam a ser inerentes à vida e a suas relações interpessoais. Em função do processo de ambivalência entre amor e ódio, ela fica num estado de atração pela figura parental do sexo oposto e num estado de tensão pela figura parental do mesmo sexo.

Dias aponta que

[...] grande parte de sua vida emocional permanece inconsciente e, mesmo no mais satisfatório dos ambientes, a criança tem impulsos, ideias, fantasias e sonhos, nos quais se desenrola o intolerável conflito entre o amor e o ódio, entre o desejo de preservar e de destruir e, de um modo mais complexo, entre as posições heterossexual e homossexual relativas às identificações com os pais. Tudo isto indica que a criança está viva e elaborando as dificuldades inerentes à vida (DIAS, 2003, p. 273).

As experiências pré-genitais e genitais imaturas que estão ao alcance da criança nesse estágio incluem o corpo e os prazeres corporais que são independentes do auxílio de outras pessoas. Porém, se o ambiente facilitador for harmonioso, e proporcionar estabilidade na ambiência, certamente contribuirá para que a criança consiga passar por essa fase, e pelos conflitos que ela gera, de modo mais suportável. “Se há suporte familiar e confiável, se alguém permanece presente, mantendo a calma, a criança começa a dar-se conta de que a passagem do tempo – algumas horas ou, talvez, minutos – traz o alívio para praticamente tudo, por [mais] intolerável que pareça” (DIAS, 2003, p. 292).

A sexualidade infantil, segundo Winnicott (1988/1990), é algo bem real. Pode estar ou não madura à época em que as transformações da latência aparecem, trazendo alívio. Se a sexualidade está imatura, perturbada ou inibida ao final desse primeiro período de relacionamentos interpessoais, ela ressurgirá, imatura ou inibida, na puberdade.

## **1.7 Estágio da puberdade e da adolescência**

Nesse estágio do desenvolvimento emocional, sendo a adolescência um processo imaturo e, conseqüentemente, também a sexualidade, o ser humano está incapaz de lidar com as transformações físicas inerentes a esse momento da vida, o que interfere inclusive no seu processo de adolecer.

Na puberdade, “[...] às importantes alterações devidas ao crescimento físico e ao desenvolvimento da sexualidade, acrescenta-se a capacidade física para a experiência genital e para matar de verdade” (WINNICOTT, 1962/1983, p. 66). Surge uma potência nova e

assustadora, uma vez que aquilo que “[...] pertencia ao domínio da fantasia pode agora tornar-se realidade concreta: o poder de destruir, e até de matar, a possibilidade de prostituir-se, engravidar, enlouquecer com drogas, suicidar-se” (DIAS, 2003, p. 293).

As angústias adolescentes caracterizam revivências dos estágios primitivos, ou seja, o jovem padece do sentimento de irrealidade e necessita sentir-se real. “A grande busca do adolescente é ser alguém em algum lugar, ‘sentir-se real’” (WINNICOTT, 1961/2005, p. 123). Para atingir essa busca, ele precisa estar inserido num ambiente confiável, suficientemente bom, que permita uma comunicação sincera e verdadeira, que reconheça suas necessidades e lhe proporcione amparo e apoio na construção de sua identidade e no encontro de sua existência.

Nessa época de grande tensão, o indivíduo é imaturo no sentido de que só descobriu em parte o eu e a confiança no eu. Winnicott descobriu que uma nova luz foi lançada sobre a adolescência quando ela é vista da seguinte maneira: “Poderíamos dizer que os problemas do menino ou da menina adolescente giram em torno da afirmação ‘eu sou’ e da tensão ‘quem sou eu?’. Sem uma resposta a esta questão, é difícil sentir-se real porque a capacidade de sentir-se real é ela mesma um resultado da autodescoberta” (DAVIS; WALLBRIDGE, 1982, p. 96).

Para Winnicott,

[...] não há como evitar esse processo, ele é natural e necessário para se chegar à maturidade. No entanto, é um processo que pode ser interrompido por invasões e intrusões devido à falta de provisão ambiental, ou seja, as pessoas que compõem o ambiente (pais ou substitutos) devem estar sempre presentes, transmitindo preocupação e demonstrando que estarão por ali caso o adolescente precise de ajuda, amparo, bem como para perceber suas necessidades (WINNICOTT *apud* OLIVEIRA; FULGENCIO, 2010, p. 69).

Há a necessidade de um ambiente confiável; caso contrário, o crescimento pessoal do jovem não atinge a integração e padece de distorções.

A rebeldia e o desafio, assim como a dependência, são aspectos característicos dessa busca por “sentir-se real”, e a sustentação por parte dos familiares é de extrema importância para que o jovem atinja a integração do si mesmo. Nesse estágio do desenvolvimento, o ambiente desempenha um papel importantíssimo para a continuidade da existência através dos interesses dos pais pelos filhos. Muitas das dificuldades dos adolescentes procedem por eles estarem inseridos em condições ambientais insuficientes e que não oferecem suporte e

proteção. “O adolescente é essencialmente um ser isolado” (WINNICOTT, 1963/2005b, p. 165), e o isolamento é sempre o ponto inicial no estabelecimento de um relacionamento entre as pessoas.

São as relações individuais, uma por uma, que levam finalmente à socialização. O adolescente está repetindo uma fase essencial da infância, pois o bebê também é um isolado, pelo menos até que seja capaz de estabelecer a capacidade de relacionamento com objetos que estão fora de seu controle mágico (WINNICOTT, 1963/2005b).

Dias afirma que a adolescência é “[...] um período particularmente difícil para o indivíduo, que, não tendo tido um bom início, carrega consigo a ameaça da desintegração, porque a adolescência arrasta-o para perto do colapso. Para o indivíduo que, ao contrário, teve um bom começo, o tempo se encarrega de muitas coisas caso o ambiente familiar sobreviva e permaneça confiável” (DIAS, 2003, p. 294).

## **1.8 Transtornos depressivos**

Para Winnicott (1988/1990), a depressão constitui um conceito amplo de distúrbio psíquico que abarca desde uma manifestação “quase normal” até um quadro “quase psicótico”. Ela está organizada em dois tipos principais: reativa (simples ou patológica) e psicótica.

As pessoas que apresentam depressões reativas são aquelas que conseguem lidar com a tristeza e reagem de modo organizado diante de uma perda. Elas receberam um cuidado ambiental suficientemente bom nos estágios iniciais (dependências absoluta e relativa) até o momento de conquistarem o *eu sou*, possuem força de ego e maturidade pessoal e conseguem ter boa aceitação de sua destrutividade pessoal. Esse transtorno depressivo está associado aos impulsos destrutivos que acompanham os impulsos amorosos em relações bipessoais (WINNICOTT, 1988/1990).

Segundo Moraes, “as depressões reativas dizem respeito a sentimentos de desalento e ‘preocupação com’ que cotidianamente sentimos. Essa experiência faz parte do estado de dúvida e desespero que uma pessoa sente a respeito da própria vida e sobre a vida daqueles que lhe afetam” (MORAES, 2014, p. 359-360), podendo, por isso, “vincular a depressão com a experiência ordinária da vida” (WINNICOTT, 1958/2005, p. 76), isto é, vinculá-la a tudo aquilo que faz parte da vida em si e que gostaríamos de ver respeitado.

Há dois tipos de depressões reativas: a reativa simples e a reativa patológica.

A depressão reativa simples é caracterizada pelas fases depressivas em pessoas saudáveis que conquistaram um mundo pessoal, atingiram o amadurecimento pessoal e são capazes de se responsabilizarem pela destrutividade.

No âmbito da depressão quase normal [reativa simples], Winnicott inclui as pessoas consideradas saudáveis ou normais, aquelas que não têm dificuldades de reconhecer e assumir o conflito no mundo interno (o qual se mantém vivo e repleto de sentimentos bons e maus). São pessoas que têm condição de tolerar o desconforto associado ao humor depressivo e têm capacidade para esperar a resolução do conflito sem precisar, sistematicamente, lançar mão de mecanismos de defesa para justificar ou se livrar mais rapidamente desse desconforto. São, enfim, pessoas capazes de experienciar a totalidade da integração sem que isso as ameace, pois alcançaram a capacidade de separar fatos e fantasias, a capacidade de tolerar a destrutividade, bem como a capacidade para a ambivalência (MORAES, 2014, p. 319).

Já a depressão reativa patológica é composta pelos “[...] estados depressivos relativos à redução ou à interrupção da oportunidade da construção e contribuição (da reparação), tornando difícil para a pessoa se responsabilizar pelos impulsos destrutivos” (MORAES, 2014, p. 339). Aqui, o indivíduo apresenta incapacidade de suportar a perda porque não consegue reconhecer como seus afetos e sentimentos (bons e maus) despertados nessa experiência, e o humor deprimido é o atributo principal desse tipo de depressão. Isso ocorre em razão de “[...] problemas tardios relativos ao estágio do concernimento e que leva a pessoa a encontrar alívio para a confusão que se estabelece no mundo interno pelo uso de outros mecanismos de defesa, como a repressão e a projeção” (MORAES, 2014, p. 347).

A depressão reativa patológica surge como uma reação à perda e por isso a comparação com o luto torna mais clara sua compreensão. O importante a respeito desse tipo de depressão é saber que a doença não é provocada pela perda em si, mas pela incapacidade de a pessoa lidar com essa perda em razão da dificuldade em assumir como pessoais os sentimentos e afetos (bons e maus) experienciados na situação de perda. Esse tipo de depressão pode ser decorrente de perda real de um objeto ou de uma situação em que ocorrem uma interrupção na reparação e uma diminuição da oportunidade de construção e contribuição criativa, dificultando para a pessoa responsabilizar-se pelos impulsos destrutivos (MORAES, 2014, p. 347).

Em seguida, no aspecto “quase psicótico”, Winnicott inclui as “pessoas normais de tipo psicótico”, ou seja, que tiveram o amadurecimento emocional pessoal alterado (perturbado ou distorcido), “acarretando problemas na estruturação da personalidade, de modo a ser possível verificar aspectos esquizoides evidentes ou até mesmo um distúrbio

neurótico encobridor de uma estrutura psicótica” (MORAES, 2014, p. 320). Pode-se constatar nessas pessoas certo estado de integração do eu e/ou uma união psicossomática que possibilite a vivência da depressão, mas são integrações frágeis (ego fraco) pelas consecutivas interrupções e pelos constantes reinícios do processo de continuidade de ser, causando distorções na concepção da personalidade. Essas “impurezas” apresentam-se no percurso da depressão psicótica, tais como:

Os fracassos da organização do eu [ego] onde existe ameaça de desintegração, implicando certa organização do eu que se mantém apesar da ameaça de desintegração; indivíduos que mantêm uma estrutura do eu que possibilita a depressão, mas fazem delírios persecutórios que indicam a utilização de fatores externos ou uso de memória dos traumas para obter alívio das perseguições internas, as quais são encobertas pelo humor depressivo; indivíduos que obtêm alívio das tensões internas através da hipocondria ou de doenças somáticas; defesa maníaca, na qual existe depressão, mas esta é negada; oscilação maníaco-depressiva; medo esquizoide e melancolia e mau humor (VIDAL; LOWENKRON, 2008, p. 53).

Segundo Moraes, “o problema da depressão que contém impurezas está no fato de ela não poder ser experienciada como um aspecto de fortalecimento da integração e totalidade da pessoa e do enriquecimento das relações entre o mundo pessoal/interno e a realidade compartilhada” (MORAES, 2014, p. 325).

A estrutura de ego será importante para aproximar, dar continuidade ou diminuir a experiência depressiva. “Tal assertiva indica que a pureza ou impureza da experiência depressiva depende da capacidade individual da estrutura do ego em suportar uma fase de crise para, conseqüentemente, alcançar a integração” (VIDAL; LOWENKRON, 2008, p. 53).

Os transtornos depressivos – sejam eles os psicóticos ou os reativos simples ou patológicos – “são, na visão de Winnicott, a expressão máxima de que há saúde latente atrás do sofrimento e da tristeza. Esses estados são a manifestação clara de que há um si-mesmo verdadeiro, mesmo que incipiente, procurando encontrar um meio de começar a existir; ou, então, um eu já constituído, uma identidade pessoal elaborando uma maneira de existir e relacionar-se com o outro, sem que seja preciso usurpar sua espontaneidade” (MORAES, 2014, p. 179-180).

## 1.9 Defesas antidepressivas

Nesta seção, apresento as defesas que surgem na tentativa de superar o estado deprimido e evitar o contato com a dor derivada dessa desordem afetiva. “A pessoa que se deprime, ou é capaz de usar defesas antidepressão, possui uma maior organização em seu mundo pessoal/interno, que é perceptível mediante o tipo de defesa ou o padrão de defesas adotadas perante situações conflituosas” (MORAES, 2014, p. 339). Ela é consciente de que suas próprias experiências interpessoais desencadeiam afetos, emoções e preocupações, e que o mundo externo está num âmbito separado de si.

Embora nas depressões reativas (com sentimento de desalento e desesperança) haja o desencadeamento de defesas antidepressivas na tentativa de superar os transtornos depressivos, elas são defesas secundárias:

**1) Humor depressivo:** essa defesa caracteriza a depressão reativa simples porque rebaixa a vitalidade para que a pessoa que atingiu um grau de integração de seus conteúdos internos experimente a tristeza, a culpa e o arrependimento, suportando sua destrutividade decorrente do impulso amoroso primitivo.

[...] como uma nuvem, nubla e atenua o interior da pessoa. Funciona como um controle interno, provocando um estado de inércia que barra os instintos e a capacidade para o relacionamento com os objetos externos. Sempre que, para a pessoa deprimida, houver esperança no que existe em seu interior e em sua capacidade de reparação e restituição, o humor deprimido será suspenso gradativamente e a depressão passará espontaneamente (MORAES, 2014, p. 340).

**2) Ansiedade depressiva:** por meio de baixa vitalidade, do afastamento do mundo externo e da alteração de humor, essa defesa provoca dúvidas na pessoa deprimida sobre os próprios conteúdos pessoais antes “[...] que seja possível separar o que é bom do que é ruim e organizar um padrão temporário para lidar com tudo o que há em seu mundo interno (objetos, forças e fenômenos)” (MORAES, 2014, p. 311).

**3) Dúvidas sobre fenômenos internos:** o uso dessa defesa tem o sentido de refazer o mundo interno e, para tanto, há a necessidade de abafá-lo temporariamente, e assim o indivíduo passa a funcionar em um baixo nível vital. Para Winnicott, esse processo representa uma “exacerbação da causa nº 2 [anterior]” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 106). Essa defesa

caracteriza a depressão reativa patológica. “Em geral, estão associadas às depressões reativas complicadas por ansiedades nos relacionamentos interpessoais que, por serem tão intoleráveis, não podem ser aceitos e reconhecidos como parte do si-mesmo e, por isso, são total ou parcialmente reprimidos. Denota problemas ao longo do estágio do concernimento” (MORAES, 2014, p. 312).

**4) Quebra do círculo benigno:** há um fracasso na descoberta da capacidade de sentir culpa e, conseqüentemente, há sua substituição pela inibição dos impulsos instintuais, surgindo uma ansiedade crua. Aqui, os objetos bons e maus são cindidos e ocorre a desintegração. “A defesa da cisão dos objetos em bons e maus atenua o sentimento de culpa, mas, em compensação, o amor perde parte de seu valioso componente agressivo, e o ódio torna-se mais explosivo, pois a agressividade reaparece com mais intensidade” (WINNICOTT, 1950-1955/2000, p. 292).

Já nas depressões psicóticas (impurezas do humor deprimido), as defesas que se apresentam, contudo, são primitivas, decorrentes de ameaças do ser e da integração devido a falhas do ambiente cuidador:

**1) Defesa maníaca:** mobiliza-se contra a dor do humor deprimido surgido a partir de ansiedades depressivas. Tem como elemento principal negar a morte no mundo interno ou negar um entorpecimento que abrange tudo. Sua ênfase incide sobre a vida, a vivacidade e a negação da morte como fato basal que faz parte da vida. Winnicott aponta ainda que

[...] essa defesa nega tudo aquilo que é sério. A morte transforma-se em vitalidade exagerada, o silêncio é transformado em barulho, não há sofrimento nem preocupação, não há trabalho construtivo nem prazeres tranquilos. Tal defesa consiste numa formação reativa relativa à depressão e deve ser estudada como um conceito por direito próprio. Sua presença, clinicamente falando, implica que a posição depressiva foi realmente alcançada, mas mantida à distância ou negada, mais do que perdida (WINNICOTT, 1954-1955/2000, p. 367-368).

Na defesa maníaca, a agressividade negada aparece na forma de “[...] desarrumação, desleixo, irritação e falta de perseverança construtiva” (WINNICOTT, 1950-1955/2000, p. 295).

**2) Oscilação maníaco-depressiva:** trata-se de uma “[...] alternância de dois estados igualmente desconfortáveis, sendo irreal a mania e a depressão, intolerável” (WINNICOTT, 1954/1994, p. 334). O aspecto que caracteriza essa oscilação é a dissociação relativa aos estados de humor, impossibilitando o paciente de ficar em contato com a condição oposta, ou seja, as ações do indivíduo são assumidas ora por manias, ora pelo estado depressivo. A dificuldade mais significativa nesse transtorno é a de administrar, simultaneamente, a agressividade não fundida e os elementos introjetados onipotentes.

A dissociação perceptível nessa defesa indica que o indivíduo se constitui a partir da cisão da personalidade, o que tem como consequência a falta excessiva de comunicação entre os estados de mania e depressão. O paciente deprime quando tenta controlar a tensão interna e fica maníaco quando seus conteúdos onipotentes são acionados a partir de situações internas intensas. A vivacidade do mundo interno toma conta e impulsiona (WINNICOTT, 1950-1955/2000). “Ela pode se tornar arrogante, altiva, sarcástica e muito agressiva, sem que haja estímulo externo reconhecido e relacionado a essas atitudes” (MORAES, 2014, p. 375). A agressividade surge sempre que o indivíduo vivenciar situações de oposição ou perseguição. Tais situações são significativas porque ocasionam a sensação de realidade e de que existe um relacionamento com o objeto externo.

O paciente que apresenta essa oscilação no humor indica que a etapa do concernimento foi alcançada, mas não se estabeleceu, demonstrando ele, assim, imaturidade a partir da dificuldade de integrar o *eu sou*. Ele se mostra ora deprimido, inibido e sem ânimo, ora eufórico, arrogante e vívido.

**3) Exagero das fronteiras do ego:** é a defesa que decorre do temor da perda das conquistas alcançadas e da quebra do círculo benigno, organizando a personalidade em um modelo depressivo. Moraes pontua que “[...] sendo desfeito o círculo, a situação de confiabilidade e previsibilidade nas relações instintuais é perdida. As consequências para a criança são a inibição dos instintos, que acarreta um empobrecimento da personalidade, e, ao se efetuar a quebra do círculo, [ocorre também] a perda da capacidade para sentir culpa. [Com] baixa vitalidade será a maneira como a pessoa se apresentará nos relacionamentos” (MORAES, 2014, p. 377).

**4) Impurezas na melancolia e no mau humor:** é a defesa dominada pela desesperança nos relacionamentos com os objetos externos. A perda da esperança surge a

partir da desestruturação no ambiente, com a morte ou a doença de alguém significativo, por exemplo, o que isso desencadeia uma desestabilização. “É um estado de defesa inconscientemente organizado por pessoas que carregam um sentimento de culpa intolerável, que também é inexplicável, sempre exagerado e desconectado dos fatos reais” (MORAES, 2014, p. 378).

**5) Fracassos de organização do ego:** são os estados defensivos em que os elementos esquizoides difusos interferem no quadro depressivo (Depressão Esquizoide). “A ameaça de desintegração acompanha a pessoa, possibilitando defesas psicóticas de divisão, despersonalização, sentimentos de irrealidade e falta de contato com a realidade interna” (MORAES, 2014, p. 364). Essa desordem psíquica está ligada a falhas nas conquistas do amadurecimento nos estágios primitivos.

**6) Delírios persecutórios:** é uma defesa que apresenta uma estruturação egoica para deprimir associada a elementos persecutórios. “Esses delírios indicam que o paciente está usando fatores externos adversos ou a memória traumática para aliviar-se das perseguições internas. O humor deprimido resulta, nesses casos, do acobertamento das perseguições internas” (MORAES, 2014, p. 365).

**7) Depressão caracterizada em termos hipocondríacos:** o perfil do indivíduo é daquele que utiliza as doenças somáticas para aliviar as tensões internas. “Esses pacientes dramatizam a luta interna entre o que é bom e mau em termos corporais ou por meio de queixas físicas, de dor e desconforto, podendo até haver a exploração de uma doença física real. A imaturidade pessoal e a fragilidade do ego dessas pessoas são reveladas pela impossibilidade que têm de tolerar, em sua totalidade, o que há na realidade interna delas” (MORAES, 2014, p. 368).

Esse conjunto de ideias permite compreender que, sob a visão da teoria winnicottiana, o humor deprimido define a depressão como:

[...] o elemento que dá valor e profundidade a uma vida saudável para aqueles que conquistaram a capacidade de deprimir-se durante o estágio do concernimento. É o afeto esperado no luto e nas depressões reativas; esse afeto adquire um sentido patológico em duas circunstâncias: quando associado a dificuldades experienciadas durante a fase de concernimento ou

quando é decorrente das impurezas experienciais armazenadas ao longo do estágio anterior ao do concernimento. Em termos de etiologia, a depressão está situada na linha do amadurecimento entre a psicose e a neurose; é por isso que, quando adquire um caráter patológico, a depressão intensifica a experiência do estar doente tanto para os quadros psicóticos como para os quadros neuróticos (MORAES, 2014, p. 180).

Ademais, “[...] a depressão traz o germe da ‘recuperação’ consigo e podemos associar ao processo maturacional da infância de cada indivíduo. Ela está vinculada ao sentimento de culpa [sinal de desenvolvimento saudável] e ao processo de luto<sup>5</sup> [...] também pode estar intimamente ligada ao nosso conceito de força de ego, de estabelecimento do *self* e de descoberta de uma identidade pessoal” (WINNICOTT, 1963/2005b, p. 62). Esses fatores podem estar presentes em interações intensas nas redes sociais, contrastando com as manifestações privadas do indivíduo no mundo real.

---

<sup>5</sup> De acordo com Winnicott, o luto é a forma mais madura de reagir à perda e deve ser visto como uma realização do amadurecimento, possível apenas após a conquista do concernimento. Estando essa condição garantida, o luto – que significa que o objeto perdido foi magicamente introjetado e submetido ao ódio – se manifesta por meio de sentimentos de tristeza e dor (MORAES, 2014, p. 348).

## 2 O JOVEM E A INTERNET: O USO DEFENSIVO DAS REDES SOCIAIS EM FUNÇÃO DO ADOECIMENTO PSÍQUICO DEPRESSIVO

*É uma alegria estar escondido,  
Mas um desastre não ser achado.*

D. W. Winnicott<sup>6</sup>

Na juventude, especificamente na fase da adolescência, o indivíduo encontra-se num momento em que pode perturbar e sentir-se perturbado. Ele oscila entre dependência e independência de seus familiares, e a perturbação surge com sua percepção dessa dependência e do conflito entre depender e não depender nesse momento da vida. Além disso, ele precisa fazer parte de um grupo e também se isolar para encontrar-se em sua realidade, tendo a necessidade de se agrupar a outros jovens e ter apoio fora do ambiente familiar.

Eles querem encontrar a si mesmos, querem saber quem são e como lidar com seus pares, constituir e encontrar sua própria realidade, afirmar seus próprios valores sem aceitarem soluções falsas, ou seja, soluções que não foram encontradas por eles mesmos. Há uma desorientação natural que o tempo e a experiência acomodam. O adolescente é imaturo e só o amadurecimento o retirará dessa imaturidade. A cura para esse período é o tempo! Não só a passagem do tempo, mas o tempo em que vive um conjunto de experiências e experimentações. Se eles tiverem as sustentações ambientais necessárias (e se não ocorrerem acidentes graves), essas experiências fornecem o material para que possam integrar-se, cada vez mais, como pessoas inteiras, espontâneas e cientes da necessidade dos outros e da sociedade em que vivem, ou seja, como jovens adultos com ímpeto para fazer a vida a partir de si mesmos nas miríades de relações sociais e interpessoais, reconhecendo, no entanto, que a vida é difícil de ser vivida [...] (FULGENCIO, 2012, p. 7-8).

Assim, no processo de amadurecimento pessoal, a fase da adolescência é caracterizada, principalmente, pelo anseio em conquistar a independência e a autonomia e, por conseguinte, descobrir a si mesmo e se tornar uma pessoa inteira de modo integrado. Para tanto, é de extrema importância o suporte e a sustentação de um ambiente familiar facilitador para que o indivíduo dê conta de todos os aspectos decorrentes da imaturidade que fazem parte dessa etapa da vida.

Sendo a imaturidade uma parte necessária da adolescência, Winnicott afirma que “[...] nela estão contidos os aspectos mais excitantes do pensamento criador, sentimentos

---

<sup>6</sup> WINNICOTT, 1963/1983b, p. 169.

novos e diferentes, ideias de um novo viver. A sociedade precisa ser abalada pelas aspirações daqueles que não são responsáveis” (WINNICOTT, 1968/1975, p. 198). O elemento da imaturidade e a “não responsabilidade” duram apenas alguns anos, desaparecendo quando a maturidade for atingida. “Esta é uma fase que precisa ser efetivamente vivida, e é essencialmente uma fase de descoberta pessoal. Cada indivíduo vê-se engajado numa experiência viva, num problema do existir” (WINNICOTT, 1961/2005, p. 115).

Por isso, a independência rebelde e a dependência regressiva fazem parte simultaneamente dessa faixa etária. “Semeamos um bebê e colhemos uma explosão. Isso é sempre verdadeiro, mas nem sempre o parece” (WINNICOTT, 1968/1975, p. 196). Nesse sentido, os pais dão liberdade aos filhos de existirem, apenas precisando suportar essa dupla existência: aceitarem as explosões rebeldes, sobrevivendo a seus ataques sem se alterarem; e acolherem as recaídas da dependência que surgem seguidamente à rebeldia.

Na rebeldia, o indivíduo rompe o círculo imediato e seguro que possui com os pais. Ele precisa de grupos mais amplos que o aceitem, mas que igualmente representem esse ambiente familiar de que faz parte. “Cada um dos grupos representa uma fuga de casa, mas, ao mesmo tempo, todos simbolizam esse lar que foi deixado para trás e, na fantasia, destruído” (WINNICOTT, 1960/2005, p. 132). Quando o processo ocorre bem, o jovem é capaz de retornar para casa apesar de sua rebeldia. O sucesso de uma solução pessoal dependerá da existência da família e dos bons cuidados dos pais. “A família tem a possibilidade de oferecer um ambiente confortável para que as crianças possam brincar e sonhar; assim como para os adolescentes poderem fazer suas descobertas sem se preocupar com a estabilidade familiar” (DIAS, 2003, p. 276).

O fundamental para o adolescente é “[...] ser alguém em algum lugar” (WINNICOTT, 1961/2005, p. 123), sentir-se real, estabelecer uma identidade pessoal, viver o que deve ser vivido sem se conformar com um papel prestabelecido.

A partir dessas premissas, Winnicott afirma que “[...] o adolescente é essencialmente um ser isolado. Todo relacionamento entre indivíduos e, em última instância, toda socialização, parte de uma posição de isolamento. Nesse aspecto, o adolescente revive uma fase essencial da infância, pois o bebê é um ser isolado ao menos até o momento em que repudia o não-eu e se constitui como indivíduo distinto, capaz de relacionar-se com objetos externos ao *self* e à área de controle onipotente” (WINNICOTT, 1961/2005, p. 118).

Nessa fase da vida, o jovem vivencia muitas questões angustiantes e medos do vazio existencial referente à sua própria existência no mundo real, por isso ele se caracteriza como

alguém isolado que se socializa em grupo, ou seja, alguém que precisa estar com seus iguais, mas de modo reservado e individual. “Os grupos de adolescentes jovens são ajustamentos de indivíduos isolados que procuram formar um agregado por meio da identidade de gostos. São capazes de agrupar-se quando são atacados enquanto grupo, mas esta é uma organização paranoide de reação ao ataque. Cessada a perseguição, o grupo constitui-se novamente num agregado de indivíduos isolados” (WINNICOTT, 1961/2005, p. 118).

Para preservar esse estado de isolamento pessoal<sup>7</sup>, o adolescente se defende contra qualquer ameaça e se esconde. A preservação do isolamento pessoal é parte da busca de uma identidade e, diante de alguma invasão dos adultos, os jovens recuam e se fecham ainda mais.

Contudo, apesar de o necessário afastamento da família durante o processo de isolamento pessoal ser natural para que a busca de si mesmo ocorra, o acolhimento familiar se faz imprescindível para que o jovem realize suas descobertas e construa de modo saudável sua personalidade.

Esse isolamento necessário frequentemente não é entendido pelos pais. Preocupados com os caminhos que o filho está tomando ou movidos por um sentimento de rejeição, por se sentirem afastados dele, os pais não admitem que o filho tenha segredos e vasculham sua vida e suas anotações. O próprio adolescente, de maneira ambivalente, acaba deixando rastros (drogas ou pílulas anticoncepcionais, por exemplo), de modo a ser encontrado, descoberto (BRAGA, 2012).

Assim, a adolescência implica crescimento, e sua responsabilidade deve ser sustentada pelas figuras parentais. O ambiente familiar tem de ser um suporte firme e confiável, proporcionando ao jovem as condições psicológicas e físicas necessárias para que esse período de incertezas e culpas seja superado e o amadurecimento emocional pessoal, conquistado.

Segundo Winnicott, nessa fase, o indivíduo vive um dilema que pertence à coexistência de duas tendências: a necessidade urgente de se comunicar e a necessidade ainda mais urgente de não ser decifrado. “É um sofisticado jogo de esconder em que é uma alegria estar escondido, mas um desastre não ser achado” (WINNICOTT, 1963/1983b, p. 169).

Nesse sentido, aos pais dos adolescentes resta esperar, pois, se perguntam demais, os adolescentes são evasivos e, se não perguntam, os jovens se sentem abandonados (BRAGA, 2012). O ambiente tem de se fazer presente e acolhedor, mas sem se tornar invasivo ao jovem,

---

<sup>7</sup> “Esta preservação do isolamento pessoal é parte da procura de uma identidade e para o estabelecimento de uma técnica pessoal de comunicação que não leva à violação do *self* central” (WINNICOTT, 1963/1983b, p. 172).

respeitando o momento em que ele se encontra e o afastamento que ele precisa vivenciar para se descobrir.

No final da adolescência, os jovens saem de um isolamento pessoal para compartilhar suas experiências com o mundo. Esse processo é possível a partir da aquisição de uma boa capacidade de comunicação decorrente de um ambiente facilitador e do estabelecimento de relações objetivas de qualidade, sendo essas constituídas de maneira gradativa durante o crescimento humano e que servirão de alicerce para seu contato com a realidade compartilhada.

