ReGeo ISSN: 2177-3246

FERIDAS EMOCIONAIS NA INFÂNCIA, ECOS NA VIDA ADULTA: UM ESTUDO DE CASO À LUZ DA PSICANÁLISE

EMOTIONAL WOUNDS IN CHILDHOOD, ECHOES IN ADULT LIFE: A CASE STUDY IN THE LIGHT OF PSYCHOANALYSIS

HERIDAS EMOCIONALES EN LA INFANCIA, ECOS EN LA VIDA ADULTA: UN ESTUDIO DE CASO A LA LUZ DEL PSICOANÁLISIS

https://doi.org/10.56238/revgeov17n7-177

Data de submissão: 22/06/2026 **Data de publicação:** 22/07/2026

Sidnei Nogueira de Souza Junior
Bacharel em Psicologia
Instituição: Faculdade IDEAU
E-mail: sidjuniorjr@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0008-2203-1365
Currículo Lattes: https://wwws.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=EE6133F40FE9E62BC3E2D203CAC24DC1#

Dilce Helena Alves Aguzzi
Especialista em Psicologia Analítica
Instituição: Faculdade IDEAU
E-mail: dilcehelenapsicologa@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0009-0238-0493
Lattes: http://lattes.cnpq.br/0351912661939579

RESUMO
Este estudo apresenta um caso clínico de uma paciente de 76 anos, atendida na Clínica Escola de Psicologia da Faculdade IDEAU (Bagé-RS), no período de abril a novembro de 2025, sob a abordagem psicanalítica. Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório que buscou compreender a gênese e a manifestação dos conflitos atuais da paciente e sua história de vida marcada por falhas precoces no vínculo materno. Ela apresenta histórico de crises de ansiedade desde a adolescência, evoluindo para sintomas de síndrome do pânico, compulsão alimentar e conflitos familiares. O estudo fundamentou-se em um arcabouço teórico robusto à luz da psicanálise, que funcionou como uma lente integradora. A análise clínica, por sua vez, fundamentou-se, especialmente, nos conceitos de Winnicott (1958, 1960, 1965) sobre falhas ambientais, holding, handling e constituição do self, onde se evidenciou que a dinâmica conflituosa com a filha é um eco da falha vincular primária, reproduzindo o padrão de rejeição e disputa vivenciado com a mãe. O impacto das feridas emocionais da infância se manifesta na vida adulta através do predomínio do mecanismo de defesa da projeção e da dificuldade em estabelecer relações de dependência saudáveis. Contudo, o processo analítico, por meio da transferência, permitiu o acesso a memórias recalcadas e a elaboração psíquica, possibilitando à paciente elaborar o vínculo e iniciar um movimento de diferenciação e autonomia nas suas relações familiares. O caso reforça a relevância do setting analítico como espaço de reparação e integração psíquica frente a sintomas relacionados a falhas precoces no desenvolvimento afetivo.

Palavras-chave: Psicanálise. Estudo de Caso. Vínculo. Conflitos.

ABSTRACT
This study presents a clinical case of a 76-year-old female patient, attended at the IDEAU College of Psychology Clinic (Bagé-RS), from April to November 2025, with a psychoanalytic approach. This is a qualitative and exploratory study that sought to understand the relationship between the patient's current conflicts and her life history marked by early failures in the maternal bond. She has a history of anxiety crises since adolescence, evolving into symptoms of panic disorder, compulsive eating, and family conflicts. The study was based on a robust theoretical framework in the light of psychoanalysis, which functioned as an integrating lens. The clinical analysis, in turn, was based, especially, on the concepts of Winnicott (1958, 1960, 1965) on environmental failures, holding, handling, and the constitution of the self, where it was evidenced that the conflictual dynamic with the daughter is an echo of the primary relational failure, reproducing the pattern of rejection and dispute experienced with her mother. The impact of childhood emotional wounds manifests in adult life through the predominance of the defense mechanism of projection and the difficulty in establishing healthy dependency relationships. However, the analytic process, through transference, allowed access to repressed memories and psychic elaboration, enabling the patient to elaborate the bond and initiate a movement of differentiation and autonomy in her family relationships. The case reinforces the relevance of the analytic setting as a space for repair and psychic integration in the face of symptoms related to early failures in affective development.

Keywords: Psychoanalysis. Case Study. Bond. Conflicts.

RESUMEN
Este estudio presenta un caso clínico de una paciente de 76 años, atendida en la Clínica Escuela de Psicología de la Facultad IDEAU (Bagé-RS), de abril a noviembre de 2025, con un enfoque psicoanalítico. Se trata de un estudio cualitativo y exploratorio que buscó comprender la relación entre los conflictos actuales de la paciente y su historia de vida marcada por fallos tempranos en el vínculo materno. Tiene un historial de crisis de ansiedad desde la adolescencia, evolucionando hacia síntomas de trastorno de pánico, comportamiento alimentario compulsivo y conflictos familiares. El estudio se basó en un marco teórico robusto a la luz del psicoanálisis, que funcionó como una lente integradora. El análisis clínico, a su vez, se basó especialmente en los conceptos de Winnicott (1958, 1960, 1965) sobre fracasos ambientales, holding, handling y la constitución del self, donde se evidenció que la dinámica conflictiva con la hija es un eco del fracaso relacional primario, reproduciendo el patrón de rechazo y disputa experimentado con su madre. El impacto de las heridas emocionales de la infancia se manifiesta en la vida adulta a través del predominio del mecanismo de defensa de la proyección y la dificultad para establecer relaciones de dependencia saludables. Sin embargo, el proceso analítico, a través de la transferencia, permitió el acceso a memorias reprimidas y la elaboración psíquica, posibilitando que la paciente elaborara el vínculo e iniciara un movimiento de diferenciación y autonomía en sus relaciones familiares. El caso refuerza la relevancia del setting analítico como espacio de reparación e integración psíquica frente a síntomas relacionados con fracasos tempranos en el desarrollo afectivo.

Palabras clave: Psicoanálisis. Estudio de Caso. Vínculo. Conflictos.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O objetivo principal deste estudo de caso foi a vivência da prática clínica psicológica, com a abordagem psicanalítica e suas técnicas aprendidas ao longo da formação teórica. O atendimento psicoterápico seguiu os pressupostos de autores como Freud, Lacan, Zimerman, Kaës, Trachtenberg, dentre outros, o que caracteriza um arcabouço teórico robusto. No entanto, exclusivamente para a análise deste estudo, foram utilizados os conceitos de Winnicott.

Ademais, a análise clínica em questão originou-se dos atendimentos realizados durante o estágio obrigatório em psicologia clínica na CEPsi da Faculdade IDEAU, que fica localizada na cidade de Bagé-RS, em 2025, com públicos distintos: crianças, adolescentes, adultos e idosos. Tais práticas foram devidamente supervisionadas por uma psicóloga do corpo docente. Dentre os pacientes, julgou-se relevante para este estudo o caso de uma senhora de 76 anos de idade, sendo escolhida para ser apresentada por conta de sua notável evolução ao longo do processo, embora esteja na senescência.

Nessa conjuntura, ela buscou atendimento psicoterapêutico na CEPsi por incentivo de familiares. Desde sua infância, tem histórico de crises de ansiedade e desde a adolescência, progrediu para sintomas de síndrome do pânico, compulsão alimentar e limitações relacionais persistentes até os dias atuais. Nessa esteira, ela apresentou dificuldades de relacionamento com sua avó materna e com sua mãe, se sentiu rejeitada, fazendo alusão ao histórico de aborto espontâneo que sua mãe teve, quando buscava ter um filho homem. Com isso, a paciente acredita que sua mãe não a desejava e, por isso, não a tratava bem.

Por conseguinte, ela vive um dilema no contexto conjugal, marcado por constantes disputas e frustrações. Da mesma forma, vive em uma relação conflituosa com a filha mais velha, fruto de uma gravidez indesejada aos 19 anos, com tentativa de aborto. Essa filha foi criada pelos avós durante a sua infância, o que configurou uma ruptura significativa no vínculo mãe-bebê, fato que marcou a ausência de um ambiente suficientemente bom logo nos primeiros anos de vida de sua filha, o que pode influenciar o desenvolvimento psíquico da criança, favorecendo ao desenvolvimento de sentimentos de abandono e dificuldades relacionais.

Sob essa ótica, presume-se que esses antagonismos têm origem no descontentamento com sua mãe, especialmente quando ela relata a busca constante por independência desde a infância, o que remete a uma falha no vínculo primário que ecoa na vida adulta. Em consequência, há dois pontos marcantes da devastação em sua vida: primeiro, a sua mãe fez questão de criar sua neta, o que caracterizou a falta de vínculo com a sua filha e depois, o relacionamento de sua mãe com seu pai que também era conflituoso, uma referência potencialmente negativa na sua primeira infância.

Em face disso, este caso clínico suscita os seguintes questionamentos relevantes do ponto de vista psicanalítico: será que os conflitos da paciente com sua filha estão relacionados com essa ausência, visto que a filha foi criada pela avó? De que modo as falhas na constituição do elo materno na infância estão impactando a relação dela com sua filha e seu companheiro? A relação amorosa pode ser sempre devastadora para uma mulher ou ela poderia ser considerada como uma solução, uma saída da devastação?

Destarte, o presente estudo busca compreender a gênese do sofrimento psíquico da paciente, investigando como a expressão de falhas ambientais precoces, as interferências no amadurecimento emocional e as interrupções no processo de integração do *self* se manifestam nos antagonismos persistentes com seu companheiro e sua filha primogênita, uma dinâmica que se estende por mais de cinco décadas. Para tanto, esta investigação se propõe a identificar os sintomas inconscientes subjacentes, analisar os mecanismos psíquicos que causam prejuízos nas relações familiares da vida adulta e, por fim, examinar a contribuição dos processos de recalque, negação e outros mecanismos de defesa na formação e manutenção desses sintomas.

Essa práxis conta com uma pesquisa teórica robusta sobre os conceitos de Freud, Lacan e, especialmente, Winnicott, o que inclui o oferecimento de um *setting* como um espaço seguro e o suficiente para que a paciente possa se reorganizar, contando com a provisão de um *holding e handling*, o que ficou caracterizado, segundo relatos da paciente, como algo não atendido, tanto em sua infância quanto à de sua filha mais velha.

As técnicas de manejo e intervenção utilizadas foram a associação livre, atenção flutuante, interpretação, neutralidade, amor à verdade (ZIMERMAN, 2004), o *holding* e o *handling*, sendo trabalhados de acordo com a demanda clínica, sua capacidade de compreensão e de *insight* sobre os questões de seus relacionamentos interpessoais. Tudo isso, considerando o código de ética profissional do psicólogo, do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2005).

Dessa forma, através de uma abordagem psicanalítica, esta pesquisa propõe uma melhor compreensão das relações estabelecidas entre os seres humanos, especialmente em um sistema familiar, de tal maneira que cada um possa buscar sua autenticidade e desenvolver suas potencialidades com o menor sofrimento possível Essas escolhas sempre serão necessárias em qualquer desenvolvimento humano, o que nunca é somente pessoal, mas sempre socioemocional.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Nos primórdios da psicanálise, o método utilizado na psicanálise, ainda entre os anos de 1893 a 1899, era a hipnose, por meio do qual Freud objetivava colocar em evidência a catarse através da ab-reação. O objetivo era claro: aliviar o paciente do sofrimento de seus sintomas. Para isso, ele se esforçou bastante para focalizar diretamente o momento em que tais sintomas se formavam (FREUD, 1980/1914, p. 193). Dentro dessa técnica, buscava-se descobrir a essência desencadeante do sintoma e o momento de sua ocorrência.

Nesse cenário, Freud se deu conta de uma enorme dificuldade que os pacientes enfrentam, ao se esforçarem exacerbadamente para fazer a relação de seus sintomas com algo relativo a si próprios. Em resumo, ele constatou a presença de um enorme obstáculo para a lembrança das ideias inconscientes, o que impedia o conteúdo reprimido de chegar à consciência. Daí, o conceito de resistência. Esse acesso ao inconsciente dependerá de um enfrentamento às forças da resistência, uma vez que fossem vencidas e superadas, ainda deveria haver, por parte do analista, algum esforço para neutralizá-las (BARATTO, 2008).

Diante da resistência observada, Freud utilizou como recurso a hipnose, mesmo que temporariamente. Com esse método, o sujeito se permitia colocar em palavras algumas de suas lembranças “esquecidas”, que estavam associadas a algum sintoma. Esse método teve um curto período de duração na prática clínica de Freud, considerando a sua ineficácia, pois ele mais ocultava do que trazia à tona as resistências (BARATTO, 2008). A partir de 1895, Freud então iniciou o abandono da hipnose, o que o levou progressivamente ao desenvolvimento da associação livre, a regra fundamental da psicanálise.

Cumpre salientar que, um dos efeitos dessa prática clínica de Freud, era a comprovação de que as emoções penosas dos pacientes, despertadas pelos eventos traumáticos, permaneciam apenas vinculadas à sua lembrança. Essa liberação da “emoção estrangulada”, através da ab-reação, que acontecia por meio da narrativa do indivíduo, possibilita a sua descarga, ou seja, nasceu aqui o conceito de catarse: “cura pela palavra”, bem como denominou Ana O.. Portanto, conclui-se que a catarse era definida por uma forma de purificação, que era alcançada através do ato de fala do sujeito (BARATTO, 2008).

No entendimento de Baratto (2008), Freud colocou em evidência a compreensão de um indivíduo dividido, que não se comporta apenas em função de sua consciência. A partir daí, o sujeito já não pode ser compreendido como uno, transparente a si mesmo. Dentro dessa teoria freudiana,

define-se que o aparelho psíquico é composto por três instâncias: o consciente, o pré-consciente e o inconsciente, que remetem efetivamente à noção de sujeito descentralizado de sua consciência.

Em consonância com Freud, Baratto (2008) também entende que o inconsciente é um sistema constituído por representações associadas umas às outras, de acordo com as defesas do deslocamento e da condensação, se constituindo assim em uma verdadeira instância onde os pensamentos inconscientes se produzem, podendo encontrar uma forma simbólica de expressar a palavra. Essa é a uma construção do ápice das elaborações freudianas da primeira tópica.

Assim, Freud notou que os sintomas histéricos, desapareciam quando eram verbalizados pelo paciente, momento em que ocorria a descarga das emoções associadas aos eventos possivelmente traumáticos. Estes eventos deveriam ser elaborados através da expressão verbal por parte do sujeito, o que provocava em si a catarse. (BARATTO, 2008).

