



RELATO DE CASO

## A dor de crescer: marcas da angústia de separação

*Julia Macedo Salvador<sup>a</sup>*

<sup>a</sup> Psicoterapeuta no Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica (ESIPP). Psicóloga clínica. Porto Alegre, RS, Brasil.

**Instituição:** Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica (ESIPP)

### Resumo

Este trabalho tem como objetivo propor um entendimento dinâmico de um caso clínico atendido em psicoterapia de orientação psicanalítica, à luz do conceito de angústia de separação. Considera-se a forma como ela se origina no desenvolvimento do indivíduo, como pode se manifestar na vida e no tratamento psicoterápico e, principalmente, a maneira como pode ser trabalhada através da relação terapêutica. Pensa-se na possibilidade de, através do tratamento, o paciente domesticar seus sentimentos de solidão, aprendendo a suportá-la e colocá-la a serviço da vida.

**Palavras-chave:** Ansiedade de separação; Solidão; Terapia psicanalítica.

### Abstract

This work aims to propose an understanding of the concept of separation anxiety in the light of a clinical case treated in psychoanalytic psychotherapy. It is considered how it originates in the development of the individual, how it can be manifested in life and analytical treatment, and especially, the way it can be worked through the

therapeutic relationship. It is also thought the possibility of, through treatment, domesticate the loneliness, learning to support it and put it at the service of life.

**Keywords:** Anxiety, separation; Psychoanalytic therapy; Loneliness.

## Introdução

### A dor de crescer: marcas da angústia de separação

#### E essa angústia de onde vem?

A partir de uma revisão teórica do conceito de angústia de separação, desde sua origem no desenvolvimento de um indivíduo até sua possível elaboração, o presente trabalho busca abordar a forma como essa angústia pode se manifestar na vida e no tratamento psicanalítico. Para ilustrar, é apresentado o caso de uma paciente de 28 anos atendida em psicoterapia psicanalítica, inicialmente com duas sessões semanais que se mantiveram durante dois anos, e no último ano de tratamento com uma sessão na semana.

Em “Inibição, sintoma e ansiedade”, Freud<sup>1</sup> reformula sua teoria e atribui a origem da angústia às fantasias de temor à separação e à perda do objeto, dando origem a uma concepção verdadeiramente psicológica. Refere que a angústia é um estado de insuficiência psíquica do ego frente a um perigo que o ameaça e, assim, desperta o desamparo biológico e psíquico sentido pelo bebê na ausência da mãe, a qual ama e deseja.

Zimerman<sup>2</sup> explica que, no início da vida, a existência do bebê é um estado caótico que consiste em sensações agradáveis e desagradáveis, sem consciência de si, ou do outro, do que é dentro ou fora. O outro, geralmente a mãe, é concebido pelo bebê como uma extensão de si, o qual deve estar de forma permanente à sua disposição para suprir suas necessidades. Para o autor, não ser visto, nesse momento em que o narcisismo é essencial e estruturante, é o mesmo que não existir. A ausência do olhar da mãe é sentida internamente pelo bebê, como uma ameaçadora separação, com consequentes angústias de aniquilamento, de perda de amor ou de castração.

Pode-se considerar a ausência do olhar materno quando ocorre um afastamento da mãe, mas também quando esta olha para o bebê, mas não o enxerga. Maria<sup>[1]</sup> nasceu do desejo de sua mãe de ter uma companhia, pois se sentia muito sozinha e sem ocupação. O pai de Maria trabalhava muito e raramente estava em casa. Queria esperar um pouco mais para ter filhos, mas a mãe acabou engravidando. Vê-se que Maria nasceu para suprir uma falta da mãe, e não para existir como um ser separado e diferente da mesma.

A mãe de Maria tinha depressão. A paciente não lembrava de nada marcante que tivesse ocorrido ao longo de sua vida em função da doença da mãe, apenas que ela nunca foi uma pessoa alegre, divertida ou cheia de vida. Esteve sempre “na volta dos filhos, sem muita ocupação ou distração própria”. A mãe tomava medicação “desde sempre”. Em alguns momentos do tratamento, Maria trazia o medo de ser como a mãe: “triste e sempre aumentando os problemas”.

Ao longo de sua infância, Maria sempre fez tudo para agradar e satisfazer as vontades dos pais. Na escola, precisava tirar notas boas e, quando isso não acontecia, era ameaçada por eles de ser colocada em uma escola interna, longe dos pais. Tinha a sensação de que, se não fizesse como eles esperavam, não seria amada e desejada.