Winnicott indica que “há três linhas de comunicação: a comunicação que é para sempre silenciosa; a comunicação que é explícita, direta e agradável; e, a terceira ou intermediária forma de comunicação, que se desvia do brincar para os vários tipos de experiência cultural” (WINNICOTT, 1963/1983b, p. 170-171).

Concomitantemente, o autor também aponta para dois opostos da comunicação: a não comunicação simples e a não comunicação ativa ou reativa.

A não comunicação simples é como repousar, é um estado de identidade própria. A segunda forma pode ser pensada a partir da psicopatologia, tendo havido uma falha, e a relação objetal sofreu um *split* (cisão). Em uma metade, o bebê [o adolescente] se relaciona com o objeto que se apresenta e desenvolve o falso *self* ou submisso; com a outra metade, o bebê se relaciona com o objeto subjetivo, não sendo este influenciado pelo mundo percebido objetivamente. Esse tipo de comunicação tem a sensação de ser real, e a comunicação com o mundo ocorre com o falso *self*, não envolvendo o núcleo verdadeiro (BRAGA, 2012, p. 29).

Nesse processo de comunicação e não comunicação, há duas novas características que o indivíduo desenvolve: “[...] a utilização e a apreciação do humano pelos modos de comunicação e o eu do indivíduo que não se comunica, ou o núcleo pessoal do eu que é um isolado autêntico” (WINNICOTT, 1963/1983b, p. 166). Esse núcleo sagrado é o lugar das experiências mais autênticas, do pensamento inovador, da criatividade e do gesto espontâneo. O que é sagrado deve ser preservado, e todo indivíduo pode ter uma parte dentro de si que se constitui de uma realidade nunca encontrada e muito menos compartilhada. Desse modo, a comunicação pode ocorrer com o falso *self*, não sendo uma verdadeira comunicação porque não envolve o núcleo do *self*. Aquela que poderia ser caracterizada como verdadeiro *self* é a comunicação com objetos subjetivos que tem toda a sensação de real, oriunda do núcleo sagrado (BRAGA, 2012).

Desse modo, a comunicação que se estabelece no ambiente familiar entre os pais e o adolescente pode interferir na construção da afinidade e da intimidade dessa relação, e o ambiente pode ser notado como confiável ou não pelo jovem. Esse processo está relacionado diretamente com a qualidade do cuidado que é proporcionado ao filho, interferindo na qualidade do vínculo que se estabelece.

Nesse sentido, Wagner<sup>8</sup> *et al.* (2005), no artigo “Estratégias de comunicação familiar: a perspectiva dos filhos adolescentes”, apontam que a comunicação efetiva entre os indivíduos de uma família está associada ao nível saudável de relacionamento que é estabelecido. Além disso, argumentam ainda que existem três tipos possíveis de comunicação nessa relação objetal: a comunicação aberta, a superficial e a fechada.

Nas famílias onde os membros podem manifestar seus sentimentos e questionamentos sem sentirem-se ameaçados, provavelmente existe uma comunicação aberta, profunda, responsável e afetiva [...]. Nas famílias com fronteiras rígidas, a dificuldade de comunicação entre pais e filhos costuma ser mais frequente, pois os jovens acabam por não confiar em seus pais, que se mostram incapazes de perceber as mudanças de seus filhos adolescentes. Esses pais buscam constantemente provas da responsabilidade do filho, mas não conseguem dialogar abertamente e orientá-los quanto às dúvidas que surgem nessa fase do desenvolvimento [estabelecendo, assim, uma comunicação superficial] [...]. A comunicação fechada caracteriza-se por excesso de autoridade, ordens e ameaças por parte dos pais. Assim, não há espaço para os filhos manifestarem seus sentimentos e dúvidas. Dessa maneira, podemos pensar que nas famílias em que a comunicação é superficial ou fechada, os membros se relacionam superficialmente e conversam apenas sobre assuntos que fazem parte do cotidiano da família, num caráter convencional (WAGNER *et al.*, 2005, p. 277).

Os adolescentes, por estarem em processo de desenvolvimento, com suas contradições internas e pontos de questionamentos sobre a realidade, ficam muito expostos e mais vulneráveis ao contraditório mundo externo. Os cuidados ambientais suficientemente bons são, portanto, fundamentais para que o adolescente atinja seu processo de amadurecimento pessoal e se torne um adulto autônomo, independente e espontâneo.

A sustentação familiar de sua rebeldia e do desacordo que podem ser vivenciados no âmbito relacional é imprescindível para o desenvolvimento da relação familiar e do contato verdadeiro e confiável que se constrói com o tempo. A qualidade da comunicação estabelecida entre o ambiente e o jovem será essencial para que ele não fique numa posição solitária e desamparada. Se essas figuras parentais abdicam de seus cuidados, então os

---

<sup>8</sup> Adriana Wagner é professora adjunta da Faculdade e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

adolescentes têm de passar para “uma falsa maturidade e perdem sua maior vantagem: a liberdade de ter ideias e de agir segundo o impulso” (WINNICOTT, 1968/1975, p. 202).

O ambiente será primordial para a continuidade do ser, seja o ambiente familiar, escolar, social ou mesmo o ambiente de análise. A continuação de um ambiente acolhedor favorecerá a constituição de um ambiente pessoal saudável. Conforme articula Araújo (2007), Winnicott entende como ambiente pessoal a possibilidade de o indivíduo, a partir de condições favoráveis iniciais, criar condições próprias de seu cuidado, ou seja, ele poderá se cuidar a partir da incorporação dos cuidados parentais. Ele descobrirá um modo de existir como si mesmo, aprenderá a se relacionar com os objetos como si mesmo. Para isso ocorrer, o indivíduo deverá ter tido a oportunidade de exercer a potencialidade herdada pela participação direta do ambiente suficientemente bom e se constituir como um ser real. A confiança será estabelecida por meio de uma comunicação profunda, silenciosa e sem palavras entre o indivíduo e o ambiente facilitador.

Assim, a tarefa permanente e fundamental dos cuidadores dos adolescentes é a de deter e conter, evitando a solução falsa de uma indignação moral frente a comportamentos turbulentos desses jovens, comportamentos esses que nem sempre serão fáceis de serem aceitos.

Araújo (2007) aponta que, para os adolescentes, a família tem papel essencial na promoção da segurança necessária ao turbilhão de acontecimentos vividos nesse período, uma vez que, além de reaparecerem as excitações advindas de experiências semelhantes à infância, agora as excitações advêm também das experiências libidinais próprias da adolescência. Dessa forma, para Winnicott (1988/1990), a vida em família é a base para os grupos com os quais os adolescentes vão ter a necessidade de conviver. Torna-se essencial que a família continue existindo e sobreviva, para que o jovem possa rebelar-se contra ela, ou mesmo utilizá-la quando precisar se reassegurar.

O problema ocorre quando o ambiente não oferece um bom cuidado ao jovem, sendo um ambiente intrusivo, não suportando as instabilidades púberes nem sobrevivendo aos seus ataques rebeldes, além de não lhe proporcionar comunicação acessível e clara, segurança, proteção e confiabilidade. Um ambiente assim estruturado leva o indivíduo a reagir e a perder a sensação de ser diante de uma situação de total desamparo e abandono. Oliveira e Fulgencio apontam que “é um processo que pode ser interrompido por invasões e intrusões devido à falta de provisão ambiental, ou seja, as pessoas que compõem o ambiente (pais ou substitutos) devem estar sempre presentes, transmitindo preocupação e demonstrando que estarão ali caso

o adolescente precise de ajuda e amparo, bem como para perceber as suas necessidades” (OLIVEIRA; FULGENCIO, 2010, p. 69).

Ambientes caóticos, desestruturados e repletos de intrigas e desavenças, instabilidades de humor dos pais, violência doméstica, entre outros problemas, desencadeiam perturbações, desconfianças e inseguranças ao jovem, pois o frustram, o desamparam e não dão assistência a suas necessidades. “O ambiente caótico implica para a criança [e para o adolescente a] imprevisibilidade [...]. O ambiente frustrador produz confusão mental, [e] a criança poderá desenvolver-se permanentemente confusa, nunca organizada, no sentido de orientação” (WINNICOTT, 1970/2005, p. 254). Quando o ambiente é invasivo, ele se torna extremamente ameaçador e interfere na continuidade de ser do indivíduo, podendo conduzi-lo à interrupção de seu processo de amadurecimento pessoal.

Sem a confiabilidade mínima, o apoio e a segurança no ambiente familiar, o adolescente não atinge o crescimento pessoal de modo absoluto, mas com distorções. “A imprevisibilidade e a intrusão ambiental podem mobilizar inúmeras manobras defensivas e produzir variados graus de distorções no desenvolvimento pessoal, que resultam na impossibilidade de se sentir vivo e real” (CAMBUÍ; NEME; ABRÃO, 2016, p. 138).

Essas distorções desencadeiam o adoecimento psicoemocional por meio do desenvolvimento de possíveis psicopatologias, gerando sofrimento ao indivíduo. O sofrimento psíquico manifestado revela a fragilidade na constituição do ser e na sustentação psicoemocional, sendo fatores que caracterizam interrupção e instabilidade nas relações de vínculo. Para Aiello-Vaisberg e Medeiros, “[...] a visão relacional busca posicionar a psicopatologia num campo vincular, compreendendo o adoecimento como fenômeno que acontece na intersubjetividade” (AIELLO-VAISBERG; MEDEIROS, 2010, p. 99).

Segundo Loparic, a teoria de Winnicott sobre a etiologia dos distúrbios psíquicos apresenta duas teses fundamentais:

- 1) que o processo fundamental perturbador não é o desenvolvimento sexual, mas o amadurecimento emocional e 2) que o fator externo, o ambiente facilitador, tem uma importância decisiva no surgimento de distúrbios psíquicos. A perturbação do processo de amadurecimento seria, então, a não constituição de si mesmo, a repressão dos instintos e a perda do objeto e/ou a perda do quadro de referência já constituído, com a consequente perda de si mesmo. Quanto às falhas ambientais, ele afirma que levam às psicoses que decorrem da privação da facilitação ambiental, na fase da dependência absoluta, ou levam às psiconeuroses e depressões a partir da privação nas outras fases, além da tendência antissocial como uma reação à deprivação (LOPARIC, 2003, p. 8).

A vivência do sofrimento psíquico emocional que se apresenta na contemporaneidade decorre de diferentes psicopatologias e com variados graus de distorções no desenvolvimento pessoal, dentre elas a depressão<sup>9</sup>, foco do presente estudo.

A depressão como estado de espírito tem muitas causas:

1. a perda de vitalidade devido ao controle do instinto nos primeiros momentos em que a integração começa a funcionar a partir de um estado dissociado.
2. a dúvida normal e saudável, o estado de autorrealização<sup>10</sup> que se segue às experiências instintivas, antes que um período de tempo e de contemplação tenham tornado possível separar o que é bom do que é mau e organizar o padrão temporário que permite lidar com os objetos, forças e fenômenos internos.
3. a depressão que surge como um estado de espírito quando a dúvida sobre os fenômenos internos é grande demais, a ponto de ser necessário adotar como defesa a descida de um véu obscurecedor sobre a vida do mundo interno como um todo. Isto representa uma exacerbação da causa número 2, alcançando o grau de um estado patológico (WINNICOTT, 1988/1990, p. 105-106).

O indivíduo depressivo, na maioria das vezes, é incapaz de suportar a destrutividade pessoal, de conter a culpa e de se relacionar no mundo real de modo construtivo, o que desencadeia o temor da ruptura da integração do eu. “Ocupar-se desses temores gera na pessoa um estado de baixa vitalidade, um retraimento perante a realidade externa e/ou um modo de inibição persistente (não saudável) dos instintos” (MORAES, 2014, p. 325).

Essa psicopatologia pode ser demonstrada por diferentes formas de atuação – comportamentos destrutivos, irritadiços e/ou agressivos; sintomas de doenças psicossomáticas; alterações e instabilidades no humor; aflições hipocondríacas; não reconhecimentos de seu quadro depressivo; dúvidas a respeito de seus sentimentos e afetos (objetos bons e maus); fechamento/retraimento social levando à baixa interação social – ou paralisação – humor depressivo e estado mórbido melancólico – na realidade compartilhada, e sua significância está na representação do que o indivíduo tem em seu interior.

Quando a depressão se caracteriza por um estado de humor permanentemente alterado – indicando que a agressão, a destrutividade e a ambivalência nos relacionamentos geram dúvidas e confusões que colocam

---

<sup>9</sup> O primeiro capítulo, entre outros temas, dedicou-se ao estudo dos principais conceitos da Teoria da Depressão de D. W. Winnicott que interessam a esta pesquisa.

<sup>10</sup> No sentido que essa palavra tem em inglês, ou seja, “(to) realize” corresponde a “dar-se conta de”, “perceber a realidade de algo” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 106).

em risco a integridade pessoal ou, então, precisaram serem reprimidas e tornadas inacessíveis pela incapacidade de a pessoa suportar a culpa pelo mau sentimento contido em seu mundo pessoal –, a pessoa vive um estado de confusão interna que lhe rouba a possibilidade de usufruir o tempo de recolhimento como recurso terapêutico (MORAES, 2014, p. 361).

Desse modo, considerando alguns conceitos winnicottianos sobre os transtornos depressivos e sobre a fase da adolescência, é possível refletir sobre como o adoecimento psíquico dos jovens está sendo visto e representado em nossa sociedade atual. Como já vimos, “[...] o isolamento pessoal é necessário para as descobertas novas que o jovem tem como tarefa, mas o que vemos atualmente não é só a oportunidade maior de os jovens terem seu espaço, o que vemos é uma solidão, provindo de um total abandono afetivo familiar” (BRAGA, 2012, p. 56). Tal solidão pode contribuir para o adoecimento psicoemocional depressivo que esses jovens, por vezes, podem apresentar por meio do afastamento social e do enclausuramento exacerbado em seus quartos.

É prudente lembrar que houve diversas mudanças nas famílias e na sociedade nos dias atuais: as famílias ficaram reduzidas; de modo geral, o casal tem apenas um filho. Os adolescentes vão à escola, têm algumas atividades extracurriculares e, durante boa parte do tempo, ficam sozinhos, sendo monitorados por meio de telefone pelos pais e, às vezes, pelos avós. A oportunidade para a troca afetiva, o confronto e a competição com o irmão lhes foi retirada, sendo um obstáculo real para trocas afetivas e sociais. Todas essas mudanças contribuem para o isolamento do adolescente em relação à sua família, além do que, muitas vezes, os pais, mesmo estando em casa, não participam do cotidiano dos filhos, contribuindo para um isolamento muito maior do que o necessário apontado por Winnicott (BRAGA, 2012, p. 55).

Nesse sentido, a capacidade de ficar só<sup>11</sup>, para Winnicott, coloca-se em contrassenso com o isolamento patológico<sup>12</sup> do jovem e sua impossibilidade de ficar sozinho<sup>13</sup>. O indivíduo

---

<sup>11</sup> “A capacidade de ficar só ou é um fenômeno altamente sofisticado, ao qual uma pessoa pode chegar [...] depois do estabelecimento de relações triádicas, ou então é um fenômeno do início da vida que merece um estudo especial porque é base sobre a qual a solidão sofisticada se constrói [...]. Essa experiência é de ficar só, como lactente ou criança pequena, na presença da mãe. Assim, a base da capacidade de ficar só é um paradoxo: é a capacidade de ficar só quando mais alguém está presente” (WINNICOTT, 1958/1983, p. 32). “É somente quando só (isto é, na presença de alguém) que a criança pode descobrir sua vida pessoal própria” (WINNICOTT, 1958/1983, p. 35). “Gradualmente, o ambiente auxiliar do ego é introjetado e construído dentro da personalidade do indivíduo, de modo a surgir a capacidade de estar realmente sozinho” (WINNICOTT, 1958/1983, p. 37).

<sup>12</sup> O isolamento patológico (não saudável) é um termo usado quando, diante de situações vulneráveis, o indivíduo se retrai e se afasta das relações sociais. Winnicott “sustenta que existe um aspecto do retraimento que é saudável, mas o estado de retraimento também pode demonstrar uma incapacidade de estar só” (ABRAM, 2000, p. 251). Ferreira *et al.* (2013) associam o retraimento social aos sentimentos de solidão, timidez, hipersensibilidade e ansiedade, sendo um isolamento que se encontra associado a dificuldades ligadas a fatores internos e a perturbações internalizadas, causando um déficit de interação social.

que se afasta das relações com os outros de modo desmedido, segundo Winnicott, experimentou inicialmente fortes impactos, necessitando isolar-se, a fim de poder preservar o núcleo do *self* de uma violação. O isolamento normalmente estabelece uma relação com os objetos subjetivos que vêm facilitar o sentir-se real. Mas, nessa circunstância desmedida, o indivíduo que experimenta uma solidão patológica<sup>14</sup> viveu o impacto da falha da experiência da afinidade egoica com o ambiente cuidador. “A solidão aponta para uma lacuna na experiência de estar só na presença de alguém” (BRAGA, 2012, p. 106).

Muitas vezes, os adolescentes podem vivenciar um sentimento de vazio existencial, de irrealidade e, caso não possam tolerar esse vazio diante de um sofrimento psíquico, desenvolverão defesas psíquicas para suportar a dor interna, podendo procurar alívio em subterfúgios imediatos como forma de contenção de suas angústias e de fuga desses sintomas que podem compor o quadro depressivo.

Eles podem passar a se relacionar de diferentes formas com o mundo compartilhado, por meio de manifestações um tanto problemáticas ou caóticas, tais como: dificuldade na comunicação com os adultos (comunicação empobrecida); comunicação eletrônica excessiva com os amigos virtuais e afastamento dos amigos reais; isolamento excessivo por meio de confinamento em seus quartos equipados por aparelhos tecnológicos; pouco contato familiar; sintomas associados ao uso de drogas; problemas com a alimentação, como anorexia, bulimia e obesidade; manifestações antissociais compostas por irritabilidade, agressividade e violência; e sintomas associados a outros distúrbios psicopatológicos, como ansiedade, automutilação e ideação suicida.

Os processos da adolescência, segundo Winnicott, “não podem ser acelerados ou atrasados, mas podem ser invadidos ou destruídos; e podem definharem internamente, no caso do distúrbio psiquiátrico” (WINNICOTT, 1961/2005, p. 116).

---

<sup>13</sup> “A alternativa patológica da capacidade de ficar só [impossibilidade de ficar sozinho] é a vida falsa fundamentada em reações a estímulos externos” (WINNICOTT, 1958/1983, p. 35).

<sup>14</sup> Hartke relaciona “a solidão a uma sensação de vazio interior, de um espaço emocional interno ermo, despovoado. Em outras palavras ainda, trata-se, quem sabe, de um sentimento ligado à sensação de possuímos ou não alguma boa ‘companhia interior’” (HARTKE, 2012, p. 2). Melaine Klein, em seu trabalho *Sentimento de solidão interior*, denominou “solidão como um sentimento de estar sozinho independentemente de circunstâncias externas; de se sentir só mesmo quando entre amigos ou recebendo amor” (KLEIN, 1991, p. 341). Em contraponto, a solidão para Winnicott está associada à capacidade de estar só mesmo na presença de alguém, de modo que se torna patológica quando o indivíduo sofre distorções na experiência de ficar só, desencadeando interferências na conquista dessa capacidade e, conseqüentemente, no desenvolvimento emocional pessoal. “A pessoa pode estar num confinamento solitário, e ainda assim não ser capaz de ficar só. Quanto ela precisa sofrer está além da imaginação. Contudo, muitas pessoas se tornam capazes de apreciar a solidão antes de sair da infância, e podem mesmo valorizar a solidão como a sua possessão mais preciosa” (WINNICOTT, 1958/1983, p. 32).

No processo do amadurecimento pessoal saudável, o jovem vivencia o fenômeno da calmaria na adolescência. Contudo, há indivíduos tão perturbados pela psicose, a depressão ou a esquizofrenia que eles apresentam dificuldades para atingirem o estágio do desenvolvimento emocional na adolescência ou só são capazes de vivê-lo de maneira distorcida. Muitas vezes, como ressalta Winnicott, “a necessidade de sentir-se real ou nada sentir tem relação com a depressão psicótica acompanhada de despersonalização” (WINNICOTT, 1961/2005, p. 124), conduzindo o indivíduo ao fechamento social e a se apresentar na sociedade de maneira despersonalizada, agregando-se, algumas vezes, a outros indivíduos isolados que se agrupam por trás de um indivíduo doente cujo sintoma extremo tem ação eficaz na coletividade social e reforça a superficialidade nos relacionamentos.

Na atualidade, Braga (2012) afirma que esses problemas da adolescência são recorrentes e têm aumentado significativamente, intensificando a preocupação daqueles que estão em contato direto com pessoas dessa faixa etária, como profissionais da educação e da saúde e os próprios pais.

Com o advento da internet, em especial das redes sociais, o preenchimento social e relacional que o jovem pode não estar encontrando no mundo real passou a ser encontrado no mundo virtual.

Há ainda que se acrescentar que as mudanças relacionais no entretenimento das pessoas manifestam-se como possíveis contribuições para essas dificuldades sociais, para o afastamento relacional e até mesmo para o adoecimento psicopatológico.

Antes, havia a prática de conversas em família à noite; o rádio era ouvido em grupo, ou a televisão, assistida por todos na sala. Atualmente, é comum que cada membro da família use seu MP3 *player* e que cada pessoa tenha televisão e *notebook* em seu próprio quarto, demarcando ainda mais o individualismo. Essa prática é intensificada quando há adolescente na família, já que eles buscam o isolamento característico da idade e os adultos podem favorecer um ambiente que facilite o isolamento (BRAGA, 2012, p. 46).

Em algumas situações, os adolescentes passam os dias sozinhos e isolados em seus quartos, conectados ininterruptamente à internet, enviando e recebendo mensagens, obtendo acesso a todos os tipos de jogos, fotos, músicas e informações e, muitas vezes, apesar de haver uma preocupação e/ou incômodo por parte dos familiares, eles não conseguem adotar medidas de confronto e de interação por meio da atenção e do cuidado aos jovens, a fim de conter ou limitar esses atos juvenis.

É excitante que a adolescência seja participativa e tenha voz ativa, mas o esforço que o adolescente faz para se sentir acima de todas as necessidades do mundo precisa ser enfrentado; é necessário que se lhe forneça realidade, por meio de um ato de confronto. Esse confronto tem que ser pessoal. Os adultos são necessários para que os adolescentes tenham vida e vivacidade. A confrontação refere-se à contenção que não é retaliadora, que não contém vingança, mas que tem força própria (WINNICOTT, 1968/2005, p. 162).

Contudo, quando essa dificuldade de confrontação por parte dos familiares existe, há, igualmente, uma contribuição para que o adolescente estenda seu isolamento para além do necessário, buscando outras alternativas, na maioria das vezes fáceis e instantâneas (como o uso patológico de internet<sup>15</sup>), para lidar com sentimentos (angústia, medos etc.). Aqui, podem surgir distorções psíquicas que atingem seu processo de desenvolvimento emocional. Lobo afirma que esses atos juvenis podem ser “uma atividade prazerosa, mas que pode parecer um tanto solitária quando é praticada nas horas tardias da noite, diante da telinha do computador, não mais da televisão. Contudo, este isolamento só se verifica em relação à família, pois do ponto de vista da comunicação virtual, os jovens estão antenados com muitas outras vozes, de amigos e fãs no Brasil e, por vezes, no exterior” (LOBO, 2007, p. 35).

A alta tecnologia tem sido o instrumento de comunicação e ação entre os jovens, facilitando suas manifestações e a exposição de si mesmos em termos tanto privados como públicos. A partir de 1995, o aumento no uso da internet mudou o cotidiano das pessoas. Apesar de sua grande importância no processo de evolução tecnológica, as mudanças que a Internet propiciou se deram de modo a interferir na maneira de pensar, de agir, de sentir e de se relacionar das pessoas, com seu uso podendo representar até mesmo uma defesa em função do adoecimento psíquico depressivo.

A comunicação pela internet tem características diferentes da face a face, tais como conversar com uma grande quantidade de pessoas de forma simultânea; permite que a comunicação seja frequente; está à disposição 24 horas por dia, 7 dias por semana. Em um momento de solidão ou crise, a internet ajuda a encontrar alguém rapidamente; permite ao sujeito ser acolhido no momento de sua necessidade. Assim, os amigos virtuais

---

<sup>15</sup> Os principais problemas relatados que definem o uso patológico de internet (UPI) se referem “à dependência psicológica que inclui um desejo irresistível de usar a rede, com incapacidade de controlar seu uso; irritação quando não conectados e euforia assim que conseguem acesso. Têm obsessão pela vida virtual, não se importando pela vida presencial, como o sono, a alimentação, os relacionamentos *off-line*” (FORTIM; ARAÚJO, 2013, p. 294). “[...] O UPI parece ser uma estratégia de *coping* [enfrentamento] para diversas situações, difíceis na vida do sujeito, como estratégia para lidar com sentimentos ruins, fugir da realidade, suprir a falta de pessoas importantes, manejar a timidez e o luto de perda, seja morte ou por separação” (FORTIM; ARAÚJO, 2013, p. 304).

permitem a sensação de preenchimento do vazio. A solidão é um estado pantanoso da alma, como aponta Hollis (1990). A dependência dessa comunicação pode ser na verdade uma forma de lidar com esses sentimentos (FORTIM; ARAÚJO, 2013, p. 301).

As constantes mudanças em suas manifestações *on-line* parecem representar as mudanças internas vivenciadas pelos jovens, possibilitando-lhes compartilhar seus pensamentos por meio de uma comunicação distante.

As formas de comunicação que os adolescentes têm com o mundo à sua volta, seja com os amigos ou adultos que o cercam, vêm sofrendo modificações ao longo do tempo. Atualmente, o uso da internet está bastante difundido entre os adolescentes, motivo de muitas queixas por parte dos adultos, pois tal suporte, por exemplo, seria uma das causas da perda do sono e de horas de estudos, afinal, os adolescentes encontraram uma forma de conversar e conhecer pessoas sem a interferência direta de seus pais para controlá-los, mesmo porque muitos pais não entendem a tecnologia avançada que os filhos utilizam. Até quando os pais são “conectados”, outra estratégia é implementada: os filhos passam a se comunicar por códigos, símbolos, impossíveis de serem decifrados. Os adolescentes estão vivendo ilhados em seus quartos, cada vez mais equipados com suportes tecnológicos como computadores, telefones celulares e TVs, ficando muito distantes do contato familiar. Na verdade, os adolescentes estão mais conectados ao mundo virtual do que ao mundo real (BRAGA, 2012, p. 20).

Em muitos momentos, pode haver um enfraquecimento no processo de afinidade, de intimidade e de comunicação entre o jovem atual e seu ambiente cuidador familiar, o que contribui diretamente para sua busca de outros modos mais acessíveis de se expressar e lidar com seus aspectos afetivos-emocionais, incluindo aqui até mesmo o sofrimento psíquico decorrente de adoecimento.

Os usuários usam a internet para encontrar parceiros e amigos, motivados pela necessidade de companhia. A comunicação via internet aparece como vivência ambígua, na qual se tem algum prazer, mas que, ao mesmo tempo, não satisfaz completamente. Os relacionamentos face a face, por sua vez, são menos controláveis do que os virtuais. Na rede, expõe-se o que quer, da forma que se quer. Caso necessário, cria-se até uma personagem para isso. Assim, por mais que o que é vivido na internet possa ter caráter ilusório, fornece ao dependente um espaço seguro para o alívio dos medos, da depressão e do abandono (FORTIM; ARAÚJO, 2013, p. 301-302)

É possível compreender os instrumentos das redes sociais como veículos que possibilitam ao adolescente “[...] expressar o que não pode ser comunicado de outra maneira, sendo um recurso de linguagem num código social, discursivo. O enlace com a escrita é uma forma de comunicação encontrada pelo adolescente no momento de passagem e de construção

de si mesmo, em que ele estaria buscando dar conta de questões sobre sua própria existência” (BRAGA, 2012, p. 42). Há uma significativa carga emocional nesse processo que caracteriza, de algum modo, a busca de si mesmo.

Dias-Romão (2007) lembra que muitos pensadores atuais, como Baudrillard<sup>16</sup> (2000) e Birman<sup>17</sup> (1997), entendem que o uso da internet vai acabar com o real e construir um universo virtual. Para Baudrillard, “[...] a rede cria falsa realidade que serve para cegar e confundir os sujeitos que ficam imersos em um mundo caótico e sem sentido” (BAUDRILLARD, 2000, p. 80). Já Birman explica “[...] que a comunicação a distância pode substituir o contato físico entre as pessoas, o que seria, obviamente, nefasto” (BIRMAN, 1997, p. 81).

A despeito de proporcionar contribuições importantes, como a facilidade no acesso às informações e na aquisição do conhecimento, as trocas rápidas de informação, uma maior diversidade nas relações profissionais e pessoais e a facilidade de entretenimento, o uso da internet pode se tornar excessivo e patológico como decorrência de vícios e patologias como depressão, solidão e distanciamento social: “A internet não é nociva em si, mas pode proporcionar um uso patológico com consequências graves para determinados usuários que estejam em situações fragilizadas e se utilizam da internet para alívio dos problemas” (FORTIM; ARAÚJO, 2013, p. 292).

Tais situações podem enfraquecer o contato pessoal e distanciar cada vez mais as interações e aproximações dos relacionamentos reais.

A comunicação a distância faz perder a proximidade entre as pessoas e a espontaneidade destas. A relação *face to face* não existe mais. As pessoas não podem mais se olhar, se tocar e se enternecer pela delicadeza brusca dos gestos. Existe apenas a voz, reduzida aos registros da informação e da mensagem *cool*. É a desafeção total que está em marcha e se institui como *habitus* da existência (BIRMAN, 1997, p. 217).

Schittine (2004), postula que a internet abre a possibilidade ao jovem de ser lido sem que precise desenvolver relações face a face, pois seu público leitor é formado por desconhecidos que se interessam pelos seus assuntos. É um público novo, interessado em

---

<sup>16</sup> Sociólogo e filósofo francês responsável por teorias sobre os impactos da comunicação e das mídias na sociedade e na cultura contemporâneas.

<sup>17</sup> Psiquiatra e psicoterapeuta brasileiro criador da linha de pesquisa interdisciplinar em psicanálise e filosofia em torno da questão das novas condições do mal-estar na civilização no Collège International de Philosophie, em Paris.

consumir a intimidade alheia e, de certa forma, em descobrir o quanto ela se aproxima de sua própria intimidade.

Nos tempos atuais, “a privacidade passou para a individualidade e, mesmo no ambiente com muitas pessoas, seja na família ou no trabalho, é permitida a individualidade por meio do computador, o que possibilita a comunicação não com aquele que está ao lado, mas com o estranho” (BRAGA, 2012, p. 54).

O computador, desse modo, aparece como o meio de comunicação que mais contribui para o isolamento, por meio do qual as relações reais se fecham para abrir relações em um segundo plano, o plano virtual. Como consequência, percebemos que, no mundo atual, onde o narcisismo é cultuado, o adolescente mais do que nunca é isolado (SCHITTINE, 2004).