Aguiar e Eliana (2019) defendem que, interpretar é tornar consciente o inconsciente do analisando, e esse processo envolve uma escuta qualificada do analista, corroborando com os conceitos de Freud (1914), que definiu essa questão como uma meta clínica imprescindível, através da práxis recordar, repetir e elaborar. No mesmo sentido, já em 1917, nas Conferências Introdutórias à Psicanálise (parte III - Tratamento Analítico), ele afirma que a interpretação é o meio pelo qual o inconsciente é trazido ao consciente, bem como explica que o analista deve “trazer à luz aquilo que o paciente não sabe sobre si”.

Depois que Freud (1900/1953), na primeira tópica, distinguiu os conceitos de consciente e inconsciente, ele introduziu a segunda tópica (Id, Ego, Superego) (FREUD, 1923/2011). A respeito disso, Lima (2009) compreende que os conteúdos do Id, enquanto expressão psíquica das pulsões (inconscientes), podem ser hereditários e inatos ou adquiridos e recalcados. O Id, portanto, seria a parte mais primitiva dos indivíduos, agindo conforme as manifestações de prazer, buscando satisfação a qualquer custo, sem juízo de valor, moralidade ou diferenciação entre o bem e o mal.

O ego, por sua vez, faz o papel de mediador entre as exigências do Id e do mundo externo. Ele age conforme o princípio da realidade, empenhando-se em reduzir a tensão do Id até encontrar o objeto para satisfazê-lo. Com isso, desenvolve os mecanismos de defesa para proteger-se contra a ansiedade, por exemplo. Com a função de controle das pulsões, decide se elas devem ou não ser satisfeitas, recalcando-as ou reprimindo-as parcial ou inteiramente (FREUD, 1923/2011).

Já o superego desenvolve-se a partir do ego. Embora alguns autores posteriores descrevem-no em um 'período fóbico', que está relacionado às defesas utilizadas pela criança durante o conflito edípico, é importante ressaltar que, para Freud (1923/2011), o superego não surge nesse momento. Assim sendo, o Superego é definido como o herdeiro do Édipo, sendo resultado das identificações e

da internalização das regras parentais que se consolidam no período de latência, momento em que as pulsões são mais reprimidas e ocorre a estabilização moral do Eu.

Nesse ponto, cabe conceituar a distinção entre recalque e repressão: para Freud o recalque (*Verdrängung*) ocorre no inconsciente, afastando representações ou impulsos incompatíveis com o Ego e o Superego da consciência e impedindo-os de retornar. Por outro lado, o termo repressão (sinônimo no senso comum), embora não corresponda exatamente a um conceito psicanalítico, refere-se a um esforço consciente ou pré-consciente de formação de compromisso entre as instâncias. Assim, já da segunda tópica, o recalque é um mecanismo psicanalítico, enquanto a repressão se refere apenas a um ato voluntário de contenção (FREUD, 1923/2011).

Daí, a importância do vínculo entre mãe-bebé, que, segundo Winnicott (1990), geralmente começa no período gestacional, quando a mãe descobre-se grávida e ao sentir-se mãe. Tal conexão, teoricamente, deveria ter sido intensificado com o nascimento do novo ser, tal como neste estudo de caso, e nos primeiros anos de vida. No entanto, para Winnicott (1990), esse processo nem sempre é satisfatório. Por vezes a mãe ou os cuidadores não a mãe que não se adapta suficientemente bem às necessidades do bebê, o que acaba gerando angústia materna e assim dificulta a interação da díade. Ressalta-se que a qualidade das interações iniciais entre mãe-bebê tem grande relevância para o desenvolvimento psíquico da criança, em vários campos do desenvolvimento como a comunicação, socialização e cognição (WINNICOTT, 1990).

Outrossim, a relação de confiança com o outro se dá na primeira infância e depende da confiabilidade do meio em que o indivíduo cresce, sendo sustentada pela presença do *holding* e do *handling*, da apresentação de objetos e da função de espelho desempenhada pela mãe ou pessoa que realiza a função materna (KLAUTAU & SALEM, 2009). Através dessas experiências contínuas de cuidado suficientemente bom que o bebê organiza a sua vida emocional e integra suas vivências internas, inaugurando o processo de amadurecimento pessoal. Winnicott (1999) defendeu que esses processos fornecem as condições adequadas para o amadurecimento de um self coeso, capaz de se relacionar, diferenciar-se e avançar em direção à autonomia.

Cabe pontuar que o conceito de *holding* diz respeito ao ambiente primário do bebê, uma relação de confiança que se desenvolve como suporte que uma mãe dá ao bebê, e que deve existir desde seu nascimento. Assim, ele pode avançar em direção à integração com o mundo ao seu redor. Isso se refere à forma cuidadosa com que o bebê é sustentado pelo outro, em uma fase inicial da vida em que ele ainda não tem, nem ao menos, sua autonomia motora (KLAUTAU & SALEM, 2009).

Winnicott (1990) destacou que o *holding*, logo no início da vida, promove um suporte físico e emocional entre a dupla mãe-bebê, o que é decisivo para um desenvolvimento saudável das funções

psíquicas de ambas as partes, mais especialmente para a criança, pois, essa mãe proporciona ao bebê uma adaptação suficiente às suas necessidades. Com esse suporte, a criança sente-se segura para "continuar sendo".

Gradativamente, apresenta-se a "mãe suficientemente boa", especialmente na fase em que ela ajuda a criança sair de sua dependência, seguindo em direção a objetos percebidos como fora de si e, agora, utilizáveis. Fruto disso, estas pessoas que foram acolhidas por suas mães, geralmente, alcançam uma integração com o mundo ao seu redor, a base para toda a vida do sujeito. Contudo, há indivíduos que não tiveram o privilégio de alcançar essa integração da personalidade, portanto, não desfrutaram de condições adequadas ao amadurecimento pessoal na primeira infância (WINNICOTT, 2000, p. 375).

Nessas situações, em que o bebê não teve um ambiente "suficientemente bom", e onde houve falha da função materna de *holding*, há um impacto possivelmente traumatizante, visto como ameaças e invasões do ambiente externo, que promovem a ruptura do desenvolvimento saudável do "continuar a ser". Para lidar com tais invasões, o bebê desenvolve um falso *self*, cuja função não é atacar ou bloquear o verdadeiro *self*, mas protegê-lo de novas desorganizações advindas do ambiente. Contudo, embora seja inicialmente adaptativo, o falso *self* pode tornar-se patológico em algum momento da vida, quando passará a assumir o lugar do *self* verdadeiro, restringindo sua autenticidade e bloqueando o amadurecimento emocional do indivíduo (WINNICOTT, 1990).

Winnicott (1953) destaca que o *self* do indivíduo se constitui nas primeiras relações com o ambiente e permanece como núcleo vivo da experiência ao longo de toda a vida, visto que todo ser adulto um dia foi criança e carrega ela dentro de si. Nesse ponto, reforça-se a função do psicoterapeuta, que deve fornecer ao analisando condições para que ele desenvolva o seu próprio brincar, e assim evoluir em seu processo terapêutico.

No entanto, diferente da teoria Freudiana, Winnicott acreditava que o bebê, desde o seu nascimento, necessitava de sua mãe, e que tal necessidade não derivou apenas em suprir suas necessidades fisiológicas, como alimentação e higiene, mas também como meio de interação do mesmo com o mundo que para ele ainda é desconhecido, onde ele deixa de ser totalmente dependente da mãe para criar sua própria independência, o que ainda pode ser relativa (SILVA, 2014).

Nesse ínterim, cabe pontuar que, atualmente, há uma ferramenta clínica essencial utilizada por psicólogos para mapear visualmente a estrutura, a história e os padrões relacionais de um sistema familiar ao longo de diferentes gerações. Trata-se do Genograma Familiar que pode ser utilizado tanto como um instrumento de avaliação como de intervenção, permitindo, com isso, identificar repetições transgeracionais, alianças, rupturas, padrões sintomáticos, recursos e vulnerabilidades do sistema

familiar. De acordo com McGoldrick, Gerson e Petry (2012), essa ferramenta possibilita ao psicólogo organizar dados familiares de forma integrada, favorecendo a compreensão de aspectos emocionais, estruturais e contextuais que influenciam o funcionamento dos componentes daquela família.

Nichols e Schwartz (2007) também reforçam que o genograma auxilia o psicólogo a compreender como os vínculos, os papéis e as dinâmicas relacionais moldam o comportamento e o desenvolvimento dos indivíduos, sendo, portanto, um recurso essencial para a prática clínica sistêmica. Assim, o genograma se constitui como uma ferramenta fundamental para ampliar a leitura diagnóstica, facilitar hipóteses clínicas e apoiar intervenções que considerem a complexidade das relações familiares.

2.1.1 Relação Mãe e Filha

Freud (1931/1969) em seu texto "Sexualidade feminina", abordou a importância da relação precoce mãe-filha e afirmou a ter subestimado, considerando o marcante recalque que a mantém quase inacessível à análise. Apesar de Freud abordar a questão feminina com base no falo, ele não deixou de apontar a importância da relação primitiva da menina com a mãe.

Ademais, Freud (1931/1969) explica que a expectativa à mãe é tão intensa, que o amor à ela está fadado a sucumbir, tornando-se um ódio. Por isso, a menina tende a se afastar da mãe para ficar fixada ao pai. Seus conflitos estão calcados na hostilidade e no ódio à mãe. A mãe é alvo de diversas acusações, como por exemplo: não a forneceu um falo; não a amamentou o suficiente, o que, certamente, está ligado ao vínculo e apego. Além disso, sua mãe ainda a obrigou a dividir o seu amor com outros e, embora sedutora, despertou a sexualidade na filha para logo depois proibi-la.

Segundo Freud (1931/1969), essa intensa ligação pré-edipiana da menina à mãe, fortemente ambivalente e marcada pelo amor e pela hostilidade, marca a transição para o objeto paterno, considerando as tendências passivas da ligação primitiva com a mãe. Ele ainda defendeu que, para muitas mulheres, suas vidas amorosas ficam aprisionadas à ligação da primeira infância com a mãe, geralmente marcada por rivalidade.

Para Freud, essa tal devastação está diretamente relacionada com o destino do falo na menina, o que lhe deixa "marcas indeléveis em seu desenvolvimento e na formação de seu caráter" (FREUD, 1933/196, p. 154). Diversas são as consequências disso no psiquismo das mulheres: são reativas em relação à masturbação, tendência ao comportamento narcísico e ciúmes exacerbados (FREUD, 1925/1969). Com isso, há apenas três caminhos: negar a sexualidade, o complexo de masculinidade e à feminilidade. Em resumo, a menina abandona seu desejo de um pênis e projeta, no lugar deste, o desejo de ter um filho (FREUD, 1931/1969).

Se há algo inacessível, inassimilável, que diz respeito à relação da menina com sua mãe, segundo Freud (1931/1969), vem antes da história edipiana: “Tudo na esfera dessa primeira ligação com a mãe me parecia tão difícil de apreender nas análises – tão esmaecido pelo tempo e tão obscuro e quase impossível de revivificar – que era como se houvesse sucumbido a um recalque inexorável” (FREUD, 1931/1969. p. 260).

Freud (1931/1969) não deixou de reconhecer uma zona obscura e de difícil acesso à análise. No entanto, ele persiste na reflexão sobre o feminino a partir do Édipo, em que a menina, entre seus 3 e 6 anos, desenvolve sentimentos de amor pelo pai e rivalidade pela mãe, caracterizando seu objeto de desejo e ódio. No mesmo sentido, Freud considera o complexo de castração da menina, que, ao perceber a ausência do pênis nos órgãos genitais femininos, a leva a um ressentimento pela mãe e o desejo de, futuramente, ter um filho para compensar essa falta. Tanto em 1931, quanto em sua última conferência sobre a sexualidade feminina (1933), Freud acentuou essa temática, revelando o ódio da filha ressentida com sua mãe, considerada responsável pela falta da filha. Para Freud (1931/1976), a problemática feminina é o retorno inevitável da relação antiga com sua mãe”.

Lacan (1957-1958/1998), no seminário “As formações do inconsciente”, faz uma retomada desses elementos do Édipo freudiano, reformulando a questão da relação primordial com a mãe, defendendo que há necessidade do sujeito se tornar o ser desejado ou não, descobrindo desejo orientado pela mãe para encontrar aí seu lugar. Assim, ele distancia-se da teoria dos pós-freudianos, visto que eles atribuem uma exacerbada importância à mãe, caracterizando, portanto, a relação mãe-criança como dual. Lacan vai dizer que é essencial que a mãe se situe como “Outro” primordial para o indivíduo, buscando compreender se ele se tornou desejado ou não por ela. Ou seja, o sujeito busca no desejo da mãe um lugar para se situar no “Outro”.

Para Lacan (1973/2003), uma mãe pode ser uma devastação/catástrofe para uma filha, articulada ao amor e à sua impossibilidade, a partir da divisão entre o real e o simbólico. Em outras palavras, a mulher teria uma relação privilegiada com o real, de modo contingente e esporádico, ou seja, ela não é submetida à lei da castração e da palavra. Portanto, a devastação de uma mãe para com uma filha seria uma forma de manifestar esta relação privilegiada com o real. Segundo o teórico, a maternidade é frequentemente pensada a partir do registro fálico e a mãe é definida como aquela que tem, o que caracteriza a expectativa na mãe, como algo mais “substancial” do que no pai. Entretanto, a relação mãe-filha que se observa na consciência coletiva, não se deixa convencer pelo simbólico, pois há pontos referentes ao feminino que sempre permaneceram obscuros desde os conceitos de Freud, que acreditava que a devastação estaria relacionada ao destino do falo na menina.

Freud também observou que certas mulheres permaneciam fixadas no vínculo de origem com a mãe, o que comprometeria a verdadeira mudança esperada na relação com seus homens. Em contrapartida, Lacan foi além dessa compreensão, avançando a tal articulação fálica, ao perceber que o falo não satura o campo do gozo na sexualidade feminina (FERREIRA, 2015). Ora, "Lacan (1975-1976/2007) vai dizer que, enquanto uma mulher é um sintoma para todo homem, o homem é para ela tudo o que ela quiser, a saber, eis aqui uma aflição pior que um sintoma, daí o conceito de devastação.

Segundo Brandão (2021), o grande desafio do psicoterapeuta é levar a paciente a reviver a sua história, buscando conectar fragmentos que ela mesmo desconhece ou foram alienados de sua história de vida. Trata-se de um mergulho no desconhecido e na experiência da falta", que visa um novo sentido mais coerente para a realidade de vida da paciente, ajustando seu processo de individuação.

> Ao pesquisar sobre herança e seu papel na construção da subjetividade, verificamos que somos inúmeras vezes agentes dos desejos e traumas de nossos antepassados por uma via inconsciente, na medida em que muitas histórias permanecem ocultas para o sujeito. A nossa história é, em parte, a história de nossos pais, avós e demais ancestrais (BRANDÃO, 2021, p. 83).

