



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Ludmilla de Sousa Chaves

**Atendimento Psicanalítico Conjunto Pais-Crianças: uma proposta
de intervenção na primeira infância**

**UBERLÂNDIA
2010**

Ludmilla de Sousa Chaves

**Atendimento Psicanalítico Conjunto Pais-Crianças: uma proposta
de intervenção na primeira infância**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini

**UBERLÂNDIA
2010**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

C512a Chaves, Ludmilla de Sousa, 1982-
Atendimento psicanalítico conjunto pasi-crianças [manuscrito] :
uma proposta de intervenção na primeira infância / Ludmilla de Sou-
sa Chaves. - 2010.
152 f.

Orientador: João Luiz Leitão Paravidini.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia infantil - Teses. 2. Psicanálise - Teses. I. Paravidini,
João Luiz Leitão. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa
de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.964.2

Ludmilla de Sousa Chaves

**Atendimento Psicanalítico Conjunto Pais-Crianças: uma proposta
de intervenção na primeira infância**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini

Banca Examinadora

Dr. *João Luiz Leitão Paravidini* (UFU) – Orientador

Dr^a. *Martha Franco Diniz Hueb* (UFTM) – Membro Titular

Dr^a. *Maria Lúcia Castilho Romera* (UFU) – Membro Titular

Dr^a. *Conceição Aparecida Serralha* (UFTM) – Membro Suplente

*À minha família,
inspiração de força e determinação,
que sempre me acompanha
não importando a dureza do caminho
e à Nossa Senhora Aparecida,
pela proteção e bênçãos recebidas.*

Agradecimentos

Aprendi, desde pequena com meu pai, que as palavras podem ser explicadas pelos sentidos da criatividade, que qualquer pessoa pode desenvolver uma teoria e que não há perguntas sem respostas. Meu mestre, doutor, pós-doutor, nos assuntos da vida, fonte de inspiração e carinho. Agradeço a você papai por me acompanhar e sempre me incentivar. Também aprendi desde pequena, que não importa o tamanho do tombo, terei sempre o colo, o cuidado e o amor de minha mãe. Meu exemplo de amor, força e companheirismo. Agradeço a você mamãe por estar sempre comigo. Com meus irmãos, aprendi que caminhar com passos largos e de mãos dadas, conseguimos ir mais longe, principalmente quando cantamos e fazemos piadas juntos. Não há caminhos que queira percorrer se não tiver vocês comigo. Sou muito grata a todos vocês, minha família.

Mas, também sou extremamente grata à família que conquistei, durante todos esses anos trabalhando junto. Esta pesquisa só tem o seu sentido e o seu valor, devido à generosidade e carinho que os meus ‘pais’ de coração (João Luiz e Hέλvia) tiveram ao me ensinar e me apresentar a arte de cuidar das pequenas crianças e suas famílias. Agradeço muito por tudo.

Também tive irmãs e irmãos de coração nesta trajetória, que no compasso da irmandade, fomos dividindo os medos, as angústias, os sonhos e as alegrias. O meu agradecimento especial a Luizana, Lícia, Karollyne, Isaura, Patrícia, Telma, Karla, Ana Paula e Carolina.

À psicóloga Rosemeire Aparecida, com quem compartilhei as primeiras experiências deste trabalho e aprendi muito. Muito Obrigada.

À equipe do CAPSi, agradeço pela tolerância e apoio, fundamentais para minha jornada.

À amiga Renata que insistentemente não deixou eu perder o ‘foco’, agradeço de coração.

E por fim, agradeço a minha mãe maior, Nossa Senhora Aparecida, que sempre esteve comigo, me protegendo dos acidentes da vida.

Mapa de Anatomia: O Olho

*O Olho é uma espécie de globo,
é um pequeno planeta
com pinturas do lado de fora.*

*Muitas pinturas:
azuis, verdes, amarelas.*

*É um globo brilhante:
parece cristal,
é como um aquário com plantas
finamente desenhadas: algas, sargaços,
miniaturas marinhas, areias, rochas, naufrágios e peixes de ouro.*

*Mas por dentro há outras pinturas,
que não se vêem:
umas são imagem do mundo,
outras são inventadas.*

*O Olho é um teatro por dentro.
E às vezes, sejam atores, sejam cenas,
e às vezes, sejam imagem, sejam ausências,
formam, no Olho, lágrimas.*

Cecília Meireles

Resumo

Este trabalho tem como objetivo principal investigar os balizadores do campo psicanalítico que sustentam o serviço ambulatorial em saúde mental infantil “Psicanálise da primeira infância: intervenções conjuntas pais-crianças”. Os principais articuladores teórico-clínicos foram: o Método Psicanalítico, a Transferência e a formulação Metapsicológica da Constituição Subjetiva. Tratou-se de uma pesquisa hermenêutica, que, por meio da postura investigativa da pesquisadora, buscou-se elaborar questionamentos que possibilitassem o exercício de criação e articulação de novos sentidos a partir da experiência vivida neste modelo de Atendimento Conjunto. Desta forma, o percurso desenvolvido deu-se através da Investigação Teórica, Metodológica, Clínica e do Campo Analítico. O capítulo II aborda as concepções do processo de constituição subjetiva, de criança, linguagem e sintoma. A Investigação Metodológica, com a questão sobre a possibilidade do Método Psicanalítico ser a sustentação dos Atendimentos Conjuntos, é discutida no capítulo III. O conceito de transferência e suas especificidades na clínica da primeira infância e os processos da comunicação nos Atendimentos Conjuntos são abordados no capítulo sobre a Investigação do Campo Analítico. Por fim, a análise de dois casos clínicos ilustra a Investigação Clínica. Como resultado desta trajetória, realizamos a sugestão da troca do nome para *Atendimento Psicanalítico Conjunto Pais-Crianças*, sustentando esta prática no Campo da Psicanálise.

Descritores: Método Psicanalítico, Primeira Infância, Atendimento Psicanalítico Conjunto Pais-Crianças

Abstract

This research aims to investigate the boundaries of the psychoanalytic field that sustains the ambulatory mental health service in childhood, named “Early Childhood Psychoanalysis: conjunct parents-child interventions”, having the principal theoretical and clinical articulators, which are the psychoanalytic method, the transference and the metapsychological formulation of the subjective constitution. We have accomplished a hermeneutics research and through this investigative approach we looked for questions that enabled us to create and articulate new significances throughout the exercise of signifying the vivid experience, investigating the clinical processes and seeking supports for this practice. So, we outlined our route through the theoretical research, the conceptions of the process of subjective constitution of a child, language and symptom. Through the methodology research, we present the method of conjunct attendance and discuss the possibility of the psychoanalytic method being the support for the conjunct attendance, and also, the issue of the meaning and representation of infantile clinical psychoanalytic. The analytical research of this clinical model brought the issue of the transference, its impasses and characteristics of the clinic in the early childhood, and also, the discussion about the communication processes in the conjunct attendance setting. Finally, through the Clinical Research, two cases were analyzed. As a result of this trajectory we realized considerations on the naming this model of care, suggesting the switch to *Psychoanalytic Attendance Parent-Child*.