Com esses hábitos virtuais, podemos gerar pessoas incapazes de ficarem sozinhas e refletirem sobre si mesmas e, desse modo, despreparadas para lidar com a solidão essencial<sup>18</sup> na vida real – um índice fundamental para o desenvolvimento emocional. “A interação virtual sem limites pode levar os indivíduos a não saberem o que é ficar desconectados ou, dito de outra forma, não conseguirem suportar estar sozinhos” (BRAGA, 2012, p. 57).

Nos tempos atuais e numa solidão incorporada pelo isolamento, “[...] os adolescentes conseguem dividir seus grandes segredos com pessoas que não conhecem, mas, concomitantemente, conseguem ter uma vida privada mesmo no mundo virtual” (BRAGA, 2012, p. 50). O segredo tem um importante sentido na vida do adolescente, pois aumenta, nesse momento, a importância de seu mundo privado e a construção de um si-mesmo. Para falar de si, muitos irão criar um avatar, um personagem, de modo a não serem identificados e ficarem, de certa forma, protegidos para falar mais livremente de si e expor seus segredos (BRAGA, 2012).

O anonimato na rede pode ser composto por uma identidade forjada, uma vez que ela é virtual e não corresponde necessariamente à real biografia de seu autor. É uma identidade criada para si e para o leitor, uma ilusão daquilo que a pessoa deseja revelar de si mesma. Sob a visão de Winnicott, no mundo virtual pode ocorrer o processo de uma dissociação da personalidade no qual os usuários cibernéticos criam um compromisso prazeroso, uma sociabilidade segura e expõem apenas o lado que querem mostrar.

---

<sup>18</sup> A expressão “solidão essencial” está sendo usada aqui no sentido livre de reclusão.

“Na *web*, formam-se pequenos grupos que se dividem de acordo com os interesses comuns, mesmo sem se conhecerem pessoalmente. Membros desses grupos dividem ideias, autores, livros e segredos. Tais pessoas tornam-se confidentes muito mais fiéis do que os próprios amigos reais com quem os indivíduos convivem no seu cotidiano, e mesmo (ou principalmente) do que a família. Esses leitores-confidentes são convidados a opinar sobre a situação relatada ou o desabafo feito” (BRAGA, 2012, p. 50).

Com o meio de comunicação sendo a tela do computador, a escrita virtual individual abre-se para o mundo exterior, representando o desejo do indivíduo de comunicar-se com um mundo sem limites e sem fronteiras no qual ele mantém o controle da informação fornecida e depara com a possibilidade de descobrir-se a si mesmo.

Desse modo, a escrita virtual pode ser a forma que o adolescente encontra para se comunicar com seu mundo subjetivo, uma forma de se expor para a esfera da realidade. Por meio do escrever, ele busca dar conta de algo de que não possui registro, tendo uma ação que possua o valor de um registro. Dessa forma, a escrita pode funcionar como um pedido para comunicar o que se apresenta como incomunicável. O adolescente está à procura de um espaço para existir; “ele pode descobrir, na escrita, um ponto de ancoragem” (BRAGA, 2012, p. 42), já que não está se sentindo pertencendo ao seu ambiente real. “Os adolescentes escrevem e nos comunicam, resta saber se nós, adultos, ouvimos-los” (BRAGA, 2012, p. 29).

Essa dificuldade de ser olhado e ouvido pode representar uma falha ambiental na comunicação, principalmente no sentido de falta de *holding* familiar com o jovem. Ele pode estar sussurando por socorro frente ao seu sofrimento psíquico e, como não está sendo notado, busca conforto na comunicação aliviadora indireta e virtual. Os adultos podem não estar compreendendo-o e, conseqüentemente, não lhe proporcionam o que eles têm por obrigação proporcionar e o adolescente tem por direito receber, que é o cuidado afetivo. “A internet lhe dá a sensação de controle sobre as relações com os outros e um ambiente de estabilidade, ao passo que na vida *offline* estes não são sentidos; o sujeito temeria não ser amado se se mostrar da forma como realmente é. Apesar de preferirem a interação virtual por estarem no controle, os usuários acabam perdendo o controle de si mesmos” (FORTIM; ARAÚJO, 2013, p. 306).

À medida que “a comunicação virtual se torna comum nas vidas dos internautas e a visualização na rede cresce, há um aumento do isolamento social, um afastamento do convívio social real e da relação face a face. Alguns constroem relações de amizade, amorosas e mesmo sexuais por meio do mundo virtual, chegando a se desinteressar pelas pessoas reais” (BRAGA, 2012, p. 56).

Destarte, o uso do ambiente virtual, que pode muitas vezes trazer benfeitorias e facilitações no cotidiano das pessoas, se torna preocupante e problemático quando se identifica uma ilimitação nessa utilização. Quando as vivências começam a ser pautadas somente por experiências *on-line*, sendo as experiências reais preteridas, o jovem não consegue permanecer desconectado, apresenta muita vitalidade em suas conversas virtuais e uma apatia ou desinteresse nos relacionamentos reais, começa a passar noites inteiras em conversas cibernéticas sem ter um sono com qualidade, não consegue realizar ou concluir suas atividades presenciais sociais e produtivas porque precisa se manter ininterruptamente em comunicação com os amigos virtuais, apresenta necessidade constante de ser lido, visto e reconhecido por postagens, prefere discutir um assunto importante por mensagens ao invés de presencialmente, afasta-se das pessoas do seu convívio particular, entre outros comportamentos.

Um aspecto psicológico importante que se refere ao ambiente virtual está ligado ao conceito que se pode chamar de “meio real”,

[...] visto ao mesmo tempo como ilusório e como real, permitindo um “meio” relacionamento com as pessoas. É considerado ilusório porque não pode ser levado para fora do computador; ao mesmo tempo, proporciona sentimentos e emoções muitos reais. A internet se revela como um espaço transicional onde essas vivências podem ser feitas de forma segura. Ela deixa de ser concebida como transicional para ser espaço permanente de uso patológico. Torna-se, então, um espaço constante em um mundo de transições, um ambiente estável que para o usuário não é encontrado na vida *offline* (FORTIM; ARAÚJO, 2013, p. 307)

Considerando um jovem com adoecimento psíquico depressivo inserido nessa situação, sua entrada distorcida ou compulsiva no mundo cibernético pode caracterizar um ato defensivo na busca de um refúgio no terreno virtual, como evitação do contato com um sofrimento interno profundo, pois o imediatismo proporciona um alívio instantâneo da dor, do desamparo, do medo e do desprazer que ele não consegue suportar sozinho. “Os usuários recorrem à internet para se distraírem, se evadirem, obterem prazer, obterem suporte emocional. A internet temporariamente alivia problemas, às vezes tornando-se o meio principal de se relacionar com os outros; às vezes proporcionando uma técnica muito eficaz de distração” (FORTIM; ARAÚJO, 2013, p. 306).

Figueiredo aponta aquilo que Winnicott já afirmava em 1935, ou seja, que em algumas situações desmedidas, há o movimento “[...] de uma fuga para a realidade externa [nesse caso virtual] já que a interna estaria tomada pelos objetos mortos num fundo

depressivo [...] procura-se na realidade externa [virtual] evidências de vida, pois na realidade interna a sombra da morte oculta tais evidências” (FIGUEIREDO, 2017, p. 6).

Nessas circunstâncias compulsivas virtuais, o indivíduo depressivo vive um momento triunfante, autoanestésico, de hiperexcitação e de esvaziamento imediato, evitando contato momentâneo com o tédio interior, a dor psíquica, a sensação de fracasso, derrota e solidão, sentimentos de frustrações e humilhações, apatia, tristeza, desvitalização, desalento e angústias que compõem seu mundo subjetivo.

Trata-se da negação dos danos causados em função das raivas geradas pelas decepções e frustrações vividas [...]. No fundamental, há uma negação de fragilidades e carências, defeitos e inadequações do próprio sujeito e, ainda, há a negação das perdas sofridas e dos estragos e destruições causados por ele; negação, portanto, de suas falhas, de suas faltas e de suas culpas reais e imaginárias (FIGUEIREDO, 2017, p. 3).

Pertencente a um ambiente real que, em algumas situações, pode lhe oferecer um suporte enfraquecido e sem proteção nesse processo de utilização da internet, o indivíduo pode adotar formas tão exacerbadas para se manter conectado que sua “[...] intensidade e dominância obstrui toda a possibilidade de contato com a realidade [mundo real]” (FIGUEIREDO, 2017, p. 4). Desse modo, o uso excessivo da internet constitui um isolamento patológico e enfraquece o contato pessoal, distancia de relações e interações sociais reais e evidencia a impossibilidade de permanecer só.

Diante da necessidade de vivenciar o imediatismo para evitar o contato solitário com seu sofrimento psíquico e, de modo contrário, conquistar o triunfo social por meio da internet, o jovem depressivo tem a oportunidade de se apresentar num fenômeno dissociado entre o mundo real e o virtual, ou seja, mostra-se pseudovitalizado na esfera virtual e, na vida real, apresenta-se num existir apático, introspectivo e sem vida. Esse rebaixamento da vitalidade por meio de um estado depressivo na vida real e a busca no mundo virtual de uma experiência intensa de pseudovitalização pode representar, como Winnicott afirma, “a negação da depressão escondida por trás do exagero da vivacidade” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 107).

Assim sendo, a internet contribui, mesmo que indiretamente, para que esse processo dissociado ocorra e, como afirma Figueiredo:

Muitos dispositivos culturais são montados para a luta contra o tédio, a apatia, a melancolia e a desvitalização. Observa-se uma evitação coletiva de um mascaramento das mortes e agonias no que poderíamos chamar de “pseudovitalidade” maníaca. Vivemos em um regime social de excitação e

em um regime de evacuações imediatas e anestésias sob controle em que impera o triunfo (FIGUEIREDO, 2017, p. 7).

### 3. “SOZINHA NA MULTIDÃO”: O CASO CLÍNICO BIA

*Que minha solidão me sirva de companhia.*

*Que eu tenha a coragem de me enfrentar.*

*Que eu saiba ficar com o nada e mesmo  
assim me sentir como se estivesse plena de tudo.*

Clarice Lispector

Bia tem 21 anos e é a filha mais velha de três irmãos por parte de pai. Ela tem uma irmã de 11 anos e um irmão de 8 anos que apresenta um diagnóstico de autismo leve.

A paciente perdeu a mãe biológica 35 dias depois de seu nascimento. Sua mãe tinha diabetes juvenil, diagnosticada em sua primeira gestação aos 17 anos, ocasião em que o bebê nasceu sem vida. Ela engravidou de Bia seis meses após essa experiência e, apesar de ter ciência dos riscos e de não ter a aprovação médica, desejou muito ter a filha. Um dia, com forte dor de cabeça, a mãe foi internada e medicada com soro glicosado, pois a equipe médica não averiguou seu histórico hospitalar. Com isso, a mãe de Bia teve uma altíssima alteração glicêmica e não resistiu.

Seus pais namoraram desde a adolescência e se casaram em razão da primeira gravidez. Na época, a mãe tinha 17 anos, e o pai, 20. Eles eram felizes, e o pai amava muito a esposa, sofrendo significativamente com sua morte. Segundo a própria paciente e sua avó paterna, o pai, depois dessa perda, tornou-se uma pessoa mais reservada, introspectiva, afetivamente inexpressiva (“amarga muitas vezes”), rígida e muito exigente, como se nunca tivesse se recuperado desse luto.

Bia viveu com seus avós paternos e seu pai até os 8 anos de idade. O pai, por ser muito jovem, delegou os cuidados com a filha totalmente aos avós, e a avó de Bia interrompeu sua carreira profissional de advogada para se dedicar à sua maternagem.

Após esse período, o pai casou-se novamente, com uma mulher com a qual namorou por quatro anos, e levou Bia para morar com eles. Esse processo de mudança foi gradativo e teve o acompanhamento e a orientação de um psicólogo, porém, mesmo assim, a paciente sentiu muito sua separação dos avós. Ela se refere a esse período como um momento invasivo em sua vida, afirmando que nunca se sentiu à vontade na casa do pai e da madrasta e sempre achou que sua casa era a residência dos avós. A madrasta exigiu ser chamada de “mãe” desde o início do convívio, e isso incomodou muito a paciente por toda a sua adolescência. Ela

atendeu a esse pedido até seus 18 anos, quando resolveu comunicar a madrasta por meio de uma mensagem de WhatsApp que a considerava uma pessoa importante em sua vida e também uma grande amiga, mas que desejava chamá-la pelo nome ao invés de chamá-la de “mãe”.

Bia reconhece que seu sentimento filial sempre foi pela avó paterna, que sempre foi sua mãe. Ela a ama muito. Entretanto, algumas vezes, sente-se mal e culpada porque tem o desejo de se desprender dessa relação por se sentir sufocada pela avó, que se mostra frágil e dependente emocionalmente. A paciente se frustra muito quando percebe algumas atitudes da avó que interferem em sua admiração por ela como referência feminina e pessoal. Bia percebe submissa aos outros, não se defendendo diante de humilhações e maus-tratos, muito limitada culturalmente, pouco vaidosa (“não se cuida”) e sempre impaciente, mal-humorada e entristecida. Às vezes, Bia sente vergonha de algumas de suas posturas, as quais denomina de “atos ignorantes”, tais como preconceitos contra homossexuais e o feminismo, apreciação de meios de informação populares (programas de televisão sensacionalistas), crendices populares e religiosas etc. Ademais, sua avó é dependente financeiramente do avô, e Bia também se culpa por essa situação, pois imagina que esse fato seja consequência da desistência da avó de sua vida profissional para lhe proporcionar os cuidados necessários na infância.

Com relação à madrasta, a paciente conseguia e ainda consegue estabelecer uma boa comunicação, apesar de, com o tempo, ter percebido que ela se vitimizava para que o marido a consolasse e ficasse contra a filha em alguns momentos de atrito. A jovem percebe a madrasta como uma pessoa manipuladora, dramática e teatral diante dos problemas familiares, mas atenciosa e disponível quando se trata de esclarecer suas dúvidas e de lhe dar orientação sobre fatos e experiências que despertam sua curiosidade. É a pessoa familiar que sempre lhe inspirou confiança para que ela conseguisse se expressar com mais clareza, falar de seus sentimentos e se sentir compreendida. Sempre que precisa, Bia recorre a ela para pedir ajuda, pois ela nunca duvidou de seu adoecimento emocional e sempre tentou acolhê-la, orientá-la e ouvi-la quando ela não estava se sentindo bem. As conversas entre elas geralmente ocorrem por meio de mensagens de WhatsApp, independentemente da seriedade do conteúdo.

Com o tempo, pude observar que os cuidados de Bia foram sempre muito falhos e confusos, pois os avós, o pai e a madrasta não se entendiam entre si. Todos sempre davam palpites em sua vida, porém, ninguém se comprometia de verdade em assumi-la e se

responsabilizar com dedicação por seus cuidados. Toda vez que havia necessidade de tomar alguma decisão relacionada à paciente, ocorria um desentendimento familiar.

O pai e a madrasta adotavam posturas muito firmes com ela, tentando impor controle principalmente sobre suas atividades de lazer. Eles também tentavam limitar seu acesso ao computador e à internet e exigiam sua participação na organização das atividades diárias de casa, entre outras rotinas. Apesar de serem atitudes familiares necessárias aos cuidados da adolescente, Bia reagia a esses limites com muita revolta. Não havia por parte deles a preocupação de manterem uma comunicação aberta, acessível e clara com a jovem, sendo sempre muito impositivos em seus comandos. Bia afirmava que eles não lhe davam a oportunidade de expressar seu ponto de vista, não a valorizavam diante de seus êxitos, sempre a desvalorizavam diante de algo que julgavam errado e nunca eram afetuosos com ela. Por outro lado, buscavam passar a ela responsabilidades e valores morais e éticos e criticavam diretamente os avós por estes sempre adotarem atitudes excessivamente maleáveis com a neta, especialmente aquelas que contradiziam e desautorizavam o pai. Nesse contexto, eram frequentes discussões intensas entre o pai, a madrasta e os avós.

Os avós foram e ainda são permissivos com Bia, poupando-a de qualquer situação que exija a imposição de limites. Eles nunca conseguiram ter controle sobre a jovem, de modo que ela não os respeitava nem os obedecia quando necessário. Essas dificuldades por parte dos avós sempre foram apontadas e reconhecidas por todos os familiares, inclusive por eles próprios, e, com o desenvolvimento do tratamento, também foi possível observá-las na dinâmica relacional familiar.

Bia também se incomoda muito com os problemas relacionais entre os avós, pois há anos eles adotam posturas de desrespeito e humilhação um para com o outro em sua presença. Segundo a jovem, eles têm um casamento de aparências e não se suportam, não correspondendo, desse modo, a uma boa referência de relacionamento. O avô sempre traiu a avó, que, na opinião da neta, sempre aceitou essa situação por ser dependente financeira dele. Na maioria das vezes, a paciente presenciou as discussões dos avós, e tem consciência de todo o problema conjugal do casal. Ela reconhece que sentiu muita raiva e ficou decepcionada com as atitudes do avô e a permissividade e o excesso de tolerância da avó.

Desse modo, um dos aspectos muito abordados em análise foi o constante conflito relacional que ela vivenciava com esse avô, pois ele sempre se mostrou afetuoso, cuidadoso no quesito financeiro e até comunicativo no trato com ela. Mas, aos olhos da paciente, ele era uma pessoa horrível, traidora e perversa na relação conjugal com a avó, e esse fato fez a

paciente sofrer muito, já que ela se via no meio do casal em muitas situações de humilhação, atrito e agressividade. Ela não conseguia se manter distante e não se envolver nas discussões dos dois, sempre tentando defender a avó.

Atualmente, a paciente percebe a avó como “uma pessoa doente psicologicamente, muito depressiva e frágil”, e o avô como “uma pessoa provedora e batalhadora na vida profissional, mas sem caráter e sem escrúpulo na vida pessoal”.

Na família paterna, além desses familiares que a paciente retrata como seus principais responsáveis, também há seus irmãos, o tio paterno, a tia (esposa desse tio) e o primo com a mesma idade de seu irmão.

Ela ressalta que seus irmãos são seus amores e as pessoas mais importantes de sua vida. Sempre que possível, faz atividades de lazer com os dois e é sempre afetuosa com eles. Esses relacionamentos sempre foram muito bons e somente com essas duas crianças, e também com o primo, é que ela conseguia ser afetuosa e atenciosa, não tendo modificado a qualidade dessas relações nem mesmo quando ela não se sentia bem. De algum modo, eles sempre a acalmaram.

Quanto ao tio paterno, Bia afirma que ele é uma pessoa muito diferente do pai por ser sempre muito calmo e afetuoso. Ele sempre a convida para fazer atividades com sua família. A que ela mais gosta é ir ao seu sítio, pois lá há muitos animais e ela gosta deles, principalmente dos cavalos.

Já a tia, ela a descreve como muito ambiciosa, egoísta, preconceituosa e preguiçosa. Segundo a paciente, a tia se incomoda com a atitude de seu pai de ter delegado seus cuidados para sua avó, percebendo esse fato como uma exploração. Entretanto, Bia não se envolve nesses problemas familiares e consegue se relacionar de modo harmonioso com a tia.

Entretanto, Bia implica um pouco com o primo porque observa nele o mesmo jeito individualista e preconceituoso da tia. Incomoda-se, em especial, quando ele maltrata seu irmão mais novo por ele ser mais “inocente nas brincadeiras”. Por fim, ela associa a limitação de seu próprio irmão ao seu problema psiquiátrico autista.

Com relação à família materna, seu contato é esporádico. A avó materna vivia no mesmo prédio dos avós paternos até 2016. Segundo a paciente, essa avó nunca se interessou em ajudar nos seus cuidados e, na mesma época em que perdeu a filha, mãe da paciente, essa avó materna também perdeu outro filho (um policial que foi assassinado), outra filha (que teve um aneurisma cerebral) e o esposo, avô materno de Bia, entrando, conseqüentemente, num quadro depressivo muito grave. A paciente tenta ser carinhosa com essa avó porque

compreende que ela já sofreu muito em razão dessas perdas. Ela se sente muito incomodada quando presencia seus primos maltratando essa avó. Bia tem quatro primos maternos da mesma idade que a sua e os descreve como muito diferentes dela, pois ela quer estudar e ter uma profissão definida (médica) e uma vida honesta, mas seus primos, não. Eles não querem estudar, trabalham de modo alternativo e, a seu ver, desonesto, pois mexem com produtos ilícitos, conduzindo a vida de modo irresponsável.

O maior problema relacional de Bia sempre foi, na verdade, com seu pai. Ela o descrevia como uma pessoa inacessível e que não escutava os outros (“sempre ele era o certo”). Ela se sentia frustrada porque gostaria de expor sua opinião, mas, muitas vezes, sentia-se incompreendida, reprimida e julgada por ele em momentos em que gostaria de explicitar seu entendimento da situação ou argumentar sobre um fato ou assunto. Isso ocorria quando, por exemplo, resolviam discutir sobre assuntos sociais polêmicos (racismo, feminismo etc.) ou quando ele a impedia de fazer algo que ela gostaria muito de fazer. Sempre que os dois tentavam estabelecer algum tipo de comunicação, eles finalizavam a conversa com uma discussão intensa e agressiva permeada por muito estresse. Ele a desqualificava, chamando-a de “louca”, “vadia” e até de classificações piores.

Em dezembro de 2012, Bia voltou para a casa dos avós após uma discussão grave com o pai e a madrasta. A briga se deu a partir do incômodo do pai de vê-la isolada do meio social, sempre sozinha, “sem amigos” e distante da família, preferindo trancar-se no quarto por horas a fio a fim de se manter conectada à internet. Como ele a monitorava constantemente, tendo controle total de seus acessos virtuais, não gostou de algumas mensagens que ela postou no Facebook para um rapaz desconhecido. Ele julgou que a conversa se mostrou muito vulgar, e tentou conversar com Bia para expor o que havia compreendido daquela situação. Ela não gostou do questionamento e reagiu a ele com muita agressividade, tendo uma explosão de fúria, quebrando móveis e objetos de seu quarto, rasgando o lençol de sua cama, arrancando seus cabelos e gritando e chorando muito. O pai, por sua vez, também não conseguiu se controlar, agredindo-a fisicamente e ofendendo-a aos gritos com palavras grosseiras.

Após essa briga, Bia se trancou no banheiro, continuou a chorar muito e se automutilou com uma tesoura até suas coxas sangrarem. Ela sempre adotava essas atitudes após uma situação de atrito e dizia que, quando sentia muita angústia e raiva, esse era o único modo de conter sua dor. O pai, por sua vez, não suportando mais esses atritos com a filha, jogou as coisas dela numa mala e a tirou de casa sem dizer-lhe para onde a levaria. Ela só

descobriu que voltaria para a casa dos avós quando chegou ao apartamento deles. Ele a deixou lá sem nem ao menos pedir aos avós de Bia que assumissem novamente seus cuidados. O pai simplesmente disse aos próprios pais que não era possível Bia continuar morando em sua casa porque ele não aguentava mais suas atitudes.

A partir desse momento, Bia voltou a conviver com seus avós paternos e seu contato com o pai e o restante da família tem sido esporádico. O pai e a madrasta se distanciaram fisicamente da paciente, afastando-se de sua rotina diária e deixando-a sob os cuidados dos avós. O pai se responsabiliza apenas financeiramente por ela.

Segundo a família, Bia foi uma criança tranquila, alegre e sociável, e suas dificuldades só surgiram a partir dos 14 anos, época em que se tornou muito reservada e começou a apresentar dificuldades de sociabilidade, rebeldia e agressividade diante de situações conflituosas e estressantes. Foi nesse momento também que, após experiências em que perdia o controle emocional, ela desenvolveu atitudes autoagressivas e de automutilação.

Os familiares associaram as mudanças comportamentais da paciente ao sofrimento diante de duas perdas importantes em datas de seu aniversário. No dia em que completou 12 anos, a madrinha do pai faleceu, e Bia ficou muito triste, pois tinha muita afinidade com ela. Já no seu aniversário de 14 anos, ela perdeu uma amiga muito querida num acidente de carro.

Nenhum familiar associou os problemas psicoemocionais de Bia à perda precoce de sua mãe biológica, que ocorreu logo após seu nascimento e, quando foram questionados, alegaram que fizeram o possível para lhe proporcionar um cuidado que suprisse essa ausência materna; entretanto, reconheceram que, na época da perda de sua mãe, todos ficaram abalados e muito entristecidos.

Na adolescência, a comunicação de Bia com seus familiares, principalmente com seu pai, tornou-se ainda pior. Assim, a partir dessas relações difíceis e conflituosas que ela apresentava com todo o seu núcleo familiar, já decorrentes de seu adoecimento psicológico, o pai de Bia buscou ajuda.

Em 28 de junho de 2012, Bia, então com 16 anos, iniciou seu processo de psicoterapia individual sob minha responsabilidade na clínica particular. O pai justificou a necessidade do auxílio profissional porque estava se sentindo perdido e não sabia mais como agir para controlar e ajudar a filha. A relação dos dois estava tão estremecida que ele percebia a filha como pouco afetuosa, mal-humorada, egoísta, individualista e muito grosseira. Em seu modo de olhar, “ela era distante até mesmo dos irmãos que dizia amar muito e não se entrosava com as amigas porque não queria, preferia se fechar no seu canto e se isolar de todo

mundo”. Ele também apontou que, após ela entrar na adolescência, tornou-se “uma pessoa muito desinteressante e sem graça”. O pai não reconhecia que os problemas que estavam acontecendo com Bia faziam parte de um quadro psicológico complexo. Ele achava que era “frescura” ou uma maneira de ela chamar-lhe a atenção. Na verdade, ele sempre desejou que a filha fosse dócil, delicada, extrovertida e sociável, e demonstrava constantemente em seus relatos muita frustração ao percebê-la como uma pessoa com características opostas.

Na análise, percebi que esses atritos familiares foram se intensificando cada vez mais na adolescência de Bia, o que, conseqüentemente, causou um distanciamento e um empobrecimento afetivo entre pai e filha. O pai não conseguia ser carinhoso com ela. Todas as atitudes de enfrentamento e de rebeldia que ela adotava o incomodavam muito, de modo que ele se estressava, ficava inquieto e irritado e agia com ela com muita hostilidade e agressividade.

Por um período significativo no decorrer da análise, não houve preocupação afetiva com ela por parte de nenhum familiar, e o processo psicoterápico foi muito importante para ampará-la. Ela acabou tornando-se independente e gradativamente assumiu o autocuidado.

Depois da quinta sessão de análise de Bia, percebi a necessidade de fazer um acompanhamento psiquiátrico complementar em razão do estado grave de sofrimento emocional interno que ela apresentava. Tal estado compunha um distúrbio de caráter primitivo, representado principalmente por angústia e agitação, e a deixava numa situação desprotegida e muito afetada, em razão da falta de qualidade dos cuidados ambientais e da incapacidade desse ambiente em estabelecer e manter o contato com ela.

Naquele momento, era impossível acessá-la na análise, sendo o manejo a principal tarefa analítica adotada. Bia estava acometida por uma ansiedade aguda, expressa por um comportamento acelerado e uma inquietude mental que dificultava qualquer possibilidade de concentração. Ela também apresentava alterações de humor, caracterizadas especialmente por uma irritabilidade expressiva, insônia, dificuldade de relaxar e um constante medo de colapsar (“cair do nada”, “perder o controle”, “enlouquecer” ou “desaparecer”). A esse quadro associavam-se tristeza profunda, respiração sufocante, aperto e dor no peito (representados por aflição, angústia e agonia), perda do interesse e do prazer em atividades que antes ela adorava fazer (como a aula de dança), sensação de vazio, tédio, desvitalização (rebaixamento vital e falta de energia), apatia, desânimo, desprazer (falta de vontade para realizar tarefas rotineiras), desesperança, pensamentos negativos, pessimismo, culpabilidade, impaciência, agressividade, autodesvalorização e automutilação para aliviar a dor interna intensa. Como já

mencionado anteriormente, essas autoagressões se davam por meio de cortes corporais, principalmente nas coxas e nos braços, cortes esses feitos com faca, estilete e tesoura, além de arranhões e beliscões profundos usando as unhas. Também expressava aflições hipocondríacas significativas por meio do desenvolvimento de doenças psicoemocionais graves, como crises fortes de rinite e sinusite; sintomas constantes de dermatite atópica, isto é, reações alérgicas na pele a partir do contato com o outro e da desestruturação emocional; doença celíaca; e intolerância à lactose. Houve ainda, para piorar o quadro, a investigação para saber se ela portava más-formações congênicas como a ausência do pâncreas ou a inversão de veias e artérias na anatomia do coração, por exemplo.

Nas sessões, ela demorava para se acalmar e, por isso, compreendi que ela precisava ser acompanhada pelo psiquiatra a fim de tomar alguma medicação que a ajudasse a melhorar sua qualidade de vida até que o tratamento analítico começasse a caminhar. Ao longo dos atendimentos de Bia, ficou claro que a composição de seus sintomas caracterizava momentos que poderiam ser considerados situações de crise. Ela passou então a fazer uso uma vez ao dia do antidepressivo Escitalopram (10 mg) e do ansiolítico Ansitec (10 mg), e atualmente está em processo de desmame desses remédios para obter alta psiquiátrica.

Naquele ponto inicial do tratamento, começou a se delinear que Bia provavelmente apresentava um transtorno misto depressivo e ansioso, sendo que os aspectos depressivos eram os mais destacados. Notei ainda a necessidade de propor aos familiares algumas sessões de orientação, por eles estarem desorientados e muito angustiados diante do adoecimento psicológico de Bia, não conseguindo apresentar condições de oferecer a ela o cuidado e o acolhimento necessários naquele momento. Desse modo, o tratamento inicial psicoterápico de Bia foi composto por sessões individuais com ela e sessões de orientação com o pai, a madrastra e os avós paternos. Com a aquisição de evoluções no processo e a maioridade da paciente, as orientações com os familiares não foram mais plausíveis e imprescindíveis.

Em diversos momentos, durante as sessões com os familiares, foi sugerido que eles buscassem ajuda psicológica, mas, infelizmente, nenhum se dispôs a procurar esse auxílio.

A partir de minha orientação, Bia interrompeu seu primeiro ano de cursinho, pois ela não conseguia ficar na sala de aula escura e sem janelas e muito menos realizar alguma atividade intelectual. No aspecto cognitivo, ela apresentou perda da capacidade de se concentrar e de prestar atenção. Emocionalmente, ficou destacada uma acirrada autocrança, já que ela se culpava por não tolerar as condições do local onde ocorriam suas aulas, por se sentir sufocada naquele ambiente fechado e pela dificuldade de fazer as tarefas solicitadas,

descontrolando-se e saindo desesperada caminhando sem rumo pelas ruas. Ela não aceitava a própria impotência e a própria fragilidade, que interferiam no desempenho de suas atividades. Assim, a interrupção do cursinho se fez necessária para proporcionar-lhe um período de descanso e afastá-la de cobranças e de responsabilidades, de modo que ela apenas recebesse cuidados de todos num ambiente menos danoso e mais facilitador para que pudesse se recuperar do adoecimento psicológico.

