

A ANÁLISE DE UMA CRIANÇA PORTADORA DE DIABETES: SUAS IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL

Poliana Emerich
Rute Grossi Milani

Introdução

A psicanálise com crianças, segundo Castro e Stürmer (2009), é transpassada por três fatores que interferem no tratamento: a participação e interferência de terceiros no vínculo psicoterápico, a demanda que, na maioria das vezes, parte dos pais ou responsáveis, e a forma de comunicação do material psíquico. A participação de terceiros faz-se necessária, pois os pacientes são legalmente menores e dependentes da família, no entanto essa inclusão dos pais tem o objetivo de oferecer o suporte necessário à manutenção do tratamento e também buscar um maior entendimento quando as ansiedades e modo de funcionamento da família.

Quanto à forma comunicativa do material na sessão, a criança não tem a palavra no mesmo nível do adulto, então se utiliza de outros meios de comunicação além da expressão verbal. Predominantemente, ela usa “o brincar como forma de manifestar seus estados mentais” (Idem, p. 78). Desta forma, o brincar pode ser considerado uma narrativa (com ou sem palavras) que vai organizando a experiência infantil, pois através desse brincar ele denuncia algo desconhecido da ordem do inconsciente.

Portanto, o brincar será o meio pelo qual a criança irá nos comunicar o que está acontecendo “em seu mundo interno, ao mesmo tempo em que revela seu modo de ser”, seus conflitos, angústias, fantasias e capacidade simbólica (Idem, p. 141). Ao brincar a criança já expressa o que naquele momento está sendo produzido em sua associação lúdica. Segundo Klein (1997), o jogo espontâneo é importante, pois através do simbolismo do brinquedo a criança altera o alvo-mãe e transfere a outros objetos seus interesses, fantasias, ansiedades e sentimentos de culpa.

Ferro (1995) ainda afirma que a criança aprecia concluir que pode expressar seus impulsos agressivos sem temer que eles retornem de maneira violenta e a brincadeira é uma forma de dominar a angústia, controlar ideias e impulsos que conduzem à angústia.

Com os materiais lúdicos disponíveis, é a criança quem escolhe o que deseja utilizar no decorrer da sessão, o que já aponta algo sobre ela mesma, sendo que o terapeuta é guiado pela criança e acompanha o jogo, intervindo ou interpretando aspectos significativos. A criança utiliza-se do jogo, pois através dela consegue partilhar seus temores e viver situações a distância no tempo e espaço, deslocando ansiedades e conflitos que podem ser elaborados (Castro; Stürmer, 2009). A utilização de histórias também se apresenta como outro recurso, pois as crianças, de acordo com Corso e Corso (2006), procuram o medo e nas histórias infantis esses elementos assustadores estão presentes possibilitando às crianças conhecer e enfrentar o medo.

Ao contrário das demais relações na vida do paciente, a relação terapêutica estabelece-se diferente em determinados aspectos. Primeiro, porque ela não é natural nem espontânea, ou seja, ela é construída pela dupla criança/terapeuta. Segundo, porque ela se dá num espaço específico, denominado setting. Terceiro, porque não existe reciprocidade, ela é uma relação assimétrica, com papéis e funções diferenciadas para terapeuta e paciente (Ferro, 1995).

A psicanálise com crianças assume algumas peculiaridades no trabalho terapêutico quando adentramos na clínica da psicossomática. Segundo Ranña (2004, p. 106-107), a somatização é “uma disfunção ou lesão do corpo biológico em consequência de uma falha na organização pulsional na passagem ao corpo erógeno”. A principal função do aparelho psíquico é transformar as excitações, originadas no corpo e nas interações do corpo com o mundo externo, em representações psíquicas e, no caso da somatização, há uma falha nessa função, podendo ela ser global ou pontual.

Assim, nos diz Ranña (2004), a somatização é uma falha no processo de inscrição pulsional, a qual não se coloca nos limites do inconsciente com o sistema pré-consciente, lugar do recalado, mas no limite do impensável. Em outro artigo, Ranña (1998/2010, p. 144) faz a seguinte comparação: na histeria, o corpo fala; na clínica somática o corpo adoece e o corpo sofre justamente porque não fala, já que não existe “um conflito que encontra expressão deslocada ou condensada no sintoma”. É como se a excitação somática perdesse sua ligação com a rede simbólica e isso criasse condições para o surgimento de distúrbios psicossomáticos.