Keywords: Psychoanalytic Method, Early Childhood, Psychoanalytic Attendance Parent-Child.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	15
3. METODOLOGIA	16
4. CAPÍTULO I: Intervenções Conjuntas Pais-Crianças ou Atendimento Psicoterapêutico Conjunto Pais-Crianças: uma discussão sobre o seu campo de intervenção	21
5. CAPÍTULO II: Investigação Teórica: discutindo as concepções de constituição subjetiva; criança, linguagem e sintoma	27
6. CAPÍTULO III: Investigação Metodológica: a questão do Método Psicanalítico	37
6.1 A questão do sentido e da representação	42
6.2 A questão da clínica psicanalítica na primeira infância	45
6.3 A questão do método do Atendimento Conjunto	49
7. CAPÍTULO IV: Investigação do Campo Analítico dos Atendimentos Conjuntos: a questão da Transferência	54
7.1 A questão da transferência na clínica psicanalítica com crianças	65
7.2 A questão da Comunicação	74
8. CAPÍTULO V: Investigação Clínica: o lugar de Terapeuta e Terapeuta Observadora	81
8.1 Caso 01 - Luis Gustavo e sua família: a construção de um Trabalho Conjunto	82
8.1.1 Definindo o Campo: a estória de uma família subjetivamente vacilante	82
8.1.1.1 Vanessa: ser ou não ser (mãe), muitas questões	84
8.1.1.2 Luis Gustavo e sua condição paradoxal: o estatuto do ‘às vezes’	88

8.1.1.3 Orlando e Aparecida: ausências, dó e atravessamento	92
8.1.1.4 Vânia: ser ou não ser (avó), outras questões	94
8.1.1.5 O Campo-Atmosfera dos atendimentos	96
8.1.2 O aprisionamento dos sentidos x As suas possibilidades de criação e articulação: o método em ação	97
8.1.3 Um trabalho na via da Estética e da Ética	103
8.1.3.1 Mudando os lugares, mudando as funções: compartilhar e cuidar em conjunto	104
8.1.3.2 Luis Gustavo e seu movimento de SE(r) PAR(a) AÇÃO	107
8.1.3.3 SER grande ou não ser...	110
8.1.3.4 Trabalho Conjunto: uma equipe, uma Tropa de Elite	112
8.2 Caso 02 - Alice e seus pais	118
8.2.1 Alice: uma menina Assustadora, uma menina Bonita, uma Menina	119
8.2.2 Ana Manuela e Valdir: (Pré)Ocupações, silêncio e rivalidade	121
8.2.3 Campo de Afetação: tosse, desânimo e encantamento	126
8.2.4 O nascimento do sujeito psíquico: Alice já não dobra as pernas	132
8.3 Considerações sobre os casos clínicos	136
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144
ANEXO	150
ANEXO A	150

1 - INTRODUÇÃO

O presente trabalho surgiu como continuação de uma trajetória pessoal. Ainda como estudante de psicologia, iniciei um estágio clínico denominado “Intervenções Psicoprofiláticas em Saúde Mental Infantil”, na Clínica de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, sob a supervisão do professor Doutor João Luiz Leitão Paravidini e da psicóloga Mestra Hέλvia Cristine Castro Silva Perfeito. Esta prática foi o meu primeiro encontro com a clínica psicanalítica, momento em que a teoria deixou de ser tão distante, passando a ser uma experiência viva.

A psicanálise começou a ter uma maior proximidade, como se fôssemos ganhando intimidade. Ler e estudar não eram mais somente da ordem do pensamento, de uma compreensão cognitiva, racional, pelo contrário, vivenciar a clínica me possibilitou o encontro com um saber afetivo, que ultrapassou a dimensão da razão, deixando marcas significativas - que, no meu caso, foram norteadoras do meu desejo profissional.

Após ter concluído a graduação, iniciei um curso de especialização, também na UFU, em Clínica Psicanalítica, momento em que o meu desejo de trabalhar nesta vertente já estava mais fortalecido. Foram dois anos de curso, envolvendo estudos sobre as diversas abordagens no âmbito da psicanálise. Isso possibilitou ampliar meus conhecimentos, mas principalmente me aproximou, cada vez mais, desta Ciência.

Como trabalho para a conclusão deste curso, surgiu a oportunidade de retornar ao grupo do estágio e escrever sobre esta prática clínica, o que conferiu novamente grande relevância à minha formação, deixando novas marcas importantes.

Neste momento, me propus a atender uma criança, retornando ao grupo na condição de estudante da pós-graduação, por mais um ano e meio. Este constituiu um novo mergulho, no qual me deixei envolver, afetar e sentir o que é trabalhar com psicanálise nesse contexto.

Ao término desta pesquisa clínica, descobri que esta prática em específico possui características tão interessantes e importantes, que ao me envolver nela, aprendi a sentir/compreender a psicanálise, a cuidar/tratar de crianças em sofrimento psíquico grave, como também a me constituir enquanto profissional. Isso ficou evidente, tanto na escrita do trabalho, como no dia da apresentação deste, quando cometo um ato falho ao trocar uma palavra por “penso”, o que marcou o surgimento de um sujeito pensante, desejante e questionador de uma prática.

Nessa trajetória, houve momentos em que fui me deparando com indagações pertinentes e fomentadoras de inquietações e angústias. Por algumas vezes, foi-nos questionado sobre a legitimidade psicanalítica desta abordagem clínica, isto é, em que medida pode-se afirmar que esta proposta clínica fundamenta-se efetivamente no método psicanalítico, conferindo-lhe a identidade pertinente de um trabalho psicanalítico. Em outros momentos, foi-nos perguntado se, ao colocar crianças e pais conjuntamente em atendimento, não estaríamos formando um campo transferencial complexo que tornaria inviável o manejo clínico; se, ao realizarmos o atendimento conjunto, não estaríamos reforçando a posição de alienação da criança, submetendo esta a uma condição simbiótica ou, até mesmo, permitindo que ela escutasse falas dos pais que pudessem ser-lhe extremamente prejudicial.

A partir destas questões fui percebendo que seria importante evidenciar a sustentação metodológica dessa proposta clínica, com o intuito de iniciar um novo trabalho investigativo, norteado, principalmente, pela questão do método psicanalítico, da transferência e da concepção de constituição subjetiva.

Este é o escopo deste trabalho que surgiu como oportunidade de continuar o estudo, já iniciado de alguma forma na graduação, prosseguindo a compreensão das especificidades desta clínica da primeiríssima infância.

Como na monografia¹, foi possível escrever sobre o funcionamento técnico deste trabalho, nomear as funções dos terapeutas, descrevendo os procedimentos e articulando-os teoricamente, para o mestrado, as questões tornaram-se mais complexas. Dizendo em outras palavras: após este tempo todo, imersa neste estágio, vivendo e aprendendo como trabalhar nesta clínica, não se faz mais necessário conhecer os procedimentos, mas questioná-los e provocá-los ao máximo possível, para que novos sentidos possam surgir. Sendo assim, eu permaneci no grupo do estágio por mais um ano enquanto aluna do mestrado, participando semanalmente das supervisões clínicas.

Este foi um período novamente muito importante, quando me propus mergulhar nesta prática, mas já experimentando este novo lugar: de pesquisadora. Nesse sentido, para a pesquisa, formulo algumas questões motivadoras desse estudo: qual seria o método desta abordagem clínica? Por que podemos dizer que ela é psicanalítica, mesmo com uma técnica tão específica e diferenciada da habitual? Como esta técnica consegue operar, produzindo efeitos terapêuticos tão significativos? Mais especificamente: como se articula o processo transferencial neste enquadre?

Quando já estava de posse destas questões, eu me distanciei do grupo, não participando mais das supervisões, mas mantendo o acesso a um grande material clínico na forma das minhas anotações, dos relatos dos atendimentos e toda minha vivência. Assim, iniciei esta outra etapa: a escrita deste trabalho.

A proposta foi realizar uma pesquisa hermenêutica que, através de uma postura investigativa da minha própria experiência, promovesse a criação e articulação de novos sentidos, operando a partir do método psicanalítico.

¹ Esta pesquisa foi intitulada “Atendimento Psicoterapêutico Conjunto Pais-Crianças em Serviço Ambulatorial: uma reflexão teórica, técnica e metodológica”. Nela podemos encontrar fundamentos importantes para a compreensão do funcionamento dos Atendimentos Conjuntos como, por exemplo: a discussão do lugar dos pais na análise de crianças; as suas inspirações - o Modelo de Observação da Relação Mãe-Bebê de Esther Bick (1964) e as Intervenções Terapêuticas Conjuntas Pais-Filhos de Marisa P. Mélega (1998); como também toda a análise e descrição deste modelo técnico.

A primeira questão foi apresentada no capítulo um, no qual realizo a discussão do campo de intervenção desta abordagem clínica, estabelecendo a problemática de situar este como um trabalho Psicoterapêutico ou Psicanalítico. Nesse capítulo, conto mais sobre o funcionamento deste serviço, suas características, seu enquadre e percurso histórico.