Constatei que Bia tinha uma vida muito empobrecida nas vivências reais afetiva, relacional, familiar e social. Ela expressava sentir constantemente tristeza intensa, um vazio inexplicável, solidão, desamparo e abandono. Além disso, não apresentava motivação para ter cuidados pessoais, principalmente em sua higiene pessoal: ela não usava absorventes quando menstruava, deixava suas roupas íntimas sujas expostas no seu quarto ou no banheiro comum da casa, mantinha seu quarto sujo e desorganizado, entre outros fatores de total desamparo.

Como seu pai já havia ressaltado, Bia também não tinha interesse em ter qualquer relacionamento social, mantendo-se com certo distanciamento do mundo. Ela evitava contato físico com as pessoas, não desejava nenhum tipo de aproximação pessoal e impedia qualquer forma de ajuda. Consequentemente, ela se isolou socialmente, ficando trancada em seu quarto sempre que possível. Afastou-se dos amigos de todos os ambientes que antes frequentava (na escola, no grupo de dança e no condomínio onde morava), pois percebia que não havia interação com eles. Ela sempre se calava quando estava em companhia deles porque perdeu o interesse pelas pessoas e pelos assuntos que tinham em comum. Sentia-se incompreendida por todos (“eles acham que estou com frescura, [mas] eu me sinto [como] um ‘peixe fora d’água’ quando estou com eles”). Bia tinha quatro amigas de infância que sempre estudaram na mesma escola, e duas delas moravam em seu condomínio, e até mesmo com essas jovens ela não conseguia interagir. No momento em que a paciente adoeceu, essas amigas se afastaram, alegando que ela estava “descontrolada, chata e agressiva”. Bia se sentiu incompreendida por elas e, consequentemente, solitária e abandonada, pois não conseguia entender tal rejeição. Quando estava bem, Bia tinha um número razoável de pessoas ao seu redor, conseguia interagir e fazer amizades, mas, quando estava em crise, recusava qualquer contato e não aceitava nenhuma aproximação, nem mesmo das melhores amigas. Atualmente, ela tem tentado fazer novas amizades e também restabelecer contato com uma dessas amigas antigas, que reside em Minas Gerais. Com as outras, ela não quer contato.

No âmbito familiar, Bia tinha pouca afinidade e intimidade com seus familiares e um empobrecimento claro em seus cuidados. Não recebia nenhuma orientação sobre sua higiene,

saúde, vaidade, alimentação ou sobre as mudanças corporais, mentais e relacionais decorrentes da adolescência. Por conseguinte, os familiares não conseguiam estabelecer nenhum tipo de comunicação saudável com a jovem. Ela sempre reagia negativamente às ordens dos adultos, enfrentando-os com agressividade e aversão a suas orientações, desencadeando discussões e atritos por eles simplesmente não conseguirem suportar ou conter as atitudes hostis e provocativas da adolescente. Bia e o pai, por exemplo, tinham muitas dificuldades para se entenderem. Ela se queixava que não conseguia se aproximar dele porque constantemente o percebia como alguém rígido, autoritário, grosseiro e sistemático e sempre muito exigente com ela. Todas as vezes em que Bia não acatava o que ele pedia, ele se irritava com ela e aumentava o tom e a agressividade da voz. Sempre que ela tentava argumentar sobre qualquer assunto em que suas opiniões divergiam das dele, ele era intransigente e não a ouvia, impondo seu julgamento e usufruindo livremente de sua autoridade paterna.

Era depois desses atritos no ambiente familiar que, muitas vezes, Bia, chorando muito, isolava-se em seu quarto ou no banheiro e quebrava objetos, arrancava seus cabelos, beliscava-se até sangrar ou cortava-se nas coxas ou braços. Ela afirma que se sentia muito solitária, perdida, angustiada e desamparada nessas situações e, como contenção, agredia-se para restabelecer o controle e aliviar a dor e a raiva que a invadiam. Eu pude observar ainda que, com essas atitudes, Bia pedia ajuda. Ela estava sofrendo muito e tinha a sensação de que ninguém a olhava nem a ouvia na solidão de seu sofrimento psíquico.

Bia contava ainda que, depois desses desentendimentos, ela preferia buscar algum contato apenas no meio virtual, pois as experiências de relacionamento nas redes sociais também era um meio pelo qual ela se acalmava. Indagada sobre o porquê de buscar essa solução, ela indicava que, embora estivesse muito triste, transtornada, irritada, magoada e perdida, quando ela conversava nas redes sociais, era como se fosse outra pessoa, e não ela, e todo aquele mal-estar temporariamente desaparecia. No ambiente virtual, ela, de algum modo, sentia-se ouvida e notada por uma multidão, mesmo que fantasiosamente. Ao mesmo tempo, ela não se sentia solitária e tinha o entusiasmo para ser espontânea e livre em seus pensamentos e atitudes porque ninguém a julgava ou tinha a necessidade de controlá-la. No âmbito virtual, ela era reconhecida por sua beleza, inteligência e por demais quesitos pessoais como sensualidade, delicadeza, simpatia, afabilidade e amabilidade, estabelecendo relacionamentos virtuais permeados de afeto, cordialidade e gentilezas. Bia relatava que se sentia viva e especial na comunicação com esses internautas, fatores esses de que sentia muita falta na vida real.

Para não se sentir sozinha e abandonada, usava sites de relacionamentos afetivos e redes sociais (Facebook, Ask.fm, WhatsApp, Twitter etc.). Bia tinha mais de 2.400 amigos nas diferentes redes sociais, comunicava-se com desconhecidos por madrugadas inteiras com o uso de câmeras e com exposições corporais sensuais, excedia seus limites temporais nessas comunicações – ficando conectada até vinte horas seguidas – e chegava a esporadicamente se encontrar com alguns desses desconhecidos para ter relações íntimas e compartilhar drogas e bebidas em ambientes “arriscados” e sem proteção/segurança, como baladas em favelas, bares, motéis, parques, entre outros.

Em tais conversas, Bia se colocava em situações de exposição e de evidência, buscando constantemente ser vista e percebida. Arrumou alguns namorados virtuais e se comunicava com pessoas desconhecidas sem nenhum cuidado em ser seletiva. Aqui, respeitando a capacidade maturacional da paciente, procurei lhe proporcionar cuidado coerente com sua dependência e, por meio do manejo e da sustentação tanto no *setting* quanto em situações amplas, relacionei as condições e circunstâncias atuais desses fatos à sua vida, com cuidado para não ser invasiva e não extrapolar sua capacidade emocional, não lhe privando da oportunidade de adquirir uma compreensão criativa e possível dessas vivências.

Essas conexões na internet eram feitas sempre em momentos em que se encontrava sozinha em casa ou quando sua família estava dormindo. Ela tinha ciência de que seu pai detestava que ela fizesse isso e que a monitorava o tempo todo através de um *software* instalado em seu *notebook*. Apesar de se sentir melhor durante tais conversas, Bia se mantinha constantemente apreensiva ao usar a internet em razão do risco de o pai descobrir o que estava fazendo. Ela se assustava toda vez que percebia sua aproximação, desesperando-se e desligando o computador imediatamente.

Bia sentia pavor de ficar sozinha quando se sentia vulnerável e, conseqüentemente, ficava com medo, por exemplo, de sair à rua e pegar um ônibus. Igualmente, não suportava ficar em lugares muito cheios. Também por isso, sentia-se mais segura e protegida comunicando-se por intermédio das redes sociais, principalmente via WhatsApp, Twitter e Facebook, ferramentas que lhe proporcionavam liberdade e reconhecimento, além do amparo que não encontrava no mundo real.

Refletindo sobre todos os fatores problemáticos exteriorizados pela paciente no mundo real, fatores esses representados pelo seu adoecimento psíquico, e tentando focar em um dos tantos fatores apresentados por ela, chamou minha atenção o que poderia estar sendo

comunicado ou preenchido pelas comunicações nas redes sociais num contexto em que a paciente apresenta um complexo quadro psicológico de depressão.

A partir do abandono afetivo familiar e dos vínculos relacionais frágeis e distanciados, o sofrimento psíquico revelado pelos jovens na atualidade caracteriza principalmente uma fragilidade na constituição do ser e na capacidade de ficar só. O isolamento pessoal patológico demonstra uma solidão associada a um sentimento de vazio existencial e de irrealidade. Tal conjuntura é representada especialmente pelo afastamento social e o enclausuramento exacerbado no próprio mundo psíquico. Para um jovem com adoecimento psíquico depressivo, o contato excessivo com o mundo cibernético pode desenvolver a busca de um amparo na esfera virtual, como evitação do contato com um sofrimento interno, pois esse contato possibilita um alívio imediato de suas angústias e um encontro com evidências de vitalidade que estão ocultas na realidade interna. O indivíduo se mostra pseudovitalizado no mundo virtual e com um existir apático no mundo real.

Desse modo, o caso clínico de Bia foi escolhido para dar subsídio à compreensão do modo por vezes contraditório e dissociado dos jovens de ter um existir depressivo, apático e desvitalizado na vida real e ao mesmo tempo manifestarem-se de maneira comunicativa e eufórica no mundo virtual. Procura-se, assim, situar as possíveis relações que pode haver entre os transtornos depressivos e o uso defensivo das comunicações nas redes sociais.

Diversas formas de narrativas foram utilizadas para a análise presente nesta pesquisa, como indica o Anexo I. Fiz uso primeiramente de algumas falas literais da paciente apresentadas no diário clínico, a fim de articular o caso clínico com as teorias de Winnicott, e, em um segundo momento, complementei-as com diálogos ou expressões emocionais manifestados em redes sociais como WhatsApp e de Facebook e fornecidos pela paciente.

O recorte do estudo de caso compreende os três primeiros anos do tratamento psicológico da paciente, que foi composto por dois períodos que comportaram sua adolescência e o momento em que exibiu comportamentos dissociados, apresentando-se de uma forma na vida real e de outra, contraditória, na virtual.

Na primeira fase, de 28 de julho de 2012 a 28 de agosto de 2013, após um ano e dois meses de tratamento, Bia interrompeu o processo e justificou essa interrupção alegando que fazia o acompanhamento apenas porque o pai assim exigia. Embora ela não tivesse condições psicoemocionais de permanecer sem o tratamento, e mesmo com minhas pontuações sobre o momento impróprio desse afastamento, ela e o pai preferiram encerrar o processo.

Depois de sete meses sem tratamento psicológico, ela pediu para o pai entrar em contato comigo novamente para retomar sua psicoterapia individual, pois ela percebia que estava ainda mais em desordem psíquica. Em 31 de abril de 2014, teve início a segunda etapa de seu tratamento, e ela permanece em psicoterapia até hoje. Dessa segunda fase, o período que será aqui considerado ocorre de 31 de março de 2014 a 17 de dezembro de 2015.

Com o manejo do *setting* e de suas condições ambientais gerais, Bia começou um processo de confiabilidade na análise e no ambiente compartilhado em que está inserida, adquirindo um contato de maior qualidade em suas relações objetivas dentro de sua capacidade maturacional, diminuindo, inclusive, o uso defensivo da comunicação virtual, que tinha como um dos objetivos aliviar temporariamente as angústias que as falhas ambientais lhe causavam. Ela fez duas sessões de psicoterapia por semana durante três anos e, atualmente, faz uma sessão por semana.

Com o desenvolvimento da psicoterapia, seus fatores relacionais foram sendo trabalhados e, hoje, ela tem uma relação variável com o pai e com a madrasta. Há momentos tranquilos em que se aproximam mais e momentos tumultuados nos quais chegam a ficar sem se falar. Ela afirma que tem conseguido dialogar mais com o pai e compreende que ele é uma boa referência em sua vida. Ela passou a entender as exigências e as dificuldades afetivas do pai, chegando a muitas vezes perceber-se parecida com ele em alguns pontos, expressando que ambos são muito exigentes, reservados e desconfiados. Ela o destaca no núcleo familiar como a figura de referência mais adequada para orientá-la e consegue diferenciar quando pode ou não contar com ele. Eles não têm mais vivenciado situações conflituosas e, sempre que ela solicita seu auxílio, ele responde prontamente. Contudo, mesmo assim, ela ainda se frustra ao esperar o apoio dele quando ocorre algum atrito com a madrasta e ele se mantém neutro ou toma o lado da esposa.

Bia tem mantido seu foco em objetivos produtivos e dado atenção a seu autocuidado, não tendo mais episódios de autoagressão ou automutilação. Apresenta-se mais vaidosa e cuidadosa com sua higiene pessoal e preocupada tanto com sua saúde (buscou tratamentos ginecológicos e dermatológicos, faz atividade física e tem uma alimentação saudável) quanto com seu espaço físico (decorou seu quarto, organizou seu armário e montou um espaço para estudar), deixando tudo mais apresentável e confortável.

Atualmente, ela tem conseguido manter-se separada dos problemas de cada familiar, buscando não ser afetada pelas escolhas que cada um fez para as próprias vidas. Tem conseguido lidar melhor com a família de modo geral, respeitando cada um da maneira como

é. Não se envolve mais nos problemas conjugais dos avós e compreende que eles vivem desse modo por escolha própria, não mais idealizando-os. Acha que todos são problemáticos e consegue amá-los com seus defeitos.

Todavia, mesmo assim ela ainda tem lapsos de solidão e de carência afetiva, questionando os motivos que a conduzem a ser uma pessoa solitária e a não ter ninguém que cuide dela. Ela se vê sozinha no meio da multidão e sente “um vazio tão forte que é quase corporal”.

Em seu discurso, Bia sempre reforça o desejo significativo de conseguir estabelecer relações mais afetivas na realidade compartilhada, de ter a companhia de pessoas no dia a dia e de ter mais afinidades em seu ambiente familiar, contudo, reafirma sua dificuldade em expressar emoções e afetos e relaciona essa dificuldade ao distanciamento que se cria entre ela e as pessoas.

#### **4. ANÁLISE: ARTICULANDO O CASO CLÍNICO COM A TEORIA DO AMADURECIMENTO PESSOAL DE WINNICOTT**

Neste capítulo, farei uma articulação entre a teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott, em especial a teoria das depressões, e o caso clínico apresentado no capítulo precedente. Tendo em vista os limites deste estudo, a análise será restrita aos aspectos clínicos que se relacionam ao tema central desta pesquisa. Além disso, quando se fizer necessário, ancorarei alguns dados da paciente evidenciados no Anexo I.

Considerando a maneira winnicottiana de se realizar um diagnóstico clínico, ponderando o processo de amadurecimento pessoal, implica afirmar que, na análise de um caso clínico, é necessário diagnosticar em que momento do desenvolvimento ocorreu o distúrbio psíquico.

Refletindo etiológicamente e analisando a história de vida de Bia, compreende-se que ela teve um começo de vida problemático.

Primeiramente, ela pode ter sido gerada para ocupar o lugar do bebê morto (que nasceu sem vida antes de sua gestação), fato que envolve expectativas dos adultos depositadas em seu nascimento como substituta de “outro alguém”, impossibilitando seu lugar no desejo dos pais.

Na sequência, perdeu sua mãe biológica quando tinha apenas 35 dias de vida, situação limite que causou uma desestabilização no ambiente que já se apresentava frágil em decorrência dos relacionamentos instáveis entre os avós e o pai. Certamente, os familiares necessitaram de um período para se refazerem dessa perda e, fundamentalmente, direcionarem o foco de suas preocupações para o bebê que precisava de seus cuidados.

Nos primeiros momentos de sua vida, Bia estava desamparada, sem sua mãe biológica, com o pai fragilizado e traumatizado pelo falecimento repentino da esposa, com uma família abalada por essa perda e com uma avó preocupada com o filho e sem condições iniciais de oferecer cuidados à neta. “O ambiente facilitador requer uma qualidade humana, e não uma perfeição mecânica, de tal modo que a expressão ‘mãe satisfatória’ me parece atender às necessidades de uma descrição daquilo que a criança precisa” (WINNICOTT, 1968/2005, p. 139). Porém, nesse cenário ambiental inicial, pode não ter tido alguém devotado que proporcionasse à paciente uma presença e os cuidados que lhe possibilitassem “condição de existir e, em decorrência, a possibilidade de continuar a ser, de desenvolver o sentimento de segurança e confiabilidade em si mesmo e no outro” (MORAES, 2014, p. 148).

Com o passar do tempo, pode-se considerar que a avó se tornou uma mãe substituta para Bia, mas isso só foi possível depois de sua recuperação e da aquisição de condições psicoemocionais para oferecer uma maternagem à neta. Até então, Bia estava inserida num ambiente em que seus cuidados não eram o foco principal.

É importante ressaltar que a família de Bia sempre apresentou desestruturas no âmbito relacional, podendo-se considerar que tal ambiente de antemão já não apresentava condições de ser suficientemente bom, não lhe proporcionando uma sustentação adequada e, conseqüentemente, causando uma ruptura nessa etapa primitiva de seu processo de amadurecimento emocional.

Para Winnicott, a principal funcionalidade do ambiente no primeiro ano de vida é, por meio da experiência, promover ao indivíduo a possibilidade de constituir-se como si mesmo, adquirindo sua própria identidade. Porém, quando o sujeito sofre algum trauma nessa fase primitiva, há uma interrupção no processo de continuidade de ser, que ainda não está unido numa identidade, e surge um vazio existencial (“um buraco no existir”). A falta de sustentação (*holding*) do ambiente suscita aflições (agonias), conduzindo o indivíduo a organizar defesas para se proteger. Desse modo, a pessoa poderá se adaptar ao ambiente falho formando um falso *self* psicológico e, assim, haverá uma divisão em *self* verdadeiro e falso *self*, sendo que “uma parte é central e controlada pelos instintos e a outra parte é orientada para o exterior e relacionada com o mundo” (WINNICOTT, 1960/1983b, p. 128). A natureza defensiva do falso *self* é “a de ocultar e proteger o *self* verdadeiro” (WINNICOTT, 1960/1983b, p. 130).

Acredita-se que, a partir de defesas muito primitivas do *self* diante das falhas ambientais, Bia conseguiu se organizar de modo submisso ao ambiente (falso *self* submisso), desenvolvendo uma dissociação defensiva ao sofrimento psíquico e, conseqüentemente, um ego enfraquecido. “Na doença, essa divisão de *self* é uma questão de cisão na mente, que pode chegar a variar em profundidade” (WINNICOTT, 1964/2005, p. 55). “Essa submissão por parte do lactente [da criança] é o estágio inicial do falso *self*, e resulta da inabilidade da mãe de sentir as necessidades do lactente” (WINNICOTT, 1960/1983b, p. 133). Como o ambiente não se adaptou suficientemente bem às necessidades de Bia, ela pode ter sido levada à submissão como reação e aceitação das exigências dessa ambiência.

Através deste falso *self* o lactente constrói um conjunto de relacionamentos falsos, e por meio de introjeções pode chegar até a uma aparência real, de modo que a criança pode crescer se tornando exatamente como a mãe, tia,

irmão ou quem quer que no momento domine o cenário. O falso *self* tem uma função positiva muito importante: ocultar o *self* verdadeiro, o que faz pela submissão às exigências do ambiente (WINNICOTT, 1960/1983b, p. 134).

Até seus 8 anos, Bia viveu na casa de seus avós paternos, e o pai delegou totalmente seus cuidados a eles, ausentando-se por completo de seu papel paterno. Porém, nessa época, ele se casou novamente e levou a filha para morar com ele e a madrasta. Consequentemente, a paciente perdeu o ambiente que tinha com a avó e o avô – suas referências parentais – e foi inserida num ambiente com um pai que nunca esteve presente e uma madrasta que, obrigatoriamente, tinha de considerar como sua “nova mãe” (a madrasta exigiu ser chamada de “mãe” desde o início do convívio e isso incomodou muito a paciente até sua adolescência). Esse novo ambiente era composto principalmente por muita rigidez e autoritarismo, fato que reforçou ainda mais a submissão de Bia, que foi privada de poder se expressar e devia apenas obedecer ao que lhe era imposto.

O pai não lhe dava (nem lhe dá) qualquer suporte afetivo, apresentando-se sempre muito distante, rigoroso, rígido, exigente e incompreensivo. A madrasta, por sua vez, era imprevisível e muito insegura. Esporadicamente, a madrasta oferecia-lhe momentos de proximidade, mas, na maioria das vezes, era controladora e intrusiva, dando-lhe uma falsa sensação de suporte e conduzindo-a, na verdade, à subordinação a suas vontades. “A mãe que não é suficientemente boa fala repetidamente em satisfazer o gesto do bebê [da criança]; ao invés, ela o substitui por seu próprio gesto, que deve ser validado pela submissão do lactente [da criança]” (WINNICOTT, 1960/1983b, p. 133).

Dessa maneira, tais situações ambientais permaneceram incitando a atuação do falso *self* submisso que a paciente desenvolveu defensivamente no início de sua vida.

A falta de sustentação e o ambiente tumultuado foram colaborando para que Bia desenvolvesse um adoecimento psíquico e para que um relacionamento frágil se estabelecesse entre ela e o casal, especialmente com o pai: “se ele se irritasse, ele até babava de raiva. Hoje ele melhorou muito, ele pede desculpas depois desses acessos de raiva e diz que não queria ser assim” (a paciente chorou com muita emoção ao relembrar desses momentos).

Assim, eles não conseguiam estabelecer entre eles nenhum tipo de afinidade, e a paciente se sentia cada vez mais angustiada, frustrada, raivosa, desamparada e abandonada. “Foi tudo sempre bagunçado mesmo. Nunca tive ninguém fixo. [...] imagina que eu cresci órfã de mãe, aprendi a chamar a minha vó de mãe e depois descobri que ela era minha vó, de repente chegou você [madrasta] que queria ser minha mãe e minha mãe passou a ser você,

mas eu mudei de casa e quem era a minha mãe está tão distante [atualmente] que parece uma amiga. Depois da nossa conversa eu fiquei pensando, querendo ou não eu vivi ‘uma mentira’ (que me ajudou muito e me fez bem também) quando eu tratei a minha vó como mãe e depois você como mãe. Hoje, depois de uns cinco anos longe de você, não faz mais sentido para ninguém ter essa relação” [sic].

Bia apresentava uma mistura de raiva e culpa patológica, não conseguindo se relacionar com pais, avós, amigos ou desconhecidos. Esses fatos caracterizam que ela não atingiu a integração nem alcançou o estágio de concernimento, pois não suportava o sentimento de culpa, não tinha cuidado consigo mesma, não era construtiva em suas ações, não tinha atitudes de responsabilidade nem mantinha bons relacionamentos externos. Por consequência, ela não atingiu o desenvolvimento da capacidade de deprimir-se na posição depressiva. “Você não tem noção da dor que sinto quando vejo ele [pai]. Não existe dor mais forte que dor no coração. Me machuca demais isso [...] eu não sei nem explicar. Parece que perdi meu pai [que ele morreu]. Eu sinto muita falta e me sinto culpada”.

Esses percalços, que configuraram o desenvolvimento doentio de Bia, foram se agravando com o passar do tempo, e complicações na fase da adolescência sugeriram que o início da problemática de seu adoecimento teve origem na fase primitiva e em decorrência de um ambiente não sustentável.

Bia buscava o reconhecimento principalmente do pai. Como tal reconhecimento nunca existiu, isso apontou para uma consequente desestruturação emocional causada pelo sofrimento psíquico que era constituído, sobretudo, por angústias, explosões de agressividade, desafios raivosos ao mundo externo (endereçados ao pai) e pela tendência ao isolamento patológico crescente (manifestado na falta de interesse pelas relações sociais reais, na frieza emocional e no embotamento afetivo). “Nunca ninguém pergunta como estou, só ficam me cobrando e me criticando. Eles não me veem, olham para mim como se eu fosse transparente, e não sou igual ao que eles sonharam [...]. Eles também só me censuram e não veem que não quero aproximação falsa com ninguém. Sou assim, diferente, não gosto de pessoas, elas são falsas [...]. Eu estava com muita raiva, me sentindo muito sozinha. Minha família não me compreende, e isso me deixa com muita angústia, [com] uma tristeza sem fim. [...] Eles implicam porque me isolo das pessoas, mas eu gosto de ficar sozinha no meu mundinho”.

A adolescência de Bia pode ter sido um motivo de ameaça para o pai, que não a admirava e não lhe oferecia amparo para que ela conseguisse dar conta dos momentos primitivos que necessitava reviver e das transformações que precisava adquirir. Segundo ele,

“ao entrar na adolescência, ela tornou-se uma pessoa muito desinteressante e sem graça [...], ela era distante até mesmo dos irmãos que dizia amar muito e não se entrosava com as amigas porque não queria, preferia se fechar no seu canto e se isolar de todo mundo”.

As angústias adolescentes correspondem a revivências dos estágios primitivos. O jovem padece do sentimento de irrealidade e necessita sentir-se real. Nesse momento, ele pode reivindicar o que não teve devido à falha ambiental. “A grande busca do adolescente é ser alguém em algum lugar, ‘sentir-se real’” (WINNICOTT, 1961/2005, p. 123). Ele necessita estar inserido num ambiente confiável e acolhedor, suficientemente bom, que permita uma comunicação sincera e verdadeira, que reconheça suas necessidades e lhe proporcione amparo e apoio na construção de sua identidade e no encontro de sua existência. Contudo, o ambiente em que Bia estava inserida não lhe proporcionava tais condições para retomar seu desenvolvimento emocional, e ela vivia, constantemente, situações de rejeição por parte de seus familiares.

Entre o pai e a paciente constituiu-se ainda uma comunicação permeada por autoritarismo e superficialidade, uma comunicação fechada caracterizada “por excesso de autoridade, ordens e ameaças por parte dos pais” (WAGNER *et al.*, 2005, p. 277). Assim, Bia não tinha espaço para manifestar seus sentimentos e dúvidas, permanecendo numa posição submissa ao ambiente, como em sua infância.

A paciente não obteve a provisão ambiental necessária que lhe permitisse experienciar a independência rebelde e a dependência regressiva que compõem a fase da adolescência. Seu pai e sua madrasta não lhe davam liberdade de existir, não aceitavam suas explosões rebeldes e se alteravam diante de seus ataques. Além disso, não a acolhiam durante as recaídas da dependência que surgiam seguidamente à rebeldia.

Quando o processo ocorre bem, o jovem é capaz de retornar para casa apesar de sua rebeldia. Contudo, toda vez que Bia retornava, ela acabava desentendendo-se com o pai e, apesar do sucesso de uma solução pessoal depender da existência da família e dos bons cuidados dos pais, ela não recebia esses acolhimentos, não tendo “um ambiente familiar confortável que a apoiasse para fazer suas descobertas sem se preocupar com a estabilidade familiar” (DIAS, 2003, p. 276).

A problemática da fase da adolescência pôde ser melhor notada quando Bia apresentou mudanças significativas em seu comportamento por meio de reações ao ambiente falho. Tais reações se davam por meio de irritabilidade expressiva, insônia, dificuldade de relaxar e constante medo do colapso (medo de “cair do nada”, “de perder o controle”, “de

enlouquecer” ou “de desaparecer”), associados à tristeza profunda não reconhecida, respiração sufocante, ansiedade, aperto e dor no peito (nomeados como aflição, angústia e agonia), sensação de vazio, tédio, desvitalização (rebaixamento vital e falta de energia), apatia, desânimo, falta de interesse e prazer pelas atividades que antes adorava (como a aula de dança), falta de vontade para fazer tarefas rotineiras, desesperança, pensamentos negativos, pessimismo, culpabilidade, impaciência, agressividade, autodesvalorização e automutilações a fim de aliviar a intensa dor interna. As automutilações ocorriam por meio de ferimentos corporais, principalmente cortes nas coxas e nos braços utilizando faca, estilete ou tesoura, e também por meio de arranhões e beliscões profundos usando as unhas. “[Eu] sentia muita angústia e raiva e [esse] era o único modo de conter minha dor [...]. Me sinto muito sozinha o tempo todo. Me sinto muito desamparada, principalmente em momentos [em] que preciso que alguém olhe para mim, cuide de mim. E acho que [é] aí que percebo o quanto estou sozinha em minha vida. [...] eu já *tô* cansada de ficar aguentando as coisas e não suporto essa angústia, essa tristeza no meu peito” [*sic*].

Ao mesmo tempo, o isolamento de Bia foi caracterizando-se como patológico à medida em que ela foi afastando-se cada vez mais de suas relações sociais, passando a trancar-se em seu quarto por longos períodos (em torno de vinte horas por dia) e a praticamente não se comunicar mais com o mundo real externo, pois não se sentia inserida nele. A partir de vínculos relacionais frágeis e distantes, o isolamento pessoal patológico de Bia demonstrava uma solidão adjunta a sentimentos de vazio existencial e de irrealidade, sentimentos esses representados em especial por seu afastamento social e pelo enclausuramento exacerbado em seu mundo psíquico.

Na mesma intensidade, ela se apegou ao mundo virtual para viver algo que não tinha (e ainda não tem) em sua realidade. De algum modo, no espaço virtual ela adquiria atenção e era reconhecida por seus feitos. “Sou assim, diferente, não gosto de pessoas, elas são falsas, e na internet, são maravilhosas, gentis e atenciosas [...]. Eles implicam que fico muito no computador, mexendo na internet, e [que] me isolo das pessoas [...]. Consigo me expressar melhor quando estou no mundo de mentirinha da internet, com uma tela entre eu e a outra pessoa. Nesses momentos, eu me sinto mais verdadeira, mais à vontade. Tudo se torna bom, maravilhoso, e me parece que não há tristeza, não há problemas. Parece que só vemos o que queremos nesse mundo virtual, sempre conseguimos selecionar o que queremos”.

Concomitantemente, Bia também apresentou aspectos graves ligados à despersonalização corporal, não suportando o contato físico de outras pessoas, agredindo-se

sempre que se sentia desorganizada e ressaltando aflições hipocondríacas expressivas por meio do desenvolvimento de doenças graves. “Eu me fechava no meu mundo e só me destruía, me agredia, para chamar a atenção do meu pai, para ver se ele olhava para mim, eu acho. E cortar meu corpo era para aliviar aquela dor no peito que eu sempre falei que sentia e, às vezes, sinto”.

Vivenciando com a filha essas situações desestruturantes e tendo com ela uma convivência sempre conflituosa, o pai reconheceu que algum problema poderia estar ocorrendo e, desse modo, recorreu à ajuda psicológica para ela. Assim teve início, sob minha responsabilidade, a psicoterapia de Bia: “Sentia um vazio no peito, uma angústia também. *Ai*, se meu pai não me colocasse na psicoterapia, não sei como seria”.