Dejours (1997/2010) afirma que o sintoma somático não é uma conversão, pois não vem do recalque. Para ele, a crise somática acontece no âmbito de uma relação com o outro, quando essa relação me coloca num impasse psíquico. Logo, o sintoma somático teria um significado que estaria ligado à dinâmica intersubjetiva. No entanto, adverte Dejours que esse sentido atribuído ao sintoma somático é diferente daquele da histeria.

Para Dejours (1997/2010), temos dois corpos, sendo que entre esses dois corpos estabelece-se uma relação, mas não uma continuidade. E a essa relação ele deu o nome de subversão. Uma função implica o uso de vários órgãos, colocados a serviço da auto conservação. A subversão se aplica não à função no seu conjunto, mas sobre os órgãos desta função. Por exemplo, o comer não é só satisfazer uma necessidade vital, mas é também brincar com o corpo. Aos poucos o corpo todo vai sendo colonizado até que um segundo corpo se constitui: o corpo erógeno, colonizado pela libido. A esse processo, Dejours denominou de *subversão libidinal*.

Nesse processo, a criança mostra aos pais que seu corpo não se presta exclusivamente à satisfação das necessidades vitais. Essa subversão libidinal se dá através da relação estabelecida entre a criança e seus pais. Esse corpo erógeno emerge como resultado de um “diálogo” que se dá em torno do corpo e de suas funções.

Assim, Dejours (1997/2010) afirma que a origem da vida psíquica se encontra no corpo erógeno, porém vale ressaltar que esse corpo erógeno não está dado, tem de ser construído; e essa construção depende da capacidade dos pais de brincar com o corpo da criança. Continuando essa linha, este autor ainda propõe que nas doenças somáticas haveria um processo de somatização incidindo sobre determinada função que escapou da plena subversão libidinal, de maneira que ela não se localizaria em qualquer lugar do corpo, mas preferencialmente, na zona forcluída da subversão libidinal, que se constitui numa zona de fragilidade.

Por isso, Ranña (2004) fala que no espaço terapêutico o fenômeno psicossomático precisa ser trabalhado a partir de duas vertentes: a da pulsão e a da relação objetal. Na clínica psicossomática, a noção de transferência assume o papel da relação objetal, incorporando aspectos relacionados à continência, acompanhamento e denominação das ações, que se

desenrolam de uma forma vazia, desorganizada e frequentemente agressiva. Já os movimentos progressivos e regressivos podem ser identificados para marcar as etapas da organização pulsional do indivíduo.

Por causa da importância da relação objetal na clínica psicossomática, falaremos um pouco a respeito da função materna. Winnicott (2000) apresenta-nos o conceito de mãe suficientemente boa, no qual a mãe exerce uma maternagem adequada devido ao fato de que ela não gratifica nem frustra em excesso permitindo com que haja um crescimento sadio do self da criança. Para que essa maternagem ocorra, a mãe necessita ter uma série de atributos e funções que dependendo da forma como ela exerça podem pautar por uma normalidade ou adquirir características patogênicas. Levando em consideração as diferenças individuais de cada uma, Zimmerman (1999) afirma que as mães devem preencher satisfatoriamente algumas condições.

A mãe deve ser provedora das necessidades básicas do filho, tanto de sobrevivência física (alimento, agasalho) quanto psíquica (amor, calor, contato físico). Cabe a ela também a tarefa de “exercer a função de para-excitação dos estímulos que o ego incipiente da criança não consegue processar pela sua natural imaturidade neurofisiológica” (Idem, p. 104), os quais são provenientes tanto das tensões e traumatismos das primeiras experiências sensoriais na infância quanto das sensações desprazerosas do próprio corpo.

Desta maneira, a mãe precisa estar disponível para acolher o “conteúdo” das necessidades e angústias da criança. Segundo Klein (1997), a mãe funciona como um receptáculo das angústias e do desamparo inicial da criança, por isso a importância do vínculo mãe-bebê. Então, a função materna tem o sentido de alguém que propicie alívio às ansiedades excessivas, discriminando-as e auxiliando o bebê no seu contato com o mundo interno e com a realidade. Para compreender esse bebê, a mãe precisa estabelecer um vínculo amoroso e também a capacidade de fantasiar e sonhar como atributos necessários para detectar e decodificar as necessidades do bebê. Através disso, a mãe começa a mediar o processo de simbolização, a nomear e dar sentidos as experiências para o bebê.