2.1.2 Transgeracionalidade Psíquica

Para Kaës (2001) a transgeracionalidade psíquica se constitui como um campo de estudo fundamental na psicanálise contemporânea, considerando o vínculo afetivo. O autor defende que elementos psíquicos não elaborados de uma geração podem ser transmitidos inconscientemente para a geração seguinte. Essa transmissão influencia a constituição subjetiva do indivíduo descendente e a forma como ele estabelece suas relações primárias, o que resulta na repetição de padrões e conflitos familiares (TRACHTENBERG, 2017).

Kaës (2001) também entende que a transmissão psíquica não se limita à herança de traços ou valores conscientes, mas também engloba a veiculação de conteúdos que não puderam ser simbolizados ou integrados na geração anterior. Ele faz uma diferenciação da transmissão por inscrição por não-inscrição. Esta última se caracteriza quando os pais transmitem inconscientemente conteúdos que não foram psiquicamente elaborados por eles, como traumas, segredos ou lutos não simbolizados, deixando brechas psíquicas na vida dos filhos.

Neste ínterim, tornam-se cruciais à compreensão da transmissão patológica, os conceitos de cripta e fantasma, propostos por Abraham e Torok (1995). O fantasma transgeracional, por exemplo, é definido como uma formação inconsciente que se manifesta na psique do descendente (filhos), mas que pertence à história não dita de algum ancestral. É como se ele representasse um "buraco negro" na

história de um sistema familiar, um segredo que, inconscientemente, não pode ser nomeado, mas que se repete através de atos, sintomas ou nas escolhas que se faz.

Segundo Trachtenberg (2017), a cripta remete a um espaço psíquico onde o objeto de um luto não realizado é mantido vivo e secreto dentro do ego do enlutado, impedindo a elaboração e contribuindo para a transmissão do fantasma. A psicanalista ainda ressalta que essa herança transgeracional, geralmente, é marcada por silêncios, segredos e vergonhas, que atuam como um destino psíquico imposto, levando o descendente a encenar o drama não resolvido de sua ancestralidade, mas de forma inconsciente.

> Todas as palavras que não puderam ser ditas, todas as cenas que não puderam ser rememoradas, todas as lágrimas que não puderam ser vertidas serão engolidas, assim como, ao mesmo tempo, o traumatismo, causa da perda. Engolidos e postos em conserva. O luto indizível instala no interior do sujeito uma sepultura secreta... Criou-se, assim, todo um mundo... inconsciente que leva uma vida separada e oculta (ABRAHAM & TOROK, 1995).

Nesse ponto, o processo analítico torna-se crucial, ao possibilitar o acesso e a elaboração desses conteúdos transmitidos, atuando como um espaço de liberação do recalcado. KAËS (2001) defende que trabalho de análise busca permitir que o indivíduo se diferencie do destino psíquico imposto pela transmissão, transformando tal repetição em história e possibilitando um movimento de autonomia e singularização.

Sobre esse tema, vale ressaltar o que Trachtenberg (2013) postulou o seguinte:

> Através da escuta de falas ancestrais, muitas vezes não ditas, a psicanálise pode ajudar esses sujeitos a encontrar o caminho de seu verdadeiro legado, ao tornar seu aquilo que herdou, permitindo a conquista de sua condição de Herdeiro (TRACHTENBERG, 2013).

Além disso, Trachtenberg (2013), enfatizou que, cabe aos psicanalistas, mesmo que por meio de diferentes abordagens terapêuticas, realizar um trabalho preventivo de saúde mental, de forma que o *setting* permita a elaboração de criptas e fantasmas. O objetivo primordial dessa práxis é contribuir com um nascimento psíquico não alienado nos descendentes, ajudando na difícil transmissão de heranças transgeracionais em novas heranças intergeracionais.

Embora o foco aqui seja a transgeracionalidade, considerou-se relevante trazer um comparativo entre intertrangeracionalidade e transgeracionalidade, definido por Trachtenberg (2013), a fim de facilitar essa diferenciação entre esses conceitos:

Tabela 1 - Comparação entre transmissão intergeracional e transgeracional

Intertrangeracional	Transgeracional
1. A serviço dos vínculos, da elaboração, da historização do sujeito 2. Transmissão intersubjetiva - com resguardo dos bordos da subjetividade – entre sujeitos/entre gerações 3. Acontecimentos elaborados (traumáticos ou não) "Olhar consistente" 4. Representação psíquica, simbolização, palavra 5. Espaço de transcrição transformadora (entre gerações), cadeia (elo) geracional 6. Memória, historização, herança intergeracional, fantasias, imagos 7. Antepassado: objeto intergeracional - núcleo de pertinência, genealogia 8. Identificações telescópicas (herança, sobrenome, tradições), identificações secundárias 9. Conflitos neuróticos, "miséria comum" 10. Repressão, negação 11. Mantidas as diferenças entre gerações	1. A serviço do esquecimento (morte), da repetição, da não história 2. Transmissão transpsíquica, invasiva, sem transformação, passagem direta através das gerações 3. Acontecimentos traumáticos não elaborados (lutos, migrações, violências, violência de Estado, segredos) "Olhar transparente" 4. Cripta, fantasma, silêncio, vazio, negativo, branco, falha no simbólico, elementos não transformados Não palavra – Não representação 5. Falta espaço de transcrição transformadora (entre gerações), cadeia traumática transgeracional 6. Esquecimento, não história, herança transgeracional, histórias colapsadas 7. Antepassado: objeto transgeracional 8. Telescopagem de gerações, identificações alienantes, identificações traumáticas, identificações vampíricas, identificações mórbidas, identificações radioativas 9. Narcisismo, vazio, mandatos 10. Clivagem, cisão, desmentidas 11. Inversão da linha de gerações, rêverie invertida, vesícula de produtos tóxicos, cripta tóxica.

Fonte: Adaptado de Transgeracionalidade: de escravo a herdeiro: um destino entre gerações (TRACHTENBERG et al., 2013).

Portanto, a autora defende que, transmitir é fazer passar algo de um lado para o outro, se referindo a uma pessoa, grupo ou geração, no tocante a um objeto de identificação, um pensamento, uma história ou afetos. Sobre a transmissão psíquica entre gerações, ela definiu essas duas modalidades básicas da tabela acima: intergeracional e transgeracional. A primeira é a que ocorre entre as gerações, havendo uma distância, um espaço entre o transmissor e o receptor, preservando-se os limites e as bordas da subjetividade. A segunda é exatamente ao contrário, sendo invasiva e ocorrendo através dos sujeitos e das gerações.

2.1.3 Elaboração psíquica na senescência

Erikson (1998) o considerou como um marco do último estágio do desenvolvimento humano, quando ocorre o conflito entre a integridade do Eu e o desespero e o inevitável fim da vida. Em outras palavras, a pessoa em fase de senescência costuma fazer uma reflexão sobre seu próprio desenvolvimento nos estágios anteriores, o que influencia a qualidade de vida na velhice. Em suma, as questões recalcadas podem vir à tona e causar o que Erikson chamou de “desespero”.

Vale ressaltar que as pessoas idosas são aquelas que atingiram 60 anos de idade nos países em desenvolvimento e 65 anos nos países já desenvolvidos de acordo com a Organização Mundial da

Saúde - OMS (2005). Não obstante, o conceito de velhice vai além dos critérios biológicos, o que remete a uma visão mais ampla e subjetiva. Sabe-se que a velhice é consideravelmente influenciada pelo contexto sócio-econômico-cultural em que o sujeito está inserido. Isso inclui a singularidade de cada um, permeada por uma série de outros fatores.

Sobre essa temática, até mesmo Freud (1905/1977) reconheceu a relevância da idade do sujeito como um fator preponderante para o processo de análise. Na sua época, ele não considerava interessante pessoas com mais de cinquenta anos à análise, visto o natural comprometimento da plasticidade neural, que era chamado de elasticidade mental. Para ele, esse fato diminuía a capacidade de aproveitamento da análise por parte do indivíduo. Porém, se tratava de um começo de uma nova ciência para aquela época, portanto, soava como um certo preconceito e denota certas limitações na compreensão da psiquê humana, assim como ainda acontece com qualquer outro método. Diante dessa problemática, sua aplicação não foi proveitosa para todos os indivíduos em qualquer situação.

Dentro disso, Freud também reconhecia que, com o avanço da idade do indivíduo teria a diminuição na flexibilidade do Ego, estando inclinado a manter formações defensivas mais rígidas e resistentes à transformação (FREUD, 1937). De acordo com sua compreensão, a capacidade de elaboração na velhice seria reduzida (FREUD, 1905/1977). Em consequência, ele conclui que a possibilidade de profundas mudanças subjetivas seria mais restrita nesse período.

Mas há estudos atuais que contradizem isso, mostrando que a neuroplasticidade permanece ativa durante toda a vida adulta, inclusive na senescência, permitindo a elaboração psíquica. O cérebro, portanto, mantém graus relevantes de neuroplasticidade, independentemente da idade, o que caracteriza a capacidade de reorganização funcional, a criação de novas conexões neurais e, por fim, a adaptação diante de estímulos ambientais e afetivos significativos (SANTOS *et al.*, 2019). Esses achados se contradizem com a clássica ideia freudiana em relação à rigidez psíquica na idade avançada. Isso denota que a subjetividade pode seguir em processo de transformação ao longo da vida, desde que o sujeito encontre condições relacionais seguras e um espaço de simbolização, chamado de “ambiente suficientemente bom” por Winnicott (1965).

A pessoa idosa, portanto, não está condenada a uma fixação definitiva em seus mecanismos defensivos, mas tem a capacidade de elaboração, contando com o *setting* terapêutico. Pesquisas atuais já mostraram que esses pacientes conseguem sim acessar conteúdos recalcados, elaborar experiências traumáticas e desenvolver novas modalidades de vínculo e afeto (SOARES, 2023). Em resumo, a velhice não representa apenas um declínio da vida, ela pode tornar-se um período de integração emocional através da elaboração psíquica.

Além disso, é importante refletir sobre essas considerações de Freud (1905/1977) no que diz respeito à velhice, pois sua produtividade foi justamente nos seus anos mais maduros de vida. Embora ele tenha tido perdas e lutos significativos em sua vida, nada disso o impediu de construir, já na sua velhice, textos ricos e criativos que são estudados até os dias atuais. Em outras palavras, a própria história de Freud e de outros nomes renomados da ciência denota que a mente humana é, geralmente, dinâmica quando está saudável.

Cerca de quinze anos, após essas declarações de Freud, Abraham (1959) lançou um artigo sobre a eficácia do trabalho analítico em idosos, defendendo que o prognóstico seria mais interessante na "idade da neurose" do que em função da idade cronológica do paciente, demonstrando, assim, um enfoque muito mais otimista a respeito aplicabilidade desse tipo de tratamento em idosos. Em tempos modernos, diversos autores ecoam esse ponto de vista. Em suma, esse raciocínio de Abraham é tão atual quanto instigante, pois desde o início deste estudo, há uma certa curiosidade a respeito das características próprias ligadas à idade da paciente em questão.

Em síntese, nota-se que há uma relevância importante, ao observar as características próprias da senescência, o que pode ser um novo marco de uma nova teoria a respeito do desenvolvimento humano na terceira idade, de forma que se dê conta dessa nova fase da vida, contando com as perdas e os ganhos próprios desse período (ALTMAN, 2011).

A título de exemplo, Segal (1982), ao analisar um senhor de 73 anos, percebeu que ele teve melhora significativa em seu quadro psicótico. Após isso, ela admitiu que modificou seus pontos de vista sobre a vivência da análise em idade avançada. A psicanalista considera que, na transferência, a partir da análise das ansiedades e das defesas esquizoparanoides, ajudou seu paciente a elaborar a posição depressiva infantil, a restabelecer objetos internos bons e a enxergar sua velhice e a possível morte de um modo mais maduro.

2.1.4 Fundamentos Teóricos das Primeiras Entrevistas

Nas entrevistas iniciais, investiga-se a conduta e a personalidade do paciente através da observação. Nesse período, o campo de trabalho das entrevistas é pautado, primordialmente, por seu caráter investigatório. Já na transferência, o paciente passa a atribuir papel ao analista e acaba se comportando em função deles, fornecendo, assim, informações sobre os aspectos mais irracionais e imaturos de sua personalidade (BLEGER, 1987).

Para Lacan ([1955-1956] 1998), esse período é chamado de "entrevistas preliminares", que funciona como uma porta de entrada para a análise propriamente dita. Ou seja, há um tempo de trabalho prévio antes de adentrar o discurso analítico, equivalente ao que se conhece hoje como acolhimento.

Esse período de observação terapêutica é considerado por Lacan uma condição absoluta para se adentrar na análise psicanalítica.

Nas entrevistas preliminares, ressalta-se que é fundamental ultrapassar o plano das estruturas clínicas (neurose, psicose, perversão) para, em algum momento, se alcançar o plano dos tipos clínicos de neurose (histeria, obsessão), mesmo que haja alguma hesitação. Dessa forma, o analista pode estabelecer estratégias específicas em direção à análise, sem a qual o *setting* fica comprometido (CARNEIRO; PENA; CARDOSO, 2016).

Entretanto, cabe pontuar que existe um risco de engessamento da escuta quando se encerra o paciente em uma determinada categoria trazido pelo diagnóstico em psicanálise. Devemos, portanto, permanecer atentos às variações, aos momentos apáticos do paciente e a seu psiquismo em mutação. Essa aplicação já estereotipada do conceito de estrutura acaba dificultando a análise (FERRAZ, 2012).

Convém destacar que o acesso ao mundo interno de um indivíduo é um dado diagnóstico fundamental, seja através de sonhos, devaneios, associações, ligação entre os afetos e a traços de memória são algumas das operações que demonstram a abertura da singularidade idiopática. A oposição entre psiconeuroses e neuroses atuais é uma dualidade da teoria freudiana (FREUD, 1895/1980).

Sob esse aspecto, através do pensamento operatório e da singularidade idiopática, se esclarece as considerações diagnósticas que determinam uma diferença no posicionamento do analista diante de seu paciente. Isso traz consequências práticas e palpáveis na escolha da técnica, dos elementos do enquadre, frequência às sessões, emprego ou não do divã, dentre outras possibilidades (FERRAZ, 2012). Nessa perspectiva, Winnicott (1962/1983) sugeriu priorizar e ajustar-se à necessidade do paciente. Se ele precisar de outra coisa que não a análise-padrão, isso lhe deve ser oferecido. Ou seja, o serviço é, prioritariamente, para o paciente antes de qualquer conceito psicanalítico.