Ponderando esses aspectos proeminentes com a psicoterapia, foi possível perceber que o adoecimento apresentado por Bia caracterizava-se por uma cisão em que havia atuação do falso *self* no uso indiscriminado do mundo cibernético e o *self* verdadeiro mantinha-se empobrecido e isolado, revelando, ainda, uma psicopatologia depressiva psicótica do tipo esquizoide e com questões psicossomáticas. Nas palavras de Winnicott, “o *self* verdadeiro é percebido como potencial e é permitido a ele ter uma vida secreta. Aqui se tem o mais claro exemplo de doença clínica como uma organização com a finalidade positiva, a preservação do indivíduo a despeito de condições ambientais anormais. Esta é uma extensão do conceito psicanalítico do valor dos sintomas para a pessoa doente” (WINNICOTT, 1960/1983b, p. 131).

A psicopatologia depressiva apresentada por Bia implica em sentimentos patológicos de culpa, fundidos com muita raiva e dificuldade de se relacionar com o mundo real.

Como Bia não obteve o suporte necessário de sua família quando esta não tolerou seu adoecimento, suporte esse especialmente de seu pai, que apenas a contestava com muita violência e retaliação, a psicopatologia depressiva não teve oportunidade de se recuperar espontaneamente e se agravou. A paciente, mesmo adoecida, sempre se apresentou muito articulada, efusiva, dramática e cênica, fatores esses que caracterizam uma atuação do falso *self* e que, provavelmente, dificultaram a crença da família em seu adoecimento psíquico.

Pode-se considerar que, em alguma medida, a paciente teve o processo de amadurecimento pessoal perturbado e distorcido, tornando-se, como Winnicott classificou, uma pessoa “normal” com defesas psicóticas. Essas distorções normalmente acarretam problemas na estruturação da personalidade, de modo a ser possível verificar aspectos esquizoides evidentes em seu comportamento – despersonalização e sentimento de

irrealidade, por exemplo – apesar da demonstração de certa organização de ego. “Eu tinha a sensação angustiante de que ia cair no nada, como se tudo estivesse desmoronando. [Eu tinha] medo de cair do nada, de perder o controle, de enlouquecer ou [de] desaparecer [...]. Acabei me cortando nas coxas com estilete, me arranhei com as unhas, puxei meus cabelos até sair um *tucho* de mechas em minha mão, chorei muito e gritei muito porque estava sentindo falta de ar e tive a sensação de que ia morrer porque senti muita dor no peito”.

Desse modo, a integração do eu tornou-se frágil a partir de distorções na estrutura de sua personalidade, distorções essas decorrentes de sucessivas interrupções e de algumas retomadas da continuidade de ser e de existir que deixaram sequelas. Bia sentia-se ameaçada e enfraquecida para tolerar os impulsos destrutivos e a agressividade que reconheceu em si e, por isso, passou a funcionar num nível baixo de vitalidade e retraiu-se perante a realidade externa, tendo origem, assim, a doença psicoemocional depressiva. “Integração frágil significa ego fraco, unidade psicossomática não consolidada ou pessoa incapaz de tolerar toda a gama de sentimentos e pensamentos característicos do viver” (MORAES, 2014, p. 320). Na saúde, entretanto, “a depressão se aproximando, continuando ou diminuindo, indica que a estrutura do ego suportou uma fase de crise. Isso é um triunfo da integração” (WINNICOTT, 1963/2005b, p. 64). “No final, a depressão se relaciona com a capacidade de sentir culpa e com o processo de maturação. A depressão sempre implica força de ego” (WINNICOTT, 1963/2005b, p. 68).

Provavelmente por conter um ego fraco em razão de uma integração frágil, a paciente apresentou dificuldades para lidar com as ansiedades próprias do relacionamento interpessoal, não podendo viver de modo espontâneo e experienciando uma depressão que ocultava desordens psíquicas. “Eu não consigo fingir que quero me aproximar de ninguém [...]. A única coisa que eu faço é tentar sobreviver todo dia pensando num futuro melhor. Mas o presente *tá* acabando comigo e eu não aguento mais” [*sic*]. A agressão e os impulsos destrutivos que ela expressava nos relacionamentos geravam dúvidas que conduziam sua integridade pessoal ao risco e provocavam-lhe uma confusão interna, originando, por meio da atuação do falso *self*, um estado de dramatização e representação cênica na realidade exterior do que se passava em seu interior. O caos demonstrado no mundo externo por Bia é visto por Winnicott como uma demonstração da confusão que existe em seu mundo interno.

Tal estado era caracterizado por preocupações hipocondríacas; desenvolvimento de diferentes doenças psicossomáticas; comportamentos agressivos, irritadiços, raivosos e explosivos; agressões contra si mesma; e baixa autoestima e menos valia, representados pelos

opostos baixa vitalidade e mania e gerando um comportamento dissociado. Esses fatores demonstravam uma vulnerabilidade às falhas internas e externas que prejudicavam o sentido da vida para ela.

Assim, importantes defesas antidepressivas foram necessariamente organizadas para tornar suportável o desconforto de seu adoecimento psicoemocional.

Bia não apresentava (e ainda não apresenta) confiança em sua capacidade construtiva e não demonstrava esperança nos seus relacionamentos interpessoais, de modo que seus impulsos destrutivos atuavam sem controle diante de situações que mobilizavam tensões internas. Para exemplificar, sempre que ela tentava estabelecer algum tipo de comunicação com o pai, eles terminavam a conversa em uma discussão intensa, permeada por agressões e muito estresse. Ela sempre reagia com agressivas explosões de raiva – quebrava móveis e objetos de seu quarto, rasgava o lençol da cama, arrancava os cabelos, gritava e chorava muito –, apresentando atitudes de dramaticidade e, em seguida, sintomas de distímia (mau humor contínuo), pânico e ansiedade, o que podia caracterizar a depressão esquizoide. “Há um elemento esquizoide difuso, complicando a depressão, de tal modo que se pode empregar a expressão ‘depressão esquizoide’. Ela implica que uma certa organização de ego (depressão) é mantida, apesar da desintegração [esquizoide] que a ameaça” (WINNICOTT, 1963/2005b, p. 66).

A paciente também apresentava (e ainda apresenta) alívio de suas tensões internas na busca por doenças somáticas, de contextos hipocondríacos, indicando mais uma forma de expressão do falso *self*. Ela dramatizava a luta interna entre seus elementos bons e maus em manifestações corporais, ressaltando-se as muitas queixas de desconforto em momentos de tensão, desconfortos esses como crises fortes de rinite e sinusite e sintomas alérgicos de dermatite atópica a partir do contato com o outro e da desestruturação emocional. A partir disso, Bia fazia exames e frequentava diversos especialistas na tentativa de descobrir alguma doença física, como dermatite atópica, doença celíaca, intolerância à lactose e até mesmo más-formações congênitas (ausência do pâncreas, inversão de veias e artérias no coração, dentre outras). “Pode-se usar a presença de doenças somáticas ou pode-se produzi-las através de distorção de processos fisiológicos” (WINNICOTT, 1963/2005b, p. 66).

Sua imaturidade e a fragilidade de seu ego eram caracterizadas por certa intolerância com sua realidade emocional, e isso acabou por constituir-se como um mal-estar físico, em seu próprio corpo, pois ela não podia sustentá-lo psiquicamente. “A perseguição vem de dentro, do mundo interno, faz parte da personalidade da pessoa e é vivenciada por meio da

percepção exagerada do funcionamento corporal, situação que gera preocupação quando a pessoa reconhece ou imagina haver alguma alteração no funcionamento do corpo” (MORAES, 2014, p. 368).

Assim, a dificuldade de lidar com seus aspectos psíquicos, associada à desconfiança e à descrença em sua capacidade construtiva, interferiu em sua preocupação desmedida em obter um funcionamento corporal saudável. “As ansiedades hipocondríacas assumem proporções que ameaçam a unidade psicossomática; a saída é expor o caos interno mediante uma preocupação exagerada com a saúde” (MORAES, 2014, p. 370). Em diversos momentos, quando se tratava de seu funcionamento corporal, percebia-se que Bia tinha prejuízos na sua capacidade de separar os fatos das fantasias, especialmente quando encontrava-se descontrolada emocionalmente.

Ademais, Bia se mostrava apática, desesperançosa, deprimida, entediada, desvitalizada, desanimada e até doente fisicamente na realidade externa. Entretanto, comportava-se compulsivamente e era agressiva, desagradável e irracional diante de um atrito inter-relacional, principalmente com o pai, retratando nessa conduta reativa uma inconfiabilidade no ambiente. “Sinto muita raiva e, por isso, descontro em mim mesma, usando drogas, me cortando, picotando meu cabelo, enfim, preciso descarregar esse sentimento e me vingar dele, então contrário ao máximo todo mundo”.

Inobstante tais comportamentos, Bia também passou a usufruir do mundo virtual de maneira compulsiva, caracterizando um uso patológico, defensivo e de negação da depressão.

No ambiente virtual, a paciente se mostrava de maneira oposta, vivaz, confiante e alegre, valendo-se de *sites* de relacionamento afetivo e de redes sociais para não se sentir sozinha e abandonada, preenchendo seu vazio com a sensação de uma vida mais exuberante. “Consgo me expressar melhor quando estou no mundo de mentirinha e distante da internet, com uma tela entre eu e a outra pessoa. Nesses momentos, eu me sinto mais verdadeira, mais à vontade. Tudo se torna bom, maravilhoso, e me parece que não há tristeza, não há problemas. Parece que só vemos o que queremos nesse mundo virtual; sempre conseguimos selecionar o que queremos. Eu estava tão mal, com raiva do mundo, dele [pai], e ia para a internet para desabafar com pessoas que eu nem conhecia. Ficava quase 24 horas [por dia] na internet, uns 90% do meu dia era assim” [*sic*].

Desse modo, surgiu tardiamente a defesa maníaca ou hipomania que, no caso de Bia, caracteriza a atuação do falso *self* no uso patológico da internet como recurso para ela viver de modo compulsivo uma vida alegremente falsa, escondendo a depressão por trás desse

frágil estado de ânimo. “A depressão negada está oculta na felicidade e na incansável atividade e vivacidade geral, associadas em nossas mentes à ideia da primeira infância” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 107).

Bia isolava-se totalmente da realidade externa e ficava conectada muitas horas na internet, evitando qualquer contato com situações ou fatos do mundo real que lhe provocassem sofrimento psíquico e sintomas depressivos. “O elemento central negado na defesa maníaca é a morte no mundo interno, ou um entorpecimento que a tudo abarca; já a ênfase na defesa maníaca recai sobre a vida, a vivacidade, a negação da morte como falso básico da vida” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 108). “Eles implicam que fico muito no computador, mexendo na internet, e me isolo das pessoas, mas eu gosto de ficar sozinha no meu mundinho [...]. Só sei que meu pai odeia, e eu adoro viver conectada [...]. Descobri que meu pai fica monitorando meu acesso na internet de longe, de onde ele estiver ele verifica meus acessos. E depois ele vem brigar comigo porque vê umas conversas minhas num *link* do Facebook chamado Ask.fm [...] havia uma pressão só de ouvir os seus passos quando chegava em casa, eu ficava tão apavorada que até saía correndo para desligar tudo [no] que eu estava conectada. Eu fazia tudo escondido” [*sic*].

Esse modo de se apresentar permitia que Bia criasse dois mundos separados, um real e outro virtual, indicando uma cisão. O falso *self* possibilitou a ela encontrar no ambiente virtual a atenção, o carinho e o olhar que não recebia no mundo real. Assim, enquanto estava conectada, Bia não tinha contato com seu sofrimento depressivo e não se conscientizava de sua tristeza. “Sou assim, diferente, não gosto de pessoas, elas são falsas, e na internet, são maravilhosas, gentis e atenciosas. [...] eu tenho mais de 2400 amigos no Facebook, e meu pai e minha madrasta ficaram me cobrando que na vida real eu nem amigos tenho, que fico sozinha, que me isolo nos meios sociais, que minhas antigas amigas da época da infância me abandonaram porque estou depressiva. E aí criticaram que, na internet, eu me relaciono até com quem eu não conheço, que não escolho com quem vou conversar e que nem me preocupo em me proteger”.

Em paralelo, podemos supor que, quando Bia tinha o controle de seu ambiente por meio da internet, este se tornava propício e mais empático para que o falso *self* abrisse guarda e permitisse o surgimento do verdadeiro *self*, permitindo a ela vivenciar algum tipo de experiência. Assim, o uso da internet também pode configurar-se como um instrumento catalizador de efeitos benéficos e curativos para fortalecer o paciente no enfrentamento da psicopatologia depressiva.

No entanto, após essas experiências virtuais, Bia constatava que permanecia sempre solitária e desamparada na vida real.

Para a jovem com adoecimento psíquico depressivo, o contato exacerbado com o mundo cibernético pôde caracterizar a busca de um amparo defensivo na esfera virtual como evitação do contato com uma realidade compartilhada tensa e tumultuada e, conseqüentemente, com seu sofrimento interno. A paciente conseguia igualmente um alívio imediato de suas angústias e um encontro com proeminências de que havia vitalidade na sua oculta realidade interna. Por isso, ela se mostrava pseudovitalizada no mundo virtual e apática no mundo real, podendo significar a “negação da depressão escondida por trás do exagero da vivacidade” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 107).

Desse modo, é possível perceber uma situação paradoxal no uso da internet, visto que, de um lado, há com esse uso uma defesa do tipo maníaca por meio da atuação do falso *self* – tornando-se um recurso para evitar o contato com a psicopatologia da depressão e com o sofrimento que a partir dela é gerado –, e, por outro, esse uso possibilita uma tentativa de cura por meio de possíveis novas experiências que a paciente pode vivenciar quando o falso *self* cede e permite o afloramento do *self* verdadeiro. Por consequência, ela adquire o controle psíquico que não consegue no mundo real.

Esses fatores defensivos, destacados na análise, permitiram a observação de que, num diagnóstico de depressão, os estados clínicos podem se sobrepor e mudarem no decorrer da psicoterapia. O paciente depressivo pode apresentar várias defesas antidepressivas, havendo a predominância de uma que caracteriza o tipo de depressão.

“A inexistência de fronteiras diagnósticas, tese defendida por Winnicott, se aplica como uma luva para os estados depressivos. O fato de a origem da depressão ser extensamente alinhada traz dificuldade tanto para o diagnóstico como para a distinção dos diferentes estados depressivos” (MORAES, 2014, p. 384). “Quero dizer também que há todos os graus de superposição [na depressão], que não há distinções e que na doença psiquiátrica é falso rotular distúrbios como se fossem doenças do modo que é característico da classificação da medicina física [...]. As depressões constituem um conceito muito amplo de distúrbios mentais [...]. As depressões, portanto, vão do quase normal ao quase psicótico” (WINNICOTT, 1963/1983a, p. 199).

Simultaneamente, em decorrência do recebimento de um ambiente terapêutico estruturado no processo analítico, o que lhe proporcionou manejo e sustentação, Bia pôde se reorganizar psiquicamente e tem conseguido algumas conquistas, tais como: manter o foco em

seus objetivos produtivos (principalmente nos estudos); estabelecer atenção no seu autocuidado (fazendo atividade física, alimentando-se de modo saudável e apresentando-se mais vaidosa e cuidadosa com sua higiene pessoal); não ter mais atos autoagressivos e de automutilação; manter a organização de seu espaço físico (decorou seu quarto, organizou seu armário e montou um espaço para estudar); conseguir se relacionar melhor com seus familiares, respeitando cada um da maneira como é e não se envolvendo em seus problemas pessoais. “Atenta Winnicott que nada impede que o desenvolvimento emocional seja retomado assim que essas condições de suficiência no atendimento às necessidades do bebê ou da pessoa se fizerem novamente presentes, seja na experiência pessoal de vida, seja em um processo analítico” (MORAES, 2014, p. 155).

Apesar do período de tratamento ser significativamente curto, o jovem apresenta evoluções com mais rapidez. O caso de Bia é um exemplo característico, pois, em decorrência da realização do tratamento psicoterápico, seu quadro depressivo psicótico tem apresentado certas estabilidades importantes. “Surpreendentemente, uma pessoa pode sair fortalecida, mais estável e mais sábia de uma depressão, se compararmos seu estado no início dela. Mas muito depende do fato de que a depressão se liberte daquilo que se poderia denominar impurezas” (WINNICOTT, 1963/2005b, p. 66).

Faz-se necessário ressaltar que, apesar de, atualmente, a paciente perceber uma realidade de sua vida que não percebia antes, ela ainda não atingiu uma melhora definitiva e permanece em tratamento psicoterápico. “Penso em tudo [o] que está acontecendo comigo e vejo que continuo sozinha e abandonada. Aí a raiva e a angústia voltam mais fortes ainda”.

Considerando os resultados da análise do caso clínico, o estudo desta pesquisa revelou que o uso da comunicação nas redes sociais pode gerar um efeito defensivo e de negação do transtorno depressivo psicótico, sendo a exposição na internet a forma de expressão do falso *self* que, por vezes, pode ceder e deixar emergir o *self* verdadeiro, que propiciará experiências à paciente, numa tentativa curativa da doença.

Entretanto, nesse processo, constata-se que a internet igualmente pode fortalecer a dissociação psíquica, proporcionando à pessoa a oportunidade de viver falsamente uma vivacidade e não contatar o seu sofrimento psíquico. A paciente tem uma vida rica e maníaca no mundo cibernético que oculta uma vida empobrecida e mórbida no mundo real.

Assim, o modo contraditório e dissociado de se expressar nos dois ambientes, real e virtual, coexistiu para que Bia suportasse a dor interna e adquirisse alívio em subterfúgios imediatos como a internet, de forma a evitar suas angústias e fugir temporariamente dos

sintomas de seu quadro clínico, representando a internet, desse modo, um espaço transitório de uma sociabilidade fictícia mas segura. Tal espaço lhe permitia expor apenas o que queria mostrar e, assim, de forma ilusória, ela poderia se refazer para enfrentar o caos que deixou na realidade. “A internet lhe dá a sensação de controle sobre as relações com os outros e um ambiente de estabilidade, ao passo que, na vida *off-line*, estes não são sentidos; o sujeito temeria não ser amado se se mostrar da forma como realmente é” (FORTIM; ARAÚJO, 2013, p. 306).

Em um momento de solidão ou crise, a internet ajudava Bia a encontrar alguém com muita rapidez e fazia com que ela fosse acolhida no momento de sua necessidade, dando-lhe a sensação, mesmo que em caráter superficial, de preencher o vazio insuportável e aliviar os medos. Porém, denota-se nesses fatos sua incapacidade de se manter sozinha e refletir sobre si mesma, evitando lidar com a solidão que seu adoecimento despertava. “Apesar de preferirem a interação virtual por estarem no controle, os usuários acabam perdendo o controle de si mesmos” (FORTIM; ARAÚJO, 2013, p. 306).

Por não encontrar algo que a limitasse, a paciente fez uso patológico do mundo virtual através de excessos, o que pode ter temporariamente contribuído para seu distanciamento e seu afastamento do convívio social, evitando as relações face a face, e para o isolamento patológico da realidade compartilhada, enfraquecendo ainda mais o contato pessoal e as interações dos relacionamentos reais.

Entretanto, com a conquista da evolução psíquica a partir do processo analítico, Bia vem conseguindo se capacitar para controlar esse uso e se manter conectada ao mundo cibernético apenas dentro de sua necessidade, retornando ao mundo real sempre que se sentir fortalecida.

Nesse sentido, conclui-se que a comunicação nas redes sociais pode ser usada como um espaço transitório pelos jovens depressivos com estrutura psíquica frágil, a fim de se defenderem e, ao mesmo tempo, negarem o transtorno da depressão – evitando, momentaneamente, o contato com o sofrimento psíquico gerado por essa psicopatologia –, bem como esse espaço virtual empático pode ser usado para que se fortaleçam psiquicamente por meio de novas experiências, para, então, retornarem à realidade e enfrentarem seu adoecimento emocional.

Contudo, quando se trata de jovens adoecidos que se encontram desamparados de cuidados e acolhimento (e também de um processo analítico), tais fatores tornam-se preocupantes, pois esses jovens podem se deparar com possíveis riscos no uso patológico

ilimitado do mundo virtual, adquirindo um empobrecimento grave nas experiências da vida no mundo real e prejuízos no restabelecimento da saúde mental.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação possuiu como objetivo principal esclarecer as relações que existem entre as comunicações nas redes sociais e os transtornos psicopatológicos, com escopo central nos transtornos depressivos.

Por meio da análise de um caso clínico, buscou compreender o modo contraditório pelo qual o jovem depressivo se manifesta na vida real (deprimido, apático e isolado) e na vida virtual (vitalizado, expressivo e interativo), sob a luz da Teoria do Amadurecimento Pessoal de D. W. Winnicott, em especial a Teoria da Adolescência e a Teoria das Depressões. Verificou ainda como esse mesmo jovem pode usar o ambiente cibernético para, paradoxalmente, defender-se, negar e/ou fortalecer-se, a fim de enfrentar essa patologia.

Este estudo foi motivado pelo interesse em conhecer mais profundamente estes assuntos importantes que se entrelaçam na contemporaneidade: o transtorno depressivo – que tem sido uma das psicopatologias mais presentes na sociedade atual –, o avanço tecnológico nas comunicações sociais e seu uso como espaço transitório para a expressão do adoecimento psíquico.

A articulação das informações sobre o ambiente da internet e a Teoria do Amadurecimento de Winnicott foi elaborada por meio de uma revisão bibliográfica consistente sobre os temas envolvidos.

A composição do capítulo sobre a Teoria do Amadurecimento de Winnicott, em decorrência da complexidade própria de sua obra, possibilitou a utilização dos pressupostos principalmente das autoras Dias e Moraes, que auxiliaram na compreensão da teoria e na escrita desse desdobramento. Sob o olhar psicanalítico winnicottiano, apresentou-se com mais destaque a psicopatológica depressiva, desenvolvida com a falha ambiental e sua relevância nas experiências de vida dos jovens que manifestam esse transtorno num contexto socioafetivo contemporâneo, apontando, também, para sua expressão de modo oposto no meio social cibernético.

O desafio maior deste estudo foi a construção da exposição do caso clínico, a partir de uma relação repleta de subjetividade e da obrigatoriedade de manutenção do distanciamento crítico necessário para olhar e analisar o material com o intuito de pesquisa acadêmica. Certamente essas condições foram complicadores importantes para a realização da incumbência proposta.

Por meio da articulação da teoria de Winnicott com o caso clínico, foi possível averiguar e em grande parte constatar a adequação, a aplicabilidade e as novidades clínicas dessa teoria na contemporaneidade.

Na análise dos resultados, concluiu-se que o uso da comunicação nas redes sociais pelos jovens depressivos pode ocorrer baseado num paradoxo que, de um lado, aponta para uma defesa do tipo maníaca por meio da atuação do falso *self*, que possibilita a evitação da psicopatologia depressiva e do sofrimento psíquico ocasionado por essa doença e, por outro, possibilita uma tentativa de cura por meio de possíveis novas experiências que o paciente pode vivenciar quando o falso *self* abdica e consente a emersão do *self* verdadeiro.

Assim, a internet fortalece a cisão psíquica, pois o paciente pode fazer uso, de modo dissociado, do mundo real e do mundo virtual, com o intuito de suportar a dor interna e adquirir alívio em subterfúgios instantâneos. Com isso, ele temporariamente evita os sintomas do quadro clínico e vive falsamente com intensidade e compulsão (uma forma de atuação do falso *self*) e, opostamente, se fortalece para enfrentar o mundo real caótico do qual havia se distanciado por meio de experiências proporcionadas pelo *self* verdadeiro, quando este emerge com o rebaixamento do falso *self*.

Entretanto, pode haver o risco de o jovem apresentar um uso patológico do mundo virtual, algo que o conduz ao afastamento do convívio social e ao isolamento do mundo real.

Com o auxílio do processo analítico no caso clínico apresentado, a paciente restabeleceu o controle desse uso patológico e se manteve conectada ao mundo cibernético dentro de sua necessidade, retornando ao mundo real sempre que se sentia confortada para encarar o caos que lá ainda existia. Nesse sentido, o amparo por meio de cuidados e acolhimento (e também de um processo analítico) para o jovem depressivo é essencial para evitar riscos no uso patológico da internet e, conseqüentemente, impedir prejuízos a suas experiências da vida no mundo real e ao restabelecimento de sua saúde psíquica.

Isto posto, surgiram no desenvolvimento desta pesquisa diversas indagações que, certamente, instigam o prosseguimento dos estudos sobre os temas de transtornos depressivos, adolescência e comunicação nas redes sociais na clínica winnicottiana.

Desse modo, almeja-se que este trabalho possa despertar interesses futuros de aprofundamento das pesquisas relacionadas às psicopatologias depressivas e à possível utilização da comunicação nas redes sociais quando do adoecimento psíquico, bem como fornecer subsídios para guiar outras pesquisas na área que tenham como objetivo estudos

comparativos entre diferentes faixas etárias ou gêneros ou outros processos da subjetividade frente ao fenômeno aqui pesquisado.

Espera-se, também, proporcionar contribuições para os profissionais que trabalham diretamente com esses temas na clínica psicológica.

Por fim, os aspectos estudados e os questionamentos que surgiram durante todo o trabalho desta pesquisa deixaram o incentivo para que eu desse uma futura continuidade a este estudo no nível de doutoramento.

## REFERÊNCIAS

- ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- AIELLO-VASIBERG, T. M. J.; GRANATO, T. M. M.; TACHIBANA, M. Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno. **Psicologia & Sociedade** [on-line], Abrapso, v. 23, p. 81-89, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23nspe/a11v23nspe.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2017.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. L.; BAPTISTA, A. M. Sofrimento humano e psicanálise contemporânea. **Estados gerais da psicanálise**, 2003. Disponível em: <[http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial\\_rj/download/5c\\_Vaisberg\\_132161003\\_port.pdf](http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/5c_Vaisberg_132161003_port.pdf)>. Acesso em: 29 ago 2017.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MEDEIROS, C. Acordes do sofrimento humano. **Contextos Clínicos** [on-line], v. 3, n. 2, p. 97-105, jul-dez. 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v3n2/v3n2a03.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2017.
- ARAÚJO, C. S. A. **Uma abordagem teórica e clínica do ambiente a partir de Winnicott**. 2007. 193 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: 2007.
- AYALA-LÓPES, M. C. L.; GUTIERRES, J. C.; GARCÍA-JUMINEZ, A. Problematic internet use among Spanish adolescents: The predictive role of internet preference and family relationships. **European Journal of Communication**, v. 30, n. 4, p. 470-485, 2015. Disponível em: <<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOId=8910017&fileOId=8911831>>. Acesso em: 2 out. 2017.
- BAUDRILLARD, J. **Tela total: mitos-ironias da era do virtual e da imagem**. Porto Alegre: Sulina, 2000.
- BIRMAN, J. A psicopatologia na pós-modernidade. As alquimias do mal-estar da atualidade. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo: PUC-SP, ano 2, n. 1, p. 35-49, 1999.
- \_\_\_\_\_. Entre o gozo cibernético e a intensidade ainda possível: sobre *Denise está chamando*, de Hal Salwen. In: \_\_\_\_\_. **Estilo e modernidade em psicanálise**. São Paulo: Editora 34, 1997, p. 221-233.
- BRAGA, C. M. L. **Comunicação e isolamento na adolescência: compreendendo o uso de blogs pelos jovens na atualidade**. São Paulo: Zagodoni, 2012.
- BRASIL. Resolução n. 466/2012 (atualização da Resolução 196). **Diário Oficial da União**, Brasília: 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 1 mar 2017.
- CAMBUÍ, H. A.; NEME, C. M. B; ABRÃO, J. L. F. A constituição subjetiva e saúde mental: contribuições winnicottianas. **Ágora – Estudos em teoria psicanalítica**, Rio de Janeiro:

UFRJ, v. 19. n. 1, p. 131-145, jan.-abr. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982016000100131](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982016000100131)>. Acesso em: 30 set. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP n. 016/2000. Disponível em: <[http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/resolucoes\\_cfp/fr\\_cfp\\_016-00.aspx](http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/resolucoes_cfp/fr_cfp_016-00.aspx)>. Acesso em: 1 mar. 2017.

DAVIS, M.; WALLBRIDGE, D. **Limite e espaço**. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

DIAS, E. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

DIAS-ROMÃO, D. **Brincando de ser na realidade virtual: uma visão positiva da subjetividade contemporânea**. 2007. 113 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: 2007.

FERREIRA, D. *et. al.* Isolamento social e sentimento de solidão em jovens adolescentes. **Análise Psicológica**, Lisboa: ISPA, v. 31, n. 2, p. 117-127, 2013.

FIGUEIREDO, L. C. A presença do pensamento de Melanie Klein na psicanálise contemporânea. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL, 2017, São Paulo. **A presença do pensamento de Melaine Klein na psicanálise contemporânea**. São Paulo: IP-USP; PUC-SP, 2017. 27 p.

FORTIM, I.; ARAÚJO, C. A. Aspectos psicológicos do uso patológico de internet. **Boletim Acadêmico Paulista de Psicologia**, São Paulo: Academia Paulista de Psicologia, v. 33, n. 85, p. 292-311, 2013.

FULGENCIO, L. Prefácio. In: BRAGA, C. M. L. **Comunicação e isolamento na adolescência: compreendendo o uso de blogs pelos jovens na atualidade**. São Paulo: Zagodoni, 2012, p. 64-80.

GARCÍA-JIMENEZ, A.; AYALA-LÓPEZ, M. C. L.; CATALINA-GARCÍA, B. The influence of social networks on the adolescent's online practices. **Comunicar**, Andalusia: v. 21, n. 41, p. 195-204, 2013. Disponível em: <<https://www.revistacomunicar.com/index.php?contenido=detalles&numero=41&articulo=41-2013-19>>. Acesso em: 27 abr. 2017.

HARTKE, R. **A solidão e a capacidade de estar só na relação analítica**, 2012. Disponível em: <<https://psicanalisedownload.files.wordpress.com/2012/08/asolid1.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

HERRMANN, F. **Introdução à teoria dos campos**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HOLLIS, J. *Os pantanais da alma*. São Paulo: Paulus, 1999.

KLEIN, M. Sobre o sentimento de solidão. In: \_\_\_\_\_, **Obras completas**, v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

LABOISSIÉRE, P. No dia mundial da saúde, a OMS alerta sobre a depressão. **Agência Brasil**, 7 abr. 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.etc.com.br/geral/noticia/2017-04/no-dia-mundial-da-saude-oms-alerta-sobre-depressao>>. Acesso em: 22 maio 2017.

LOBO, L. **Segredos públicos**: os *blogs* de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: Rocco, 2007.

LOPARIC, Z. De Kant a Freud: um roteiro. **Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana**, São Paulo: DWW Editorial, v. 5, n. 1, p. 231-245, 2003.

MORAES, A. A. R. E. **Depressão na obra de Winnicott**. São Paulo: DWW Editorial, 2014.

NAFFAH NETO, A. A pesquisa psicanalítica. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo: Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, v. 39, n. 70, p. 279-288, jul. 2006.

NAFFAH NETO, A.; CINTRA, E. A pesquisa psicanalítica: a arte de lidar com o paradoxo. **ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos**, Brasília: SPBsb, v. 3, n. 1, p. 1-17, 2012.