Bion (1973) entende a relação mãe-bebê como semelhante a de continente-contido, no qual o continente é uma mente que recebe e acolhe as projeções, que são elementos beta não

simbolizados. Logo, para Bion (1973), a função materna é traduzir o aglomerado de sensações e emoções, dando significado a elas de forma a transformá-las em conteúdo possível para ser sentido, sonhado ou pensado pela criança.

Outra função essencial de uma maternagem suficientemente boa é a frustração num nível adequado. Além de ela ser inevitável, a frustração é necessária para o crescimento emocional e cognitivo da criança, sendo que a criança desenvolve essa capacidade de tolerar, conter e trabalhar os próprios conteúdos mentais através da experiência de lidar com a frustração mediada pela mãe (Zimmerman, 1999).

Outro ponto é a capacidade dessa mãe de sobreviver aos ataques destrutivos e às demandas vorazes sem que ocorra a retaliação ou ela sucumbe a um estado depressivo. Sem essa capacidade de sobrevivência da mãe, de acordo com Zimmerman (1999), a criança não cria a onipotência necessária para enfrentar a vida e dar um salto no escuro.

Uma função fundamental é a de continência das identificações projetivas. Winnicott (2000) denominou isso de *holding*, o que significa um suporte adequado para que a criança possa desenvolver suas potencialidades através da empatia da mãe. Além disso, o *holding* é uma forma de amar e está diretamente ligada à capacidade da mãe de identificar-se com o filho.

Nesse mesmo sentido, Bion (1967/1988) denomina outro termo, *rêverie*, que se refere à capacidade materna em fantasiar e faz-se necessária para o desenvolvimento da capacidade de pensar da criança. A atitude de *rêverie* por parte da mãe permite que a criança exercite seu direito de devanear, imaginar e fantasiar. É através da *rêverie* (capacidade de fantasiar) também que a mãe consegue decifrar e digerir as angústias do bebê e devolvê-las de forma que possibilite o desenvolvimento psíquico da criança.

Objetivos

O objetivo do trabalho é refletir, através da análise de um caso clínico atendido pela pesquisadora, a respeito das implicações que o diabetes traz para o desenvolvimento emocional da criança.

Metodologia

Este trabalho baseia-se no estudo de caso de uma criança, do sexo feminino, de 7 anos de idade, aqui denominada de Mariana e atendida pela pesquisadora. Os dados apresentados foram obtidos em sessões de atendimento psicoterapêutico com a criança, realizado duas vezes por semana, com duração aproximada de 50 minutos cada uma. O processo de psicoterapia compreendeu duas sessões de anamnese com os pais da criança, quatro sessões com a criança para elaboração do psicodiagnóstico, que envolveram a aplicação de técnicas como a Hora do Jogo Diagnóstico e Desenhos de Família com Estórias (DF-E) do Trinca, entrevistas devolutivas com os pais e com a criança após o psicodiagnóstico, bem como noventa e oito sessões de psicoterapia. Além disso, durante o processo psicoterapêutico, os pais foram chamados quatorze vezes para conversar a respeito do andamento do tratamento da filha.

O atendimento teve início em março de 2011 durante o período de estágio obrigatório do curso de Especialização em Psicanálise, sendo que ao final do estágio os pais foram chamados e aceitaram a proposta da pesquisadora de continuar o processo terapêutico, após o entendimento da importância do mesmo para a paciente. Portanto, a paciente ainda se encontra em processo terapêutico. Nesse encontro, eles também foram informados e assinaram um termo de consentimento autorizando que os dados do caso fossem usados em trabalho científico, ressaltando-se que a paciente e a família não seriam identificadas.

A forma de análise das sessões seguiu a perspectiva clínica, buscando compreender o material apresentado através da psicanálise infantil, que, segundo Zavaschi, Bassols, Bergmann e Costa (2005), é um método psicoterapêutico baseado nos mesmos fundamentos teóricos da psicanálise e que possibilita o alívio do sofrimento emocional da criança.

A paciente possuía uma caixa na sala de atendimento, a qual continha alguns objetos como lápis de escrever, lápis de cor, giz de cera, cola, tesoura, caneca, apontador, borracha, durex, papel crepom de várias cores (azul, amarelo, rosa, roxo, verde, vermelho), palito de sorvete, folhas de sulfite, massa de modelar, tinta guache, dois pinceis, seis xícaras, seis colheres, seis pratos, seis copinhos, uma jarra, duas panelas, fogãozinho, comidinha de plástico, boneca, Barbie, um ferro de passar, uma máquina fotográfica, barbante, dois carros,

dois aviões, um porco, um cavalo, uma vaca, um cachorro, um celular, uma toalhinha. A caixa só era aberta durante o atendimento pela própria paciente.