Em seguida, no segundo capítulo, desenvolvi a investigação teórica, abordando as concepções do processo de constituição subjetiva, de criança, linguagem e sintoma. Pretendi, assim, apresentar não somente a fundamentação teórica do serviço, como também o resultado de um trabalho investigativo sobre as teorias psicanalíticas da primeira infância, articuladas às especificidades desta clínica.

No terceiro capítulo, a investigação metodológica, momento em que questioneei a possibilidade de o método psicanalítico constituir a sustentação dos Atendimentos Conjuntos, podendo considerar ou não esta prática como psicanalítica. Além disso, propus esta discussão metodológica, também através das especificidades da clínica com a primeiríssima infância.

Já no capítulo quatro, continuando este processo investigativo, abordei a problemática da transferência, a partir da articulação de conceitos gerais e específicos da prática com crianças, refletindo, particularmente, sobre as questões referentes ao campo transferencial formado no enquadre dos Atendimentos Conjuntos.

Por fim, no capítulo cinco, desenvolvi a investigação clínica por meio da análise de dois casos, em que participei na posição de terapeuta e de observadora, articulando todo este processo investigativo com as cenas dos atendimentos.

2 - OBJETIVOS

Objetivo geral:

Investigar os balizadores do campo psicanalítico que sustentam o serviço ambulatorial em saúde mental infantil “Psicanálise da primeira infância: intervenções conjuntas pais-crianças”, tendo como principais articuladores teórico-clínicos o método psicanalítico, a transferência e a formulação metapsicológica da constituição subjetiva.

Objetivos específicos:

- Descrever e analisar o modo de articulação do modelo de intervenção clínica de atendimento a primeira infância, conforme vem sendo empregado pelo serviço.
- Realizar investigação teórica que permita sustentar uma análise crítica desta prática clínica nas suas particularidades.
- Delinear o modo como a comunicação se efetiva e sua contribuição para formação do campo transferencial nesta abordagem de atendimento a crianças.
- Analisar e discutir as diferentes posições de terapeuta e de terapeuta observador vivenciadas pela pesquisadora em dois casos clínicos.

METODOLOGIA

Despedida

“[...] Que procuras? Tudo. Que desejas? – Nada.
Viajo sozinha com o meu coração.
Não ando perdida, mas desencontrada.
Levo o meu rumo na minha mão [...]”

Cecília Meireles

3 – METODOLOGIA

Ao considerar a possibilidade de situar esta proposta clínica como um trabalho psicanalítico, faz-se necessário investigá-la também por meio da perspectiva psicanalítica.

Lowenkron (2004) retoma Freud para definir a Psicanálise, realizando um interessante trabalho sobre o objeto da investigação psicanalítica. Em 1922, no artigo *Dois verbetes de enciclopédia*, Freud define a psicanálise como o nome de um procedimento para a investigação de processos mentais; como um método baseado nesta investigação, para o tratamento de distúrbios neuróticos e como uma série de concepções psicológicas adquiridas por esse meio, que progressivamente se torna uma nova disciplina científica (Freud, 1922). Nesses termos, a Psicanálise é compreendida tanto como um método de investigação, uma modalidade de tratamento, como também o nome do conhecimento que o método produz. São, assim, articulados Método, Técnica e Teoria. Contudo, este mesmo autor destaca a relevância do método, dizendo que este possui o sentido mais abrangente e mais importante para a produção do saber psicanalítico.

Neste mesmo texto, Lowenkron enfatiza a posição defendida por Freud. Ao fazê-lo, diferencia a Psicanálise das filosofias, pois estas desenvolvem conceitos básicos nitidamente definidos. Não há, pois, mais lugar para novas descobertas – o que se contrapõe ao conhecimento psicanalítico que, por sua vez, se atém aos fatos de seu campo de estudo, procura resolver os problemas imediatos da observação, achando-se sempre incompleto e pronto para corrigir ou modificar suas teorias.

Este autor, ao retomar essas características da psicanálise, estabelece os norteadores iniciais, já descritos por Freud, do que poderíamos considerar a Pesquisa Psicanalítica. Contudo, é por meio de Birman que ele nos apresenta os desdobramentos destas questões.

Birman (1992, citado por Lowenkron, 2004) desenvolve uma interessante questão sobre a

possibilidade de ampliação do espaço em que se realiza a pesquisa em psicanálise, trabalhando a partir de oposições e dualismos como norteadores do campo psicanalítico. Ele define a posição epistemológica da psicanálise como processo de construção contínua de conhecimento, a partir dos entraves e rupturas. Temos assim, a constatação do autor sobre ser o processo psicanalítico a condição ideal para a investigação, pois nele o objeto psicanalítico pode ser desdobrado em todas as suas facetas, permitindo o exercício do método em todo o seu rigor. Contudo, ele nos faz um importante alerta, acerca do que poderíamos considerar rigor necessário, enfatizando que deveríamos superar dois obstáculos epistemológicos na concepção do espaço psicanalítico. O primeiro seria a imposição metodológica de não identificar o espaço analítico com seu formalismo e o segundo seria não identificar o ato psicanalítico ao exercício virtuoso de uma técnica. Com isso, Birman considera o espaço psicanalítico como o *locus* para a pesquisa psicanalítica, ampliando o campo empírico para além da clínica. Teríamos uma pesquisa em psicanálise por meio da utilização do seu método e não somente pela utilização técnica ou teórica.

Segundo Violante (2000), a pesquisa em psicanálise também pode ocorrer em situações extra-analíticas, seguindo duas vertentes possíveis. Uma possibilidade é a chamada pesquisa exegética, que se realizaria sobre livros, por leitura e não por material clínico; mas outra possibilidade seria a pesquisa hermenêutica, que se efetiva a partir da atitude de quem pensa as próprias vivências. Assim, podemos tomar a psicanálise como um processo de investigação e não somente uma prática clínica.

Este será o nosso ponto de partida. Precisamos encarnar o método psicanalítico, fazendo-o operar, para que a partir dele sejam construídas as respostas desta pesquisa. Realizaremos uma pesquisa hermenêutica, buscando, por meio da postura investigativa, elaborar questões que nos possibilite criar e articular novos sentidos, no exercício de significar a experiência vivida, investigar os processos clínicos e buscar sustentações para esta prática.

Contudo, nas possibilidades de inscrições do discurso científico, podemos considerar diferentes paradigmas, que nas suas especificidades sustentam o conhecimento produzido. Neste sentido, consideramos importante situar o paradigma norteador desta pesquisa.

Santos (2006) desenvolveu a ideia de Paradigma Emergente. Este autor realiza uma análise histórica dos discursos científicos e constata que ao longo de seus percursos houve teóricos que ousaram considerar outros métodos para a construção de suas teses, acarretando no que ele foi pontuando como crise de Paradigma. A crise aparece a partir dos momentos em que as verdades e os saberes puderam ser questionados, abrindo espaço para produção de novos conhecimentos. Neste movimento histórico, Santos, estruturando e fundamentando o discurso científico por outros balizadores, demonstra a possibilidade do surgimento de outro paradigma, denominado por ele de Paradigma Emergente. Assim, o autor nos apresenta o paradigma emergente a partir de quatro teses.

A primeira diz respeito à afirmativa: todo conhecimento científico-natural é científico-social. Com esta tese, o autor propõe a superação da dicotomia entre ciências naturais e ciências sociais. Valoriza, assim, os estudos humanísticos ao colocar a pessoa, na condição de autor e sujeito do mundo, no centro do conhecimento, considerando que não há natureza humana, pois toda a natureza é humana. A segunda refere-se à ideia de que todo o conhecimento é, simultaneamente, local e total, passando o discurso científico a abranger uma pluralidade metodológica. Assim, considera-se que cada método é uma linguagem e a realidade responde à língua em que é perguntada, não há a necessidade de se seguir um estilo unidimensional, podendo haver a tolerância discursiva e configurações de estilos construídas segundo o critério e a imaginação pessoal do cientista. A terceira diz respeito ao fato de que todo conhecimento é autoconhecimento. Neste posicionamento, a ciência não descobre, cria. O pesquisador pode assumir a autoria do trabalho, sem necessidade do distanciamento e da imparcialidade; pois a ciência é autobiográfica e autorreferencial. Ao adotar essas

características, ela se torna subjetivada, e o conhecimento passa a ter o objetivo de ensinar a viver, possuindo um valor prático, para a vida. Por fim, a quarta tese é: todo conhecimento científico visa constituir-se em senso comum. Com isso, o autor reconhece no senso comum, prático e pragmático, virtudes que enriquecem nossa relação com o mundo, o que confere ao discurso científico a necessidade de ser acessível e relevante para uma comunidade, e tornar-se, assim, senso comum (Santos, 2006).