2.1.5 Regras, Funcionamento e Combinações do Setting

De acordo com Freud (1912), na psicanálise, tanto a pesquisa quanto o tratamento coincidem. Já em 1923, ele acrescentou que pesquisa, tratamento e teoria, nesta ciência, também estariam integrados, pontuando que se houvesse o deslocamento de algum desses aspectos possivelmente a descaracterizaria. No entanto, sabe-se que há leituras psicanalíticas extremas com enfoque em apenas um deles, oscilando ora para a teoria e ora para a técnica.

a) Processo, técnica e teoria

Segundo Hermann (1989), o processo é a encarnação do método em uma situação clínica, obviamente, estando ligado diretamente ao estilo de cada analista; a técnica (associação livre e a

atenção flutuante), por sua vez, é a forma de condução do processo alinhada com o método, o que inclui aspectos tanto abstratos quanto concretos.

Nesse contexto clínico, a interpretação leva em conta a transferência, centrada no ponto de angústia, no tempo de duração da sessão, dentre outros que também são passíveis de mudança. Por último, aparece a teoria, representada por generalizações oriundas das interpretações do próprio analista. A fórmula seria: a teoria organiza a técnica, orientando assim o processo e originando uma nova teoria. Portanto, segundo Freud (1912), técnica e teoria sempre se apresentaram como indissociáveis.

> Psicanálise é o nome: 1) de um procedimento para a investigação de processos psíquicos que de outro modo são dificilmente acessíveis; 2) de um método de tratamento de distúrbios neuróticos, baseado nessa investigação; 3) de uma série de conhecimentos psicológicos adquiridos dessa forma, que gradualmente passam a constituir uma nova disciplina científica (FREUD, 1923, p. 274).

Monção & Hondai (2019) entendem que, quando se fala em técnica psicanalítica, logo se pensa em associação livre. Essa é uma regra fundamental que o paciente precisa cumprir durante a psicoterapia de orientação psicanalítica, comunicando ao psicanalista tudo o que lhe vier à mente sem qualquer restrição. Esta é a regra fundamental da psicanálise e, justamente por isso, não se poderia falar de psicanálise, ou do método terapêutico da psicanálise sem considerar a associação livre.

Lacan (1992 [1967 - 1968]), no seminário 15, intitulado como “O Ato Analítico”, apresentou, tanto a associação livre (não pensar, escolher ou selecionar o discurso da fala) quanto a atenção flutuante, como sendo uma postura de “não pensar”, em outras palavras, o paciente conversa consigo mesmo (seu inconsciente). Para ele, associar livremente significa que o analisando não deve procurar saber se está ou não por inteiro, como sujeito, assim, sua fala fica desprendida de conexões conscientes, isso significa que o analisando fala até sobre o que não está em sua consciência.

Nesse ínterim, a escolha do discurso torna-se um obstáculo. E, para o analista, algo semelhante precisa acontecer, devendo estar ali como um “inconsciente receptor” e desconsiderando, naquele momento, o entendimento e a compreensão sobre o sujeito ou a teoria (é ideal não pensar), afinal de contas, o analista já tem as suas próprias resistências. Essa prática se deriva justamente da atenção flutuante, mas seria praticamente impossível ao analista ser neutro nesse sentido, visto que, inconscientemente, suas associações o levariam a emaranhar-se em suas próprias resistências, fazendo, portanto, não escutar tão livremente (SOUZA e COELHO, 2012).

> Ela nunca é uma conquista duradoura, nunca é garantida. Há sempre empuxo da maranha. Eis por que, também, é preciso insistir no papel da análise pessoal como peça fundamental da

> formação do analista. É enquanto analisando que acontece o primeiro exercício de neutralidade: a primeira "escuta flutuante" se dá, certamente, frente à sua própria fala, ao seu próprio sintoma e sofrimento (MAGNO, 2000).

Freud (1911-1915[1914]), em um de seus "Artigos sobre Técnica"1, propõe uma postura semelhante a de um cirurgião, deixando seus sentimentos de lado (neutralidade), como uma proteção desejável para a vida emocional do analista, por outro lado, ao paciente seria o maior auxílio que lhe poderia ser dado. Ele diz: "[...] não devemos abandonar a neutralidade para com a paciente, que adquirimos por manter controlada a contratransferência". Para Souza e Coelho (2012), a ética do analista é definida justamente pela ocupação deste lugar de neutralidade dentro da própria psicanálise.

Sabe-se que o psicanalista deve ser verdadeiro, o que é condição fundamental para regra psicanalítica do amor à verdade. Essa verdade, além de representar um valor ético do profissional, também representa um marco na evolução no processo psicanalítico, é dessa forma que a análise provoca mudanças verdadeiras no analisando (ZIMERMAN, 2004).

Isso consiste em valorizar a verdade do analisando. Freud (1937/1980) apresentou essa regra em um dos seus últimos textos: "Análise terminável e interminável". Isso significa que há situações em que, ao praticar o amor à verdade do analisando, essa análise pode terminar ou não, dependendo de como o sujeito reagirá. Mas, pontua-se, que sempre haverá questões a serem analisadas e o paciente é quem deve decidir até onde quer trabalhar.

O lugar do analista é definido no *setting*, quando se sustentam as atribuições de suposto saber, com o homem, o sujeito que tem um lugar no espaço social. Cabe lembrar que as declarações e aparições dos analistas serão sempre vistas pelo analisando como sua forma de os ver na transferência (SIGAL, 2019).

Segundo Laplanche e Pontalis (1987), a abstinência é um princípio ou uma regra da prática analítica no qual o tratamento é conduzido de forma que o paciente não encontre satisfações substitutivas para seus sintomas. Na prática, o analista deve se recusar a preencher efetivamente os papeis que o indivíduo tende a lhe impor. Em certos momentos do tratamento, comportamentos esses repetitivos podem dificultar o trabalho de rememoração e elaboração.

Freud (1915/1975) abordou essa questão, dizendo: "quero propor a regra de que é preciso manter nos doentes necessidades e aspirações, como formas que impelem para o trabalho e para a mudança, e evitar calá-las com sucedâneos". Isso significa que os sintomas são extremamente valiosos para a análise clínica em psicanálise.

Dentro desse processo, para Zimerman (2004), o analisando tenta formar conluios para manter seus sintomas. Nesse ponto, o analisando, inconscientemente, sugere ao analista uma quebra da ética

por um jogo sutil de intrigas, fofocas e insinuações, demonstrando assim uma característica falsa e mentirosa. O analista precisa estar atento a essa condução, saber que ela não é direcionada a si, mas como uma forma do analisando não entrar em contato com suas próprias verdades, geralmente por serem dolorosas.

Por último, cabe pontuar que Freud (1912) fez questão de ressaltar, quando escreveu sobre as diversas recomendações ao médico que pratica a psicanálise, que suas técnicas desenvolvidas são oriundas de longos anos de experiência, depois de abandonar outros caminhos. Por exemplo, a primeira tarefa com que se defronta o analista, aquele que atende mais de um paciente por dia, lhe parecerá também a mais difícil: escutar e não se preocupar em tomar notas de alguma coisa dita.

2.1.6 Mecanismos de Defesa, Sintomas e Resistências

A palavra defesa surge pela primeira vez em 1894, no estudo de Freud: "As Neuropsicoses de Defesa", sendo empregada em muitos de seus trabalhos subsequentes, com a finalidade de descrever a luta do ego contra ideias ou afetos dolorosos ou insuportáveis. Mais tarde, esse termo foi substituído por "recalcamento", que ocupa um lugar único entre os processos psíquicos, tudo com a mesma finalidade: se proteger das exigências pulsionais através do ego (FREUD, A., 1936/2006).

O papel do recalcamento sugere uma investigação dos outros modos de defesa e uma comparação entre os que já foram descobertos até então, descritos pelos investigadores psicanalíticos. Com novas investigações pode-se demonstrar a existência de uma ligação íntima entre formas especiais de defesa e determinadas doenças. A regressão, a alteração a formação reativa, o isolamento têm sido citados como técnicas defensivas empregadas na neurose obsessiva, por exemplo (FREUD, A., 1936/2006).

A esses mecanismos de defesa (regressão, recalcamento, formação reativa, isolamento, anulação, projeção, introjeção, inversão contra o ego e reversão), que são muito conhecidos e foram exaustivamente descritos nos trabalhos teóricos de psicanálise, devemos acrescentar um décimo método: a sublimação ou deslocamento dos anseios pulsionais (FREUD, A., 1936/2006).

Anna Freud (1946/2006), trouxe à tona a análise das resistências do ego e suas medidas defensivas contra as pulsões e das transformações sofridas pelos afetos. Isso também traz à consciência os mesmos métodos de defesa abordados, mas em um estado de petrificação. Eles são encontrados quando estudamos a formação dos sintomas neuróticos, pois o papel desempenhado pelo ego na formação dos sintomas, consiste no uso invariável de um método especial de defesa. Anna também pontua que existe uma ligação constante entre a neurose e o mecanismo de defesa, quando se estuda

os modos de defesa que um paciente usa contra os seus afetos e a maneira de resistência adotada pelo seu próprio ego.

Ana Freud (1946/2006) traz à tona o exemplo de uma mulher:

> Ela era filha intermediária de uma série de irmãos e irmãs. Durante toda a sua infância, sofreu veementemente inveja do pênis, relacionada com seus dois irmãos (um mais velho e um mais novo), e de ciúme, o qual era repetidamente excitado pelos sucessivos períodos de gravidez da mãe. Finalmente, a inveja e o ciúme combinaram-se em uma feroz hostilidade contra a mãe. Mas, como a fixação de amor da criança não era menos forte do que seu ódio, um violento conflito defensivo com os seus impulsos negativos sucedeu a um período inicial de desenfreada indisciplina e agressividade infantil. Temia que a manifestação de seu ódio lhe fizesse perder o amor materno, do qual não suportava ser privada Também temia que a mãe a punisse e se criticava, da maneira mais severa, por suas ânsias proibidas de vingança. Ao ingressar no período de latência, essa situação de angústia e o conflito de consciência tornaram-se cada vez mais agudos e o seu ego tentou dominar tais impulsos de várias maneiras. Com vontade de resolver o problema da ambivalência, ela deixou aflorar um lado de seus sentimentos ambivalentes. A mãe continuou sendo um objeto de amor, mas, a partir daí, houve sempre na vida dessa paciente uma segunda pessoa importante do sexo feminino, a quem odiava violentamente. Isso facilitou a questão: seu ódio do objeto mais remoto não a atacava com um sentimento de culpa tão implacável quanto o que se manifestava, no caso da mãe. Mas, apesar disso, o ódio deslocado era ainda uma fonte de grande sofrimento. Com o decorrer do tempo, apurou-se que esse primeiro deslocamento era inadequado como meio para dominar a situação (FREUD, A. 1946/2006).

Na prática, o ego da menina, em questão, recorreu então a um segundo mecanismo, invertendo o ódio para dentro dela própria, até quando se relaciona exclusivamente com outras pessoas em outros ambientes. Em resumo, a menina que compreendeu seus antagonismos infantis ou de maneira histérica ou obsessiva, apresentando um quadro mais patológico com o recalcamento que a privou do controle de uma parte de sua vida afetiva. No final, a relação original com a mãe e os irmãos e a importante relação com a sua própria feminilidade foram subtraídas a uma maior assimilação consciente, tornando-se obsessivas e irrevogavelmente fixadas na alteração reativa sofrida pelo ego (FREUD, A. 1946/2006).

No final, o ego da criança que resolveu seus conflitos por meio do recalcamento, com todas as suas sequelas patológicas, ficou em paz. Ainda sofre secundariamente, por meio das consequências da neurose que o próprio recalcamento provocou em sua vida. Mas, pelo menos, dentro dos limites da histeria conversiva ou da neurose obsessiva, circunscreveu, dominou sua angústia e eliminou o sentimento de culpa. Em contrapartida, se o ego empregar o recalcamento, a formação de sintomas alivia o da tarefa de dominar os seus conflitos, ao mesmo tempo que, se empregar os outros mecanismos defensivos, terá ainda de haver-se com o problema (FREUD, A. 1946/2006).

Anna Freud (1946/2006), ao examinar em detalhe o efeito dos diferentes mecanismos de defesa em outros casos, confirmou que o recalcamento pode ser incluído no conceito genérico de defesa e colocado a par de outros métodos específicos. Segundo a autora, a dissociação do ego, acarretada pela

retirada da consciência de todos os vestígios de vida pulsional e afetiva, poderá destruir a integridade da personalidade para sempre. Assim, o recalcamento passa a ser a base da formação de compromisso e da neurose.

Para Roudinesco & Plon (1998), em um conceito psicanalítico, esta palavra toma um sentido bem particular e bem difundido, representado por um conjunto de reações de um analisando cujas manifestações, dentro do tratamento, podem criar obstáculos na análise, ou ainda, segundo Laplanche & Pontalis, (1998), tudo o que ele mesmo faz ou diz se opõe ao acesso dele mesmo ao seu inconsciente.

De acordo com Freud (1895/1987), tudo o que pode interromper o progresso do trabalho analítico pode ser considerado como uma resistência, devendo, o analista, estar preparado para ela. Ela se expressa em fenômenos como a censura (o impedimento que certos conteúdos inconscientes cheguem à consciência); a resistência à interpretação (dos sonhos ou de quaisquer outros fenômenos); e ao fato de deixar de associar livremente. Esses três fenômenos têm algo em comum: a resistência a estabelecer associações com conteúdos recalcados.

Sobre isso, Lacan ([1954-1955], 1997), ao defender que a resistência é sempre do analista, radicalizou essa problemática dentro do próprio cerne da formação do psicanalista. Para ele, mesmo que tais resistências se expressem através dos adversários da psicanálise ou dos pacientes, o fator determinante sempre estará relacionado à habilidade do terapeuta em manejar essas forças que procuram conduzi-lo para abaixo do nível analítico.

Segundo Freud (1905/1917), o cuidador primário (especialmente a mãe) desempenha um papel fundamental na formação do sujeito. No entanto, essa interação não é considerada numa perspectiva de reciprocidade ou igualdade. O desenvolvimento do sujeito, segundo Freud, ocorre quando o indivíduo é inserido no espaço do desejo do outro, que é caracterizado por ser um ponto de mistério, falta e alienação. O sujeito se forma exatamente por não ser autônomo, dependendo da influência do desejo externo para construir o seu, o que é marcado por descompassos e conflitos, além de ser permeado por processos inconscientes como projeção, identificação, transferência e recalque.

De acordo com Freud, a pessoa não vem ao mundo completamente formada, mas se desenvolve psicologicamente por meio de interações iniciais com figuras significativas (como mãe e pai), especialmente durante a infância. Essas interações não ocorrem de maneira consciente ou lógica, mas sim como fantasias inconscientes carregadas de emoções positivas e negativas. Segundo Freud, a função do Outro é sempre um mistério e pode ser ameaçador. A formação da subjetividade muitas vezes acontece por meio da perda (castração simbólica), da carência e da assimilação das proibições sociais, como exemplificado no complexo de Édipo e na construção do superego (FREUD, 1905).