Resultados e Discussão

Aqui apresento o caso de uma paciente, uma criança do sexo feminino com 7 anos de idade, a qual chamei de Mariana e tem sido atendida pela pesquisadora a 1 ano e 3 meses. Os dados foram obtidos em entrevistas com os pais e sessões de atendimento psicoterapêutico de orientação psicanalítica com a criança, realizado duas vezes por semana. Sua família é constituída pelo seu irmão de 12 anos, sua mãe de 34 anos e seu pai de 40 anos.

Os pais buscaram o trabalho terapêutico por causa da doença de Mariana, a qual tem diabetes desde os quatro anos de idade, para que ela aprendesse a lidar com a doença e todas as mudanças e adaptações necessárias. A família precisou passar por mudanças a fim de se adaptar à condição de Mariana e algo muito evidente é o medo de perdê-la devido às complicações que a doença pode causar, como, por exemplo, coma, neuropatia (dano no nervo), retinopatia (problemas no olho), infecções, úlceras de pé, doenças cardíacas.

Pensando no que foi exposto acima, o primeiro ponto a ser abordado é a queixa trazida pelos pais de Mariana. Os pais relataram que a busca pela terapia se deu com o propósito de Mariana aprender a lidar com a doença e todas as mudanças e adaptações necessárias, mas eles consideravam que ela lidava bem com a doença. Mas, durante várias sessões, Mariana trouxe a questão da doença, de como é difícil querer comer determinados alimentos e não poder, as inúmeras perdas que ela sofreu e quanto de sofrimento isso gera. Essa é uma questão muito importante no tratamento, pois tem um impacto enorme tanto para a paciente quanto para a família devido às diversas adaptações que se fizeram necessárias.

Numa das sessões, Mariana comenta sobre a bagunça que havia feito na sala e era só dela, ao falar sobre isso podemos pensar que ela se refere à dor que é dela e ao fardo que precisa carregar sozinha. A psicoterapia, nesse caso, foi de extrema importância, porque permitiu a paciente expressar melhor suas emoções e compreendê-las, o sofrimento psíquico

decorrente da doença, de forma que ocorressem mudanças no mundo intrapsíquico e inter-relacional (Castro & Stürmer, 2009).

Em algumas sessões, Mariana brinca que o pai ou a mãe ligam para verificar se ela estava bem. Essa preocupação em não mostrar esse lado que fica mal, por causa dos pais que não suportam, revela uma necessidade de estar bem o tempo todo gerando uma ansiedade muito grande, sendo que ela recorre à satisfação oral como forma de introjetar coisas para ficar bem e aliviar essa angústia.

De acordo com Klein (1997), mais do que qualquer outra coisa a criança faz uso do *acting-out*, pois o ganho de prazer que ela obtém através dele permite com que ela continue a análise. Conforme a análise caminha e certa quantidade de angústia é resolvida pela interpretação, isso produz uma sensação de alívio, a qual ajuda a prosseguir o trabalho terapêutico. Ao longo do processo terapêutico, é possível observarmos que em momentos de muita angústia, Mariana recorre a essa voracidade, como um *acting-out*, porém ela se torna menos frequente conforme o trabalho elaborativo progride.

Ao longo do processo terapêutico, observamos aparecer a raiva e a inveja que Mariana fica da mãe, como se não pudesse vir nada de bom dessa mãe. Em uma sessão, ela trouxe a história da Branca de Neve, a qual, segundo Corso e Corso (2006), significa a passagem da sexualidade, sendo que a bruxa simboliza a mãe e a maçã foi dada pela mãe. Geralmente isso se refere ao período de puberdade, porém, no caso da paciente, pode estar relacionada a uma fantasia de uma época remota (amamentação), na qual o objeto mal foi introjetado.

Uma das brincadeiras recorrentes nas sessões é de mamãe e filhinha, sendo que todas as vezes a terapeuta desempenha o papel da mãe e a paciente, o da filha. Nessas brincadeiras, além da paciente trazer a relação com sua própria mãe, ela também traz suas angústias de forma que a terapeuta funciona como um continente interno para Mariana. Em uma das sessões, ao entrar na discussão se a Barbie comeria ou não determinados alimentos, percebemos o significado que a terapeuta tem para ela, pois a babá não entende a fantasia dela, enquanto a terapeuta sim.