Ao adotar este paradigma, assumo a autoria desta pesquisa como um trabalho conjunto, escrito a quatro mãos, contendo inicialmente minhas análises, ideias e questionamentos, mas intimamente articuladas e supervisionadas pelo orientador. Os cruzamentos aqui são evidentes, pois escrevo sobre um serviço proposto e desenvolvido pelo professor João Luiz L. Paravidini, mas tomando minha vivência como a condição de objeto de pesquisa. Neste sentido, permito-me assumir certa liberdade de estilo discursivo, adequando a linguagem às questões que proponho discorrer.

Trata-se também de um discurso científico que considera a autobiografia do pesquisador, uma vez que há o meu envolvimento direto na pesquisa, estando incluídas neste trabalho as especificidades de minha trajetória, algumas angústias norteadoras de questões e a minha condição subjetiva.

Compreendo, assim, que o percurso deste trabalho se faz por meio da articulação das questões, como momento investigativo, de suspensão de sentidos; com a sustentação das respostas, como possibilidade de criação de novos sentidos possíveis; o que significa adotar o método investigativo em sua essência, fazendo-o operar para a produção de conhecimento psicanalítico.

CAPÍTULO I

Ou Isto Ou Aquilo

“[...] Quem sobe nos ares não fica no chão,
quem fica no chão não sobe nos ares.

É uma grande pena que não se possa
estar ao mesmo tempo em dois lugares!

Ou guardo o dinheiro e não compro o doce,
ou compro o doce e gasto o dinheiro.

Ou isto ou aquilo: ou isto ou aquilo...
e vivo escolhendo o dia inteiro!

Não sei se brinco, não sei se estudo,
se saio correndo ou fico tranqüilo.

Mas não consegui entender ainda
qual é melhor: se é isto ou aquilo.”

Cecília Meireles

4 - CAPÍTULO I: Intervenções Conjuntas Pais-Crianças ou Atendimento Psicoterapêutico Conjunto Pais-Crianças: uma discussão sobre o seu campo de intervenção

Esta proposta de atendimento é desenvolvida na Clínica de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia - MG, como uma oportunidade de estágio para os estudantes do Instituto de Psicologia desta universidade. Ela surgiu como fruto das experiências clínicas e estudos do professor Dr. João Luiz Leitão Paravidini e da psicóloga Mestre Hélvia Cristine Castro Silva Perfeito, em 2002, com nome de: *Intervenções Psicoprofiláticas em Saúde Mental Infantil* e, posteriormente, de *Psicanálise da primeira infância: Intervenções Conjuntas Pais-Crianças*. Contudo, além do compromisso acadêmico, este serviço está articulado ao projeto de saúde mental do município, e constitui-se referência de tratamento das crianças de zero a três anos de idade, em estado de sofrimento psíquico agudo e grave.

O seu funcionamento acontece em modelo ambulatorial, com atendimentos previamente agendados, frequência de uma vez por semana e duração de 50 a 60 minutos. Há supervisões semanais dos casos em atendimento, de aproximadamente 4 horas, em grupo. Em geral, as crianças são encaminhadas por outros serviços de saúde como APAE (Associação de Pais e Amigos do Excepcional), AACD (Associação de Assistência à Criança Deficiente), CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial da infância e adolescência) - por demanda espontânea ou por profissionais da área como pediatras e neuropediatras.

A dinâmica dos atendimentos acontece, em princípio, a partir de uma dupla de terapeutas, um na posição de intervir e outro na posição de observar a criança e seu grupo familiar. Parto de uma abordagem de atendimento conjunto, trazendo para as sessões a criança e seus pais/cuidadores do início ao fim, como também se trata de *um fazer* em conjunto, pois os atendimentos acontecem a partir da dinâmica da dupla de terapeutas. Como descrito em Chaves (2007), as posições de cada terapeuta durante os atendimentos são diferentes, mas

complementares. O terapeuta é o agente condutor da sessão, é o portador da palavra falada, cabendo a ele realizar as intervenções, assinalamentos, pontuações, perguntas, colocações e ações que poderão propiciar o bom andamento do caso. Já o terapeuta observador é o portador da palavra escrita. É o representante do espaço de continência, pois por meio da sua postura receptiva, de quem olha, escuta e anota o que se passa na sessão, ele contém tanto os elementos comportamentais quanto os emocionais do campo criado pela interação do grupo. Isso nos dá a dimensão de uma função terapêutica bipartida, mas complementar (Chaves, 2007).

Entretanto, ainda descrevendo a dinâmica do funcionamento do serviço, cabe ressaltar que durante as supervisões ocorre a inversão dos lugares estabelecidos nas sessões. Isso significa dizer que o observador antes no lugar de quem vivencia e silencia, passa a ser portador da palavra falada, uma vez que as discussões dos casos acontecem a partir do seu relato. Assim, este passa a ter um papel ativo, dando voz à sua experiência. Em contrapartida, o terapeuta deixa de ocupar o lugar daquele que vivencia e intervém, passando a se aproximar do outro lugar, silenciando-se para ouvir o relato. Como as supervisões acontecem em grupo, há a possibilidade de todos fazerem perguntas, colocações, enunciar dúvidas, promovendo a circulação da palavra, à semelhança da configuração dos atendimentos, em que cada membro da família também pode dizer de si, ampliando as possibilidades de comunicação (Chaves, 2007).

Paravidini (2008) desenvolveu o primeiro trabalho escrito sobre esta proposta de atendimento. Trouxe, ao fazê-lo, sustentações teóricas que respaldam a inserção dos pais na clínica da primeira infância, a partir da noção de constituição do mundo psíquico, do importante papel reservado às funções parentais neste processo constitutivo e a articulação das formações sintomáticas infantis e demanda parental. Ele desenvolve este modelo técnico por meio da consideração do processo de constituição subjetiva, primando pela intervenção

na construção dos laços primordiais e trazendo para o *setting* analítico as cenas das formações vinculares.

Desta forma, o objetivo técnico do serviço está em poder oferecer o acesso à observação e à experiência imediata da dramaticidade e intensidade com que a conflitiva pais-criança irrompe na sessão, como também o desempenho e alternância de diferentes papéis entre os participantes dos atendimentos (Caron, 1996 citado por Paravidini, 2008).

Ainda neste texto, Paravidini discute sobre alguns norteadores deste serviço e o fundamenta a partir da concepção de Observador Psicanalítico de Esther Bick e da proposta de Mélega sobre a função do Observador Psicanalítico como modelo continente da função materna. Na proposta de Mélega, o Observador Psicanalítico teria a função de realizar intervenções com o intuito de esclarecer a comunicação entre a criança e sua mãe quando repetidamente o significado emocional da conduta da criança não está sendo captado. Cabe, também, ao analista desenvolver, por meio da observação, atitudes mentais significativas (receptividade, escuta, não julgamento, contenção das próprias emoções, sem atuá-las e posição investigativa) (Mélega, 1991 citado por Paravidini, 2008).

O autor ressalta, dessa forma, que a partir destes dois balizadores é possível intervir com o intuito de romper ciclos impeditivos de crescimento, em momentos precoces do desenvolvimento infantil e da relação pais-bebê. O profissional deve para isso ter a condição de oferecer continência às angústias dos pais na relação com o bebê, por meio de uma atitude mental receptiva às identificações projetivas daqueles (Pinheiro, 1997 citado por Paravidini, 2008).