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, de caráter exploratório, que possibilitou a descrição da demanda seguindo as normas éticas sem revelar a identidade da paciente. O processo terapêutico desta pesquisa foi realizado na Clínica Escola de Psicologia (CEPsi) da Faculdade IDEAU, no período de abril a novembro de 2025, sendo devidamente supervisionado e orientado por uma profissional de psicologia. A participante é descrita como IAV, com o objetivo de garantir o sigilo. Ela foi informada sobre a pesquisa desenvolvida na instituição e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando voluntariamente como participante desta pesquisa, a fim de respeitar o código de ética do profissional do psicólogo, segundo o CFP (2005).

De acordo com Martins (2006), esse modelo de estudo proporciona um entendimento da realidade a partir do aprendizado proveniente do referencial teórico e das próprias características do caso a ser estudado. Para Barbier (1985), o estudo de caso é um processo bastante utilizado na intervenção clínica, cujo objetivo é a compreensão e o planejamento da intervenção propriamente dita. Esse processo se destaca em função da integração de diferentes técnicas e campos do conhecimento teórico.

No momento atual, IAV encontra-se em fase de elaboração psíquica, a respeito da falta de vínculo primário, ligada à sua infância. Durante o processo psicoterápico, ela transitou de uma identidade fixa e defensiva para uma posição de autonomia e reparação ativa. Antes disso, ela demonstrava desconfiança e resistência ao processo até demonstrar o interesse em se compreender.

O acompanhamento psicológico ocorreu em um *setting* de clínica-escola, em sessões semanais, com:

- atenção clínica voltada ao gesto espontâneo da paciente;
- acolhimento do material emergente tal como se apresenta;
- manejo da transferência como campo relacional; e
- uso de recursos auxiliares (genograma e entrevistas familiares) como dispositivos de ampliação do estudo.

3.2 COLETA DE DADOS

Como instrumento para coleta de dados foi utilizada uma ficha de dados pessoais e sociodemográficos para caracterizar o perfil da participante, entrevistas iniciais, relatos de sessões, observação clínica, testes projetivos, técnicas e estratégias psicanalíticas. Os dados obtidos foram analisados descritiva e qualitativamente ao longo dos atendimentos, tendo como base o estudo de caso.

Dentro desta pesquisa, está contida a compreensão de um acompanhamento psicoterápico realizado semanalmente, com duração de 50 minutos cada atendimento, no período de março à novembro de 2025. Todos os atendimentos atenderam a ética do profissional de psicologia e as normas da CEPsi e, além de terem sido discutidos e estudados em supervisão. Portanto, os materiais ficarão arquivados na Instituição e poderão ser utilizados apenas para fins acadêmicos.

3.3 ESTUDO DE CASO

3.3.1 Queixas e Descrição do Caso Clínico

O caso refere-se a uma paciente descrita como IAV, com 76 anos de idade, 3 filhas e 1 filho e mora com companheiro há mais de 50 anos com quem nunca formalizou o matrimônio. Ela buscou atendimento psicoterapêutico na CEPsi por incentivo de familiares, mas também foi encaminhada informalmente pelo CAPS II. Ela relatou sintomas de ansiedade, episódios de pânico e conflitos afetivos de longa duração, notadamente com a mãe, o companheiro, a filha e, atualmente, a neta. Seu percurso relacional revela padrões repetitivos de afastamento, ruptura e antagonismo que atravessam três gerações.

A paciente faz uso do medicamento escitalopram 10mg há quase 2 anos, mas ainda reavaliação médica, algo que foi objeto de orientação clínica, o que já lhe rendeu resultados positivos, visto que, após o último atendimento com psiquiatra, ficou prescrito o uso medicamento com a manutenção de redução da dose, desde que ela continue a terapia psicoterápica.

O fato da paciente chegar à terapia verbalizando que buscava “ajuda porque a família pediu” já denota um padrão de vida em que a subjetividade própria era pouco reconhecida, indicando fragilidades no sentido de continuidade do ser. Nas primeiras entrevistas, IAV falava muito, no entanto, mudando rapidamente de assunto, como se evitasse tocar em experiências possivelmente dolorosas. Essa postura foi compreendida como uma defesa rígida contra o acesso à dor primária.

IAV disse que sua mãe desejava ter um filho menino, mas teve um aborto expontâneo e uma perda logo após o nascimento de outro bebê, ambos do sexo masculino. Segundo seu relato, tais fatos são os motivos da frieza e rigidez de sua mãe, o que culminou com um sentimento de rejeição. O fato de ter uma educação muito rígida a conduziu à tentativa de interromper a gestação indesejada aos 19 anos, apesar de descobrir que estava nessas condições já com 5 meses de idade gestacional.

Segundo o relato da paciente, o relacionamento de seus ancestrais também era conflituoso, uma referência potencialmente negativa na sua primeira infância. Ao refletir sobre a dinâmica relacional deles, IAV recordou que sua avó materna faleceu aos 50 anos de idade foi uma escrava, filha de português, tendo vivenciado abuso na infância e, fruto da experiência sofrida da avó, ela desenvolve

atitudes de caráter rígido e conservador, em contraste com o avô materno, que foi descrito por IAV como uma figura dócil.

Ela ressaltou que a avó materna tinha traços possessivos e sempre buscava obter forte controle sobre o cotidiano de todos, considerando o comportamento de seus vinte filhos (biológicos e adotados) e também de seus netos (o que inclui a paciente). Por isso, a paciente acrescentou que também não gostava de se relacionar com sua avó materna. Segundo seus relatos, o pai reproduzia características semelhantes às do avô, sendo percebido como afetuoso e tranquilo, enquanto a mãe era associada ao padrão da avó, marcado por rigidez e necessidade de controle.

De modo geral, no *setting*, a paciente identificou que a relação estabelecida entre sua mãe e sua avó se repetiu em sua própria vivência com a genitora, constituindo vínculos permeados por conflitos. Esse padrão relacional, segundo ela, também se manifestou posteriormente em sua relação com a filha primogênita e, de forma semelhante, com a neta, sugerindo a presença de transmissões intergeracionais de modelos relacionais disfuncionais.

Nessa esteira, a paciente detalhou que, após sua primeira filha nascer, ela foi pressionada por sua mãe, que alegou que IAV não saberia criar uma filha. Com base nisso, ela decidiu entregar sua própria filha para ser criada pelos avós, o que perdurou 11 anos, o que marca uma ruptura significativa do vínculo mãe-bebê. Ao se confrontar com vazio relacional literal, a paciente conseguiu verbalizar pela primeira vez que "não houve vínculo com sua filha". Ela também disse que não podia ficar 5 minutos com a primogênita que já entrava em atrito verbal e que essa dinâmica já estava se estendendo à sua neta.

Nas sessões subsequentes, emergiram sentimentos de culpa, tristeza e desamparo que antes estavam recobertos por uma camada defensiva de humor, superioridade e uso de racionalizações para descrever seus impasses ("sou assim mesmo", "sou louquinha"). Além disso, a IAV trouxe dificuldades conjugais marcadas por antagonismo constante ao longo de mais de 50 anos de relação amorosa. Sobre tal relação, o motivo que mais a incomoda é o fato de nunca ter formalizado seu matrimônio, mas ela denota que não conseguiria viver sem ele.

Cabe destacar que, a partir das primeiras interações com o mundo e com os pais que o sujeito se constitui, mas, quando isso não ocorre por alguma razão, assim como na relação entre I.A.V e a sua filha, o que representa uma ausência da figura materna na infância e que também pode ser traduzido como um sentimento de abandono na vida adulta da filha, este sujeito possivelmente terá suas experiências introjetadas de modo distorcido, permitindo que o ego venha a ter poucos recursos psíquicos para suportar essa realidade.

Nesse contexto, surgem as interpretações do terapeuta que, de alguma maneira, geram *insights* curativos no paciente. No entanto, talvez isso não seja suficiente para que o indivíduo apenas conheça o que foi recalcado, é necessário haver uma elaboração. É exatamente nesse ponto que se encontra o processo terapêutico de IAV, cuja análise vem possibilitando o resgate de memórias recalcadas, a elaboração de culpas antigas e a reconstrução interna de um vínculo suficientemente bom.

3.3.2 Intervenções, Instrumentos e Ferramentas

As técnicas e as teorias psicanalíticas aprendidas foram substanciais para o manejo da transferência, sendo um termômetro efetivo para a análise e evolução do processo terapêutico em questão e para a compreensão do sofrimento do paciente. Obter o conhecimento teórico a respeito da estrutura psíquica, dos mecanismos de defesa, as funções do ego e das técnicas psicanalíticas. Isso colaborou efetivamente para a compreensão do sofrimento da paciente.

Um exemplo disso foi a observação do uso inconsciente da projeção como resistência, por parte de IAV, ao relatar constantemente que o problema está no objeto (os outros) e da racionalização, pelo fato dela tentar se justificar para si mesmo as suas atitudes onipotentes (“não levo desaforo para casa” e “tenho o dom de magoar pessoas”) que revelam uma defesa narcísica utilizada, como se ela gostasse de estar sempre com razão, no controle de quaisquer situações, sempre se impondo perante tudo e todos. Esses mecanismos foram compreendidos à luz da teoria do falso *self* de Winnicott (1960).

No *setting* terapêutico também houve um *insight* importante: ao validar os sintomas que foram manifestados pela paciente lhe trouxe uma sensação de libertação, em função da ansiedade de um psicodiagnóstico, tal como o sujeito geralmente exige: uma suposta solução rápida e objetiva para seu sofrimento.

Entre as diversas ferramentas utilizadas, o genograma familiar foi essencial para ampliar a compreensão das repetições transgeracionais. Esse recurso permitiu tanto ao terapeuta quanto à paciente visualizar os padrões relacionais que se perpetuavam desde a infância, promovendo momentos de autoanálise e de ampliação da consciência sobre sua própria história. Nesse ponto, iniciou-se a transferência com o aprofundamento da revelação do trauma, através de contextualização e desculpabilização, rompendo com o que foi recalcado. Com isso, ela começou a ter *insight* (conexões entre passado e presente foram estabelecidas, gerando compreensão) e desejo de continuar com a terapia, o que revela a preocupação com a manutenção dos ganhos.

3.3.3 Construção do Vínculo e Conduta Terapêutica

Após seu acolhimento, decorrente das entrevistas iniciais, trabalhou-se a percepção do desconforto emocional de IAV e a origem de suas frustrações, o que poderia advir de questões psíquicas de sua infância, especialmente os constantes conflitos entre marido e sua filha mais velha. Isso denota haver um componente interno que a faz sofrer e ficar angustiada: o relacionamento com a sua genitora na sua infância.

Nessa esteira, o primeiro eixo de trabalho foi a percepção da culpa e do desconforto psíquico como índice desse mal-estar subjetivo, visto que IAV deixou a sua filha ser criada por seus pais até o fim de sua infância, quando a buscou para viver com ela, talvez pela maturidade de sua psiquê, visto que, quando descobriu a sua gravidez, tinha apenas 19 anos de idade. O segundo eixo consistiu no questionamento desse mal-estar, cuja origem estava na forma dos conflitos e desentendimentos envolvendo, inicialmente, o marido e a filha mais velha, se estendendo, nos dias atuais, à sua neta. O terceiro eixo consistiu em confrontar a evitação da paciente com relação ao ponto que denota um sofrimento maior, até então: o relacionamento conflituoso com a sua filha.

Em consequência disso, a paciente relatou, nas sessões subsequentes que, finalmente, tem alguém para ouvi-la, demonstrando que se sente à vontade e devidamente acolhida pelo terapeuta. Isso também revela que IAV tem a necessidade de externalizar seus sintomas internos e, ao mesmo tempo, a falta de alguém com a escuta ativa. Isso também caracterizou o estabelecimento de um ambiente suficientemente bom, quando o terapeuta se adaptou às necessidades da paciente, em alusão aos preceitos de Winnicott.

3.3.4 Manifestações Emocionais Marcantes

Ao final do encontro com o seu inconsciente, emocionada, ela verbalizou que descobriu coisas sobre si mesma que não se lembrava mais e que, em um tom de gratidão, o terapeuta a maltratou positivamente.

Já em outra sessão, após a entrevista com alguns de seus familiares, que teve o objetivo de compreender a demanda da paciente, ela chegou satisfeita e relatando melhora em seu relacionamento conjugal. Por outro lado, em relação à filha, notou-se que há um persistente sentimento de mágoa entre as duas, porém, sendo mais latente na paciente. IAV também parece sentir culpa ou remorso por não ter construído um vínculo com ela. Ao mesmo tempo, presume-se que sua filha se sentiu abandonada por sua mãe na infância e adolescência.

Desta entrevista, depreendeu-se que sua filha compreende perfeitamente as consequências de um relacionamento abusivo emocionalmente e psicologicamente, o que, segundo seu relato,

experimentou de sua própria mãe (IAV). No entanto, apesar disso estar bem elaborado para si, ela verbalizou exatamente o que também se evidencia no processo terapêutico com IAV: ela parece ter obtido a consciência dos prejuízos na relação mãe-filha e, talvez com um sentimento camuflado de culpa ou remorso, tenta solucionar isso de forma impositiva em suas relações familiares, fato que a sua filha não admite mais, prevalecendo então o desconforto emocional nesta relação por longos anos.

Outro evento de destaque, foi quando a paciente levou dois álbuns de fotos, momento em que se constatou a falta de vínculo da com a filha, visto que não haviam fotos dessa relação naqueles álbuns. Nesta sessão, a paciente verbalizou que era justamente por isso que não tinha registros de foto da filha, pois não havia relação próxima entre elas.

Assim sendo, com o avanço do processo psicoterápico, a transferência se constituiu a partir da percepção de IAV, quando alegou que o estagiário "a maltratava positivamente": uma formulação paradoxal que, no campo winnicottiano, corresponde ao reconhecimento de um ambiente firme, presente e não retaliativo, porém, diferente do ambiente real vivido por ela em sua história pregressa. A sensação de "ser contrariada" sem ser abandonada indicou a constituição de um ambiente suficientemente bom, no qual afetos antes dissociados podiam emergir de forma segura.

3.4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

Esta análise e discussão do caso clínico em questão foram construídas a partir de um material qualitativo, proveniente das 20 sessões com IAV, considerando os princípios de observação clínica, compreensão empática e norteado pelas teorias de Winnicott. Desde o acolhimento, observou-se que IAV apresentava uma narrativa marcada por dispersões, defesas racionalizantes e uso recorrente da projeção. Isso denota um arranjo defensivo que se estrutura quando o ambiente falha em reconhecer e sustentar as necessidades emocionais do bebê, interpretados à luz da teoria do falso *self* de Winnicott (1960).