OLIVEIRA, D. M; FULGENCIO, L. P. Contribuições para o estudo da adolescência sob a ótica de Winnicott para a educação. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte: Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, v. 16, n. 1, p. 64-80, abr. 2010.

SCHITTINE, D. **Blog**: comunicação e escrita íntima na internet. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

STAKE, R. E. Case Studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. 2. ed. London: Sage Publications, 2000, p. 435-454.

VIDAL, M.; LOWENKRON, T. Sobre a depressão pura. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo: Associação Brasileira de Psicanálise, v. 42. n. 1, p. 52-59, 2008.

WAGNER, A. *et al.* Estratégias de comunicação familiar: a perspectiva dos filhos adolescentes. **Psicologia: reflexões e críticas**, Porto Alegre: UFRGS, v. 18, n. 2, p. 277-282, 2005.

WINNICOTT, D. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. (Trabalho originalmente publicado em 1988).

\_\_\_\_\_. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1984. (Trabalho originalmente publicado em 1971).

\_\_\_\_\_. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Trabalho originalmente publicado em 1971).

\_\_\_\_\_. (1970). Assistência residencial como terapia. In: \_\_\_\_\_. **Privação e delinquência**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 249-258. (Trabalho originalmente publicado em 1966-1971).

\_\_\_\_\_. (1969). Morte e assassinato no processo do adolescente. In: \_\_\_\_\_. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975, p. 194-203. (Trabalho originalmente publicado em 1971).

\_\_\_\_\_. (1968). O aprendizado infantil. In: \_\_\_\_\_. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 137-144. (Trabalho originalmente publicado em 1989).

\_\_\_\_\_. (1968). Conceitos contemporâneos de desenvolvimento adolescente e suas implicações para a educação superior. In: \_\_\_\_\_. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975, p. 187- 203. (Trabalho originalmente publicado em 1971).

\_\_\_\_\_. (1964). O conceito de falso *self*. In: \_\_\_\_\_. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 53-58 (Trabalho originalmente publicado em 1989).

\_\_\_\_\_. (1963). A luta para superar depressões. In: \_\_\_\_\_. **Privação e delinquência**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005a, p. 163-175. (Trabalho originalmente publicado em 1966-1971).

\_\_\_\_\_. (1963) O valor da depressão. In: \_\_\_\_\_. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2005b, p. 59-68 (Trabalho originalmente publicado em 1989).

\_\_\_\_\_. (1963). Os doentes mentais na prática clínica. In: \_\_\_\_\_. **O ambiente e os processos de maturação**. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983a, p. 196-206 (Trabalho originalmente publicado em 1979).

\_\_\_\_\_. (1963). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: \_\_\_\_\_. **O ambiente e os processos de maturação**. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983b, p. 163-174 (Trabalho originalmente publicado em 1979).

\_\_\_\_\_. (1962). Provisão para a criança na saúde e na crise. In: \_\_\_\_\_. **O ambiente e os processos de maturação**. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 62-69 (Trabalho originalmente publicado em 1979).

\_\_\_\_\_. (1961). A adolescência: transpondo a zona das calmarias. In: \_\_\_\_\_. **A família e o desenvolvimento individual**. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 115-127 (Trabalho originalmente publicado em 1965).

\_\_\_\_\_. (1961). Psiconeurose na infância. In: \_\_\_\_\_. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 53-58. (Trabalho originalmente publicado em 1989).

\_\_\_\_\_. (1960). Família e maturidade emocional. In: \_\_\_\_\_. **A família e o desenvolvimento individual**. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 129-138. (Trabalho originalmente publicado em 1965).

\_\_\_\_\_. (1960). Teoria do relacionamento parental-infantil. In: \_\_\_\_\_. **O ambiente e os processos de maturação**. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983a, p. 38-54. (Trabalho originalmente publicado em 1979).

\_\_\_\_\_. (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In: \_\_\_\_\_. **O ambiente e os processos de maturação**. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983b, p. 128-139. (Trabalho originalmente publicado em 1979).

\_\_\_\_\_. (1958). A família afetada pela patologia depressiva de um ou ambos os pais. In: \_\_\_\_\_. **A família e o desenvolvimento individual**. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 73-88. (Trabalho originalmente publicado em 1965).

\_\_\_\_\_. (1958). A capacidade para estar só. In: \_\_\_\_\_. **O ambiente e os processos de maturação**. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 31-37. (Trabalho originalmente publicado em 1979).

\_\_\_\_\_. (1954-1955). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: \_\_\_\_\_. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 355-373. (Trabalho originalmente publicado em 1954-1955).

\_\_\_\_\_. (1954). Sobre o trabalho de outros analistas (parte 3): Michael Balint – I. Tipos de caráter: o temerário e o cauteloso. In: \_\_\_\_\_. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 331-337. (Trabalho originalmente publicado em 1989).

\_\_\_\_\_. (1950-1955). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: \_\_\_\_\_. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 288-304. (Trabalho originalmente publicado em 1954-1955).

## **APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Percebe-se que um grande número de jovens se apresenta em consultório com queixas de uma vida pessoal solitária e isolada, composta por sentimentos de tristeza culpa, desamparo e inutilidade, embotamento, automutilação, fadiga, angústia, insatisfação interna, comportamentos irritadiços, retraimento, isolamento e empobrecimento afetivo-social. Tais fatores são preocupantes e apontam para um contexto de patologia e de dificuldades emocionais complexas. Ao mesmo tempo, quando se comunicam nas redes sociais, esses jovens gastam muitas horas com pessoas desconhecidas e têm um grupo virtual de amigos amplo, enfatizando o excesso de sociabilização virtual e de interações intensas e vazias permeadas pela autoexposição. A vida virtual aparenta ser mais rica e relacional do que realmente é e completamente diferente da vida privada. Esse processo de dissociação pode possibilitar aos jovens o uso do meio virtual como espaço para reagir ao que acontece na vida real problemática.

Este projeto de pesquisa propõe esclarecer a relação das comunicações nas redes sociais e os transtornos psicopatológicos, com enfoque nos transtornos depressivos, compreendendo o modo contraditório dos jovens de ter um existir depressivo na vida real e se manifestarem de maneira completamente oposta e intensa nas redes sociais da contemporaneidade.

O trabalho será composto por um estudo de caso em que, a partir da experiência clínica, será desenvolvida a análise do tratamento de uma jovem inserida nos fenômenos que se pretende estudar. Os dados para este estudo constam de situações vivenciadas pela paciente durante o tratamento psicológico e serão retirados de anotações das sessões realizadas pela psicóloga em seu diário próprio, bem como de materiais entregues pela participante a fim de contribuir com esta pesquisa. Esses materiais são compostos por mensagens de redes sociais como WhatsApp e Facebook.

Os materiais obtidos serão analisados à luz da teoria e técnica psicanalítica winnicottiana, seguindo as perspectivas da pesquisa teórico-metodológica (ou pesquisa-investigação) e da pesquisa-escuta.

Será garantido o absoluto sigilo das informações pessoais da participante, assim como o resguardo de seus dados pessoais e a identificação do local da coleta de dados, para que ela não possa ser identificada de forma alguma, mantendo-se seu total anonimato.

Esta pesquisa envolve riscos mínimos à integridade física e psicológica da paciente, de modo que não apresenta possibilidade de quaisquer danos a ela.

A participante terá a liberdade de recusar sua participação ou retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

Esta pesquisa não demandará qualquer despesa à participante, de modo que não será necessário nenhuma forma de ressarcimento devido à sua participação.

A divulgação do trabalho terá finalidade acadêmica, esperando contribuir para um maior conhecimento do tema estudado.

Os dados coletados serão utilizados na dissertação de mestrado em Psicologia Clínica de Sonia Maria da Silva Balão, portadora do CPF: 170.621.838-90 e com endereço profissional situado à na rua Manoel José de Santana, 95, Vila Yara, Osasco, São Paulo, CEP: 06020-060. Seus dados para contato são: (11) 3449-9091, (11) 9 8456-2807 e <sbalao@uol.com.br>. O trabalho em questão se deu sob a orientação acadêmica do prof. dr. Alfredo Naffah Neto, do Núcleo de Método Psicanalítico e Formações da Cultura da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Departamento do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

Sede Monte Alegre| rua Ministro Godói, 969, Perdizes, São Paulo/SP, 05015-001, edifício Reitor Bandeira de Mello, térreo, sala 63-C, (11) 3670-8466, <cometica@pucsp.br>

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do RG n. \_\_\_\_\_, pelo presente instrumento, após sua leitura e ciente dos objetivos desta pesquisa, declaro não restar quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado e firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar da pesquisa proposta.

São Paulo, ..... de ..... de 2017.

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora: Sonia Maria da Silva Balão  
C.R.P: 06/85170

\_\_\_\_\_  
Sujeito de pesquisa:  
RG:

Testemunhas:

\_\_\_\_\_  
Nome: RG:

\_\_\_\_\_  
Nome: RG:

## **ANEXO I: Materiais para auxiliar na articulação do caso clínico com a Teoria de Winnicott – períodos de adoecimento depressivo com uso excessivo das redes sociais**

### **1. Falas literais da paciente apresentadas nas sessões típicas (Diário Clínico)**

#### **Sessão 11** (13 de setembro de 2012)

“Meu pai e minha mãe estão muito bravos comigo. Não fiz a inscrição da Fuvest, em que eu iria fazer a prova como treineira, porque perdi o meu RG. Eles estão bravos porque dizem que eu não fiz nada para resolver esse problema a tempo, mas não sei muito bem o que eu deveria fazer nessa situação. Eles dizem que eu teria de ir no Poupatempo do *shopping*, mas ninguém se ofereceu em me levar, em me acompanhar. Eu não faço ideia do que faria lá. É, agora eu que fiquei no prejuízo. Eles só gritam e brigam comigo, ficam apontando tudo o que erro e eu sempre fico nervosa e brigo com meu pai também. Aí dá aquela confusão que você já sabe” [sic].

“Eu tentei contar uma coisa para minha mãe, minha madrasta, e ela ficou mais brava ainda. No feriado [7 de setembro] minha família foi ao sítio do meu pai. Foram minha madrasta, meus irmãos e meu pai. Depois, meu pai voltou para trabalhar e levou minha avó com ele. Eu me recusei em ir, então fiquei na casa da minha avó e, no final do sábado e domingo eu fiquei sozinha. No domingo, meus pais me pegaram para irmos para casa. Fui num carro com minha madrasta e meus irmãos e meu pai foi no outro carro. Aproveitei que meu pai não estava junto e contei para ela que, há duas semanas, eu fumei maconha. Minhas amigas me ofereceram na escola, e eu me animei em experimentar. Expliquei para a S. que eu fiz isso uma única vez porque eu queria saber como era, mas percebi que ela ficou nervosa e muito brava. Eu estava me sentindo muito mal porque fumei, eu não deveria ter experimentado nada e tenho muito medo de ficar dependente dessa droga, então contei para ela para pedir para ela ficar atenta e em cima de mim, me controlando mesmo. Ela não entendeu muito bem porque eu experimentei maconha. Disse que, há alguns meses, eu abominava bebida e tudo o que fosse parecido e agora eu fumei. Eu não gostei do espanto dela e respondi que todos eles sabem que eu bebo. Eu já cheguei bêbada duas vezes na casa da minha avó e contei para a S. também. Aí ela ficou furiosa e parecia estar com muita raiva porque eu disse que tenho controle sobre o que eu faço. Ela ameaçou me levar numa ‘boca’ para que eu visse onde as pessoas que têm

‘controle’ terminam, ou ainda de onde vem o que eu usei. Ela também disse que não guardará segredo disso e que vai contar para meu pai. Eu tenho muito medo de como ele reagirá. Ele vai me xingar muito, já estou até imaginando, e fico apavorada. Fumei e não senti nada. Pensei que usar essa droga diminuiria essa angústia do meu peito, mas não adiantou nada. Só senti uma agitação boa porque tivemos de fugir da escola e esconder de todo mundo. Ah! A S. não sabe que experimentei com minhas amigas da escola, ela acha que foi em outro lugar e não quero que ela saiba, ok?”. [sic]

### **Sessão 12** (20 de setembro de 2012)

“Fui no psiquiatra, e ele concorda com você. Também achou que estou muita ansiosa e depressiva. Depois ele ligará para você para conversarem. Ele me deu um remédio para tomar. Minha mãe anotou e pediu para eu te dar, chama Espran. Para eu começar a tomar meio comprimido por dia durante uma semana e depois mudar para um comprimido por dia. Ele conversou bastante com meu pai, minha madrasta e eu. Depois, ele ficou só comigo e conversamos mais um pouco. Gostei dele porque me ouviu como você. Quis saber como eu me sinto e percebeu que minha família também está alterada com a minha doença”. [sic]

“Tive uma explosão de fúria e raiva de novo. Na semana passada eu falei para minha madrasta que eu queria sair com minhas amigas no sábado à noite, e ela insistiu para eu pedir ao meu pai, mas não tive coragem e considerei que ter falado com ela já seria o suficiente. No sábado à noite, me arrumei e falei novamente, para eles agora, que iria numa balada com duas amigas. Eles olharam na internet o local e, quando viram que era uma casa noturna, deduziram que era um lugar que menor não entrava. Ficaram loucos, e a S. foi a primeira a dizer que não deixaria eu ir porque eu não demonstrava merecimento porque perdi meu RG e a inscrição da Fuvest, e disse ainda que eu não me preocupo com meus problemas. Mas eu me preocupo, sim, eles é que não me entendem. Depois, o meu pai confirmou o que ela disse, e também não deixou eu sair. Eu comecei a argumentar e tentar conversar, mas quando eles começaram a dizer que eu não merecia e se alteraram, eu comecei a gritar muito alto, me descabelar e chorar muito também. Perdi o controle completamente: chorei, gritei, me arranhei, me belisquei, rasguei a capa do meu colchão, gritei que eu queria o remédio e que estava com formigamento pelo corpo e que estava passando mal. Aí meu pai gritou mais alto do que eu e eu consegui me controlar. Não sei porque fiz isso, mas, nesse momento, tudo

ficou muito angustiante e fui invadida por uma raiva muito grande deles, só diminuiu quando extrapolei me agredindo. Nessas horas, eu quero atingir eles de alguma forma, então falo e faço umas coisas para chocar. Depois que me acalmei, eu me senti muito mal, me arrependi de tudo que fiz e pedi desculpas, mas ficou um clima muito ruim. Todo mundo fica muito irritado, e ninguém consegue me ajudar. Eles ficam descontrolados como eu. Quando me acalmei, eu conversei com a S. e contei uma outra coisa para ela, mas nem sei se fiz bem. Contei que, na ocasião que experimentei maconha, pedi para as minhas amigas comprarem mais que eu ratearia com elas. Fiquei aliviada de contar para ela porque confio muito nela” [sic].

“Agora estou usando a medicação desde sábado e está me ajudando. Eu estou me sentindo melhor e estou me esforçando em mudar meu comportamento também. Mas depois que tive o momento explosivo e de raiva e tudo se acalmou, eu fiquei a noite inteira na internet conversando com uns amigos virtuais e uns estranhos. Eu estava com muita raiva, me sentindo muito sozinha. Minha família não me compreende e isso me deixa com muita angústia, uma tristeza sem fim. Eu me sinto melhor quando converso com os amigos internautas. Nesses momentos, parece que tudo é maravilhoso, mais alegre e não tenho problemas e tristezas, não me sinto sozinha. Pelo contrário, fico rodeada por pessoas que não preciso dar satisfação de nada. Tudo que se conversa é bom, animado e, quando vejo, estou sendo outra pessoa, converso sem medo de ser julgada. O meu pai fica revoltado quando me pega conversando no computador, me ameaça e faz um terror psicológico comigo. Quer que eu fale se fiquei até tarde conversando e com quem, mas eu não conto. Morro de medo que meu pai descubra minhas conversas. Fico aterrorizada quando ele chega perto, até paraliso e desligo o computador correndo. Ele tem receio que eu fale com pedófilo ou alguém do mal, mas não sou boba. Só quero me sentir melhor. Eu corro e faço tudo escondido dele e às pressas, mas essa incompreensão e a pressão que ele faz são terríveis para mim, fazem me sentir pior ainda. Sinto muita raiva e, por isso, desconto em mim mesma, usando drogas, me cortando, picotando meu cabelo, enfim, preciso descarregar esse sentimento e me vingar dele, então contrario ao máximo todo mundo. Ele não me dá carinho, só me isola das pessoas. Sinto falta dos meus avós. E ainda exige muito de mim. Não lembro de ter recebido afeto de alguém na minha casa e não tenho afeto agora” [sic].

“Nesse final de semana minhas amigas do condomínio da minha avó saíram e eu não pude ir. Elas foram no bar Devassa, na Vila Madalena, e meu pai não deixou eu ir porque estou de castigo ainda por ter perdido meu RG e, nesse lugar, a gente ia voltar de madrugada, e estou sem celular. Também perdi o celular, sabe? Meu pai até sugeriu de a gente ir num bar mais perto de casa, mas, quando falei, elas não toparam e foram sem mim. Incomodou elas irem sem mim, mas os pais delas deixaram. Eu não tinha o que fazer, o meu não deixou. Senti muita raiva do meu pai e delas também. Elas nem ligaram que eu não fui. E ele fica se vingando por cada coisa que faço que ele acha ruim. Mas, dessa vez, consegui me controlar e não me agredi. Vi as fotos delas depois, e aí me senti excluída, parece que não fiz falta. Estavam todas sorridentes e esbanjando charme. Quando vi isso, me tranquei no meu quarto porque fiquei magoada e triste. Chorei bastante até essa tristeza e a raiva passarem e, depois, fiquei conversando por um tempão na internet para me distrair um pouco e esquecer elas. Conversei com alguns carinhas que me fazem me sentir bem, me elogiam tanto que fico me achando a garota mais linda do mundo e a pessoa mais legal, comunicativa e simpática. Me sinto tão bem nessas conversas que dou risada, me divirto e me solto com papo que até esqueço da vida. Meu pai é contra essas conversas, ele fala que não sei com quem converso. Pode até ser, mas, nesses momentos, me afasto dos atritos e não me sinto tão péssima. Consigo conversar com todo mundo que me chama, não tenho vontade de me calar e me isolar do mundo, isso eu sinto quando estou de frente com as pessoas, como com os meus amigos da escola, por exemplo. Quando estou conectada, eu dou muita risada e com uns paquerinhas eu até tenho umas brincadeirinhas sexuais na câmera que me fazem me sentir melhor. Acho que não sou tão antissocial como me sinto quando tenho contato com as pessoas pessoalmente. Na verdade, eu não tenho muita vontade de conversar com as pessoas quando estou diante delas, não tenho vontade de ter contato com ninguém. Eu sempre travo nas reuniões pessoais, me isolo e me sinto muito mal porque as palavras somem da minha cabeça. Consigo me expressar melhor quando estou no mundo de mentirinha, distante, da internet, com uma tela entre eu e a outra pessoa. Nesses momentos, eu me sinto mais verdadeira, mais à vontade. Tudo se torna bom, maravilhoso, e me parece que não há tristeza, não há problemas. Parece que só vemos o que queremos nesse mundo virtual, sempre conseguimos selecionar o que queremos. Só sei que meu pai odeia, e eu adoro viver conectada”. [sic]

**Sessão 24** (4 de dezembro de 2012)

“Não sei como me sinto hoje. Tive outro daqueles momentos de fúria, com muita raiva e ataque a mim mesma depois que discuti com meu pai. Acabei me cortando nas coxas com estilete, me arranhei com as unhas, puxei meus cabelos até sair um tucho de mechas em minha mão, chorei muito e gritei muito porque estava sentindo falta de ar e tive a sensação de que ia morrer porque senti muita dor no peito. A discussão com meu pai iniciou porque ele sempre é o dono da verdade e só me critica. Ele fica implicando porque quero ficar isolada quando estamos no meio de outras pessoas, diz que sou egoísta, que só penso em mim e que sou fria com todo mundo, mas eles também só me censuram e não veem que não quero aproximação falsa com ninguém. Ficar fingindo que estou bem e ficar sorrindo para as pessoas sem ter vontade me parece muita falsidade. Ele e a S. reclamam que eu não ajudo em casa, que não sou carinhosa com meus irmãos, e isso é mentira, eu amo meus irmãos e com eles eu me sinto bem. A S. nunca está satisfeita com a atenção que dou aos meus irmãos, ela sempre acha que eu poderia deixar de estudar para ficar com eles, e isso eu não vou fazer. Eles implicam que fico muito no computador, mexendo na internet e me isolo das pessoas, mas eu gosto de ficar sozinha no meu mundinho. E aí ele veio me cobrar tudo isso, e eu me defendi, mas eles acham que fui arrogante e que ignorei ele. Ah, estou cheia disso tudo, me irrita muito essas implicâncias, parece que ninguém me entende [*a paciente chora*]. Depois que discutimos, meu pai me expulsou de casa. Pegou minhas coisas e me levou para a casa dos meus avós. Agora, voltei a morar com eles. Quando minha avó perguntou porque ele estava fazendo isso, ele disse que não aguenta mais o meu jeito. Aí ela achou melhor eu ficar um pouco com eles. Mas acho que meu pai e a S. nunca mais vão me querer de volta [*a paciente chora*] porque ela me disse que fui eu que provoquei tudo isso e que só estão fazendo o que eu queria. Ela disse também que essa mudança para a casa dos meus avós só tem duas saídas: ou eu irei me frustrar se meus avós também tentarem colocar limites em mim – até parece que as dificuldades existem só porque eles me colocam limites – ou fracassarei porque acharei que tudo é possível e do meu jeito, pois eles fazem tudo o que quero e não saberei me defender quando sair no mundo sozinha. Não sei o que ela quis dizer, só sei que estou muito solitária, abandonada por todo mundo e desamparada. Os dois me despacharam para a casa dos meus avós, se livraram de mim. E meus avós vivem tão mal, só brigam e nem me notam também. Fico sozinha no meu quarto e agora fico no computador até quando eu quiser. Ninguém fala nada na casa dos meus avós. Então vou conectar e conversar com os internautas

para ver se o que estou sentindo de ruim vai embora. Estou muito apreensiva, magoada, angustiada, triste, com um nó no peito e um vazio grande. Não tenho vontade de fazer nada, nem ir na escola, nem de dançar, que tanto amo, nem falar com ninguém. Quando converso com estranhos, não preciso fingir que estou bem, ninguém nem pergunta como estou, entram direto nos assuntos e depois de um tempo estou rindo, a tristeza vai embora por um tempo e me sinto a pessoa mais cheia de amigos e rodeada por pessoas do mundo inteiro. Só que, quando eu desligo o computador, vejo que a realidade é bem diferente. Penso em tudo que está acontecendo comigo e vejo que continuo sozinha e abandonada. Aí a raiva e a angústia voltam mais fortes ainda”. [sic]

### **Sessão 29** (17 de janeiro de 2013)

“Nesses dias que ficamos sem psicoterapia por causa das suas férias eu não tomei a medicação. Fiquei dez dias sem tomar e agora voltei a tomar porque voltei a me sentir angustiada, indisposta e entristecida. Só que aí passei mal no início que voltei a tomar o remédio por causa dos efeitos colaterais. Pedi ajuda para a S., que conversou bastante comigo e irá me ajudar a controlar o uso correto da medicação. Vou tentar tomar direitinho até você ou a psiquiatra dizer que posso parar. Acho que me senti dessa forma de novo porque aconteceu uma coisa. Descobri que meu pai fica monitorando meu acesso na internet de longe, de onde ele estiver ele verifica meus acessos. E depois ele vem brigar comigo porque vê umas conversas minhas num *link* do Facebook chamado Ask.fm. Umhas conversas que têm palavrões e outras coisas que ele não gosta, que ele diz serem desrespeitosas. Ele se irritou muito e, mesmo longe, brigou comigo, me ofendeu e me xingou com palavras ofensivas, como “puta” e “vadia”. Ele acha que me exponho muito para pessoas desconhecidas, que eu não penso com quem estou conversando e quem irá ler essas conversas. Dessa vez, me contive, fiquei quieta e só ouvi tudo o que ele quis dizer, mas me senti muito mal com as palavras grosseiras dele. Depois, chorei muito, senti uma tristeza muito grande, me senti um lixo. Acabei ligando para a S. porque essa dor não passava e demorei para me acalmar. Ela me acalma sempre que me sinto péssima, acho que ela é a única da família que me entende um pouco. Essa discussão com meu pai aconteceu por telefone, e eu estava na casa do meu tio. Acho que também me senti mal porque tinha uma amiga da minha avó lá que é espírita e começou a dizer que o que eu sinto não sou eu, que é algo ruim que encostou em mim, e aí fiquei com medo. Ela tem uma energia ruim, e eu me assustei, acho que minha pressão até

abaixou. Tudo acumulou. A discussão com meu pai, minha reação chorando muito e essa mulher me falando essas coisas estranhas. Agora estou melhor”. [sic]

**Sessão 30** (24 de janeiro de 2013)

“Eu briguei com minha avó nesse final de semana. Meus irmãos foram passar o sábado comigo, e meu irmão caiu. Eu peguei ele no colo. Apesar de ele ter 6 anos, eu gosto de pegar ele no colo e, naquela hora, eu queria acalmar ele. Mas ela não deixou, começou a arrancar ele do meu colo. E eu não deixei, e ela se irritou, pegou um chinelo e me bateu nos ombros e nas costas. Eu fiquei com muita raiva, perdi o controle totalmente, segurei no braço dela e gritei que ela era louca, que eu odiava ela, perguntei se ela não tinha percebido que eu a ignoro porque a odeio e falei para ela nunca mais encostar um dedo em mim senão eu não responderei pelo o que eu farei. Eu fiquei tão furiosa que não sei como não bati na minha avó. Eu me irritei dessa forma porque ela me agrediu. Nossa! Isso me fez me sentir tão desprezada que só me veio a vontade de retribuir. Foi horrível tudo o que senti. Achei que na casa dos meus avós eu iria ficar melhor, mas acho que estou pior, mais descontrolada, sem conseguir me conter”. [sic]

**Sessão 31** (31 de janeiro de 2013)

“Nossa! Agora meus pais estão implicando mais ainda com minhas conversas na internet. Descobriram que converso muito com pessoas desconhecidas, que fico de madrugada batendo papo e até acessaram umas conversas minhas no Facebook (*ask.fm*). Agora, eles me xingaram dizendo que estou tendo conversas constrangedoras e vulgares com pessoas que não conheço e que, ainda, exponho minha família porque qualquer um pode ler. Eu não estou nem aí com eles, porque todo mundo se mete na vida das pessoas, dão palpites em tudo. Eles viram até que eu tenho mais de 2400 amigos no Facebook e ficaram me cobrando que, na vida real, eu nem amigos tenho, que fico sozinha, que me isolo nos meios sociais, que minhas antigas amigas da época da infância me abandonaram porque estou depressiva. E aí criticaram que, na internet, eu me relaciono até com quem eu não conheço, que não escolho com quem vou conversar e que nem me preocupo em me proteger. Eles me cobraram até que não saio com ninguém, que não telefono para ninguém, mas fico a madrugada inteira conectada conversando com quem não conheço. Estou sozinha na minha vida, muito solitária e, na

internet, me sinto menos cobrada, menos sozinha e posso agir como eu quiser e ninguém me cobra perfeição. Lá eu encontro um momento de paz. E meus pais não compreendem nada e ainda se chocam porque o mundo pode ver o que faço. Quero mais que todos veem o que faço e percebam que não somos a família perfeita que eles querem que todos achem”. [sic]

**Sessão 35** (27 de fevereiro de 2013)

“Estou muito triste porque me senti mal na rua nesse final de semana. Saí com minha prima e, no meio da rua, eu paralisei, eu não conseguia caminhar, me deu um medo terrível de morrer, uma sensação angustiante e que apertava meu peito e senti uma vontade de chorar do nada. Só me acalmei porque liguei para a minha mãe e ela falou um pouco comigo. Isso é muito ruim. Ultimamente, tenho sentido muito a falta da minha família, dos meus irmãos. E meu pai tem me tratado com muita frieza, com muito distanciamento. Eu só queria um pouquinho de atenção deles e não tenho atenção e apoio de ninguém. Mas parece que eu só não irrito ele se fizer as coisas como ele quer, só que eu não consigo agradar ele o tempo todo. Eu me sinto sufocada com as exigências dele, com o modo que ele me critica. Acho que somos muito diferentes, e ele nunca vai entender o que penso. Por exemplo, eu me sinto bem ficando no computador, conversando na internet até altas horas com um monte de pessoas, e ninguém mais me proíbe, mas sei que ele fica muito irritado e toda minha família também. Fui no feriado para o sítio com meus tios e lá fiquei o tempo todo conectada, grudada no celular, e não quis interagir com ninguém. Só me senti bem quando fui andar a cavalo, aí me senti livre. Depois, meu tio e meu avô implicaram porque voltei para o celular e ficaram questionando o que tanto eu falo com essas pessoas da internet, mas eu não quero ficar ouvindo eles me criticarem. Nunca ninguém pergunta como estou, só ficam me cobrando e me criticando. Eles não me veem, olham para mim como se eu fosse transparente, e não sou igual ao que eles sonharam. Sou assim, diferente, não gosto de pessoas, elas são falsas e, na internet, são maravilhosas, gentis e atenciosas”. [sic]

**Sessão 51** (22 de maio de 2013)

“Na comemoração dos Dias das Mães do grupo de dança, eu fiquei muito triste porque eu não tinha uma mãe para ir me ver. Pensei em convidar a S., mas o horário não daria tempo para ela, por causa do trabalho, e acabei chamando minha avó, mas acho que não era bem o que eu

queria. Estava também preocupada de aparecerem as duas, apesar que não tive coragem de convidar a minha mãe S. com antecedência: acabei a convidando na última hora. S. conseguiu ir no horário e dei a coroa de flores para ela. Fiquei feliz porque achei que ela não iria. E minha avó chegou atrasada, mas também tinha uma coroa para ela que a minha professora providenciou. No final as duas ficaram felizes, e a professora disse que a coroa que fiz foi a mais linda. Na verdade, fiquei feliz porque as duas mulheres que representam minha mãe foram, mas sempre sinto um vazio quando lembro que minha mãe morreu. Acho que sempre irei sentir essa falta. No domingo, fui com minha avó materna no cemitério visitar o túmulo da minha mãe e, como você já havia me falado, eu me senti bem. Chorei um pouco, achei triste estar lá, mas no final me senti bem de ter algum tipo de contato com minha mãe”. [sic]