Neste momento, ele nomeia a proposta clínica como *Intervenções Conjuntas Pais-Crianças* e já nos apresenta várias questões que circundam este serviço: a inserção dos pais nos atendimentos e as implicações de assumir a vertente da intersubjetividade; a questão da prevenção e do tempo da intervenção, numa dialética entre o plano terciário do adoecer

psíquico (tempo do acontecido) e o plano preventivo secundário (tempo do acontecer); as possibilidades de intervenção a partir da formação de um campo de forte mobilização afetiva; como também a relevância da compreensão do processo da constituição subjetiva para a fundamentação das intervenções conjuntas (Paravidini, 2008). Este texto foi publicado em 2008, mas sua escrita é anterior a esta data.

Em 2005, a psicóloga Rosimeire Aparecida Silva Marra², sob a orientação do professor João Luiz, finaliza seu mestrado, cujo objeto de pesquisa também foi o de desenvolver este modelo de atendimento conjunto. Neste trabalho, a autora percorre toda a trajetória da psicanálise infantil contextualizando e discutindo as posições dos autores clássicos sobre o lugar dos pais nos atendimentos de seus filhos; contextualiza esta abordagem clínica como inspiração do Modelo de Observação da Relação Mãe-bebê de Esther Bick e das Intervenções Conjuntas Pais-filhos de Marisa P. Mélega; como também aborda a discussão de três casos clínicos, seus desdobramentos e enquadre. Neste sentido, Marra, em sua dissertação, utiliza esta abordagem clínica como metodologia para desenvolver sua pesquisa, como ferramenta para realizar o estudo dos casos clínicos e, ao final, nomeia esta prática de *Atendimento Psicoterapêutico Conjunto Pais-Crianças*. Esta denominação traz a problemática sobre em que campo o atendimento pode ser situado - no campo das psicoterapias ou no campo psicanalítico. Questão que no momento de sua dissertação se definiu campo das psicoterapias. Neste trabalho de Marra, eu participo como terapeuta observadora de um dos casos discutidos, acompanhando direta e indiretamente o seu percurso.

Após esse trabalho, outras pesquisas foram sendo desenvolvidas a partir da experiência clínica neste enquadre, nos dando a dimensão da ampla abrangência desta técnica. Dentre

² Rosimeire Aparecida Silva Marra. Atendimento psicoterapêutico conjunto pais-crianças em serviço ambulatorial. 2005. 198 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Uberlândia. Orientador: João Luiz Leitão Paravidini.

eles, podemos destacar: Perfeito (2007); Chaves (2007); Landim (2008); Bernardes (2008).

Tendo em vista a relevância desta abordagem clínica, e considerado seu vasto campo de desdobramentos e as várias pesquisas já desenvolvidas, proponho-me a estudar as especificidades metodológicas desta técnica, com este modelo de atendimento como objeto de estudo. Como primeira questão a ser levantada, destaco este impasse dos nomes já atribuídos ao serviço, questionando se não poderíamos situá-lo na condição de um trabalho de intervenção psicanalítica. Contudo, para chegarmos a esta proposta, temos que percorrer um caminho investigativo, que possibilite a sua sustentação.

Começemos então pela investigação teórica.

CAPÍTULO II

Herança

“Eu vim de infinitos caminhos,
e os meus sonhos choveram lúcido pranto
pelo chão.

Quando é que frutifica, nos caminhos infinitos,
essa vida, que era tão viva, tão fecunda,
porque vinha de um coração?

E os que vierem depois, pelos caminhos infinitos,
do pranto que caiu dos meus olhos passados,
que experiência, ou consolo, ou prêmio alcançarão?”

Cecília Meireles

5 - CAPÍTULO II: Investigação Teórica: discutindo as concepções de constituição subjetiva, criança, linguagem e sintoma

A proposta terapêutica desta abordagem clínica segue a via do surgimento do sujeito do próprio desejo, tanto clinicamente, nos atendimentos às famílias, como academicamente, no processo de formação profissional. Todo o funcionamento do grupo, que trabalha com o Atendimento Conjunto, está respaldado no fazer em conjunto, na vertente intersíquica, compreendendo o processo da constituição subjetiva como algo que se passa a partir da relação com outro humano.

Partimos da concepção de que a criança é um sujeito, ser de linguagem, com capacidade de intuir a verdade do que lhe é dito (Dolto, 2005). É um ser da fala, receptivo e ativo, à espera de trocas sensório-motoras, da linguagem vocal e gestual, atento ao outro que o embala, sorri-lhe e lhe fala; que precisa da presença humana, mediadora das percepções e instauradora de sentido e de humanização (Ledoux, 1991).

Ledoux (1991), apresentando as ideias de Dolto, afirma que esta autora identifica o desejo já nas primeiras horas de vida do bebê, fora do âmbito da necessidade. Desde o nascimento há, pois, algo de espontâneo vindo do *infans* que pode entrar em comunicação. O desejo é compreendido como o apelo à comunicação, busca do objeto, procura de um contato inter-humano, sem ancorar-se na necessidade, da ordem de um *código emocional inter-relacional* (grifo meu).

A organização da linguagem no ser humano se origina da relação primordial mãe-filho, isto é, por meio das modulações emocionais ligadas às variações de tensão, de bem-estar e de mal-estar; das separações e reencontros, articuladas em signos. Isso constitui a primeira linguagem. Contudo, esta linguagem está emaranhada de percepções sutis, composta por elementos que, a partir da relação com o outro, ganha o valor de signo/palavra - portador de presença, reconhecimento e sentido; ordenando, distinguindo e presentificando o humanizado

(Ledoux, 1991).

Françoise Dolto também atribui importância aos jogos de corpo a corpo, às trocas gestuais. Considera, ao fazê-lo, a dimensão do corpo e do sensorio no processo de comunicação mãe-bebê, mas enfatiza que o ser humano é um ser de linguagem, que o *infans* desde o nascimento está pronto para recebê-la. A linguagem, mesmo a mais arcaica, é, pois, compreendida já no campo do simbólico.

Neste ponto, compreendemos que o processo de subjetivação e comunicação abrange outras dimensões que não só a simbólica, concordando com a importante concepção teórico-clínica, desenvolvida pela psicanalista Marisa S. Maia sobre o campo de afetação.

Segundo esta autora, não existe a possibilidade de constituição subjetiva exterior a um campo denominado por ela de afetação (Maia, 2003). Este campo nomeia o impacto gerado pelo encontro do bebê e o mundo, tomando em consideração as especificidades deste momento constitutivo.

Maia sustenta teoricamente a perspectiva de que na base deste processo de subjetivação encontra-se o traumático, tanto em seu caráter dessubjetivante, como também subjetivante. A experiência do nascimento traz para o bebê uma vivência de catástrofe, ou seja, uma afetação traumática que promove um caos momentâneo em sua economia narcísica. Contudo, sob boas condições biológicas e ambientais, este momento pode ser entendido como um verdadeiro triunfo (Maia, 2003).

Há um duplo processo de afetação traumática: de um lado a criança que precisa se adaptar ao meio, como também, por outro lado, o meio que se transformou para a chegada do bebê. Nesta dimensão intersíquica, considerando Ferenczi, Maia afirma que o processo de afetação existente entre o sujeito e o mundo traz sempre em seu bojo um *quantum* de afetação traumática. Neste espaço relacional existente entre o bebê e o mundo, há sempre a presença de desencontros, uma vez que sempre ocorre um descompasso entre as necessidades do bebê

e o seu atendimento, tornando-se uma vivência traumática. Mas, para essa vivência traumática adquirir contornos subjetivantes, é preciso haver um campo de afetação entre a criança e o agente cuidador, no qual ajustes afetivos, intensivos e temporais regularão os cuidados para com o eu em estado de emergência (Maia, 2003).