Segundo sua percepção, o irmão, seis anos mais novo, “viveu” muito mais do que ela. “Ele teve experiências diferentes, fez coisas consideradas erradas e ousou mais, pois não se importava com o que os pais iriam pensar”. Maria sentia que deixara de ter muitas vivências e, por isso, hoje, se sentia insegura: “A sensação que eu fico é que o que eu vivi não fica em mim, como se não colasse e, então, não me sinto preenchida por nada; parece que estou sempre vazia”. Seu pai sempre considerou o mundo como muito perigoso e dizia que não deveriam confiar em ninguém. Por conta disso, ela desconfiava das pessoas; acredita que isso contribuiu para que ela tenha ficado muito “debaixo da asa dos pais”.

Quando ficou menstruada, a mãe lhe disse que deveria sempre contar tudo para ela e que seria sua melhor amiga. Ao longo do tratamento, Maria foi percebendo que, a partir do momento em que poderia ter começado a se sentir mulher, não teve nada que fosse particular, pois desde esse dia passou a dividir tudo que vivia com a mãe: “Eu passei a contar tudo para ela, não tinha mais segredos. Acabei não tendo mais nada que fosse só meu e que eu pudesse sentir como fazendo parte de mim”.

Maria chegou com 28 anos para tratamento se sentindo perdida. Queria sair de casa e abrir um negócio próprio, mas ficava em dúvida se realmente desejava essas mudanças ou se “era porque estava na hora”. Tinha consciência de sua idade cronológica, mas ainda se sentia uma menina incapaz de dar conta de uma vida adulta, separar-se dos pais e sentir-se uma profissional bem-sucedida. Sofria muito com a ideia de sair de casa, e se sentia insegura longe dos pais. Tinha dificuldade de ficar sozinha em casa nos finais de semana. Quando os pais iam para a praia, ela ia junto ou convidava alguma amiga para ficar com ela em casa, pois sentia “medo de espíritos e de que algo acontecesse”.

Trabalhava em um escritório há cinco anos, mesmo local em que realizou seu estágio curricular. Era uma empresa pequena familiar, na qual Maria se sentia, muitas vezes, envolvida no drama das proprietárias, mãe e filha. Por vezes, sentia vontade de abrir seu negócio próprio, mas tinha muita dificuldade de pedir para sair, imaginando que a chefe iria “queimá-la no mercado e que não iria conseguir se colocar em mais nenhum local”.

Maria ficava em dúvida se deveria utilizar suas economias para abrir seu negócio ou sair de casa. Aos poucos, foi entendendo que não se sentia pronta para nenhum dos dois. Ela ficava brava e insegura quando percebia que não se sentia capaz de dar esses passos. Percebia que tinha muito medo de falhar e fazer escolhas erradas, como se não tivesse retorno, e tudo estivesse acabado.

O que é possível pensar ao escutar Maria em sua psicoterapia? A angústia de separação é um fenômeno universal que está presente no cotidiano de muitas pessoas. É uma emoção estruturante para o ego, pois o sujeito toma consciência de que existe como um ser só e único em relação ao outro, no momento em que sente

a dor da solidão. A partir dela, percebe que o outro é separado e diferente, o que forja o início do sentimento de identidade<sup>3,4</sup>.

Quando se fala em angústia de separação normal, em um contexto de relações entre pessoas, considera-se o sentimento doloroso de medo sentido por uma pessoa quando a relação afetiva estabelecida com um indivíduo importante de seu ambiente é ameaçada de interrupção ou é interrompida de fato. Costuma-se usar o termo “perda” quando existe um caráter permanente, e “separação” quando são situações provisórias. No entanto, é comum que as fantasias de separação sejam confundidas com as de perda e, nesses casos, a separação é vivida como uma perda<sup>3,4</sup>.

Ao pensar em pacientes com um sofrimento muito grande devido a separações, é possível entender que “a relação com o objeto original foi traumática e que o ego não foi inteiramente capaz de lidar com a frustração e com o sentimento catastrófico” (p. 496)<sup>5</sup>. No caso de Maria, pode-se pensar que a falta de desejo do pai por sua chegada e uma mãe deprimida tenham gerado marcas traumáticas no princípio de sua existência.