Isso se justifica porque a falha ambiental precoce, que foi marcada pela percepção de rejeição no vínculo materno, sugere que IAV, desde a infância, precisou desenvolver um Falso *Self* como mecanismo de defesa e adaptação. Tal organização defensiva foi postulada por Winnicott (1960) como uma forma de proteger o Verdadeiro *Self*, mais vulnerável e espontâneo, da ameaça de aniquilamento.

A manifestação de sintomas (crises de ansiedade, a síndrome do pânico e a compulsão alimentar) de IAV pode ser interpretada como a expressão do sofrimento do Verdadeiro *Self* que não encontrou um ambiente suficientemente bom para se manifestar na sua infância. A dificuldade em estabelecer relações de dependência saudáveis na vida adulta, bem como os conflitos conjugais e com

a filha, funciona como um eco da falha primária, através da rigidez desse Falso *Self*, o que impede a paciente de vivenciar a espontaneidade e a autenticidade em suas relações.

É importante lembrar que, na história pregressa da paciente, os conflitos intensos com a mãe foram caracterizados por frieza e rejeição, em função de IAV acreditar que sua mãe não a desejou, visto o histórico de aborto espontâneo seguindo do falecimente de um bebê logo após o nascimento, ambos meninos. Tal fato levou a paciente a se sentir rejeitada, o que denota uma experiência primária de carência de *holding,* o suporte físico e emocional necessário para que o bebê desenvolva um sentimento de continuidade do ser (WINNICOTT, 1958/2000).

A repetição dessa falha ambiental tornou-se evidente em sua relação com a filha primogênita de IAV, que foi criada pelos avós até os 11 anos. Essa ruptura no cuidado materno pode ser compreendida como expressão de um *self* que não vivenciou de forma adequada a experiência de ser sustentado e, portanto, não conseguiu oferecer à própria filha um ambiente suficientemente bom. Para Winnicott (1965), um ambiente fracamente sustentador compromete a capacidade da mãe de oferecer *handling*, isto é, um cuidado físico e afetivo que organiza a experiência corporal e emocional da criança. No caso analisado, a ausência da paciente com sua filha até seus 11 anos, também revela um vínculo efetivamente não estabelecido.

Em suma, essa dinâmica conflituosa com a filha primogênita, na qual a paciente reproduz o padrão de rejeição e disputa vivenciado com a própria mãe, pode ser analisada à luz do conceito de "O Uso de um Objeto" (Winnicott, 1969). A predominância da projeção indica que a paciente ainda não conseguiu "usar" a filha como um objeto externo e separado, mas sim como um objeto subjetivo, uma extensão de seu mundo interno e de seu trauma primário. Para Winnicott, o uso do objeto só se torna possível quando o sujeito consegue, em fantasia, "destruir" o objeto e encontrá-lo sobrevivido, mas isso não aconteceu, pois sua filha soube compreender que a mãe carrega um sentimento de culpa da infância, deixando de alimentar a ferida primária.

No contexto clínico, a transferência permitiu que o setting analítico se tornasse o espaço onde essa "destruição" e sobrevivência puderam ocorrer, possibilitando que a paciente começasse a diferenciar a filha de sua própria mãe e, assim, iniciar um movimento de reconhecimento da alteridade e de autonomia nas suas relações familiares. Esse campo transferencial também trouxe elementos fundamentais para a elaboração psíquica, visto que a paciente referiu, em certos momentos, sentir-se "maltratada positivamente" pelo terapeuta, o que pode ser entendido como um reconhecimento paradoxal de que a firmeza e a presença oferecidas no *setting* criavam uma experiência emocional inédita. Esse fenômeno está em consonância com o que Winnicott (1949/1971) descreve como

ambiente facilitador, capaz de sustentar regressão à dependência e permitir que partes não integradas do *self* encontrem expressão e elaboração.

Ao longo do processo psicoterapêutico, ocorreram momentos significativos de integração: a paciente começou a reconhecer sentimentos antes negados, como tristeza, ambivalência e culpa, e passou a compreender como seus conflitos atuais repetiam padrões vividos na infância. Observou-se, então, a redução dos sintomas de ansiedade, maior tolerância à frustração e ampliação da capacidade reflexiva, o que indica progresso no amadurecimento emocional tardio. Conforme Winnicott (1965) assinala, a tendência ao amadurecimento persiste ao longo de toda a vida e pode ser reativada quando há um ambiente suficientemente bom para sustentar o processo, fato que ocorreu dentro do *setting* terapêutico.

Seus antagonismos com a filha mais velha, que hoje se estende à sua neta, podem estar relacionados com a falta de vínculo na relação de mãe-bebê, que, segundo Winnicott (1990), geralmente começa no período gestacional, onde a mãe descobre-se grávida e ao sentir-se mãe. Tal ligação, teoricamente, deveria ter sido intensificada com o nascimento do novo ser (sua filha) e nos primeiros anos de vida.

No entanto, para Winnicott (1990), esse processo nem sempre é satisfatório, exatamente como ocorreu entre IAV e sua filha. Por vezes o bebê não corresponde exatamente a todas as expectativas e idealizações da mãe, o que acaba gerando angústia materna e assim dificulta a interação da díade. Ou seja, o fato da paciente, nos primeiros anos de vida, deixar sua filha ser criada pelos avós, na primeira infância, caracteriza essa questão de forma extremamente relevante, ao ponto de, até os dias atuais, que passam de 50 anos, existir um conflito nesta relação. Winnicott (1990) ressalta que a qualidade das interações iniciais entre mãe-bebê tem grande relevância para o desenvolvimento psíquico da criança, em vários campos do desenvolvimento como a comunicação, socialização e cognição.

Ressalta-se que a qualidade das interações iniciais entre mãe-bebê tem grande relevância para o desenvolvimento psíquico da criança, em vários campos do desenvolvimento como a comunicação, socialização e cognição (WINNICOTT, 1990).

Em síntese, o caso analisado evidencia que a perspectiva winnicottiana oferece um arcabouço conceitual robusto para compreender sofrimentos relacionados a falhas primárias de cuidado e para sustentar processos terapêuticos que visam à integração do *self*. A evolução clínica da paciente reforça a hipótese de que o amadurecimento emocional não está limitado à infância, mas pode ser retomado quando o sujeito encontra, na relação terapêutica, um ambiente que permita a expressão e elaboração de experiências emocionais antes inacessíveis.

Cumpre salientar que as observações da supervisão sobre o caso clínico foram cruciais para a interpretação dos fatos narrados em mais de 20 sessões, especialmente sobre a clínica psicanalítica na senescência. Nessa esteira, a orientadora sugeriu manter o elo já fortalecido com a paciente; o manejo firme e empático, sustentando o desconforto necessário à elaboração; continuar nomeando, com delicadeza, os afetos que emergem na transferência; reforçar a importância de dar lugar ao que é evitado, sem interpretações precipitadas; e, apoiar-se na narrativa da própria paciente, que reconheceu o incômodo, ao ser confrontada com sua própria história de vida, como produtivo.

3.4.1 Hipótese Diagnóstica e Evolução Clínica

A partir da análise do material clínico, das manifestações emocionais da paciente e da história de falhas ambientais reiteradas, é possível construir uma hipótese diagnóstica alinhada ao modelo maturacional de Winnicott, que privilegia o desenvolvimento emocional primitivo e suas interrupções. Dessa forma, compreende-se que o quadro apresentado pela paciente é mais adequadamente interpretado como um quadro decorrente de falhas ambientais precoces com comprometimento parcial do amadurecimento emocional, levando à formação de falso *self* adaptativo, defesas rígidas e dificuldade de integração do *self* verdadeiro.

Além disso, as falhas ambientais precoces foi caracterizada pela relação inicial com a mãe, descrita como marcada por frieza, críticas e ausência de acolhimento, aponta para falhas significativas no *holding* e no *handling*, essenciais para a consolidação da continuidade do ser (WINNICOTT, 1958; 1965). Tais falhas comprometeram a sensação de existir de forma integrada; dificultaram a constituição de um ambiente interno confiável; e, geraram fragilidade emocional diante de experiências de dependência e afeto.

Portanto, a construção de um Falso *Self* adaptativo se caracteriza quando a paciente desenvolve defesas como ironia, racionalização e uma postura controladora. Esses padrões expressam o funcionamento típico do falso *self,* de acordo com os conceitos de Winnicott (1960), que é construído para proteger o núcleo verdadeiro fragilizado. Esses indícios clínicos aparecem como orgulho em magoar e "não levar desaforo"; autoimagem caricata ("sou louquinha"); distanciamento emocional de temas sensíveis; apresentação social expandida e superficial; incapacidade de reconhecer vulnerabilidade sem colapso. Tais manifestações não representam patologia estrutural, mas uma defesa maturacional contra um ambiente que falhou em reconhecê-la enquanto sujeito.

É importante considerar que a repetição de vínculos conflituosos com mãe, filha e neta sugere que IAV não alcançou plenamente a integração entre experiências internas e externas, vivendo, ao longo da vida, estados alternantes de agressividade primária não simbolizada; posições persecutórias

ocasionais; dificuldade em tolerar ambivalência; e colapso temporário da capacidade de manter objetos internos estáveis. Essa oscilação indica que o *self* verdadeiro permanece parcialmente dissociado, necessitando de ambiente terapêutico para emergir.

Outro ponto que emergiu, a partir da observação clínica e do genograma familiar, foi a repetição transgeracional da falha ambiental, marcada pelo afastamento da filha, criada pelos avós até os 11 anos, que não se configura apenas como um conflito relacional, mas como uma reedição inconsciente da falha ambiental sofrida pela própria paciente, conforme proposto por Winnicott (1965) ao discutir identificações com o ambiente não sustentador. Essa repetição evidencia: incapacidade, naquele período, de oferecer cuidado espontâneo; reprodução de um vínculo desprovido de gesto materno; e, transmissão de falhas de cuidado a gerações subsequentes.

Diante desses fatos, IAV denota um funcionamento emocional compatível com dependência não elaborada. Com isso, observou-se que ela apresenta uma dependência afetiva mal resolvida, expressa por: grandes necessidades de controle; sensibilidade extrema à frustração; dificuldade de confiar; sensação de estar sempre em risco de ser desconsiderada. Para Winnicott (1960), isso indica regressão a um estado de dependência primária não sustentada.

Outrossim, também há evidências de possibilidade de integração tardia, pois, durante o tratamento, emergiram sentimentos autênticos de culpa, tristeza e desamparo, além de *insights* sobre a história materna IAV também reconheceu a repetição nas relações, por ocasião do genograma familiar. Por fim, obteve, segundo seu próprio relato, alívio dos sintomas ansiosos e capacidade de tolerar intervenções interpretativas. Segundo Winnicott (1965), essa evolução indica que o *self* verdadeiro encontrou espaço para se expressar, considerando a sustentação por um ambiente terapêutico suficientemente bom, fenômeno compatível com a noção de amadurecimento emocional tardio.

Em resumo, IAV apresenta um quadro decorrente de falhas ambientais precoces significativas, o que comprometeu seu amadurecimento emocional primitivo e resultou na formação de um falso *self* adaptativo. Tais falhas dificultaram a integração do *self* verdadeiro, que favoreceram o uso predominante de defesas como racionalização e projeção e culminaram na repetição transgeracional de vínculos marcados por afastamento e antagonismo. O tratamento possibilitou regressões a estados de dependência não elaborada, permitindo a emergência do *self* autêntico e favorecendo processos de integração tardia.

Diante do exposto, a evolução clínica da paciente se caracterizou pela sua elaboração psíquica, caracteriza por suas falas espontâneas, conforme o quadro abaixo:

Quadro 1 - Fases da Elaboração Psíquica

FASE 1. RESISTÊNCIA AO PROCESSO	
Falas da paciente	**Significado clínico (Elaboração Psíquica)**
"Não levo desaforo pra casa. Não mudei até hoje. Não vou mudar."	Defesa rígida do *falso self* para evitar contato com vulnerabilidade. Uso de racionalização e onipotência protetiva.
"Pensei em abandonar a terapia."	Resistência inicial ao processo. Desconfiança no ambiente terapêutico; medo de regressão e de contato com dor primária.
"Quero entender por que sou 'louquinha' desde criança."	Busca por sentido. Primeira expressão do desejo de compreender o *self* verdadeiro.
FASE 2. EMERGÊNCIA DO RECALCADO / MEMÓRIA AFETIVA	
"Eu não estava preparada para ser mãe aos 19 anos."	Reconhecimento de uma verdade emocional antes negada. A paciente acessa falhas ambientais internalizadas.
"Tentei abortar com 5 meses de idade gestacional mas não consegui."	Conteúdo recalcado emerge com angústia. Retorno à dependência emocional primitiva, regressão sustentada pelo setting.
"Minha mãe disse que eu não saberia criar minha filha, então deixei ela criá-la até seus 11 anos."	Revivescência da ferida primária, falha de *holding* transgeracional. Identificação com a mãe e repetição da falha ambiental.
"Hoje eu falei sobre coisas que eu não lembrava mais."	Indício claro de acesso a material dissociado; memória afetiva reemergindo sob ambiente suficientemente bom.
FASE 3. INSIGHT, INTEGRAÇÃO E REINTERPRETAÇÃO	
"Agora tudo faz mais sentido!"	Integração simbólica: partes do *self* antes dissociadas começam a se ligar. Movimento de amadurecimento emocional.
"Hoje você me maltratou." (com lágrimas)	Transferência negativa produtiva. O terapeuta é investido como objeto confiável que suporta agressividade e frustração. Experiência corretiva de *holding*.
"Meu marido parece outra pessoa. Nossa relação melhorou muito nos últimos dias."	Mudanças externas como reflexo de integração interna. Capacidade de relacionar-se de maneira menos defensiva.
"Agora sei que a falta de vínculo com minha filha veio da minha mãe."	Insight transgeracional. Nomeação da cadeia de repetições. Emergem culpa autêntica e reparação possível.
FASE 4. AUTONOMIA EMOCIONAL E CONTINUIDADE DO SER	
"Eu disse para minha filha que agora entendo a nossa falta de vínculo."	Primeira ação reparadora concreta. Movimento espontâneo do *self* verdadeiro em direção ao outro.
"Quero continuar a terapia. Como vai ser depois?"	Indício de autonomia subjetiva: a paciente internaliza o ambiente terapêutico como continuidade emocional. Ela, agora, deseja prosseguir com a manutenção dos ganhos, mas sem colapso.

Fonte: Souza Junior (2025).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de caso, fundamentado na psicanálise, buscou compreender a gênese e a manifestação dos conflitos relacionais de uma paciente de 76 anos, à luz de sua história pregressa, marcada por falhas precoces no vínculo materno. A análise do processo terapêutico e da dinâmica psíquica dela permitiu alcançar o objetivo principal de compreender a relação entre os conflitos atuais com seu companheiro, com sua primeira filha e com sua história pregressa na relação com sua mãe.