Esta autora utiliza o conceito de introjeção, desenvolvido por Ferenczi, para denominar o mecanismo que o infante utiliza para se proteger da angústia decorrente deste encontro (bebê-mundo) a partir do trauma do nascimento, marcando a relação inaugural da criança. Esse mecanismo se dá em um eixo de tensão entre prazer e desprazer, no qual qualquer possibilidade psíquica incluirá forçosamente o corpo, marcado pela inclusão do “mundo” no “eu” por meio de sensações e afetos. É a partir da introjeção que ocorre o trânsito de afetos e sensações entre o infante e o meio. Assim, Maia introduz a ideia de que desde as primeiras relações do bebê com o mundo está implicado um psiquismo que inclui corpo, sensações, afetos, sentidos e intensidades (Maia, 2003).

Fundamentando este conceito, a autora articula suas idéias com a concepção de percepções sutis da Dolto, já mencionadas anteriormente. Para Maia (2003), o campo de afetação existe entre o infante e o mundo, constituindo-se espaço em que ocorre o processo introjetivo e regulado por percepções sutis: experiências introjetivas olfativas, visuais, táteis, auditivas, que protegem o bebê de uma vivência traumática dessubjetivante. Por meio das percepções sutis cria-se uma atmosfera perceptiva que propiciará posteriormente a macro-percepção ou a percepção consciente. Maia pontua que nesse campo de afetação, em que estão implicados corpos, afetos e linguagem, o bebê construirá sua imagem de base, que lhe assegurará um chão para seu narcisismo, isto é, sentir-se em uma mesmice de ser, conferindo uma convicção de continuidade (Maia, 2003).

Em seguida, Maia discute a concepção de linguagem, vista como um aspecto vital e fundamental na constituição do sujeito, inscrevendo o infante na cultura. Contudo, neste

primeiro momento da estruturação psíquica, o corpo e o afeto também são instrumentos fundamentais para este processo de subjetivação. Desenvolvendo esta idéia, a autora descreve a existência de um laço entre o linguístico e não linguístico para que os processos de significação possam advir. Assim, a linguagem convive com uma camada não verbal (gestual, prosódica, sensorial) que flutua à sua volta e da qual se alimenta para se constituir como autônoma. Desta forma, ela articula a existência das percepções sutis para sustentar este campo não semiotizado, não amorfo, que permeia a linguagem, mas principalmente promove este laço entre o linguístico e o não linguístico (Maia, 2003).

Continuando sua fundamentação conceitual, a autora utiliza a ideia de pequenas percepções juntamente com a das percepções sutis para dizer que são elas que estruturam o campo de afetação, bem como um material basal para o trabalho analítico, pois são fundamentais para viabilizar os processos de simbolização. As pequenas percepções, conceito de Leibniz, desenvolvido por Gil, denomina as infinitas percepções vividas a todo instante, pelo ser humano, sem apercepção (consciência), nem reflexão, mas que especificamente ocorrem sempre que se encontra em jogo uma tensão de forças não conscientes (Maia, 2003).

Contudo, a noção de campo apresentada por ela, equivale à concepção de atmosfera, ou seja, um espaço de forças em que as pequenas percepções ou se esboçam numa forma (de um clima por vir) ou se dão como tensão pura (Maia, 2003).

Compondo este complexo campo de pequenas percepções, percepções sutis, a autora também utiliza a ideia de percepção amodal, desenvolvida por Stern. Segundo este autor, a percepção amodal é uma capacidade do bebê, de acordo com a qual uma informação recebida por meio de um dos modos sensoriais pode ser transferida para outro de maneira direta. O bebê não percebe visões, sons ou toques, mas intensidades e padrões temporais, mais globais (Maia, 2003).

Às percepções amodais vincula-se outra ideia também importante: os afetos de vitalidade.

O mundo, ao ser introjetado pelo bebê, é composto por afetos categóricos - raiva, tristeza, alegria, enfim, afetos temporários - e por afetos de vitalidade - afetos permanentes que apresentam certa constância e frequência e são reguladores da vida, um fio condutor por meio do qual os afetos categóricos ganham expressão. Assim, a primeira apreensão de mundo é oriunda não de uma percepção consciente, mas da percepção amodal dos afetos de vitalidade (Maia, 2003).

Maia articula, dessa forma, os conceitos apresentados (introjeção, percepções sutis, pequenas percepções, percepção amodal e afetos de vitalidade) em sua concepção de campo de afetação. Assim, neste campo, o mundo não se descreve somente por coisas vistas, ouvidas ou tocadas, mas é apreendido por afetos categóricos, de vitalidade, percepções sutis, contornos intensivos, por uma infinidade de afetos e vibrações que deixam marcas. Marcas primitivas que se oferecerão como um manancial para vida toda, modelando o corpo expressivo, a gestualidade; um jeito de ser, estar e se relacionar com o mundo (Maia, 2003).

A partir da construção deste conceito, Maia conseguiu nomear elementos importantes do processo de subjetivação que se estendem como marcas pela vida do sujeito. Ela traduz, por meio da articulação das percepções sutis, das pequenas percepções, percepções amodais, do processo de introjeção e dos afetos vitais, um processo que amplia a concepção de linguagem e inclui o corpo e o afeto, trazendo tanto a dimensão linguística como não linguística. Ao descrever este campo atmosfera presente no início da vida do bebê, ela nos dá a dimensão da complexidade do processo de comunicação, que mesmo depois adquirindo a característica da linguagem guarda marcas desse início.

Continuando a discussão sobre os elementos fundamentais desta prática, há outro ponto relevante: a articulação das funções materna e paterna na formação dos laços primordiais, como elementos estruturantes da subjetividade.

Entendemos como função materna o cuidado vital, humanizado, que conduzirá o bebê ao

campo da subjetividade, não se tratando apenas em atender às necessidades da criança, mas para além deste cuidado, atribuir significação, sentido, às suas demandas (Timi; Braga; Mariotto; 2004). E como função paterna: o operador psíquico da separação, introduzindo a dimensão de alteridade (Crespin, 2004).

Retomando a concepção de Dolto, por meio de Ledoux (1991), compreendemos a função da mãe como um espelho sonoro, um eco verbal, por dar uma resposta para a criança àquilo que a afeta nas manifestações. Esse constitui um tempo de total dependência à mãe, daquilo que ela sente. Contudo, para esta comunicação ser sentida, é necessário haver variações na percepção. Para haver essa variabilidade emocional, é imprescindível que a relação da criança com o adulto não seja dual, mas triangular. Para Dolto, o corpo é um lugar relacional, em que a linguagem, as emoções e a proibição da mãe se inscrevem no corpo e nos ritmos do filho. Ela enfatiza a importância deste outro primordial se concentrar em uma única pessoa, tornando-se um marco criador de raízes e quase detentor da identidade do bebê. Este “quase” é fundamental, pois ao mesmo tempo em que a criança se constitui entremeada no outro, na condição de ser deste, ela deve ter a abertura para se libertar. A descontinuidade é realmente obrigatória e simbologênica; torna-se, pois, fundamental esta castração humanizante. Neste sentido, o pai é dinamogênico pelas castrações que impõe, inscrevendo o filho na sociedade, transmitindo um nome, enraizando a criança numa história e numa filiação (Ledoux, 1991).

Contudo, como já anunciamos, a criança é entendida como um sujeito, ser de linguagem, também ativo no seu processo de subjetivação, isto é, a criança também faz seus pais, constrói e os parentaliza ao mesmo tempo em que ela mesma se constrói (Lebovici, 2004).

Sobre a parentalidade, Solis-Ponton (2004) desenvolve a proposta de estudar este fenômeno a partir do interior do psiquismo, considerando-a um tipo de estrutura que se instala em ação e evolui com o desenvolvimento do indivíduo e a evolução do grupo familiar.

Neste sentido, a parentalidade é o estudo dos vínculos de parentesco e dos processos psicológicos que se desenvolvem a partir daí. A autora enfatiza uma questão fundamental: ao mesmo tempo, em que o bebê nasce totalmente dependente, no que Freud descreveu como desamparo original, ele não é um reservatório passivo dos cuidados maternos. Há inúmeros estudos que demonstram algumas competências relevantes do recém-nascido, competências fundamentais no processo de parentalização de seus pais. É, portanto, no jogo da confrontação do bebê imaginário com o bebê real e a adaptação dos pais às necessidades do recém-nascido que a criança encontra seu lugar na família. Esta mesma autora ainda ressalta que o essencial sobre esta óptica da parentalidade é que este quadro introduz a intersubjetividade, responsável pelas produções de constantes identificações complexas e recíprocas entre pais e crianças.