Uma ruptura traumática acontece em função de a mãe não conseguir (por motivos internos ou externos) dar conta e processar as descargas e excitações fisiológicas e psíquicas, ocasionando que o bebê viva uma sensação precoce de “dualidade” como uma ameaça de desastre. É fundamental que o bebê “atinga uma suficiente integração para que possa suportar a tensão inerente ao processo de diferenciação e a consciência crescente do objeto como entidade separada” (p. 496)<sup>5</sup>.

Durante o tratamento de Maria, aos poucos foi-se entendendo que, junto com o “medo de dar errado” profissionalmente, existia também um “medo muito grande de dar certo”. O que aconteceria se conseguisse abrir seu próprio negócio? Como se sentiria saindo de casa e deixando os pais?

Maria sentia como se estivesse “matando os pais”, como se eles não fossem capazes de sobreviver a sua separação. “Quem vai cuidar deles?”, perguntava-se. Sentia que a mãe já estava mais limitada e não conseguia se cuidar. Ela havia caído em casa e cortado a sobancelha. Ficou muito assustada vendo a mãe sangrar e se questionando o que teria acontecido se ela não estivesse ali.

Maria não costumava viajar sozinha. Anualmente, o pai e a mãe faziam uma viagem para um mesmo local, a negócios do pai. Ela sempre ia junto “para acompanhar a mãe, que ficaria sozinha enquanto o pai trabalhava”. Brincava que “seguia sendo a dama de companhia da mãe”.

No primeiro ano de tratamento, surgiu a possibilidade de ela fazer uma viagem com uma prima próximo ao período em que acompanhava os pais nessa viagem de negócios. Sentiu-se culpada, com a sensação de estar abandonando a mãe. Durante os meses que antecederam a viagem, Maria teve fantasias de que algo poderia acontecer com os pais enquanto estivessem longe: imaginava que poderiam sofrer um acidente e que ela não teria tempo de voltar para vê-los. Também ficava angustiada e sofria com a ideia de estar sozinha no exterior, com medo de que algo acontecesse consigo.

Pode-se pensar que, nesse aspecto, Maria funcionava predominantemente na *posição esquizoparanoide*<sup>6</sup>, ora com receio de que estaria atacando os pais e se sentindo responsável caso algo acontecesse com eles, ora com medo de que os pais a retaliassem, e ela ficasse sozinha e desamparada.

Esses sentimentos também apareciam em relação à terapeuta. Segundo Klein<sup>6</sup>, as vivências de perda trazem à tona as fantasias sádicas e o sentimento de culpa, o que acaba reativando o conflito de ambivalência afetiva de amor-ódio em relação ao objeto. Nessas situações, o ódio fica maior e é projetado sobre a pessoa amada e perdida, representada, posteriormente, pelo terapeuta na relação transferencial.

### **Como a angústia de separação se manifesta...**

De acordo com Quinodoz<sup>3</sup>, pode-se considerar a angústia de separação como o “sentimento de estar abandonado e só, triste ou pesaroso, frustrado ou desesperado” (p. 25). O grau da angústia interfere na expressão das reações afetivas. Tais reações podem ser menores, como ansiedade ou mágoa, mas podem ser manifestações mais sérias. Nesse caso, podem ser psíquicas, como depressão, delírio ou suicídio; somáticas, que afetariam as funções do organismo; ou psicossomáticas, que provocariam lesões orgânicas, como uma retocolite ulcerativa, por exemplo.

Logo que chega para tratamento, Maria conta que tem muito medo de dirigir. Tal medo teve início na aula teórica de autoescola, quando assistiu “àqueles vídeos horríveis de acidentes e pessoas morrendo e despedaçadas”. Ela teve taquicardia e ficou tonta. Relata que “tudo ficou preto” e sentia que iria morrer. Chegou a dirigir algumas vezes, mas não se sentia segura quando estava na direção.

Após um período investigando o que sentia, ela procurou um psiquiatra. Foi diagnosticada com transtorno do pânico, e foi iniciado tratamento com um ansiolítico. Ao falar da apresentação teórico-clínica do transtorno de pânico, Pereira<sup>7</sup> descreve que uma grande parte dos pacientes que apresentam essa forma clínica de angústia sofre de ansiedade de separação durante a infância.