**Sessão 79** (29 de outubro de 2014)

“Tenho uma novidade. Sabe o rapaz que está me ensinando matemática e que estou saindo? Então, fui no apartamento dele nesse final de semana e transamos. Foi minha primeira vez, e me senti muito bem. Usamos camisinha e ele foi maravilhoso comigo. Agora tenho de ir no médico porque iniciei uma vida sexual. Estou muito feliz. Eu estava preparada porque tudo o que conversamos me ajudou muito. Eu só acho que a minha mãe ficou um pouco chocada. Conte para ela primeiro e pedi para ela agendar um ginecologista para mim, mas ela ficou calada e disse que depois conversava comigo. Depois, disse que sou imatura e despreparada para viver essa experiência, me deu uma lição de moral e fez mil recomendações. Ela queria saber até o nome do meu paquera, mas não falei. Imagina se ela souber que ele é um dos carinhas que conheci pela internet (*risos*). Ela e meu pai se irritariam muito comigo, mas nunca vão saber. Isso só confio em falar aqui com você”. [sic]

**Sessão 97** (11 de fevereiro de 2015)

“A vida está um pouco monótona porque as aulas do cursinho ainda não iniciaram. Não tenho muito o que fazer em casa. Também decidi não viajar com o grupo de dança no final de ano porque preciso focar no estudo. Acho que irei sair dessa aula, a dança precisa de muita dedicação, e eu não tenho tempo de me dedicar como deve ser. Estou triste, mas terei de tomar essa decisão. Procurarei algo para fazer que também gosto e que não exija tanta dedicação. Acho até que já encontrei: vou fazer trabalhos voluntários no grupo SORRIA. Acho

esse trabalho muito legal e me identifico com o cuidado com os outros que esse grupo tem. Iremos visitar asilos, abrigos, deficientes, enfim, acho que vou gostar [...]. Às vezes, precisamos fazer escolhas, e essa vou gostar, e não tomará muito meu tempo [...]. Falando em escolhas, estou super em dúvida na vida amorosa, estou em dúvida entre dois homens. Um deles conheci no Sul, quando viajei com meu pai, madrasta e meus irmãos. Ele parece ser muito legal, mas tem 34 anos, e meu pai não vai aceitar [...]. E o outro tem 19 anos, e o conheci nas redes sociais da internet. Só me sinto no meio de um rolo, de um furacão. Eu quero fidelidade numa relação, e acho que esse cara mais velho não me proporcionará isso. Já o bonitinho é atencioso e mais preocupado comigo, mas brigamos muito (*risos*), e por tudo. Enfim, eu gosto dos dois e não sei quem escolher”. [sic]

#### **Sessão 100** (11 de março de 2015)

“Já iniciei o cursinho no COC e estou feliz com o ambiente. É bem melhor do que o Anglo, que era escuro e nem tinha janelas. Me senti mal e com certa culpa com a mudança, porque o Anglo é mais forte, mas não consegui ficar lá. Fiquei ansiosa no primeiro dia de aula no COC, mas consegui me controlar. Foquei no meu objetivo de estudar, e isso tem me dado forças para ficar na sala de aula, independente de conseguir ou não entrar numa faculdade no final do ano. O ambiente do COC é mais tranquilo, tem duas janelas com árvores no lado de fora, teto alto e porta de vidro [...]. E já encontrei uma amiga da turma de dança. Fiquei feliz ao vê-la. Meus pais não me perguntaram nada, como sempre. Tem uma falta de atenção por parte deles comigo... Ele é muito fechado e inacessível. Às vezes, acho que ele vê em mim a minha mãe e, por isso, sente raiva porque lembra que ela morreu e eu vivi. E a diabetes dela acelerou com a minha gravidez e por isso ela faleceu. Sinto culpa, mas o que eu poderia fazer? Acho que nada. Eles tinham um bom relacionamento, e ele se sentiu muito sozinho e com um bebê para cuidar após a morte dela [...]. Deve ter sido terrível [...]. E hoje percebo a relação dos meus avós e não tem nada a ver com um bom relacionamento. Meu avô e minha avó não têm essa ligação que meu pai tinha com a minha mãe”. [sic]

“Meus avós não têm condições de conviver juntos. Meu vô humilha minha vó o tempo todo, e está insuportável ficar junto com eles. Só brigam entre eles e brigam comigo. Minha avó não entende que minha prioridade é estudar e quer que eu lave a louça, por exemplo, e isso me

atrapalha muito na minha dedicação ao cursinho, e ela não entende e me cobra o tempo todo. Está muito difícil morar com eles, mas não tenho para onde ir”. [sic]

**Sessão 108** (30 de abril de 2015)

“Atualmente, não tenho vontade de chamar a minha madrasta de ‘mãe’, mas tenho de chamar porque, se não chamar, os outros estranhariam, e ela não aceitaria. Sabe, cansei das coisas bagunçadas na minha vida e na minha família [...]. Quero considerar que não tenho mãe, que sou órfã [...]. Não é essa a minha realidade? Bem, cresci chamando a minha avó paterna de ‘mãe’, e acreditava mesmo que ela era minha mãe. Aí, aos 8 anos, minha madrasta exigiu que eu a chamasse de ‘mãe’, já que ela ia casar com meu pai. Ela chorava na minha frente quando eu a chamava pelo nome [...]. A partir dessa época, a chamei de ‘mãe’, mas era muito estranha essa situação. Acho que era estranho porque não se cria um laço assim. Ainda fui morar com meu pai e minha madrasta quando eles se casaram, e acho que foi a pior decisão que eles tomaram. Sinto que houve uma negligência e um abandono comigo porque eu amava minha avó e, simplesmente, me separaram dela, e não me davam carinho. Só me davam coisas materiais e achavam que estava bom [...]. Depois, a partir dos 13 anos, havia uma comunicação péssima com meu pai e minha madrasta, e eu comecei a me isolar. Também comecei a ficar muito no computador, conversando na internet, e me sentia sozinha e triste porque não queria ficar com eles. Aí, eu conversava com estranhos na internet, e meu pai odiava isso. Ele me fazia um terror psicológico e moral [...], havia uma pressão só de ouvir os seus passos quando chegava em casa, eu ficava tão apavorada que até saía correndo para desligar tudo no que eu estava conectada. Eu fazia tudo escondido. Pensando em tudo isso, resolvi que quero dar mais sentido à minha vida e tenho de tomar algumas decisões. Assim, enviei uma mensagem para a minha madrasta, conversando sobre a ideia de não a chamar mais de ‘mãe’, mas ainda sinto dificuldade de chamá-la pelo nome, estou me acostumando [...]. Ela apenas me respondeu ‘fica em paz’. Essa resposta curta dela me desagradou, porque nunca conversamos sobre os assuntos sérios. E, agora, não foi diferente. Ela não expressou o que sentiu e nem o que acha. E eu tive a sensação de que ela me rejeitou com essa resposta, me ignorou. Ela me pareceu muito indiferente, inclusive. Me senti desamparada, abandonada. Senti como se eu não tivesse a mínima importância para ela”. [sic]

**Sessão 115** (25 de junho de 2015)

“Nossa, domingo senti muito medo! Fiz vestibular o domingo todo e tive de vir embora sozinha, de Santana, à noite. Fiquei muito nervosa porque o local era longe do metrô, caminhei um longo caminho sozinha e até chorei de medo. Me senti apavorada e vulnerável. Foi um momento muito ruim. Depois, desabafei com minha madrastra, e ela insinuou que eu era mimada e dependente deles, não compreendeu o que senti. Fiquei muito chateada com a atitude dela porque eu esperava compreensão e um pouco de consolo. Eu só queria um apoio, uma palavra de apoio. Eu sei que ninguém é meu motorista, mas também não estou acostumada a sair sozinha por São Paulo, então me assustei. Esperava mais amparo porque eu ainda estava assustada. Aí, me veio um monte de coisas na cabeça de outros momentos que me senti assim, abandonada. Me senti sozinha, lembrei de minhas antigas amigas que me excluíram porque não me compreenderam e não souberam lidar com meus problemas emocionais. Me machuca muito isso também porque é algo que está mal resolvido [*a paciente chora*]. Sinto falta delas, fomos amigas desde a infância. E aí acho que meus pais fazem a mesma coisa comigo. Me abandonaram também, me deixaram com meus problemas sozinha [...]. Me sinto muito sozinha o tempo todo. Me sinto muito desamparada, principalmente em momentos que preciso que alguém olhe para mim, cuide de mim. E acho que é aí que percebo o quanto estou sozinha em minha vida”. [*sic*]

### **Sessão 119** (6 de agosto de 2015)

“Hoje tirei o dente do ciso, e percebi tudo o que o dentista fez. Ele me dopou com Diazepan, só que depois senti muita dor quando passou o efeito da medicação. E também não gostei do jeito dele. Acho que ele ficou me comendo com os olhos. Se insinuou ao me elogiar e fez questão de colocar aqueles instrumentos próximos dos meus seios. Me senti péssima. Foi meu avô que me indicou ele, e achei que ele me respeitaria por isso, mas não. Me senti desrespeitada e desprotegida [...]. Nossa, foi uma sensação muito horrível. Não vi a hora de acabar a consulta para eu ir embora. E não tinha ninguém para eu pedir ajuda porque a secretária e meu avô estavam na recepção. Estou sempre me sentindo vulnerável e desprotegida. Parece quando eu fui no ginecologista pela primeira vez, e tive de agendar e ir sozinha porque minha madrastra não me deu a mínima quando eu disse que queria ir nesse médico porque tinha tido minha primeira relação sexual. Esses são momentos que eu gostaria de ter alguém ao meu lado. Na gineco, fui surpreendida quando ela pediu para eu me despir e

ir para a maca, que ela me examinaria. Nossa! Eu estava sem fazer depilação e fiquei chocada porque nem imaginava como seria [...]. Ninguém me orientou. Nenhuma das mulheres de minha convivência se preocuparam em me orientar [...]. Me senti completamente desorientada sobre esse assunto. Mas você [psicóloga] eu sei que foi surpreendida quando te contei que havia ido nessa médica, porque você me deu o contato dela e estava esperando minha madrastra agendar, assim como eu também esperei. Agora, elas [avó e madrastra] não se preocuparam nem um pouco comigo [...]. Resolvi fazer por mim o que antes eu esperava minha família fazer, mas não dá para contar [...]. Ah! Fui no retorno na gineco e estou com candidíase. Ela me deu uma vitamina para tomar e um creme para aplicar na vagina [...]. Eu gosto dessa médica. Estou me cuidando melhor [...]. E agora vou fazer tratamento com dermatologista para retirar manchas e espinhas do meu rosto [...]. Também retornei à psiquiatra e continuarei mais um pouco com o antidepressivo [...] Eu me sinto muito sozinha e tenho tentado me cuidar, mas é difícil [...]. [sic]

**Sessão 164** (1 de setembro de 2015)

“Fui no ortopedista que você me indicou. Estou com condromalácia patelar no joelho. Sinto muito medo de ter de fazer cirurgia porque tenho medo de morrer. Nesses momentos, eu fico muito insegura com a possibilidade de ter negligência médica, a gente fica muito vulnerável. Lembro do meu primo e da minha mãe que morreram porque não tiveram bons atendimentos médicos. Como um médico manda dar glicose para uma pessoa diabética? É insuportável essa ideia de que minha mãe morreu por isso. Acho que minha família não processou o hospital porque estavam abalados com a fatalidade que ocorreu [...]. Eu acho que meu pai depressiu nessa época e, por isso, me deixou nos cuidados dos meus avós. Quando penso nisso, tenho muita vontade de procurar a obstetra da minha mãe para entender melhor o que aconteceu [...]. Às vezes, acho que falta informação nas histórias que minha família me conta. Acho que o erro médico é irresponsabilidade, mas não julgo o médico por ter falhado com minha mãe. Só acho que tenho de fazer diferente na minha vida. Se eu fizer medicina, terei uma realização pessoal, e quero ajudar as pessoas [...], me sinto viva por poder fazer algo por alguém. Quero dar condições e acesso à saúde para as pessoas. Além da perda da minha mãe, temos o meu irmão que é autista e mudou as nossas vidas [...]. Refletir sobre essa escolha me faz bem emocionalmente, me sinto bem por pensar que serei útil na vida das pessoas”. [sic]

**Sessão 165** (6 de setembro de 2015)

“Após nossa conversa ontem por telefone, fui me acalmando. Antes de te ligar, eu me senti muito ansiosa, com muita vontade de chorar, uma fadiga, não conseguia respirar porque tudo tampou e eu tinha a sensação angustiante de que ia cair no nada, como se tudo estivesse desmoronando. Também fiquei muito cansada e sem energia. E os pensamentos amedrontadores de que eu cairia das alturas, de uma janela ou da escada me surgiram novamente. Quando tenho esses pensamentos, sinto meu corpo sem energia, mole e sem controle. Por isso te liguei, precisava saber se eu poderia ir embora do cursinho, precisava ouvir isso de alguém que eu confio. Eu acho que fiquei insegura porque estou tomando muitos remédios. Remédios do ortopedista, do alergista e da psiquiatra. Fiquei insegura e com medo de passar mal. E acabei passando mal mesmo. Também estou num momento tenso, com muita pressão no cursinho, e estudando muito. Estou cansada mentalmente. E também me senti desamparada porque não consegui vir na sessão. Não consigo me ver sem vir aqui e sem contar com você e com seu apoio. Nossa! Parece que lá fora não tem ninguém que vá me ajudar ou me compreender. Por exemplo, eu esqueci de te falar, mas numa viagem que fiz com meus tios havia uma amiga deles que eu acho que foi a primeira a ser uma figura feminina forte em minha vida. Ela me deu atenção e me valorizou como mulher sem me criticar, sabe? Por exemplo, eu estava de paquera com um carinha muito babaca no hotel, e ela me chamou para conversar, me valorizou muito e disse que ele não era adequado para mim, e que eu tinha de ser mais difícil e comandar a paquera, e não ficar fazendo tudo o que ele queria [...]. Eu achei ótimo porque, tirando aqui na terapia, acho que nenhuma mulher teve essa conversa comigo. Uma conversa de mãe para filha. Foi exatamente isso que senti, mãe para filha. Eu nunca tive isso nem com minha avó, nem com minha madrasta nem com minha tia. Meus tios ficam preocupados comigo sobre o vestibular. Ele é mais sensível, acessível e bondoso, bem diferente do meu pai, que não expressa afeto. Ela é mais alto-astrol, mas acho nossa relação superficial. Às vezes, ela é inconveniente e impulsiva e valoriza muito o *status*. Aliás, isso faz minha madrasta ter atrito com ela. Ela não compreende os problemas de saúde e psíquico do meu irmão, e minha madrasta fica muito brava. Por causa do autismo e dos remédios que ele tem de tomar, ele desenvolveu sérios problemas pulmonar e cardíaco. Aí, teve uma época que nós tínhamos de usar máscara perto dele. Ele também não podia chorar. Se ele se irritasse, ele até babada de raiva. Hoje, ele melhorou muito; pede desculpas depois desses acessos de raiva e diz que não queria ser assim [*a paciente chorou com muita*

*emoção ao lembrar desses momentos*]. E aí minha tia nunca compreendia isso, achava que era frescura e falava para meus pais o que pensava. Era um clima pesado, e meus pais se estressavam com a situação e, conseqüentemente, perdiam a paciência com meu irmão e comigo. Foi um momento muito ruim e muito complicado até aceitarmos o que estava acontecendo. Sou mais ligada à minha irmã, mas amo muito os dois. Não vivo sem eles [...]. E eu me revolto. Meus pais não aceitavam meu comportamento rebelde nem o diagnóstico de autismo do meu irmão, e minha tia ainda ficava criticando, e meus avós não entendiam o que estava acontecendo realmente [...]. Enfim, precisou de um longo tempo para as coisas se acertarem em casa”. [sic]

**Sessão 166** (8 de setembro de 2015)

“Viajei para a casa de minha amiga em Minas Gerais e, quando te liguei, eu estava no ônibus voltando para casa. Acho que sei por que me senti mal. Quando entrei no ônibus, o moço que sentou ao meu lado foi estúpido porque sentei no seu fone de ouvido. Eu me assustei e fiquei paralisada, sem reação [...]. Depois, comecei a passar mal. Senti uma agonia no peito, tremor nas mãos, fiquei muito insegura e aí começou uma tortura psicológica nos meus pensamentos [...]. Só melhorei quando chorei. Me senti muito desamparada e entrei em colapso, era muito nervosismo. Só consegui pensar em você para me ajudar. Minha família não ajudaria. Não temos afetividade. Eles me procuram só quando têm necessidade. Meu avô é o mais atencioso. Ele me ajuda a compreender o que acontece comigo nesses momentos. A minha avó me ajuda também, do jeito dela, só que tem um preço [...]. Ela transfere seus problemas para mim. Me incomoda porque nada muda, e ela quer compartilhar comigo, mas não posso ajudá-la. E ela não se preocupa comigo, ou melhor, eles não se preocupam comigo. Me sinto, muitas vezes, insegura com essa dinâmica familiar. E nessa viagem me senti insegura e indefesa diante daquele homem grosseiro. Me senti desprotegida e não sabia como me defender ou a quem recorrer”. [sic]

**Sessão 172** (20 de outubro de 2015)

“Estou bem hoje, e sabe por quê? Na última sessão, me apavorei porque só tenho aqui para ver minhas coisas. Agora que você está me dizendo que o mal-estar que senti nessa semana pode ter alguma ligação com a possibilidade das férias da terapia, as coisas estão fazendo

mais sentido. Me apavorei e me senti muito insegura em pensar em ficar sem minha psicoterapia e acho que, por isso, passei mal de novo [...], como se tudo estivesse desmoronando [...]. Mas hoje estou ótima porque tenho alguns amigos no prédio e viajamos para a praia. Eles são bem diferentes de mim no estilo, mas gostei de sair com eles. Eles bebem, e eu não gosto, mas curti mesmo assim [...]. E relaxei porque esse semestre está muito pesado por causa do cursinho [...]. E sabe quem está super diferente e me ajudando bastante? Meu pai. Ele tá me ajudando muito porque ele é mais centrado e eu estou aceitando muito seus conselhos. Ele tá mais cuidadoso comigo e conversa bastante, não fica mais aquele silêncio quando estamos sozinhos no carro [...]. Nossa! Houve momentos que eu senti muita raiva dele porque ele ficava muito em cima de mim. Eu cheguei a dormir sem comer para não ver a cara dele, emagreci muito nessa época [...]. Eu estava tão mal, com raiva do mundo, e dele, que ia para a internet para desabafar com pessoas que eu nem conhecia. Ficava quase 24 horas na internet, uns 90% do meu dia era assim. E eu fazia tudo escondido dele e da minha madrasta. Eu me trancava no quarto, conectava na internet e entrava em comunidades, em conversas de *games* e Facebook e fechava tudo correndo quando eu ouvia os passos dele [...]. Ele fazia muita pressão, e eu sentia ódio e pavor. Aí eu me cortava toda, porque me sentia incompreendida o tempo todo, e deprimia depois. Não conseguia ficar ao lado dele sem passar mal ou ficar apavorada. Me dava uma tristeza e eu chorava, chorava até me esgotar. Nossa! Minha vida estava um horror, né? Ainda bem que ele teve paciência, do jeito dele, mas teve. E não desistiu de mim. Nós nem conseguíamos conversar. Eu me fechava no meu mundo e só me destruía, me agredia, para chamar a atenção do meu pai, para ver se ele olhava para mim, eu acho. E cortar meu corpo era para aliviar aquela dor no peito que eu sempre te falei que sentia e, às vezes, sinto. Nessa época, eu nem tinha amigos. Todo mundo sumiu. Até meus amigos não me compreendiam, eu não conseguia acompanhar os papos deles, me isolava. E eles achavam que eu era chata e me deixavam sozinha. Nossa! Foi horrível, parecia que o mundo ia cair sobre minha cabeça. Me sentia muito solitária e perdida. Sentia um vazio no peito, uma angústia também. Se meu pai não me colocasse na psicoterapia, não sei como seria. Ele não desistiu de mim e me confiou a você. De certa forma, ele não me abandonou. Mas só agora entendo isso”. [sic]

## 2. Relatos escritos da paciente para a psicóloga em momentos de desorganização emocional

### **Relato 1** (8 de setembro de 2015, 15h03min21s, por WhatsApp)

“Oi, Sonia. Tô no ônibus saindo de Minas. Fiquei meio nervosa pra pegar ônibus sozinha, como eu sempre fico. Mas hoje passou um pouco dos limites o nervosismo. Não cheguei a ter crise de pânico, mas fiquei bem nervosa a ponto de ficar com o rosto formigando, falta de ar, angustiada e meio sonolenta. Quando eu tentava dormir, eu acordava em apneia, sem respirar [...]. Começa a me dar agonia de tudo [...], me dá agonia a janela grande que dá pra ver tudo lá fora [...]. Eu começo a pensar em mil coisas ao mesmo tempo. A mesma tortura psicológica de sempre. Parece que eu tô entupida de sentimento ruim e isso vai me enganar [...]. Aí comecei a chorar e melhorou [...]. Acho que, se eu fosse uma pessoa mais segura, não ia ser assim. Eu não confio em mim. Minha mente me boicota sempre [...]”. [sic]

### **Relato 2** (19 de outubro de 2015, 8h45min27s, por WhatsApp)

“Oi, Sonia, bom dia. Eu estou me sentindo um pouco ansiosa hoje. Não estou passando mal, e está sob controle [...]. É que eu descobri outro problema, agora problema dentário, e estamos investigando [...]. Eu estou tendo que tomar vários remédios: Nasonex pra alergia e vacina pra alergia também, a cada quatro dias, e dois comprimidos de Dorflex por causa do problema do dentista. Fora os psiquiátricos [...]. Eu me sinto mal em tomar tanto remédio assim. Nunca gostei de tomar remédio, ainda mais dois juntos. Tenho medo de dar efeito colateral [...]. Meu irmão passava mal com o Nasonex, e eu fico com medo de passar mal também [...]. Fora que eu fico tensa em ir em tanto médico [...]. Já tenho a pressão do vestibular [...]. Então estou me sentindo ansiosa e sinto muita sede também. Já bebi uma garrafa de água e não passa. Vc acha que devo ir pra casa descansar um pouco? [...]. Mas estou sob controle [...]. Não estou nervosa que nem eu ficava. Mas estou ansiosa [...]. Por causa disso eu perco a concentração [...]. Mas dei uma pausa e tô dando uma volta aqui [...]. Já, já eu melhoro [...]”. [sic]

### 3. Conversas expositivas com pessoas desconhecidas nas redes sociais

#### Conversa 1 (5 de julho de 2012, via Facebook)

A paciente compartilhou um *link* do Facebook (Ask.fm):

*Desconhecido:* Gosta de um pênis grande, médio ou pequeno?

*Paciente:* Não gosto.

*Desconhecido:* Vc tem cabaço??

*Paciente:* Eu tenho fome, vem aqui ser meu escravo e cozinhe pra mim.

*Desconhecido:* Caralho é o que vc gosta no meio dessa sua buceta apertadinha.

*Paciente:* Oxi...

*Desconhecido:* 12 anos? KKKKKKKKKKKK, putinha desde cedo.

*Paciente:* É, sou muito puta mesmo, agora vaza.

*Desconhecido:* E se masturbaria?

*Paciente:* Não.

*Desconhecido:* Já se masturbou pensando nele?

*Paciente:* Não. [sic]

#### Conversa 2 (14 de janeiro de 2013, via Facebook)

A paciente compartilhou um *link* do Facebook (Ask.fm):

*Desconhecido:* Então não dá pra eu te chamar tem k ser no kik /:

*Paciente:* que pena

*Desconhecido:* Vc tem câncer?

*Paciente:* não

*Desconhecido:* Não dá :/ tem kik?

*Paciente:* não

*Desconhecido:* Fofa, pena que não é minha /:

*Paciente:* Que lindinho vc... Vem falar comigo no face! hahah

*Desconhecido:* Puta

*Paciente:* Ai, para, achei ofensivo, deleta

*Desconhecido:* Iaí, sua vagabunda, ainda dando pro Diego Campos?

*Paciente:* Oi, Diego, td bem? Não te dou nem um beijo, quem dirá minha pepeka. Bjs

*Desconhecido:* Quem foi a última pessoa que você beijou?

*Paciente:* Foi o David Beckham que me roubou um beijo... Mas eu bati na cara dele pq eu sou difícil

*Desconhecido:* Você gostaria de ter nascido com qual talento?

*Paciente:* O talento de passar em medicina

*Desconhecido:* I Could Die for You :D Bom dia

*Paciente:* Amo essa música, bom diaaaaaaa

*Desconhecido:* Qual foi sua última compra?

*Paciente:* Salgadinho

*Desconhecido:* Se eu cozinho, eu como?

*Paciente:* Sei lá

*Desconhecido:* Esqueça TV a cabo. O negócio agora é antena parabólica. Na promoção vc vende quatro pra mim e ganha uma montada!!

*Paciente:* Ok

*Desconhecido:* Se eu te der cem camisas, você me dá cem calças?

*Paciente:* Não

*Desconhecido:* Ouvi dizer você está cruzando Kero-Kero com Pica-Pau. Como vai chamar o novo pássaro?

*Paciente:* Sei lá, véi

*Desconhecido:* Se eu passar sua roupa, você leva o ferro?

*Paciente:* Não

*Desconhecido:* Promoção de carro usado: você prefere um Gol usado ou um Fiat inteiro?

*Paciente:* Fiat inteiro

*Desconhecido:* Quando você está deprimida, você pede um consolo pra alguém ou você vai no psicólogo e se abre pra ele?

*Paciente:* Psicólogo é mais bem preparado

*Desconhecido:* Tenho uma dúvida [...], dizem q opinião é que nem bunda, cada um tem a sua. Você costuma dar sua opinião?

*Paciente:* Sim, mas a bunda, não

*Desconhecido:* Você toca violão? Se eu escolher uma música você toca uma pra mim?

*Paciente:* Não

*Desconhecido:* Fiquei sabendo que você gosta de vitamina [...]. Você bate uma com mamão pra mim?

*Paciente:* Não

*Desconhecido:* Eu gosto de cozinhar com lenha, mas lá na minha casa ninguém racha lenha. E na sua, racha?

*Paciente:* Não

*Desconhecido:* Pq não? Vc não vai ao teatro?

*Paciente:* Só vou no teatro pra me apresentar

*Desconhecido:* Se vc tiver duas entradas pra um teatro, mas vc não vai, se eu pedir vc me dá as duas entradas?

*Paciente:* Não

*Desconhecido:* Pq? É feio não dividir, principalmente se for a asinha

*Paciente:* Ok, meu

*Desconhecido:* Beijos<sup>2</sup> pra você

*Paciente:* Beijossss [sic]

### **Conversa 3** (6 de setembro de 2012, via ViciieiTeam)

*Paciente:* Que é o Viciiei?

*Desconhecido:* O Viciiei.com é a evolução do site Vida de Merda, um dos maiores fenômenos na cultura “internética” nacional. Assim como seu predecessor, o Viciiei é feito e moderado por todos os seus usuários. É uma espécie de Wikipedia, só que engraçado!

*Paciente:* O que muda em relação ao VDM?

*Desconhecido:* As diferenças são muitas. Nossa equipe de viciados levou 1 ano inteirinho pra preparar isso para vocês. Basicamente são:

- O Viciiei é um conjunto de diversos blogs.
- Você pode fazer posts em vários formatos.
- Você pode ter vários personagens, para não precisar se identificar nos posts.
- O Viciiei também é um jogo. Você ganha pontos e aumenta de nível quando participa. Pode também tentar conquistar os desafios.
- Você é recompensado quando as pessoas gostam do seu conteúdo.
- Você pode comprar colecionáveis com a moeda virtual (Sparks).

- No Vicieí você pode seguir seus amigos e ser seguido.

Paciente: Tem a ver com drogas?

Desconhecido: O Vicieí não tem nada a ver com drogas. Não é uma central de ajuda e nem se propõe a ter conteúdo relacionado a este problema. Viciar aqui tem uma conotação positiva e todos os usuários do site devem preservar este ideal. Essa é uma experiência pra gente curtir juntos de forma saudável. Até colocamos alguns limites de pontuação diária pra você ter tempo de se alimentar e dormir!” [...] [sic]

#### **Conversa 4** (26 de julho de 2013, via Facebook)

Paciente compartilhou conversa do Facebook:

“Jamais! [...] A dor e a delícia de nunca ser aquilo que tu fosses. Esse dia foi louco. Bebi como se não houvesse amanhã [...], só que teve”. [sic]

#### **Conversa 5** (5 de maio de 2013, via WhatsApp)

*Diálogo com um menino que ela conheceu e namorou pela internet. Ele morava em João Pessoa (PE). O namoro ocorreu entre 2012 e 2013:*

*Paciente:* Vc? Adeus.

*Namorado:* Kkkkk. Pq adeus?

*Paciente:* Pq não quero falar.

*Namorado:* Ué. Td bem. Antes cê fala: quero ser sua amiga, me add [...], aí agora isso [...], não entendo ã Bia

*Paciente:* Vc tá chato comigo [...], isso me machuca, é ruim.

*Namorado:* Nem tô.

*Paciente:* Eu ainda amo vc e parece que vc não quer falar comigo [...], eu fico mt chateada de verdade

*Namorado:* Sou assim com todo mundo, haha.

*Paciente:* Eu tô com vontade de chorar já

*Namorado:* Se eu ã quisesse não taria falando [...], sou seco mesmo

*Paciente:* Para de falar assim comigo.

*Namorado:* Vc sabe.

*Paciente:* (*expressão de rosto triste*) [...] eu fico chateada. Vc sabe que eu fico assim. Vc não era seco comigo. Vc era carinhoso comigo e legal. Vc não tá mais

*Namorado:* Cê quer q eu fique igual antes? Hiaeuheah.

*Paciente:* Sim. Querer eu quero, né? Eu amo vc ainda [...], de verdade [...], por mais que não pareça [...] eu tenho pensado em você muito. [*sic*]

#### 4. Conversas sobre suas relações sociais com a amiga pelas redes sociais

##### Conversa 1 (27 de agosto de 2012, via WhatsApp)

Essa é uma conversa com sua amiga de infância. No diálogo, relatou que cortou seu cabelo, se arranhou, teve crise de pânico e sentiu muita raiva do pai:

*Amiga:* ?! Tudo bem?

*Paciente:* Tô indo, e vc?

*Amiga:* Tô bem. Pq indo?

*Paciente:* Porque minha família me estressa, AUHUASHHUASHAUHAS

*Amiga:* Hahahahhahah, para variar [...]. Tá no prédio?

*Paciente:* E OBRIGADA POR ENTREGAR MEU TRAB!!! [...] Simmmm [...].

*Amiga:* Tá no prédio?

*Paciente:* Tá bom, ahashhsahsa [...], awnmn [...], não, eu tô em casa [...] Miga, eu cortei a parte da frente do meu cabelo sozinha, caguei [...]. Amanhã te explico.

*Amiga:* Como assim? [...] Ahhhhhhhhhhhhhhh, não [...]! Pode ir falando

*Paciente:* Acho que vou pegar licença médica e ficar afastada por uns meses da escola [...]. Amanhã eu explico [...], é mt coisa pra contar [...], aham.

*Amiga:* Mas vc vai perder o ano?

*Paciente:* Sepá

*Amiga:* Mas vc quer isso? Vc acha que é melhor para vc?