Desta forma, percebemos que o discurso dos pais funciona como matriz simbólica de partida, fundamental para a constituição subjetiva da criança. Contudo, isso não significa que o inconsciente infantil seja um simples reflexo do inconsciente parental (Zornig, 2008). Há, neste sentido, um processo de via dupla, em que a criança constitui seus pais ao mesmo tempo em que estes a constituem.

Estas são as dimensões das formações vinculares, em que se estabelece a articulação entre o psiquismo infantil e o psiquismo parental. Transpõe-se o olhar para o dimensionamento intersíquico, para a relação, não atribuindo peso a nenhuma das partes, mas compreendendo o seu enlace, a sua configuração.

O olhar deste trabalho recai, assim, não somente nos pais ou na criança, mas na relação, nas formações vinculares. Desta forma, estamos atuando a partir da vertente intersíquica; o sintoma da criança pode ser compreendido como um dos sentidos possíveis destes enlaces.

Segundo Mannoni (1999), o sintoma está em uma fala que falta, nos não ditos, aparecendo como uma máscara ou fala cifrada, o que sustenta a ideia do sintoma como

comunicação. Contudo, esta autora considera o sintoma da criança como a presentificação da mentira do adulto; o que da situação não pode ser verbalizado. Assim, o sintoma seria uma linguagem que deve ser decifrada, colocada pelo indivíduo por intermédio dos pais, para eles ou contra eles.

Zornig (2008) nos chama a atenção para uma questão: quando Mannoni enfatiza a vertente intersíquica do sintoma da criança em detrimento da posição intrapsíquica, ela pode nos levar a uma leitura reducionista de sua proposta teórico-clínica, tomando a criança como sintoma dos pais. Este posicionamento nos leva a desconsiderar a criança sujeito do próprio discurso, interpretando seu sintoma como deslocamento de conflitos familiares. Nesse sentido, a autora retoma outros teóricos para defender a passagem de uma concepção da criança-sintoma ao sintoma da criança.

Balbo (1992, citado por Zornig, 2008) diferencia a demanda parental e social da demanda da criança, fazendo operar uma clínica do sujeito. Ele parte do princípio de que as demandas referentes à criança não partem somente dos pais, mas também de toda a sociedade. Assim, a criança responde a duas demandas sincronizadas: a dos pais exigindo o restabelecimento de um gozo narcísico e a social de se identificar a um modelo pré-estabelecido de valores que reforça o comportamento desejado. Nesta abordagem, o autor propõe que sejam realizadas entrevistas preliminares somente com os pais, para que estes possam elaborar o luto pela perda da ilusão de que a criança real não corresponde à imagem da criança narcísica do desejo parental, nem a imagem correspondente à demanda da sociedade. Nestas entrevistas, também seria possível a ruptura do assujeitamento dos pais à criança, na medida em que esta ocupa o lugar de Mestre do gozo dos pais, uma vez que ao falarem de seus filhos, falam de si próprios.

Flechet (1989, citado por Zornig, 2008), avança um pouco mais ao realizar uma distinção dos sintomas em duas categorias diferentes. Na primeira categoria, está o sintoma analítico

propriamente dito, ou seja, a criança é ouvida como um sujeito que se faz representar por um sintoma. Já na segunda categoria temos as “manifestações sintomáticas”, correspondendo à resposta do filho (a) às neuroses dos pais da realidade, o produto da organização parental inconsciente. Nesta perspectiva, o analista tem a função de se colocar como mediador entre o filho e o desejo materno, mas é possível tomar a criança em análise.

Kupfer (1994, citado por Zornig, 2008), enfatiza a questão da dependência real da criança aos seus pais, ressaltando que há uma “amarração” entre esta e seus pais da realidade. Esta dependência é tomada no plano real, no campo da dependência material; de um plano imaginário social, em que a cultura designa papéis específicos ao casal e ao *infans*; como também em uma ação simbólica, tendo em vista a importante atuação da parentalidade no estabelecimento da estrutura do sujeito. A autora afirma, dessa forma, que não se podem afastar os pais reais do consultório, pois estes e seu filho se enlaçam num campo transferencial único. Assim, ela propõe que nas entrevistas preliminares possa haver espaço para a circulação de palavras, em que o desaparecimento de um sintoma na criança provoca efeitos sobre os pais e vice-versa.

Compartilhando essa trajetória apresentada por Zornig, compreendemos que na formação sintomática da criança está presente a influência da demanda parental e da sociedade, a posição de alienação do *infans* ao discurso de outro e um campo transferencial múltiplo e complexo. Contudo, articulada a essa condição subjetiva, também temos a perspectiva da criança na condição de sujeito, ser de linguagem, capaz de dizer de si, inclusive por meio de seu sintoma.

A partir desta discussão teórica, abre-se campo para vários questionamentos, tentando realizar o movimento de criação de novos sentidos. Cabe-nos, portanto, prosseguir a investigação, lançando outras perguntas: qual o método desta prática clínica; em que medida ela se encontra no campo Psicanalítico?

CAPÍTULO III

Timidez

“[...] Uma palavra caída
das montanhas dos instantes
desmancha todos os mares
e une as terras mais distantes [...]”

Cecília Meireles

6 - CAPÍTULO III: Investigação Metodológica: a questão do Método Psicanalítico

A clínica psicanalítica se enriquece por meio de todas as experiências em que haja a exigência do repensar da nossa tarefa prática. Isso nos obriga a um esforço teórico para elaborar conceitos que a sustentem. Novos pensamentos teóricos são impulsionados exatamente por este trabalho desenvolvido nos limites do conhecido. A clínica pode ser inventada e reinventada para que nossa ferramenta de trabalho - o método psicanalítico - mantenha sua validade (Sigal, 2001).

Herrmann (2001a), ao propor o resgate do método psicanalítico, escreve sobre a possibilidade de o psicanalista exercer uma prática não dogmática, um fazer menos limitado, podendo ousar e construir, em seu próprio nome, uma clínica que trate do sofrimento do sujeito.

Este mesmo autor faz a diferenciação entre método, técnica e teoria, delimitando que o primeiro trata-se do método investigativo e interpretativo, já o segundo corresponde ao como encaminhar o processo analítico e o último às generalizações organizadas norteadoras da interpretação (Herrmann 2001a). Herrmann demonstra, assim, que o método é o essencial, o invariável, já a técnica e a teoria possuem maior flexibilidade, desde que estejam atuando em função do método.

Podemos dizer que a psicanálise se fundamenta no método psicanalítico e, por meio dele, se movimenta numa busca constante do tratamento das mais diversas formas de expressão do sofrimento psíquico. Essa é a essência da palavra método, em grego *Méthodos*, significando caminho para além (Herrmann, 2001a). No entanto, não há caminho pronto, ele se faz ao caminhar. E como Sigal nos propõe, o fazer psicanalítico é um convite ao desafio, à criação, a invenções e reinvenções.

Consideramos, desta forma, que uma prática seja psicanalítica não pelo seu enquadre

(técnica) ou fundamentação teórica, mas se tiver como norteador o Método Psicanalítico. Nas palavras de Herrmann:

“Há inúmeras técnicas, como se sabe. Além das psicanálises de escolas diversas, há psicoterapias mais analíticas que certas análises, há análises psicoterápicas e até adaptativas, e técnicas bem distantes da psicanálise-padrão, porém metodologicamente psicanalíticas - e aí nem o divã salva” (Herrmann, 2001, p. 51).

Mas o que seria este método descrito por Herrmann como investigativo e interpretativo? Na construção de sua tese, este autor parte da pergunta “*o que faz um analista?*”. E, simplificando esta prática, responde que essencialmente o analista escuta, escuta e então fala. Contudo, o que é absolutamente peculiar à situação analítica está no fato de o analista não escutar ou falar sobre o mesmo campo que o paciente; há um desencontro fundamental, isto é, o analisando trata de um assunto, mas seu analista desrespeita completamente os limites de tal assunto, tentando compreender, em termos emocionais, o que está sendo contado ocultamente (Herrmann, 2001).