A habilidade de conter a angústia de separação varia de sujeito para sujeito. Quando se pensa em “normalidade”, fala-se da condição da pessoa de enfrentar a angústia e elaborá-la psicologicamente. Contudo, por vezes, a angústia é excessiva e, por razões tanto externas quanto internas, excede a capacidade de conter e elaborar tamanha intensidade. Com base nessa variação, pode-se entender que as reações à separação ou à perda do objeto têm origem inconsciente; por isso, muitas vezes o significado da angústia não fica claro para o indivíduo que sofre<sup>3</sup>.

À medida que foi sendo trabalhada a dificuldade de Maria se sentir inteira longe dos pais, ela foi entendendo que o carro e a capacidade de dirigir lhe dariam a possibilidade de ir para longe (fisicamente, mas também emocionalmente). Era-lhe insuportável a ideia de ter liberdade para ir e vir, de não depender mais

dos pais. Assim, ela não conseguia dirigir na estrada se não estivesse acompanhada, companhia que acabava sendo, geralmente, a mãe.

No final do primeiro ano de tratamento, Maria começou a se relacionar com Gabriel. Era constante sua sensação de que gostava mais dele do que o contrário. Quando ele ficava alguns dias sem entrar em contato, ela achava que estava tudo terminado e que ele nunca mais iria procurá-la. Era como se o que sentissem um pelo outro não fosse permanecer dentro dela quando estavam distantes. Ela não o procurava e se mantinha distante, esperando que ele tomasse alguma iniciativa. Contudo, quando ele a procurava, ela muitas vezes o afastava, desconfiando de seus sentimentos e acreditando que acabaria machucada. Lembrava do pai quando sentia isso, relatando sua desconfiança do mundo e percebendo como isso hoje fazia parte dela.

Quinodoz<sup>4</sup> ressalta que, quando o sofrimento frente à separação é excessivo, a dor psíquica leva à utilização de mecanismos de defesa primitivos próprios da *posição esquizoparanoide*, e o ódio se torna mais forte que o amor. Com fins defensivos, o objeto é, então, cindido em um objeto idealizado e um objeto persecutório. Em consequência da projeção da pulsão de morte, a ameaça de aniquilamento do ego é percebida como proveniente do objeto parcial mau, situado no exterior, enquanto o objeto parcial idealizado é introjetado, a fim de manter os perseguidores à distância.

Podemos pensar que, ao se deparar com a separação, Maria projeta seus sentimentos agressivos em Gabriel, como sua raiva. Passa a vê-lo como o objeto perseguidor que não a deseja, sentindo assim que a relação acabou, e funcionando predominantemente na *posição esquizoparanoide*<sup>6</sup>. Passa a sentir raiva também para se defender do objeto e deixa de se conectar com o amor que ainda sente. Não consegue integrar e perceber que, mesmo sentindo raiva, ainda o ama. Dessa forma, toda vez que se separam, o que sente é tão insuportável que sua sensação é de que a relação acabou.

## O caminho entre a diferenciação e a separação

Como já foi explicitado, inicialmente o bebê não se percebe como um ser separado e diferente da mãe. Para que ocorra um crescimento mental, é essencial que o indivíduo possa desenvolver um vínculo no qual reconheça que o outro não é meramente um espelho seu, mas um ser diferente, com valores, ideias e condutas distintas das suas. O reconhecimento de si mesmo e do outro são fatores importantes para a constituição do sentimento de identidade. Isso ocorre a partir da evolução de sua habilidade de pensar e, logo, de conhecer e reconhecer<sup>2</sup>.

Quando chegou para tratamento, Maria sentia que não sabia como era e do que gostava. Percebia que o pai tinha um jeito mais duro e rígido, e a mãe era mais flexível e jeitosa. “Me sinto entre a taquara e o bambu.” Gostaria de poder se encontrar independente do jeito dos pais, mas se sentia perdida.

Para Quinodoz<sup>3</sup>, a noção psicanalítica de separação tem duas acepções diferentes. A primeira ocorre

quando o indivíduo tem consciência de que o outro é livre e separado de si, mesmo que sua ausência lhe cause sentimentos de tristeza, solidão, dor, ou até mesmo de alívio e liberdade. Nesta, a separação no espaço e no tempo não significa obrigatoriamente uma ruptura de vínculos ou de perda do amor, e o indivíduo não sente que o objeto irá tirar vantagem dessa situação para abandoná-lo. Existe confiança no objeto, de maneira que não há necessidade de sua presença constante. Mesmo com o medo de uma perda do amor, existe a esperança do retorno; nesse caso, a ausência do objeto investido não causa um dano à estrutura psíquica do indivíduo, mas sim o afeta em seus sentimentos.