Com isso, podemos pensar numa das funções materna que, para Klein (1997), a mãe, no caso a terapeuta, funciona como um receptáculo para as angústias da Mariana propiciando alívio das ansiedades, discriminando e auxiliando-a no contato entre mundo interno e realidade. Nesse mesmo sentido, Bion (1973) também afirma que a relação mãe-criança se assemelha com a relação continente-contido, na qual a mãe, ou terapeuta, contém as angústias da criança, transformando-as para que ela possa pensar. Com isso, é possível observarmos o quanto a terapeuta se torna importante para Mariana.

Essa questão ainda nos remete a outro autor. Segundo Ranña (2004), a terapia com pacientes psicossomáticos articula os conceitos da organização pulsional com os conceitos da relação objetal. Por isso, a noção de transferência assumirá o papel da relação objetal incorporando seus aspectos relacionados com a continência, para-excitação, função materna, que se desenrolam de uma forma vazia, desorganizada e até agressiva. Os processos identificatórios tem a função de “sustentar a transferência, que age no silêncio, na sintonia e na sincronia” (Idem, p. 124).

No decorrer do processo, vemos como a transferência entre paciente e terapeuta se desenvolve, sendo que a terapeuta ganha um status de grande importância na vida da paciente, a qual gostaria que a terapeuta estivesse ao seu lado nos momentos além daquele da terapia, como nas viagens, no aniversário, nas apresentações do colégio.

Isso também é notável quando, nas suas brincadeiras, Mariana demonstra não querer dar trabalho para a terapeuta e tenta proteger a terapeuta para que esta não veja seu lado impulsivo e desorganizado. Além disso, Mariana fica com medo de mostrar esse lado mais exigente e voraz dela à terapeuta e procura agradá-la como forma de reassegurar o amor da terapeuta e não perdê-la, tanto que em algumas sessões, ela presenteia a terapeuta com desenhos ou na brincadeira ela prepara tudo para a terapeuta a fim de surpreendê-la.

O senso da criança de quem ela é e de como os outros irão reagir, para Castro e Stürmer (2009), é influenciado por expectativas baseadas em seu passado e também pelas relações familiares recentes. As fantasias da criança sobre o terapeuta são meios pelos quais as relações passadas e presentes são transferidas no setting. Como Mariana estressa as pessoas que estão ao seu redor por causa do trabalho que ela dá, ela tenta poupar a terapeuta desse

trabalho. Logo, podemos observar que tentar agradar e até poupar a terapeuta é uma forma de compensar o trabalho que ela dá para mãe.

No decorrer da análise, surgem as invejas que Mariana sente em relação à terapeuta, a qual lhe parece uma mulher poderosa. No entanto, esse lado invejoso e agressivo dela deixa-a assustada e com medo da retaliação, então começa a agradar a terapeuta como forma de aplacar essa destrutividade e se assegurar de a terapeuta vai continuar gostando dela. Conforme dito por Zimerman (1999), assim como é importante a capacidade da mãe de sobreviver aos ataques destrutivos da criança, de mesma forma isso se aplica à terapeuta.

Esse mesmo raciocínio, para Castro e Stürmer (2009), pode ser aplicado na situação terapêutica, porque o paciente só poderá ser ele mesmo e mostrar seus aspectos negativos e positivos quando se sentir seguro, ou seja, num ambiente suficientemente bom, no qual ele possa mostrar sua agressividade, inveja ou ódio no espaço do setting sabendo que esses aspectos serão trabalhados, tolerados, respeitados e integrados a sua personalidade. Portanto, com o decorrer do processo terapêutico, Mariana começa a trazer esses conteúdos, pois entende que a terapeuta propicia esse setting, no entanto o medo da punição faz com que ela queira agradar a terapeuta como forma de reassegurar esse amor.

Através de história, como a história dos Três Porquinhos, Mariana começa a trazer os conteúdos relacionados ao desejo de crescer, deixar esse lado bebê e se fortalecer para se virar sozinha. De acordo com Corso e Corso (2006), o porquinho pode ser pensado como três em um, como se o trio desse lugar para a evolução do personagem, representando sucessivos momentos. As crianças pequenas adoram essa história, pois apesar dela ser simples, sua trama toca profundamente, já que um dia as crianças, quando adulta, terão que sair de casa e proteger-se sozinhas. Entretanto, para que isso aconteça, ela precisa lidar com muitas, portanto, precisa da ajuda da terapeuta para fortalecer o ego para que mais para frente possa se virar sozinha.