Verificou-se que os conflitos persistentes entre ela e sua filha mais velha estão, de fato, intimamente ligados à ausência da ligação materna estabelecida nos primeiros anos de vida da filha. A decisão de IAV de permitir que sua mãe (avó da criança) criasse a filha, somada ao histórico de gravidez indesejada e tentativa de aborto, ecoou como uma repetição inconsciente da dinâmica de rejeição que ela mesma percebeu ter vivido com sua mãe. A ausência de um "ambiente suficientemente bom" para a filha, replicando a falta de *holding* e *handling* na infância da paciente, gerou um ciclo de feridas emocionais e dificuldades relacionais que se manifestaram na vida adulta. A filha, ao ser criada pela avó, tornou-se um lembrete vivo da falha vincular primária deste caso clínico.

Assim, as falhas na constituição do laço materno na infância impactaram a paciente de forma a estruturar uma dinâmica psíquica baseada na projeção e na dificuldade de lidar com a ambivalência afetiva, o que caracteriza o eco da falha do vínculo primário na vida adulta. Na relação com a filha, o impacto se deu pela reprodução do padrão de rejeição e conflito, onde a paciente projeta na filha a figura materna conflituosa, revivendo a disputa por independência e o descontentamento. Na relação com o companheiro, o impacto se manifestou através de constantes disputas e frustrações, onde o parceiro também se tornou o objeto de projeção das expectativas e decepções não resolvidas com a figura materna.

A busca constante por independência, relatada pela paciente, é uma defesa contra a vulnerabilidade e a dependência inerentes ao vínculo, moldada pela percepção de rejeição na infância. Entretanto, o caso também demonstra que, mesmo na senescência, é possível ocorrer reorganização simbólica relevante, em consonância com pesquisas contemporâneas sobre plasticidade psíquica e emocional nessa fase da vida.

Esta pesquisa também permitiu concluir que, ao elaborar os traumas primários no *setting* analítico, a paciente pôde iniciar um movimento de maior integração psíquica. A possibilidade de *insight* e a construção de uma nova conexão segura na transferência permitiram que ela começasse a diferenciar a relação amorosa adulta da devastação infantil, abrindo caminho para relações menos projetivas e mais autênticas.

No geral, o caso estudado reforça a tese de que as feridas emocionais da infância deixam ecos profundos na vida adulta, mas sublinha a relevância do *setting* analítico como um espaço de elaboração e reparação dos danos. A transferência permitiu à paciente revisitar e elaborar seus traumas primários, promovendo uma evolução clínica exponencial e reforçando a importância da abordagem no tratamento de sintomas enraizados em falhas precoces do desenvolvimento afetivo.

Ademais, por meio do diálogo entre teoria e prática, foi viável fundamentar uma análise pautada nos princípios da psicanálise, alinhada à ética do cuidado e à singularidade subjetiva. Desse modo, o processo terapêutico revelou que a escuta analítica, ao atender simbolicamente certas necessidades pulsionais, auxilia na resolução de conflitos inconscientes e no fortalecimento das funções do ego, que, em algumas situações, não tinham sido adequadamente desenvolvidas (ZIMERMAN, 2004).

Reitera-se que, em decorrência do processo terapêutico, a paciente conseguiu revisitar conteúdos recalcados, reconhecendo e elaborando aspectos de sua trajetória marcados por deficiências nas primeiras relações objetais. Esse processo de elaboração reforça o poder transformador da psicanálise como um espaço para a reconstrução simbólica e a reintegração do eu. Ademais, o desenvolvimento psíquico se dá a partir da interação entre o *self* e o outro, e o trauma não é apenas um evento isolado, mas uma falha na relação intersubjetiva que impede o desenvolvimento saudável do *self*.

É mister salientar que é encerrado um ciclo de atendimento na clínica escola, mas o processo terapêutico permanece em andamento. A manutenção das sessões de terapia e das supervisões subsequentes é essencial para a exploração mais profunda das reflexões em andamento. Este trabalho, assim, atua como um registro da trajetória até agora, permitindo espaço para novas interpretações e para a receptividade ao que está por vir, sempre respeitando o tempo psicológico da paciente e a ética da escuta.

Vale ressaltar que este caso clínico demonstrou a relevância do acompanhamento psicoterápico com idosos, mostrando, mais uma vez, que os limites propostos por Freud não se aplicam de maneira absoluta. Pois, envelhecimento até pode implicar na intensificação de lutos, fragilidade corporal e retração pulsional, mas por outro, a neuroplasticidade e a capacidade simbólica demonstradas aqui também revelam que o psiquismo mantém potência transformativa.

O caso clínico demonstrou que, mesmo na senescência, a paciente apresentou notável abertura simbólica, permitindo a mobilização de conteúdos recalcados e a elaboração de relações afetivas profundamente enrijecidas. Embora haja limitação deste estudo a um único caso clínico, esse achado reforça a tese da plasticidade psíquica na idade avançada. Destarte, sugere-se maior investimento na

pesquisa sobre a psicoterapia com idosos, uma vez que se trata de um tema ainda carente de estudos aprofundados para a análise clínica e, frequentemente, negligenciado no contexto social.

Nesse ponto, para além dos achados clínicos, frisa-se que a experiência de conduzir este estudo de caso proporcionou reflexões profundas sobre a prática psicanalítica e a constituição do *self*. "Neste sentido, o que mais se destacou foi a capacidade de reorganização psíquica da paciente, mesmo na senescência, o que reforçou a tese da neuroplasticidade e a relevância do *setting* analítico como um espaço de reparação.

Por último, acompanhar a elaboração do vínculo primário e a subsequente diferenciação nas relações familiares de IAV foi um marco na minha formação, Esse estágio na CEPsi, que transcorreu ao longo de 9 meses, evidenciou, na prática, a potência da transferência como ferramenta de acesso e elaboração de falhas no vínculo primário. No entanto, percebi que essa falha não é um destino, mas um ponto de partida para a busca de um *self* mais autêntico, o que se constitui como a principal contribuição deste trabalho para a minha trajetória como futuro psicólogo.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, que teve que lidar com minhas diversas ausências ao longo desta jornada. Obrigado por serem meu alicerce e fonte constante de inspiração. Às minhas queridas mestres, cujo conhecimento e dedicação foram cruciais para a realização deste trabalho, inclusive àquelas que, por alguma razão, tiveram que outros projetos. Expresso minha profunda gratidão. À minha orientadora, por ter contribuído no final do meu percurso acadêmico e profissional. Através de sua abordagem e sensibilidade, pude enxergar o quão profunda é a psicanálise, pois não se trata de diagnosticar alguém, mas de tocar na alma humana. Este trabalho é um reflexo do suporte que recebi na esfera acadêmica, pessoal e profissional. Por isso, dedico a vocês com todo meu carinho e respeito.

AGRADECIMENTOS

À Deus, em primeiro lugar, cuja presença no meu coração me concedeu a vida, a graça, a força e coragem para superar os desafios desse percurso que durou 5 anos, o que inclui o enfrentamento das limitações impostas pela pandemia da COVID-19 e o distanciamento da rede de apoio familiar.

A meus pais, cujas ausências são sentidas em forma de agradecimento pela educação que me forneceram enquanto puderam estar presentes. Apesar das dificuldades que tiveram, conseguiram me

educar e me orientar a seguir estudando para garantir um futuro digno para mim e para minha família. Em memória deles, concretizo aqui uma promessa oculta e nunca dita, pois sempre foram meus maiores motivadores ao estudo.

A quem esteve sempre ao meu lado, minha esposa e psicóloga Pâmela Lemos, por ter suportado minhas ausências, especialmente nestes últimos dois anos, quando mais precisava de minha presença, em função da gestação de risco e conturbada que culminou com a chegada do nosso filho Vicente em nossas vidas, um presente de nosso Deus como a maior confirmação de Sua bênção sobre a nossa união. Por várias vezes, desmarcou atendimento e abdicou de compromissos diversos para me apoiar no período dos estágios. Eu te amo!

Aos irmãos amados em Cristo da Igreja Batista Independente, que, além de orarem por mim e pela minha família, para que tivéssemos força e sabedoria para superar os desafios dessa trajetória, também nos apoiaram como uma verdadeira família na fé, estando sempre presente em momentos delicados, representando a rede de apoio que não temos por perto, visto a distância de mais de 2 mil quilômetros que estamos de nossa cidade de origem.

À família militar, que meu deu muita força, especialmente a meus chefes imediatos e àqueles que trabalham diretamente comigo, visto que sempre me apoiaram quando precisei me ausentar mais cedo do trabalho, seja para a realização de estágios obrigatórios desta graduação ou para dar suporte à minha família, funcionado também como a nossa rede de apoio quando precisamos.

Expresso minha sincera gratidão à minha primeira professora de psicanálise, a Cláudia Corral que, através de suas explicações, paciência e empatia, me deixou extremamente motivado a mergulhar nesse mar de conhecimento. Obrigado por fazer parte de minha construção profissional.

Também externalizo minha sincera gratidão à minha orientadora Prof. Dilce Helena Alves Aguzzi de Oliveira, que, através de sua abordagem, empatia e sensibilidade, pude ter a convicção do meu anterior anseio inconsciente pela psicanálise, pois, mesmo antes de iniciar a graduação, eu já almejava estudá-la, embora ainda não soubesse o que ela significava. Obrigado pelas diversas supervisões em relação aos meus primeiros pacientes enquanto estagiário da clínica escola.

À pessoa que me recebeu pela primeira vez na faculdade IDEAU, enquanto coordenadora e docente, Lenise Collares. Foi quem me deu a inesquecível oportunidade de contribuir com uma aula sobre a neurobiologia da dependência química, considerando a minha especialização prévia nesse assunto, quando ainda estava no primeiro semestre. Além de me motivar a participar das Mostras de Iniciação Científica e publicar os respectivos trabalhos nos anais da faculdade de todos os semestres, também me indicou para representar o curso de psicologia em uma entrevista à Rádio Pop Rock FM 98.1 de

Bagé-RS, ao Diretório Central de Estudantes, onde fui vice-presidente e à Comissão Própria de Avaliação da Faculdade IDEAU.

À psicóloga Michele Dupont, especialista em psicoterapia psicanalítica, membro efetiva do Instituto de Terapia Integrativas de Porto Alegre (ITIPOA), por ter aceitado fazer parte da banca examinadora deste TCC. Suas orientações contribuíram muito para que este estudo se alinhasse o mais próximo possível de uma escrita e abordagem psicanalítica, visto que a graduação engloba apenas uma visão geral desses conceitos teóricos. A orientação que mais me marcou foi "um analista nasce do Divã", então eu preciso nascer de novo! Essa e outras falas suas me fizeram compreender e ajustar toda a minha compreensão escrita neste estudo. Portanto, além de admirar seu profissionalismo e a sua capacidade técnica, sou grato demais por ter tido o privilégio de te conhecer e receber seus apontamentos.

Às demais coordenadoras Andreia Sorensen, Danielle Visentini, Lia Severo Vieira e Anelise Fernandes Silveira que, enquanto coordenadoras, marcaram uma transição importante nesta trajetória, tendo muita paciência, não apenas comigo, mas como todos os alunos, cada uma de vocês foram imprescindíveis para a minha formação.

Agradeço, especialmente, à professora Andréia Quadros, que me inspirou ainda mais a trabalhar com grupos terapêuticos, o que me fez compreender melhor o que eu já praticava em contribuição a projetos sociais. Além disso, me fez compreender as teorias e práticas da Psicologia Organizacional e do Trabalho, que ampliaram meu entendimento sobre os riscos psicossociais no ambiente laboral.

Às professoras Suzana Catanio, Stefânia Torma, Amanda Reys, Catieli Malaguez e Melina Britto, que se dedicaram muito no ensino das diversas teorias que compõem a grade curricular desta formação, além de compartilharem suas experiências, contribuindo para o sucesso das minhas atividades. Vocês são, de verdade, inspiração para mim.

Aos companheiros de turma com os quais compartilhei os últimos cinco anos da minha vida na sala de aula, em especial, agradeço aos que fizeram parte dos grupos dos Projetos de Aperfeiçoamento Teórico-Prático, saibam que foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

Por fim, a todos que, mencionados ou não, contribuíram para a realização deste trabalho, meu mais sincero MUITO OBRIGADO!

REFERÊNCIAS

_____. **Análise terminável e interminável**. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 23, p. 239-287. (Obra original publicada em 1937).

_____. **Análise terminável e interminável**. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 23, p. 239-287. (Obra original publicada em 1937).

_____. **Artigos sobre a técnica. Recordar, repetir e elaborar**. In Freud, S., Obras completas (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago, 1980 (Obra original publicada em 1914).

_____. **Artigos sobre técnica**. In: Freud, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 12, p. 111-230. Edição Standard Brasileira. (Obra original publicada em 1911-1915[1914]).

_____. **O Ego e o Id**. In: Freud, S. Obras completas, v. 16. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2011. (Obra original publicada em 1923).

_____. **O Seminário Livro 2 - O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. (Obra original publicada em 1954/1955).

_____. **O Seminário, livro 23: o sinthoma**. (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007. (Obra original publicada em 1975-1976).

_____. **Os mecanismos de defesa**. Porto Alegre: Artmed, 2006. P. 37-43. (Obra original publicada em 1946) Disponível em: https://drive.google.com/file/d/19xqEbZxEIhPhhdBUT722oN9d4mg_fLg5/view?usp=sharing. Acesso em: 20 de jun. de 2025.

_____. **Psicologia das massas e análise do ego**. In: Freud, Sigmund. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 18, p. 89-179. (Obra original publicada em 1921).

_____. **Respostas às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia**. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 3, pp. 115-132) (2ª ed.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1895/1987).

_____. **Sobre a psicoterapia**. In: Freud, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1977. v. 7, p. 239-254. (Obra original publicada em 1905).

_____. *Puntuaciones sobre el amor de transferência*. In: Obras Completas, tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu, 1975. (Obra original publicada em 1915).

_____. *The Interpretation of Dreams* (J. Strachey, Trad.; vols. 4–5). In J. Strachey (Ed.), The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (Vols. 4–5). London: Hogarth Press. 1900/1953.

_____. **Conferências introdutórias à psicanálise**. In: Freud, Sigmund. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1977. v. XVI. (Obra original publicada em 1917).

_____. **O aturdido**. In: Outros escritos (pp. 449-497). Rio de Janeiro: Zahar, 2003. (Obra original publicada em 1973).

_____. **O seminário: A transferência**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992. Livro 8. (Obra original publicada em 1960/1961).

_____. **O seminário: O ato psicanalítico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992. Livro 15. Inédito. 1967/1968).

_____. **Sexualidade feminina, Novas conferências introdutórias sobre psicanálise**. Obras completas, ESB, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1931/1969).