Em uma segunda acepção, no entanto, o indivíduo mostra sinais de angústia que indicam que seu ego se sente ameaçado pela possibilidade de uma separação. Assim, “separar-se” assume um significado diferente: a ausência do objeto relevante “reaviva a angústia sentida pelo ego do indivíduo afetado, obrigado a perceber que ele não é esse objeto, que esse objeto é diferente de seu ego e que ele não confia nas intenções do objeto” (p. 44)<sup>3</sup>.

Nas relações com Gabriel e com os pais, Maria ficava muito angustiada quando percebia que estava sentindo falta deles. Nesses momentos, relatava que era como se eles levassem uma parte dela. “Sinto que é como se eu tivesse me desmanchando, como se eu fosse um castelo de areia, frágil, sem estrutura.” Isso também ocorria quando sentia que fracassava no trabalho e que deveria ter sido capaz de fazer diferente. Ao se sentir sozinha, tendo que lidar com a dificuldade profissional, sentia-se insegura: era como se tudo voltasse à estaca zero, como se o que ela havia vivido não ficasse nela, como uma experiência com a qual havia aprendido. Tinha a sensação de estar se “desintegrando”. Ficava muito assustada, com medo de se perder, de enlouquecer e não voltar mais dessa condição de loucura.

### **A angústia de separação no tratamento psicoterápico...**

No tratamento psicoterápico, a angústia de separação pode ser percebida na perspectiva de seu término, nas férias, nas interrupções de finais de semana, e até mesmo nos finais das sessões. Ela está sempre presente. Porém, há uma variação na maneira como o paciente lida com as descontinuidades fantasiadas ou reais do encontro psicanalítico<sup>3,4</sup>.

Na transferência, é possível acessar e transformar as reações psíquicas conscientes e inconscientes ligadas à separação e à perda de objeto, sejam estas de origem real ou fantasiosa. Isso pode ser revivido na relação transferencial, sendo assim interpretado e elaborado<sup>8</sup>.

No entanto, Hissa<sup>9</sup> ressalta que “os movimentos regressivos em direção à vivência fusional com a mãe-analista podem ser muito temidos, pela angústia de ser reenglobado, perder os limites do *self* frágil” (p. 517). Assim, visando a se proteger, o paciente se defende; se lhe dermos, porém, tempo para desenvolver uma confiança, podemos ajudar o paciente a chegar mais perto de si do que jamais esteve.

Após as primeiras férias da psicoterapia de Maria, ela achava muito engraçado quando a terapeuta perguntava como havia sido o tempo de separação. Ela não entendia a que a terapeuta se referia, pois relatava não ter sentido nada na ausência desta. Nas segundas férias, desorganizou-se um pouco mais, e foi possível entender como esse movimento poderia estar relacionado com a ausência das sessões.

Com o tempo, ela pode ir valorizando o espaço da terapia. Quando sofria com a ideia de deixar a mãe, pensava na terapeuta e como seria dolorido o dia em que também ali houvesse uma separação. Sabia que a terapeuta não fazia parte de sua família, e achava que era estranho: “É como se, em minha árvore genealógica, tu fosses uma bolinha ali, sem linhas de ligação, mas sempre presente”. Assim, foi sendo compreendido o quanto era difícil para Maria se sentir próxima da terapeuta e reconhecer que sentia suas ausências, porque também pensava no dia em que teria que ali se separar.

Na medida em que isso foi sendo trabalhado, Maria pôde ir desenvolvendo sua capacidade de autocontinência<sup>10</sup>. Assim, quando começava a ficar mais angustiada, conseguia conter-se, não atuar e ir se acalmado. Ela trazia as situações para o tratamento contando como havia lidado com o sentimento: “Eu ainda sinto, mas não é mais forte, do mesmo jeito, e não toma mais conta de mim como tomava. Acho que, de algum jeito, eu sempre vou sentir, mas agora sei que posso controlar”.

Diversos fatores influenciam para que o sentimento de solidão possa ser tolerado e integrado. Gama e Silva<sup>5</sup> e Mestriner<sup>11</sup> sugerem que o *setting* analítico pode ser visto como uma incubadora na qual o paciente “prematureo” psicologicamente pode encontrar um espaço para fazer as integrações básicas não realizadas ao nascer e, a partir delas, desenvolver sentimentos de ligação e de confiança. Ao longo do tratamento psicoterápico, o paciente pode transformar a experiência desesperadora de solidão em uma solidão *domesticada*, na qual predomina a confiança, bem como a comunicação consigo mesmo e com o outro.