Conforme o decorrer do processo terapêutico, uma das brincadeiras que se tornam frequente é as visitas ao zoológico. Pensamos que essas visitas ao zoológico estão relacionadas com a aproximação de Mariana de conteúdos mais profundos e pesados, pois esse zoológico representa a parte mais primitiva dela e que até o momento estava “presa” e

“bem” guardada. Para Ranña (1998/2010), é nesse contexto que a ação terapêutica deve, na transferência, integrar os aspectos frágeis, poucos desenvolvidos e fragmentados do paciente.

Surge também a curiosidade pela sexualidade por meio da história da Chapeuzinho Vermelho. De acordo com Corso e Corso (2006), está relacionada à curiosidade sexual infantil, a perda da inocência e as fantasias de sedução por um adulto, sendo que essa história Chapeuzinho “é útil para aqueles que a sentem que tem, estão curiosos com o seu significado, mas ainda não estão prontos para explicitar esse conhecimento” (p. 55). Assim como a menina na história da Chapeuzinho Vermelho, podemos notar que a paciente está cativada e assustada por algo que ainda não compreende, mas sente. Na infância, a criança oscila em descobrir que tem uma sexualidade e saber sobre ela (Corso & Corso, 2006). É interessante observarmos como Mariana recorre as histórias para entender conteúdos que estão difíceis para ela.

Notamos também que ela recorre os desenhos para ajudar nesse processo quando coloca no seu desenho objetos que podem ser ou pode não ser, pois é um mistério, não sabe o que vai surgir. Podemos pensar que ela quer entender melhor algumas coisas da sexualidade, perceber as diferenças, no entanto essa curiosidade gera angústia, pois é muita coisa que tem para lidar, já que essa sexualidade pode ser algo perigoso e gerar perdas.

Durante o processo terapêutico, Mariana teve algumas “crises” somáticas. Observamos que essas somatizações acontecem em períodos de muito estresse, seja no ambiente ou na família, o que leva Mariana a um estado de desequilíbrio, somatizando para conter as excitações. Segundo Dejours (1997/2010), a crise somática acontece no contexto da relação com o outro, quando esta relação coloca um impasse psíquico diante do sujeito. Ranña (1998/2010) afirma que nos desequilíbrios do funcionamento fisiológico, ou seja, as crises somáticas, estão implicados desequilíbrios entre pulsão de vida e pulsão de morte.

Podemos afirmar que a aliança terapêutica foi fundamental no processo, pois permitiu que a dupla paciente-terapeuta fizesse suas produções, já que, para Ferro (1995), as narrativas da sessão são insaturadas, ou seja, estão abertas e cheias de possibilidade que a dupla paciente/terapeuta deve descobrir ou criar. Em uma das brincadeiras, Mariana fica surpresa e feliz ao descobrir que conseguiu alimentar o peixe, o que nos leva a pensar que com o

trabalho terapêutico ela conseguiu encontrar recursos suficientes dentro dela. Num outro momento, ao brincar com massinha, ela constrói um cenário, no qual tem uma ponte, que nos faz pensar que essa ponte simboliza as próprias construções entre paciente e terapeuta.

Para Bion (1967/1988), *rêverie* designa uma condição em que a mãe (ou o analista) está em um estado de sonho, captando o que se passa com o seu filho principalmente através da intuição. O analista também deve desempenhar essa função, sendo que no caso da função *rêverie* do analista, tem a ver com a capacidade do analista de fantasiar. Para poder brincar com Mariana, em sintonia com ela, a terapeuta precisou ter uma condição de *rêverie*, o que permitiu que a paciente pudesse fantasiar a respeito dos seus conteúdos e problemas, uma vez que a própria doença, o diabetes, é uma questão de dificuldade nessa simbolização.

Um aspecto importante de ressaltarmos foi a participação dos pais, principalmente da mãe, no processo terapêutico. Muitas vezes a mãe da paciente procurou a terapeuta para falar sobre mudanças referentes à Mariana, também sobre suas ansiedades e dúvidas na maneira de agir com a filha. Desta forma, terapeuta e mãe puderam formar uma dupla através do suporte da terapeuta para a mãe se sentir mais fortalecida, o que, com certeza, foi positivo para o tratamento da criança.