_____. *Le séminaire, livre V, Les formations de l'inconscient*. Paris: Seuil, 1998. Obra original publicada em 1957/1958)

_____. **Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting analítico**. Textos selecionados: da Pediatria à Psicanálise (pp. 374-392). Rio de Janeiro: Imago. 2000. (Obra original publicada em 1958).

_____. **Conversando com pais**. In: A construção da confiança (pp. 139-141). São Paulo: Martins Fontes. 1999.

_____. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1990.

_____. **Objetos transicionais e fenômenos transicionais**. Tradução de B. Longhi. São Paulo: UBU Editora, 2019. (Obra original publicada em 1953).

_____. *Distortion of the ego in terms of true and false self*. In: WINNICOTT, D. W. The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development. London: Hogarth Press, 1965. (Obra original publicada em 1960).

_____. *Playing and reality.* London: Tavistock, 1971. (Obra original publicada em 1949).

_____. *Primary maternal preoccupation*. In *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Tavistock, 1958.

_____. *The maturational processes and the facilitating environment.* London: Hogarth Press, 1965.

_____. *The use of an object and relating through identifications*. In: WINNICOTT, D. W. Playing and reality. London: Tavistock Publications, 1971. p. 86-94. (Originalmente publicado em 1969).

_____. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ABRAHAM, K. *La aplicabilidad del tratamiento psicoanalítico a los acientes de edad avanzada*. Buenos Aires: Hormé. 1959.

ABRAHAM, N.; TOROK, M. **A Casca e o Núcleo**. São Paulo: Escuta, 1995.

ALTMAN, M. **O envelhecimento à luz da psicanálise.** J. psicanal. São Paulo , v. 44, n. 80, p. 193-206, jun. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352011000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 set. 2025.

BARATTO, G. **O inconsciente e a clínica psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

BARBIER, R. **A noção de ciências humanas clínicas e as análises institucionais**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1985.

BLEGER, J. **A entrevista psicológica. In J. Bleger, Temas de psicologia: entrevista e grupos** (R.M.de Moraes, trad., pp. 9-41). São Paulo: Martins Fontes.1987.

BRANDÃO, C.(org.). **Família e Identidade**. Curitiba: Appris, 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, DF: CFP, 2005.

CARNEIRO, A.B. de F.; PENA, B.F.; CARDOSO, I.M.. **Teoria Psicanalítica. Entrevistas preliminares: marcos orientadores do tratamento psicanalítico.** *Preliminary interviews: milestones in the psychoanalytical treatment*. Reverso vol.38 no.71 Belo Horizonte jun. 2016. Disponível em https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952016000100003 Acesso em: 22 jul. 2025.

ERIKSON, E. H. **O ciclo de vida completo**. Artes Médicas, 1998.

FERRAZ, F.C. **As entrevistas iniciais e a escolha da técnica**. Rev. bras. psicanálise, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 48-56, dez. 2012. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/104xC4256wKGf2MKAw-D3ZC35kyBSM-F5/view?usp=sharing Acesso em: 21 jun. 2025.

FERREIRA, A. E. de P. **A devastação materna e suas repercussões nas parcerias amorosas**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2015.

FREUD, A. **O ego e os mecanismos de defesa**. Tradução de Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artmed, 2006. (Obra original publicada em 1936).

FREUD, S. **As neuropsicoses de defesa**. In: _____. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 3, p. 51-68. (Obra original publicada em 1894).

HERMANN, F. **Interpretação: A invariância do método nas várias teorias e práticas clínicas**. In Figueira, S. (Org.), Interpretação: sobre o método da psicanálise (pp. 13-34). Rio de Janeiro: Imago, 1989.

KAËS, R. **A Transmissão da Vida Psíquica entre Gerações**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001.

KLAUTAU, P. & SALEM, P. **Dependência e construção da confiança:** A clínica psicanalítica nos limites da interpretação**.** Natureza humana, 11(2), 33-54. 2009. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302009000200002&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: jul. 2025.

LACAN, J. **De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses**. In:_____. *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Revisão técnica de Antonio Quinet e Angelina Harari. Preparação de texto de André Telles. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 537-590. (Campo Freudiano no Brasil). (Obra original publicada em 1955-1956).

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

LIMA, A.P. de. **O modelo estrutural de Freud e o cérebro: uma proposta de integração entre a psicanálise e a neurofisiologia.** *From Freud's theories to brain function: integrating psychoanalysis and neurophysiology*. Universidade Federal de Uberlândia (UFU), União Educacional de Minas Gerais (Uniminas). 2009. Disponível em https://www.scielo.br/j/rpc/a/gCtpKfnMrZQLCFqxZwDRS3G/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 19 ago. 2025.

MAGNO, M.D. ***Pshychopatia Sexualis:*** **Seminário 1996**. Santa Maria: UFSM, 2000.

MARTINS, G.A. **Estudo de Caso: Uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

McGOLDRICK, M.; GERSON, R.; PETRY, S. **Genogramas: avaliação e intervenção familiar**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MONÇÃO, M.R.F.; HONDAI, H. **O estatuto de regra fundamental da associação livre: sobre as bases teóricas da técnica da psicanálise**. Est. Inter. Psicol., Londrina, v. 10, n. 2, p. 41-58, ago. 2019. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1JmfwEl0XGP6XnOs5qugf4VWdknKIO9ML/view?usp=sharing Acesso em 21 ago. 2025.

NICHOLS, M.; SCHWARTZ, R. **Terapia familiar: conceitos e métodos**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Organização Panamericana de Saúde, 2005.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. **Dicionário de psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SANTOS, V. A *et al.* **Sobre a psicanálise e o envelhecimento: focalizando a produção científica (2011–2015)**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 35, e3542, 2019. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/revistaptp/article/view/23580. Acesso em: 16 nov. 2025.

SEGAL, H. **Medo da morte: notas a respeito da análise de um homem idoso**. In H. Segal, A obra de Hanna Segal: uma abordagem kleiniana à prática clínica (p. 239). Rio de Janeiro: Imago. 1982.

SIGAL, A. M. **Abstinência**. Psicanálise & Barroco em Revista, *[S. l.]*, v. 17, n. 2, p. 172–183, 2019. DOI: 10.9789/1679-9887.2019.v17i2.172-183. Disponível em: https://seer.unirio.br/psicanalise-barroco/article/view/9481. Acesso em: 22 maio. 2025.

SILVA, S.O. **A visão de Winnicott sobre a importância do afeto no primeiro ano de vida**. Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Ariquemes - Ro, 2014.

SOARES, D. **O sujeito idoso e a reconstrução da história interna: reflexões a partir da clínica psicanalítica.** Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecer, v. 28, n. 2, p. 345–362, 2023. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/128892. Acesso em: 16 nov. 2025.

SOUZA, C.R.A. de; COELHO, D.M. **O neutro em psicanálise: da técnica à ética**. Fractal: revista de psicologia, v.24 - n.1, 1p. 95-110, jan./Abr. 2012.

TRACHTENBERG A.R.C *et al.* **Transgeracionalidade – de escravo a herdeiro: um destino entre gerações**. Porto Alegre: Sulina, 2013. 190 p. ISBN: 978-85-205-0451-2

TRACHTENBERG, A.R.C. **Transgeracionalidade: sobre silêncios, criptas, fantasmas e outros destinos**. Revista Brasileira de Psicanálise, Porto Alegre, v. 51, n. 2, p. 101-114, 2017.

WINNICOTT, D.W. **Os objetivos do tratamento psicanalítico**. In D. W. Winnicott, O ambiente e os processos de maturação (I.C.A. Ortiz, trad., pp. 152-155). Porto Alegre: Artes Médicas. 1962/1983.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2004.

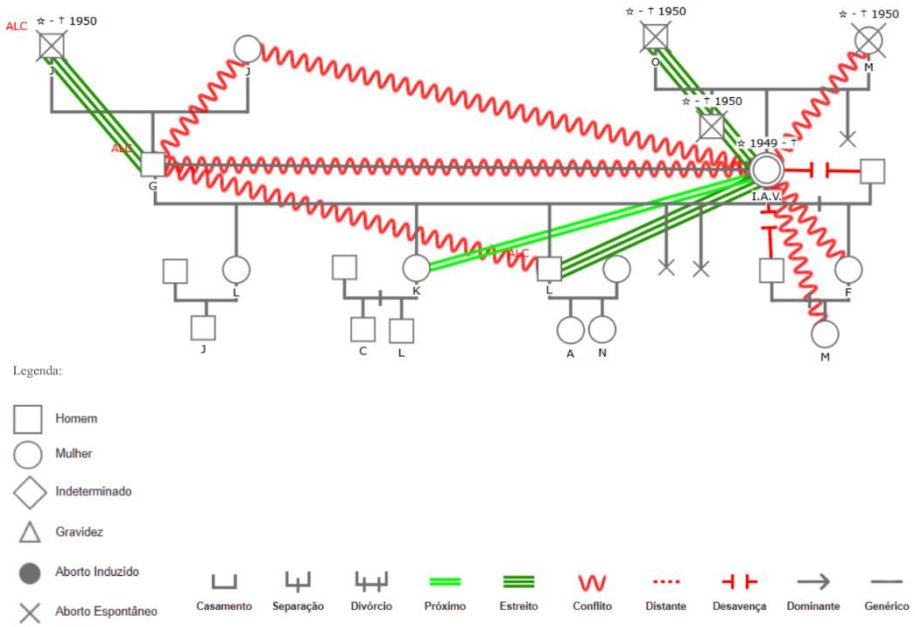
ISSN: 2177-3246

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- **CEPsi** – Clínica Escola de Psicologia
- **CFP** – Conselho Federal de Psicologia
- **CRP** – Conselho Regional de Psicologia
- **IDEAU** – Instituto de Desenvolvimento Educacional de Bagé
- **RS** – Rio Grande do Sul
- **TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- **TCC** – Trabalho de Conclusão de Curso
- **UFPel** – Universidade Federal de Pelotas

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - GENOGRAMA FAMILIAR



Fonte: SOUZA JÚNIOR (2025).

ANEXOS

ANEXO A - ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Instituto de Desenvolvimento Educacional de Bagé Ltda.

FACULDADE IDEAU DE BAGÉ

Recredenciada pelo MEC através da Portaria nº 636, de 17 de maio de 2017,
publicada no Diário Oficial da União em 18 de maio de 2017.

ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos quatorze dias do mês de novembro de 2025, das 19h00 horas às 20h00 horas, nas dependências do Instituto de Desenvolvimento Educacional de Bagé, situado à Rodovia BR 153 S/N – KM 642. ÁREA RURAL, na cidade de Bagé, estado do Rio Grande do Sul, teve lugar a sessão da defesa do Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia, com título **"FERIDAS EMOCIONAIS NA INFÂNCIA, ECOS NA VIDA ADULTA: UM ESTUDO DE CASO À LUZ DA PSICANÁLISE".** A Banca de avaliação foi constituída pelos membros abaixo relacionados. O ato teve início com a apresentação da Banca pelo professor orientador que, a seguir, passou a palavra à acadêmica **SIDNEI NOGUEIRA DE SOUZA JUNIOR**, para defender o referido Trabalho de Conclusão de Curso. Na sequência, as professoras da banca fizeram suas considerações e questionamentos ao aluno. Ao término da defesa, o aluno ficou encarregado de fazer os devidos ajustes e/ou alterações no Trabalho de Conclusão de Curso para a entrega final até o dia 20 de novembro de 2025 para posterior aprovação e conclusão. Nada mais havendo, a Professora Orientadora declarou encerrada a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, lavrando e assinando a presente ATA que será assinada pelos professores, membros da Banca Examinadora, e que ficará arquivada na Coordenação do Curso de Psicologia da Faculdade IDEAU.

Nota atribuída pelos professores convidados:

NOTA 1: 10,0
NOTA 2: 10,0

MÉDIA FINAL: 10,0 Aprovado (X) Reprovado ( )

Profª. Orientadora Dilce Helena Alves Aguzzi

Profª. Convidada Psicóloga Anelise Fernandes

Psicóloga Convidada Michele Dupont

Fonte: Elaborada pelos autores

ANEXO B - TERMO DE AUTENTICIDADE

Data de entrega / /

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO EDUCACIONAL DO ALTO URUGUAI
FACULDADE IDEAU
Portaria de Autorização nº 756, de 20 de julho de 2017, publicada no Diário Oficial da União em 21 de julho de 2017

TERMO DE AUTENTICIDADE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Acadêmico: Sidnei Nogueira de Souza Júnior, aluno do Curso de Graduação em Psicologia - X, da Faculdade IDEAU, declaro ter o pleno conhecimento do regulamento e normas referentes ao Trabalho de Conclusão de Curso e que o realizar pelo próprio esforço e sem plágio de obras literárias, sob orientação da Professora, Dilce Helena A. Aguzzi. Declaro, ainda, ter o pleno conhecimento que posso sofrer sanções legais na esfera civil e penal, caso seja comprovado o plágio e/ou aquisição de trabalhos concluídos, além do prejuízo de medidas de caráter educacional.

Bagé (RS), 14 de novembro de 2025.

Acadêmico: **Assinatura**

Sidnei Nogueira de Souza Júnior

Professora **Assinatura:**

Dilce Helena A. Aguzzi de Oliveira

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO EDUCACIONAL DO ALTO URUGUAI
FACULDADE IDEAU
Portaria de Autorização nº 756, de 20 de julho de 2017, publicada no Diário Oficial da União em 21 de julho de 2017

Fonte: Elaborada pelos autores

ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHO ACADÊMICO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHO ACADÊMICO

Na qualidade de titular dos direitos de autor da obra, autorizo a Faculdade IDEAU Bagé por meio da Biblioteca, a disponibilizar através da web (site, repositório ou biblioteca digital), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998, o texto integral da mesma.

Identificação do Autor 1

Nome: Sidnei Nogueira de Souza Junior

RG: 093890784-7

CPF: 100.675.247-10

E-mail pessoal: sidjuniorjr@gmail.com

Identificação do Trabalho Acadêmico

Feridas Emocionais na Infância, Ecos na Vida Adulta: Um Estudo de Caso à Luz da Psicanálise

Palavras-chave: Psicanálise. Estudo de caso. Vínculo. Conflitos

Curso: Bacharelado em Psicologia

Data de defesa: 14/11/2025

Orientadora Profª. Dilce Helena Alves Aguzzi de Oliveira, Especialista em Psicologia Analítica.

Liberação para publicação: (X)Autorizo publicação ( )Não autorizo publicação

Este documento, preenchido e assinado por todos deve ser entregue na biblioteca juntamente com a folha de aprovação assinada por todos os membros da banca.

Assinatura Autor

Assinatura orientador

Bagé, 18 de novembro de 2025

Fonte: Elaborada pelos autores