A síntese do amor e do ódio possui uma função importante entre os fatores de integração. O entendimento das relações objetais e das defesas, nas fantasias e na realidade, possibilita que o paciente diferencie melhor a realidade externa da realidade interna do objeto, gerando uma necessidade menor de projeção, podendo, então, estar mais em contato com sua realidade psíquica<sup>12</sup>.

No início da relação de Maria com Gabriel, quando se desentendiam, ela achava que ele não gostava mais dela e que ele terminaria a relação. Com o passar do tratamento, pôde começar a perceber que, sempre que eles falavam em término, era ela quem introduzia o assunto, que ele estava apenas chateado ou incomodado, e que era ela quem tinha dificuldade de suportar a raiva que sentia e já pensava em acabar. Ao dar-se conta disso, ela pôde diminuir as projeções nele e vê-lo de forma mais real, que ele desejava e demonstrava querer estar com ela.

Quinodoz<sup>4</sup> refere que é quando as boas experiências predominam que as projeções e a perseguição diminuem, de modo que a cisão entre os objetos idealizados e persecutórios também pode diminuir. Assim, o paciente se aproxima da *posição depressiva*, ou seja, da integração dos objetos e do ego, e da integração do



amor e da raiva, podendo o objeto ser sentido como total. Para Klein<sup>6</sup>, isso “significa que as pessoas podem ser amadas apesar de suas falhas e que o mundo não é visto apenas em termos de preto e branco” (p. 289).

### Quem sabe um dia pode-se “vir a ser”

Freud<sup>1</sup> mostrou que, quando a angústia de separação é muito forte, ela é vivida como um temor desesperador de se ver só e abandonado, o que constitui a fonte da dor psíquica e do sentimento de luto. Winnicott<sup>13</sup> refere que a “maturidade e capacidade de ficar só significam que o indivíduo teve oportunidade, através de *maternidade suficientemente boa*, de construir uma crença num ambiente benigno” (p. 34).

Pensando no espaço que o terapeuta pode proporcionar para e com o paciente, Hissa<sup>9</sup> refere que, em condições favoráveis oferecidas pelo terapeuta, o paciente pode vir a “arriscar-se à mais completa dependência” (p. 517). Ao longo do tratamento, vivências de separações vão fazendo com que o paciente se desorganize e sinta o desespero ou até sensações de morte, como se fosse um bebê à espera do cuidado da mãe.

Para Hissa<sup>9</sup>, “o caminho analítico é muito difícil, sendo tremendamente doloroso sentir-se tão dependente, tão frágil, tão necessitado dos cuidados do analista, abrindo mão de estratégias desenvolvidas ao longo da vida para evitar o contato com esses sentimentos penosos, e tendo que, ao mesmo tempo, tolerar os limites do *setting*” (p. 517). Mas, apenas revivendo as faltas da relação original, na transferência, pode-se desenvolver a habilidade de tolerar faltas e ir se consolidando estruturas que possibilitem levar adiante o crescimento mental, havendo, assim, “[...] a aceitação dos limites humanos, no lugar das tentativas de compensar e negar a fragilidade através das atitudes maníacas, em busca de confirmar fantasias onipotentes” (p. 517). Dessa maneira, “o mundo interno ameaçador, vazio, pode ser transformado, com o desenvolvimento de um *‘self’* mais integrado, em condições de estabelecer relações objetais significativas, com um investimento afetivo mais maduro” (p. 517).

Maria já cresceu muito desde que iniciou o tratamento, mas ainda existem ocasiões em que sente dificuldade em se entregar totalmente para a terapeuta e para o tratamento. Por vezes, consegue estar muito próxima e contar com a ajuda e o suporte, mas também realiza constantes movimentos de distanciamento. Estes apareceram ao longo do tratamento em sessões em que contava que estava tudo bem; sentia que “tudo estava indo”, sem falar do que realmente a estava incomodando; ou na necessidade de redução das sessões semanais (de duas para uma) em diferentes momentos ao longo dos três anos de sua psicoterapia; ou, ainda, na incômoda sensação que, muitas vezes, trazia de se “sentir presa e dependente da terapeuta, como se estivesse com uma bola de ferro presa nos pés”.