Segundo Castro e Stürmer (2009), no trabalho com crianças, o terapeuta deve dar lugar a participação dos pais, considerando o papel da criança na família e o contexto envolvido, através de um suporte terapêutico, ao estar disponível que os pais tragam suas ansiedades e também ajudar na compreensão das fantasias relacionadas à criança e às mudanças ocasionadas ao longo do tratamento para que as suportem e as aceitem.

Levando em consideração isso e os outros aspectos analisados anteriormente, avaliamos a experiência como benéfica, pois possibilitou o fortalecimento egóico de Mariana preparando-a para lidar melhor com a doença e seu lado ansioso.

Conclusão

Essa análise do caso possibilitou pensarmos sobre algumas questões que surgem no atendimento de uma criança com diabetes. O diabetes é uma doença que mobiliza muito o

portador em função das suas restrições, complicações, como a presença de fantasias de morte e medo de não sobreviver. Tudo isso exige muita energia do paciente portador e torna muito difícil lidar com a mesma, principalmente no caso de criança, as quais já têm muitos conteúdos, pertinentes ao seu desenvolvimento emocional, para dar conta gerando muita ansiedade nesse processo.

Desta forma, avaliamos a experiência como benéfica, uma vez que possibilitou o fortalecimento egóico de Mariana. Também permitiu que a paciente lidasse melhor com a doença e com o seu lado ansioso, por proporcionar um lugar para expressar melhor suas emoções e compreendê-la, além de a paciente poder ter sido acolhida em seu sofrimento.

Além disso, a análise feita anteriormente apenas abrangeu as partes, consideradas pela pesquisadora, mais importantes trabalhadas na terapia, já que os conteúdos trazidos pela paciente foram extensos, os quais poderiam servir como material para uma discussão mais aprofundada.

E, por último, assim como para a paciente, podemos considerar a experiência benéfica também para a pesquisadora, pois proporcionou a vivência do processo terapêutico com criança, bem como da relação com o paciente, do entendimento do caso em sua totalidade segundo a teoria psicanalítica.

Referências

Bion, W. R. (1973). *Atenção e interpretação: uma aproximação científica à compreensão interna na psicanálise e nos grupos*. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1988). Uma teoria sobre o processo de pensar. In W. R. Bion (Org.), *Estudos psicanalíticos revisados*. (pp. 101-109). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1967).

Brasil, Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica: diabetes mellitus. n. 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Castro, M. G. K.; & Stürmer, A. (2009). *Crianças e adolescentes em psicoterapia: uma abordagem psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.

Corso, D. L.; & Corso, M. (2006). *Fadas no Divã: Psicanálise nas histórias infantis*. Porto Alegre: Artmed.

Dejour, C. (2010). Biologia, psicanálise e somatização. In: R. M. Volich, F. C. Ferraz e M. A. A. C. Arantes (orgs.). ***Psicossoma II: psicossomática psicanalítica***. (3 ed). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Obra originalmente publicada em 1997)

Ferro, A. (1995). *A técnica na psicanálise infantil: a criança e o analista da relação ao campo emocional*. Rio de Janeiro: Imago.

Klein, M. (1997). *A psicanálise de criança*. Rio de Janeiro: Imago.

Ranña, W. (2004). Psicossomática e o infantil: uma abordagem através da pulsão e da relação objetal. In: F. C. Ferraz e R. M. Volich (orgs.). ***Psicossoma I: psicanálise e psicossomática***. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____. (2010). Pediatria e psicanálise. In: R. M. Volich, F. C. Ferraz e M. A. A. C. Arantes (orgs.). ***Psicossoma II: psicossomática psicanalítica***. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1998).

Winnicott, D. (2000). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.

Zavaschi, M. L. S.; Bassols, A. M. S.; Bergmann, D.; & Costa, F. (2005). Abordagem psicodinâmica na infância. In C. L. Eizirik; R. W. Aguiar; & S. S. Schestatsky (orgs.), *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. (2 ed, pp. 717-737) . Porto Alegre: Artmed.

Zimerman, D. (1999). O grupo familiar: normalidade e patologia da função materna. In D. Zimerman (Org.), *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica*. (pp. 103-110). Porto Alegre: Artmed.

EIXO TEMÁTICO: PSICOLOGIA, SAÚDE E PROCESSOS CLÍNICOS