*Paciente:* Acho, porque hj eu passei mal na aula, passei mal no ponto de ônibus e tal, não tô conseguindo me concentrar nas aulas, não tô conseguindo fazer nada [...]. Com atestado médico, eu posso até tentar fazer alguma coisa em casa, e prefiro ficar um tempo fora e voltar melhor do que tentar continuar e piorar [...]. Eu já tô cansada de ficar aguentando as coisas e não suporto essa angústia, essa tristeza no meu peito [...]. O médico tá marcado pra quinta [...]. Provavelmente eu só vou até quinta, se der certo [...]. Nem minha mãe quer que eu fique na escola [...]. Hoje foi foda.

*Amiga:* Mas o que aconteceu hoje? Mas o que vc sente? Que te faz querer sair?

*Paciente:* Eu passei mal no ponto de ônibus, saí de lá meio que correndo, com falta de ar e muita tontura e angústia [...]. Aí eu voltei pro estacionamento do *shopping* [...]. Meu pai começou a brigar comigo, falar que é drama [...]. Eu comecei a chorar

[...]. Aí ele foi almoçar. Eu fui junto, mas nem comi. Daí fomos pra CMTO [empresa onde o pai trabalha] [...]. Ele ia ficar até mto tarde lá, aí eu liguei pro meu vô. Ele mandou eu ir à merda pq achou que era drama [...]. Nisso eu já tava chorando de ódio [...]. Fui pros prédios [...]. Tipo, pode ser a infantilidade que for, mas nessas horas é inevitável, eu acabo sempre descontando em mim [...]. Eu me sinto um liiiiiiiiiixo [...]. Já me arranhei, tô com o braço marcado [...]. Daí eu cortei meu cabelo [...], liguei pra minha mãe [...] e contei tudo [...]. Daí ela marcou psiquiatra [...]. Vou começar a tomar remédio e mto provavelmente sair da escola [...] por dois problemas: ficar passando mal todo dia e pelo estresse do meu pai, principalmente, achando que é drama [...]. É bom eu ir pra ele ver que não é fingimento [...].

*Amiga:* Aham, tô ligada [...]. Mas vc acha que ficar em casa todos os dias o tempo todo vai ser bom pra vc? Vc não acha que vai se sentir cada vez mais sozinha? [...] [*sic*]

**Conversa 2** (11 de dezembro de 2013, via WhatsApp):

Conversa com a amiga de infância quando desistiu de ir à sua colação de grau do Ensino Médio.

*Paciente:* Conversa com minha amiga porque eu desisti de ir na colação de grau do terceiro ano porque elas me excluíam e eu me sentia mal, então doeí meus ingressos e não fui.

*Amiga:* (*grita o nome da paciente*) [...] Preciso de dois ingressos [...], me dá? [...] Pq vc não vai????????????????????

*Amiga:* ??????????????????????

*Paciente:* Porque aconteceu várias coisas que me chatearam, e não quero ir. Não vai me fazer falta. E quem for meu amigo mesmo eu vejo depois, não preciso de colação pra me despedir [...].

*Amiga:* Tipo, que coisas? [...] Mas aproveite o momento mesmo, que vc vai ver os amigos depois [...]. É fechamento de anos juntas [...].

*Paciente:* Tipo, de vcs todas [...]. A maioria que eu achava que era amiga não é [...]. Todas, acho, menos vc e a Tiemi [...]. Não tô mais a fim de ir.

*Amiga:* Mas vc vai perder esse momento pq acha que as pessoas não são suas amigas de verdade [...]. Acho que não vale a pena [...].

*Paciente:* Eu não acho, tenho certeza. O momento não vale nada. Eu lá pra me despedir de companhias que eu não tenho, e vc sabe que é verdade [...].

*Amiga:* Ah, você que sabe, mas acho que vc vai se arrepender depois [...]. Eu acho que deveria ir [...], pelo menos do lado da Tiemi vc vai ficar [...].

*Paciente:* Tá bom [...]. Rapha, eu não preciso de esmola de ninguém, e com certeza não preciso passar por isso. Pra mim, não vale a pena, e eu quero esquecer essas pessoas [...]. Entro numa nova fase da minha vida e vou conhecer outras pessoas maravilhosas, e, infelizmente, algumas falsas, que sempre tem [...]. Meus amigos eu sei quem são, e não é na colação que vou encontrar eles [...], sei que tem exceções [...]. Eu posso parecer boba, mas não sou [...], já sei de tudo que se passou nas minhas costas [...].

*Amiga:* Tudo que se passou nas suas costas?? Como assim? [...] Você quem sabe. Falando disso, já sabe o que vai fazer no ano que vem?

*Paciente:* Que vcs têm um grupo de Whats que não me botaram [...]. Ficam me excluindo etc. [...]. Sei, sim. Muito provavelmente vou fazer cursinho de medicina no Etapa.

*Amiga:* O grupo do Whats que temos vc saiu.

*Paciente:* Vcs têm outro.

*Amiga:* E não sei pq [...]. Qual Etapa?

*Paciente:* Não mente, não precisa disso.

*Amiga:* Você saiu.

*Paciente:* Se mentir, é pior [...].

*Amiga:* Vc acredita se quiser [...].

*Paciente:* O grupo chama “As mais mais” [...]. Não mente, pela consideração que vc tem por mim [...]

*Amiga:* Quer que eu te mande uma foto? [...] Não tenho esse grupo.

*Paciente:* E o dia da colação que vc esqueceu e disse pra Julia te mandar as fotos no grupo e a Isabella olhou torto?

*Amiga:* Foi o grupo que vc saiu.

*Paciente:* E no dia do Enem, que a Tiemi foi pra frente, pra eu não olhar o cel, e eu vi ela escrevendo num grupo que chama “As mais mais”?

*Amiga:* Bonde das maravilhas [...]. Pedu pra te mostrarem [...].

*Paciente:* O que explica não falarem no “Kinas” há meses?

*Amiga:* Falei pq não tenho nada pra esconder.

*Paciente:* Ninguém falava no bonde há meses [...].

*Amiga:* Eu tenho um grupo que está a Tiemi e a Natalia [...]. Mudando de sala, quase não falava com as minas pelo Whats mesmo, pq o que mais falávamos era sobre matéria.

*Paciente:* Tá bom, então.

*Amiga:* Desde que vc entrou já não falávamos muito naquele grupo.

*Paciente:* Vc jura que não tá mentindo?

*Amiga:* Eu não preciso jurar pra vc, já disse que vc acredita se quiser [...]. Estou falando o que tenho no meu celular.

*Paciente:* Hauah [...]. Tá bom.

*Amiga:* Vc afasta as pessoas de vc [...].

*Paciente:* Sim, eu não consigo fingir que quero me aproximar de ninguém [...].

*Amiga:* E tbm afasta até quem te quer bem [...]. Não tô falando isso.

*Paciente:* Mas tem pessoas que eu não faço questão [...].

*Amiga:* Tô falando que parte de vc ter se afastado das meninas [...] foi culpa sua tbm, sabe?

*Paciente:* Aham.

*Amiga:* Sempre teve abertura e sempre te trataram bem, achavam graça no que vc falava e nunca te excluíram [...]. Mas eu tô dizendo que, de um tempo pra cá [...], vc simplesmente se afastou [...] de todo mundo.

*Paciente:* Pra mim sempre me excluíram [...], eu me afastei pq percebi isso.

*Amiga:* Não digo de mim pq o que temos são anos de amizade que não acabariam assim [...], mas o que eu vi [...] é que vc cada vez se calava mais, e tudo que diziam para vc, vc sempre respondia agressivamente [...]. E assim as pessoas se afastam [...]. E vc se fechou [...], não comigo nem com a Tiemi, mas na escola vc era muito diferente do que quando estávamos juntas [...] só nos duas [...], não comigo [...], mas no geral.

*Paciente:* Peguei raiva e não quero saber delas [...]. Hoje em dia tô meio cagando e andando pra todo mundo.

*Amiga:* Vc era muito fechada. Sinceramente, posso dizer que elas não se afastaram por não gostar de vc [...], mas pelo seu comportamento distante [...], pq, se fosse como antes, continuaria a amizade como sempre foi.

*Paciente:* Eu sou assim [...], não corro atrás de ninguém.

*Amiga:* Não digo que tem que correr [...], só tô falando que ambas as partes têm culpa nisso.

*Paciente:* E não vejo elas como amigas mais. Por mim, nos só conversamos por educação.

*Amiga:* É chato ver nós, que éramos tão unidas, nos fragmentando [...].

*Paciente:* [...] elas me excluem e eu vou correr atrás? Eu tô fora disso.

*Amiga:* Bom, vc que sabe o que faz e o que é melhor pra vc.

*Paciente:* Vem falar comigo quem quer [...], simples assim.

*Amiga:* Só acho que vc tem que perceber que elas não são esses monstros que vc tá falando.

*Paciente:* Não acho que são monstros, mas não fazem falta, tirando vc e a Tiemi.

*Amiga:* Acho que, se estão agindo assim, é consequência de algo [...].

*Paciente:* Independente do que estava acontecendo por fora, eu não sei [...], só me senti excluída e incompreendida [...], e com muita raiva. [*sic*]

## 5. Conversas com a madrasta sobre seu adoecimento emocional e os problemas familiares utilizando redes sociais

**Conversa 1** (13 de junho de 2013, via WhatsApp)

*Paciente:* [...] Mas, mãe, eu não aguento essa situação mais. Tá me fazendo muito mal. Não aguento mais morar aqui. Toda vez que vejo meu pai, eu me sinto mal. Eu choro depois que ele vai embora. Me sinto mal por todas as escolhas que eu fiz. Meu problema é conseguir viver com tudo isso. Você nem imagina tudo que tô vivendo.

*Madrasta:* Não sei o que te dizer.

*Paciente:* Não imagina como é viver essa confusão. Eu sou uma pessoa muito forte, mas não tô aguentando mais.

*Madrasta:* Queria que tudo fosse diferente, mas não sei o que fazer pra te ajudar. Vc fala sobre isso com a Sonia?

*Paciente:* Falo sobre voltar para casa. Mas não é tão fácil. Não depende só de mim. Eu não volto antes de pedir desculpa pro meu pai. Meu maior arrependimento é tudo que já fiz de mal para ele [...].

*Madrasta:* Vc tenta conversar com o vô depois que as coisas se acalmarem para resolver as pendências? Vc e seu pai são um capítulo à parte [...].

*Paciente:* Talvez seja o capítulo mal resolvido que me deixa assim [...].

*Madrasta:* Eu sei disso.

*Paciente:* Você não tem noção da dor que sinto quando vejo ele. Não existe dor mais forte que dor no coração. Me machuca demais isso [...], eu não sei nem explicar. Parece que perdi meu pai. Eu sinto muita falta e me sinto culpada.

*Madrasta:* Nunca é tarde para recomeçar [...], mas dá trabalho [...].

*Paciente:* Eu sei. Eu quero logo sair daqui [...].

*Madrasta:* Tento resolver as pendências com meu, MEU PAI, até hoje [...].

*Paciente:* Mas não vou fazer nada com pressa. Quero fazer tudo muito bem pensado e com calma.

*Madrasta:* Melhor assim.

*Paciente:* Você entende a minha dor.

*Madrasta:* Não aja com impulso.

*Paciente:* Sabe como é doloroso. E, fora isso, tenho outros problemas grandes, mas vai dar tudo certo [...]. [sic]

**Conversa 2** (6 de agosto de 2014, via WhatsApp)

*Paciente:* Hoje é dia da família! Kkk [...], acabei de saber! Feliz dia da família pra todos nós e obrigada por todo o apoio que vocês sempre me deram [...]. Vocês são muito importantes pra mim, e me espelho cada dia mais em vocês. Sei que não demonstro isso no dia a dia, mas nunca se esqueçam disso. Mesmo um pouco afastados agora, amo vocês demais!! Beijos, beijos [...], Mostra pro meu pai essa mensagem porque ele não tem Whats, kkkk [...].

*Madrasta:* Fiquei emocionada com suas palavras [...] Mesmo [...]. [sic]

**Conversa 3** (27 de setembro de 2014, via WhatsApp)

“Ontem meu pai que respondeu. Ele nem ligou e nem perguntou se eu tava bem e o que aconteceu direito, não demonstrou preocupação nenhuma e só respondeu do pronto-socorro. Se fosse você, a Bia ou o Guilherme, tenho certeza que ele se preocuparia mais. Apesar de já estar acostumada com esse ‘descaso’ dele, não gostei [...]. Vou ter que ficar uma semana sem ir no cursinho. O médico mandou eu ficar de repouso o máximo possível. Só tô avisando pra vocês não ficarem reclamando quando souberem [...]. Tomei o remédio só um dia e já tô andando sem dor. Só dói se fizer um esforço muscular maior. Vc acha que devo faltar uma semana no cursinho ou devo ir na segunda já? Levando em conta que eu ando bastante para chegar lá e para voltar [...]”. [sic]

**Conversa 4** (12 de outubro de 2014, via WhatsApp)

*Madrasta:* Feliz dia das crianças!!! Porque ainda que já tenha 18 anos, será sempre nossa criança [...]. É claro que não terá presente! O seu presente nesta idade tem outras características: é uma caixa que contém exclusivamente a difícil mistura do “amar e educar”, apostando nos valores que lhe foram ensinados, edificando os que ainda está recebendo [...]. Enfim, seu “pacote” de presente não é aquele que facilmente compramos em lojas. É aquele que construímos com a vida [...]. Feliz dia das

crianças! Cultive sempre o lado infantil dos sorrisos, risadas, brincadeiras [...]. Eles tornam a vida mais leve e mais feliz! Sem contar que evitam as rugas, rrsrs [...].  
Bjs! Te amamos!

*Paciente:* Amei, amei, amei, que fofa! Amei a mensagem [...]. Não tenho muito o que dizer, mas obrigada por tudo que vocês fizeram e ainda fazem por mim. Amo vocês. [sic]

**Conversa 5** (23 de outubro de 2014, via WhatsApp)

*Paciente:* Tô com nojo do meu vô. Vontade de chorar. Ele falou um monte de coisa horrível da minha vó pra mim [...], gritando.

*Madrasta:* Que tipo de coisa?

*Paciente:* Que ela é uma fracassada na vida, e eu vou ser que nem ela. Que ela merece sofrer o que ela sofre. Que é o preço que ela tem que pagar por ter explorado ele. Que ela tem que dar graças a Deus que encontrou ele. Senão, ela iria trabalhar de pedreiro. Que ela deveria ter vergonha de ser o que ela é [...].

*Madrasta:* E por que ele continua com ela?!?! Tudo na vida são escolhas.

*Paciente:* Não sei. Com raiva, ele falou gritando [...], e fiquei com muito nojo. Ele é uma pessoa horrível às vezes [...]. E ele fica se vangloriando [...].

*Madrasta:* [...] Vc não deveria estar no cursinho?!?!? Numa boa [...].

*Paciente:* Por ser advogado. E ter formado os filhos dele. Ele fica massageando o ego dele com isso. Aí fica jogando na cara que ele fez tudo isso sozinho e que minha vó é uma coitada. Ele faz questão de humilhar ela [...]. Eu não fui pro cursinho porque tenho psiquiatra. Ele só atende quinta de manhã. Eu tô aqui esperando na recepção. Hoje no psiquiatra a gente conversou bastante. Ele é muito legal e sempre me dá dicas [...]. [sic]

**Conversa 6** (26 de outubro de 2014, via WhatsApp)

*Paciente:* Preciso falar com vc, kk.

*Madrasta:* Liga em casa. O que aconteceu?

*Paciente:* Nada demais. Já te falo. Vou dormir um pouco, kk.

*Madrasta:* Como assim? Dormir?? E minha curiosidade?!?!?!??

*Paciente:* Kkkkkkkk, aii, mãe. Eu só não ligo pq minha vó vai ouvir e não quero que ela saiba agora, kkkkkkkk.

*Madrasta:* Escreve. Dá uma pista. Sei lá.

*Paciente:* Vc é a primeira pessoa que vai saber.

*Madrasta:* Tá namorando?

*Paciente:* Hauahahahaha, não [...]. Eu perdi a virgindade ontem. Vc é a primeira pessoa que tô contando. E precisamos marcar médico [...]. Pra eu tomar anticoncepcional [...]. E eu usei camisinha, kkkkkk.

*Madrasta:* (*expressão de susto*) [...] Preciso pensar um pouco [...]. Muito inesperado [...]. Realmente melhor conversar pessoalmente.

*Paciente:* Ahhaahahaha, calma. Não é nada de mais, mãe. Foi tarde até. A maioria das pessoas hoje em dia perde com 15 anos. Eu tô quase com 18. Tava na hora já [...]. Kkkkkkkk. [*sic*]

#### **Conversa 7** (12 de novembro de 2014, via WhatsApp)

*Paciente:* Tô com vontade de vomitar. Dor no peito [...]. Não sei se é muscular [...] pq fiz abdominal [...]. Mas dói só o peito [...]. Vou chorar. Que nem naquela vez que fui no hospital e meu nariz entupiu, mas não tô resfriada [...]. Aí da falta de ar [...]. Tô com vontade de chorar e muito triste [...]. Mãeeee! Eu não consigo nem tossir que dói. Tô chegando no cursinho [...]. Mãe, tô chorando já [...].

*Madrasta:* Bia, fica calma!!!!!! Nervosa desse jeito vc acaba confundindo os sintomas e não consegue pensar. Avalia sua dor. Lembra o que vc fez ontem e veja se justifica o que vc tá sentindo [...].

*Paciente:* Eu não sei se justifica. Não dói o tempo todo. E não dói conforme o coração bate. Dói se usa o músculo do peito pra algum esforço. Não tava chorando de nervoso, e sim de tristeza. Tipo quando tá deitado e vai levantar ou quando vai tossir.

*Madrasta:* Isso tem cara de dor muscular. Agora, quanto ao choro, uma pergunta: vc marcou psiquiatra?

*Paciente:* O coração é um músculo. E se for dor no coração? [...] Não, a gente conversou e vai ser a cada dois meses.

*Madrasta:* Bia, é muscular pelos exercícios de ontem. VOCÊ disse que ia marcar com o médico antes do retorno para rever a medicação. O problema é que vc pensa no médico só nos picos de mal-estar. Daí melhora um pouquinho e vc já deixa pra lá.

*Paciente:* Eu não tô com crise. Tô com dor. É dor física, não é psicológico [...]. [sic]

**Conversa 8** (25 de novembro de 2014, via WhatsApp)

*Paciente:* Mereço, viu. Minha vó acabou de chegar aqui toda nervosa porque meu avô saiu com o carro andando e a mala da Carol caiu no pé dela e machucou. Chegou mais nervosa ainda (daquele jeito dela, descontrolada e afobada) porque meu avô deixou o G. andar na frente no carro, e ela foi reclamar e ele, com aquele jeito dele (“nããããã, não tem problema!”), menosprezou o que ela disse. Eu fui fazer um comentário pra ela fazer essas reclamações pra pessoa certa (pro meu avô, com argumentos e sem gritar, ou pro meu pai), e ela ficou nervosa e intolerante com o que eu disse pq já estava nervosa e começou a chorar e fazer um míni escândalo. Reveja se a Carol e o Gui estão preparados pra conviver aqui com os dois, a Carol fica sem graça, e não sei o que isso faz ela pensar, e pode até mexer na autoestima e segurança dela. Minha vó está com problemas, está ansiosa, intolerante e resolve tudo gritando ou interrompendo quem contraria ela. O G. fica mal-acostumado porque meu vô faz tudo que ele quer e não tem noção nenhuma. Se eu fosse vc, eu conversaria com a Carol pra preparar ela melhor pra conviver nesse ambiente, ou que conversem com os meus avós, porque do jeito que tá é estressante e desnecessário. E detalhe, aqui o G. faz birra e se joga no chão. Ele acabou de fazer isso, e eu fui corrigir, Meu vô se intrometeu e começou a agradecer ele. Toma muito cuidado porque isso é um veneno pra ele. Não bote a perder tudo o que ele já melhorou. Mostra isso pro meu pai.

*Madrasta:* Obrigada pelo “olhar”, dessa forma vc me ajuda! Fique perto da Carol. Tô entrando na reunião. Agora que consegui sinal.

*Paciente:* Ok. [sic]

**Conversa 9** (30 de novembro de 2014, via WhatsApp)

*Paciente:* Não tô me sentindo bem. Eu sei que a gente se afastou e não estamos nos falando mais. Mas você é a única pessoa que eu tenho para desabafar.

*Madrasta:* O que aconteceu?

*Paciente:* Eu tô no metrô indo pro centro e me sentindo muito mal [*emoticons com expressão de choro*] [...]. O de sempre. Pensamentos horríveis. Vontade de chorar. Medo.

*Madrasta:* Que tipo de pensamento?

*Paciente:* Acho que eu nunca vou ficar bem. Agonia de tudo..., tudo. Medo de perder o controle, de ter ataque de pânico.

*Madrasta:* Vc está bem! Controle sua mente. Vc consegue!

*Paciente:* Eu tento. Mas eu fico mal do nada.

*Madrasta:* O fato de escrever já é uma demonstração de percepção e atitude. Ficar num ambiente fechado, sem conversar, cheio de pessoas estranhas, talvez potencialize isso.

*Paciente:* Eu tava assim no carro já.

*Madrasta:* Mas vc precisa encontrar alguma coisa totalmente “fútil ou informal” para se ocupar.

*Paciente:* Me dá muita agonia e medo.

*Madrasta:* Drible sua mente!!!!!!

*Paciente:* Eu sinto coisas no corpo todo. Eu melhora quando eu choro. Eu tô melhorando já. Mas não aguento mais viver assim. É muito ruim.

*Madrasta:* O corpo já é consequência de algo anterior. Vc vai precisar buscar estratégias para driblar essas situações até que tenha condições de resolver. Use jogos. Mexa em fotos. Não sei. Alguma coisa que te ocupe a cabeça neste momento pra não dar espaço pra esses medos. Dado o “start” pra esse sentimento, fica mais difícil, então se antecipe! Vc sabe como começa e quase sempre o que desencadeia (estar sozinho e fora de um ambiente “seguro”). Antes que comece a sentir isso, já comece com alternativas que mudem o seu foco. Não sei o quanto funciona. Mas tente! Não espera começar! E mesmo estando bem, não deixe de fazer! Essa “distração” aparentemente boba pode te ajudar a se proteger destes pensamentos ruins. E quando aparece um pensamento ruim, os outros vêm como bola de neve.

*Paciente:* Sabe, às vezes acho que não dou conta. Não dou conta de passar em Medicina. Não dou conta de ser doente. Não dou conta de ter minha família afastada de mim. Não dou conta de ter brigado com meu pai e ter saído da casa dele. Não dou conta de

não ter uma mãe. Não dou conta de morar longe dos meus irmãos e saber que não dou atenção pra eles. Não dou conta de saber que tem espírito ruim na minha casa e que eu tenho que tirar eles de lá. Não dou conta de ter saído da dança e não fazer nada que eu amo. Só estudar. Não dou conta do ambiente daquele apartamento. Eu não consigo superar nada disso sozinha. Eu coloco isso na gaveta todos os dias pra tentar viver. Mas eu não dou conta. É muito pesado pra mim. Minha vida é fingir que eu não tenho problemas e tentar ser feliz. Mas a verdade é que minha vida é um problema. A única coisa que eu faço é tentar sobreviver todo dia pensando num futuro melhor. Mas o presente tá acabando comigo e eu não aguento mais.

*Madraستا:* Não disse pra vc colocar os problemas nas gavetas. Disse que é pra vc driblar esses pensamentos ruins em situações como essas, quando vc está sozinha e num ambiente estranho.

*Paciente:* Eu sei. Eu tô falando que eu faço isso.

*Madraستا:* No mais, eu acho que a única forma de resolver (da forma que for possível) é encarando os [...], enfrentar problema dói demais!! Principalmente quando não depende exclusivamente da gente pra resolver. Algumas coisas são da sua responsabilidade (no sentido de buscar resolver). Outras, não... [sic]

#### **Conversa 10** (15 de dezembro de 2014, via WhatsApp)

*Paciente:* Não tô mais aguentando andar de carro com o meu vô. Toda hora ele tá no WhatsApp com aquela gorda. Eu me sinto traída por ele ter outra família. Tenho ciúmes também. Não sei como ele consegue ser tão ruim assim. Espero que você não pense que é drama e entenda meu lado como neta. Eu não sinto mais vontade de ficar mto perto dele. Ele mexe do meu lado, e acha que não tô vendo. Acabei de ver ela mandando emoticon de noiva. Eu posso parecer fria e o que for [...], mas, na verdade, vendo essa falta de caráter dele com a minha vó e a família dele, me deixa muito triste e me sinto invadida. Eu comecei a ver ele falando com ela por WhatsApp esses dias. Eu sempre soube que ele tinha outra, mas isso tomou outras proporções a partir do momento que eu comecei a ver o que falam. E a frequência. E não me fez bem isso. Sabe, o tempo que ele passa comigo ele divide com ela.

*Madraستا:* Vale a pena falar com a Sonia. E tente se segurar! Não cometa os mesmos erros que eu cometi interferindo numa relação que não era minha [...]. Não, eu não acho

normal. Mas não cabe a vc julgar. Vc está trocando todos os papéis! Vc não é esposa dele, e ele não é seu pai! Vc sempre soube.

*Paciente:* Eu não disse que sou esposa dele. Ele não é meu pai, mas é como se fosse. Não tô trocando os papéis. Foi tudo sempre bagunçado mesmo. Nunca tive ninguém fixo.

*Madrasta:* Já vivi e senti isso com meu pai.

*Paciente:* Ele fala mal da minha vó pra ela.

*Madrasta:* Era igualzinho.

*Paciente:* Fala onde está.

*Madrasta:* Só não tinha WhatsApp.

*Paciente:* Não duvido que fale que eu tô junto.

*Madrasta:* E olha no que deu.

*Paciente:* Eu me sinto invadida. Pq é uma estranha e uma puta (senão não seria amante) que sabe da minha vida. E fica zuando minha vó. Porque eu vi ela zuando. Óbvio que não vou interferir. Não sou doida, mas isso incomoda. Meu vô não é um vô que eu admire e nem que eu tenha contato direto, nem o vejo nos finais de semana, mas eu moro com ele. Acabei criando um afeto maior do que antes. O papel que ele tem na minha vida cresceu muito. Claro que não me sinto esposa dele e nem quero (que nojo). Mas eu tenho ciúmes pq, querendo ou não, ele tem outra família. Vc deveria entender o meu lado e não interpretar como se eu me achasse esposa dele. [*sic*]

### **Conversa 11** (9 de outubro de 2015, via WhatsApp)

*Paciente:* Acabei de ter três pontadas mto fortes do lado esquerdo do peito. Eu fiquei super assustada. Parecia que eu tava tendo um ataque do coração. Quero falar porque não quero ficar guardando isso pra mim. Desde que me mudei da casa de vocês, a minha relação com todos mudou. Nos distanciamos e hoje não me sinto mais parte de um núcleo que era minha referência, o que é natural com o tempo. Por mais que a relação esteja ruim, o meu pai vai sempre ser meu pai, independente do que aconteça. Porque, me dando atenção ou não, ele é meu pai. Agora isso tudo me deixa muito confusa, principalmente em relação a você [...]. Sei que você fica chateada fácil e não é minha intenção te deixar triste [...]. A minha intenção é abrir meu coração mesmo, você precisa agora enxergar com os meus olhos e não pensar tanto no seu lado. Imagina que eu cresci órfã de mãe, aprendi a chamar a minha vó

de mãe e depois descobri que ela era minha vó. De repente, chegou você, que queria ser minha mãe, e minha mãe passou a ser você, mas eu mudei de casa e quem era a minha mãe está tão distante que parece uma amiga. Não estou de forma nenhuma te criticando e nem quero te deixar triste, mas é que faz um bom tempo que eu não vejo sentido em rotular você como mãe. Não tenho dúvidas que você foi uma pessoa maravilhosa pra mim, uma das mais especiais que já conheci, sempre me ajuda muito. Mas acho que continuar te chamando de mãe hoje não faz sentido pra mim e me deixa confusa [...]. Porque, se fosse de verdade, eu teria pais ausentes na minha vida. Só que o meu pai não é uma escolha, você é. E eu fico confusa e não quero mais brincar com sentimentos ou mascarar as coisas e fingir que está tudo bem. Eu queria viver sendo o mais sincera comigo mesma.

*Madrasta:* Fiquei sem bateria. Acabei de ler sua mensagem. Fique em paz. [*sic*]

**Conversa 12** (10 de outubro de 2015, via WhatsApp)

*Paciente:* Depois da nossa conversa, eu fiquei pensando [...]. Querendo ou não eu vivi “uma mentira” (que me ajudou muito e me fez bem também) quando eu tratei uma vó como mãe e depois você como mãe. Hoje, depois de uns cinco anos longe, não faz mais sentido para ninguém ter essa relação. Mas, nesse tempo, você me deu dois irmãos que, mesmo sabendo que não vou conseguir desfazer isso. Eu fico confusa, sabe? Minha vida é meio bagunçada. Eu fiquei chateada com isso. Parece que isso me distancia mais deles. Dói demais.

*Madrasta:* Não entendi o que quer dizer.

*Paciente:* Deixa.

*Madrasta:* Reli o que escreveu várias vezes. Não sei se entendi direito, mas, cuidado! Sua história com seus irmãos não tem nada a ver com isso!

*Paciente:* Difícil é separar que com você tem e com eles não. Mas tudo bem.

*Madrasta:* Tem o quê??? Vc tem um pai, dois irmãos e uma madrasta que te ama como filha e que é ausente por circunstâncias que vc sabe quais são. [*sic*]

**Conversa 13** (18 de dezembro de 2015, via WhatsApp)

*Paciente:* Mãeee, eu conheci uma pessoa no ano passado pela internet e comecei a namorar com ela em março desse ano [2015]. O pai e o irmão dele já sabem, inclusive já conversei com o irmão pelo telefone. Ele mora em Salvador, tem 22 anos e faz Adm e estágio nessa área também. Ele vem em janeiro me ver e a minha vó já sabe [...]. Queria que você e meu pai soubessem, e se quiserem conhecer e conversar com ele ou a família, está em aberto e a critério de vocês. Eu gostaria muito que vocês conhecessem, vai ser importante para mim. Eu não liguei porque não me sinto à vontade pra falar essas coisas, e não falei desde o começo porque vocês não entenderiam. O máximo que eu pude fazer foi mandar mensagem pra você. Desculpa. Acho que eu, vc e meu pai não construímos uma relação aberta e com intimidade.

*Madrasta:* Eu achei que tivesse uma relação aberta com vc. Afinal, vc já compartilhou muita coisa comigo. Mas, enfim [...]. Sim, quero conhecer. Vou falar com seu pai.

*Paciente:* Aberta, sim, mas não pra isso. A impressão que eu tenho é que vocês têm mais preconceito do que compreensão com essas coisas. Não leve pro lado errado o que eu disse de não ter uma relação aberta. Pra mim, ela é aberta até certo ponto. [*sic*]