Maria está saindo de casa e indo morar com Gabriel. Há um ano, sua relação com Gabriel se estabilizou, e ela parou de ter constantes fantasias de abandono. Conseguiu se reaproximar de uma forma mais saudável dos pais, relação que vinha repleta de fantasias de engolfamento e retaliações. Começou a trabalhar como autônoma, ter seus clientes e trabalhos relativamente constantes, conseguindo se sustentar.

Durante o último ano de terapia, ela seguiu de forma estabilizada, mas sem querer mexer muito no que estava relativamente acomodado. “Sinto que o buraco é mais embaixo, mas não estou querendo entrar nisso agora.” Ela estava melhor, podendo suportar mais as conquistas que tinha tido, deixando de destruir suas conquistas, ainda que muito assustada com o que estava por vir.

Quinodoz<sup>12</sup> fala de duas faces da solidão: como um medo desesperador de ser abandonado, quando a angústia de separação é experienciada de forma excessiva; e como uma força motivadora e propulsora para a vida, quando conseguimos elaborá-la. Quem sabe, um dia, Maria possa “domesticar” sua solidão, conseguindo pensar em seguir a vida sem que o sofrimento de se separar dos pais fique em seu caminho, impedindo-a de crescer e se desenvolver enquanto uma mulher adulta.

Quinodoz<sup>12</sup> ressalta que não é quando acabamos com a angústia que domesticamos a solidão, mas sim quando aprendemos a suportá-la e colocá-la a serviço da vida. À medida que se pode tomar consciência de que se é um ser único e o outro também, a relação consigo mesmo e com o outro se torna imensamente valiosa.

Maria pode hoje muito mais do que podia antes de chegar para tratamento. Ainda se atrapalha e, por vezes, sua angústia fica no caminho de passos mais certos a serviço da vida. Mas está indo... Penso que a relação transferencial tornou-se, de fato, valiosa para ela. Principalmente pelo que pôde ser inaugurado dentro dela, consigo mesma, de se perguntar e se entender, nem que seja para assumir que não deseja olhar para o que habita dentro dela naquele momento. Seguimos trabalhando para que, cada vez mais, ela possa se encontrar e seguir seu caminho com mais vida e menos angústia.

[1] Todos os nomes reais e dados que pudessem identificar os envolvidos neste material clínico foram alterados, a fim de manter seu anonimato.

## Referências

1. Freud S. Inibições, sintomas e ansiedade. Rego MAM, tradutor. In: Salomão J, editor. Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 79-171.
2. Zimerman DE. O vínculo do reconhecimento (R). In: Zimerman DE. Os quatro vínculos: amor, ódio, conhecimento, reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 191-232.
3. Quinodoz JM. A angústia de separação nas fantasias transferenciais. In: Quinodoz JM. A solidão domesticada: a angústia de separação em psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 23-32.
4. Quinodoz JM. A angústia de separação em psicanálise. Rev Bras Psicot. 2004;6(1):7-20.
5. Gama e Silva JF. A ansiedade de separação no processo analítico. Rev Bras Psican. 1990;24(4):495-512.
6. Klein M. Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In: Klein M. Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago; 1991. p. 280-300.

7. Pereira MEC. Apresentação teórico-clínica do transtorno de pânico. In: Pereira MEC. Psicopatologia dos ataques de pânico. São Paulo: Escuta; 2003. p. 95-147.
8. Quinodoz JM. Perspectivas para interpretar a angústia de separação. In: Quinodoz JM. A solidão domesticada: a angústia de separação em psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 43-52.
9. Hissa AMC. Um estudo clínico da angústia de separação face à alta. Rev Bras Psican. 1993;26(4):515-526.
10. Zimerman DE. Transtornos ansiosos. In: Zimerman DE. Manual de técnica psicanalítica: uma revisão. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 295-297.
11. Mestriner SMME. Os diferentes estados de mente na separação do objeto. Rev Psican da SPPA. 2008;15:269-295.
12. Quinodoz JM. Término da análise e angústia de separação. In: Quinodoz JM. A solidão domesticada: a angústia de separação em psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 157-183.
13. Winnicott DW. A capacidade de estar só. In: Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983. p. 31-37.

### **Correspondência**

*Julia Macedo Salvador*

Rua Desembargador Moreno Loureiro Lima, 385/704, bairro Bela Vista  
90450-130 Porto Alegre, RS, Brasil  
juliasalvador@terra.com.br

Submetido em: 27/07/2016

Aceito em: 08/11/2016