Para Herrmann (2001), campo significa uma zona de produção psíquica bem definida, responsável pela organização das regras que regem as relações que aí ocorrem; seria uma parte do psiquismo em ação, incluindo o psiquismo individual, social e cultural. Qualquer pessoa encontra-se em vários campos ao mesmo tempo, contudo, em situação analítica, o analista posiciona-se como fomentador de rupturas de campo.

Um campo é rompido quando há uma incapacidade do psiquismo se organizar em torno de representações suficientemente sólidas, que garantam a identidade do analisando, passando para um tempo de relativa irrepresentabilidade. A este período em que um campo foi rompido, de suspensão de sentidos e irrepresentabilidade, e outro campo ainda não foi constituído, foi denominado de expectativa de trânsito. Este é um momento fundamental, cujo efeito Herrmann comparou ao de um redemoinho, no qual não há norteamo, mas sim uma forte estranheza e, por isso, denominado de efeito de vórtice. Todo este processo de

ruptura de campo se dá a partir de uma interpretação, podendo ser definida como um desencontro produtivo, como o processo minimalista que leva à ruptura de campo. A interpretação é o que provoca a ruptura. Já a sentença interpretativa ocorre após o efeito do vórtice, quando um novo campo está se formando e outros sentidos são construídos, como uma espécie de explicação do que aconteceu (Herrmann, 2001).

Interpretar, neste sentido da teoria dos campos, é apontar sentidos ocultos que quase despontam; é partejar, deixando que o trabalho de parto psíquico siga seu próprio ritmo. Não é inventar sentidos, mas deixar que surjam e tomá-los em consideração:

“Deixar que surja é a esperança bem fundada de que o sentido advirá do paciente, de suas palavras, das conotações emocionais que estas veiculam. Tomar em consideração é ter em mente o diagnóstico transferencial, o tipo de comunicação eficaz com este analisando e usar o que surge como ponto de partida para um movimento em direção ao campo. [...] Abandonar-se totalmente ao fluxo emocional da transferência leva o analista a querer trabalhar só com a relação, reagindo às associações como se fossem dirigidas a ele enquanto pessoa, não como posição [...]” (Herrmann, 2001, p. 71).

Herrmann (2001) detalha ainda mais este processo dizendo da importância de uma ação teórica, ou seja, um movimento experimental rumo à criação de uma prototeoria sobre o analisando, criada durante a análise em particular e sob medida para ele.

A partir do estudo deste processo, o autor vai concluindo que o método da psicanálise é a ruptura de campo, método este que cria a situação em que o fenômeno estudado pode ocorrer. Isso implica dizer que a situação analítica (momento do método em ação) opera no mesmo sentido do funcionamento do psiquismo, só que ao revés: o psiquismo cria e procura manter seus campos e a análise busca sistematicamente desmanchá-los. Sendo assim, o método psicanalítico é dotado de espessura ontológica, pois cria aquilo que estuda (Herrmann, 2001).

Em essência, o método psicanalítico é a via de acesso ao inconsciente, a ruptura de campo seria um momento único em que ele pudesse irromper. O inconsciente freudiano pode ser entendido como algo vivo, participante, a origem emocional dos pensamentos e o lugar onde

o sentido se faz, para depois ser representado na consciência. Contudo, Herrmann desenvolve a concepção de inconscientes relativos, aprofundando sua apreensão pelo fato de a psicanálise ter várias teorias que compreenderam o inconsciente de formas diferentes, questionando se em cada momento as teorias descobriram algo de um único inconsciente ou poderíamos ter um inconsciente relativo a cada teoria. O autor chama de campo o inconsciente relativo de uma determinada análise, o que torna possível a criação de vários campos e, por conseguinte, o inconsciente relativo àquele campo. E indo além, Herrmann traz a possibilidade de pensar o inconsciente não como um lugar, mas como uma lógica de funcionamento - a lógica inconsciente: “o inconsciente não existe, mas há o inconsciente”. (Herrmann, 2001, p. 121).

A teoria dos campos considera que cada relação é determinada por regras que lhe dão sentido, regras inquestionáveis, absolutas, constituindo o inconsciente relativo, isto é, formando o campo das relações pertinentes a estas (Herrmann, 2001).

Com a proposição dos inconscientes relativos, Herrmann generaliza a noção de inconsciente e trabalha sob uma ótica em que a representação (consciente) não corresponde à coisa em si, referente ao inconsciente. Ao contrário, como o inconsciente é entendido como uma lógica de funcionamento, tudo se passa como se nascesse junto, ou seja, a representação cria o que representa a partir da lógica inconsciente. Esta é uma concepção diferente da ideia do desvelar o inconsciente, da interpretação como decodificar algo que estava dado. No caso em questão, parte-se da noção de que, ao romper um campo e promover a suspensão de representações, temos acesso ao impensável, gerador de angústia e promovedor de outros sentidos, regidos pela lógica do inconsciente. Este é o momento do acesso ao inconsciente.

Retomando a perspectiva do método psicanalítico, por operar no mesmo sentido do funcionamento do psiquismo (só que invertido: por ruptura de campos) e tomar em consideração o fato de o trabalho ser na primeiríssima infância, momento de constituição do

psiquismo, algumas questões nos são apresentadas:

1) Herrmann aborda o funcionamento do método psicanalítico, partindo de um dinamismo psíquico já constituído. Mesmo apresentando em sua teoria como se dá este processo de constituição do eu, poderíamos nos questionar se na análise de crianças haveria alguma particularidade, a ser considerada, em relação ao método?

2) Como a fundamentação do método psicanalítico está em ruptura de campos, criação de novos sentidos, suspensão de representabilidade para formações de novas representações, como poderíamos articular a concepção do campo de afetação e a inclusão do corpo e do afeto neste processo, a princípio, do campo simbólico?

Pensando primordialmente nestas duas questões, encontramos alguns norteadores no trabalho de Maia (2003) sobre o campo de afetação.

6.1 A questão do sentido e da representação

Maia (2003), ao definir a ideia do campo de afetação como uma atmosfera de impressões, desenvolve uma interessante discussão sobre sentidos, representações, articulando o simbólico com o não simbólico.

A autora retoma a teoria freudiana sobre a memória e destaca que Freud privilegia a inscrição do que é percebido na formação do traço mnêmico inconsciente. Enfatiza, assim, que o aparato psíquico se constitui a partir das excitações internas e externas, como uma trama associativa de representações. Contudo, antes dessa ênfase, a autora considera a afirmação de Freud de que a memória pode comportar diversas formas de registro. A percepção seria da ordem do consciente e por isso não traria nenhum registro da memória, ficando os primeiros registros das percepções delegados aos signos de percepção. Os signos de percepção deixam marcas no psiquismo sem que estas se constituam traços. Traço

mnêmico este que implica inscrição, no âmbito inconsciente, regido pelo princípio do prazer; já a impressão implica uma marca sensível, mas não inscrição, isto é, as marcas são exteriores à linguagem e ao sentido enquanto significação são sinais que se articulam como signos de percepção, como irrupção do real, presentificação da pulsão de vida e de morte (Maia, 2003).

Desta forma, as marcas ou signos de percepção constituem-se como o primeiro registro excitatório, trazendo uma exigência de trabalho à memória por demandar o constante exercício de transcrição das impressões em traços mnêmicos. Temos assim, acontecimentos psíquicos que não se inseriram no plano das inscrições representacionais e, mesmo não havendo esse trabalho de inscrição, permanecerão como pura intensidade, sem um traço que a represente (Maia, 2003).

Pensando, então, no processo da constituição do psiquismo a partir de Freud, a autora considera que o *id* - local em que circulam um conjunto de impressões psíquicas jamais submetidas a processos linguísticos de inscrição - e o corpo estariam indistintos no momento primário. Por esta lógica estabelecida, aquém e além da linguagem, há um psiquismo norteado pelo corpo afetivo e expressivo. Contudo, o corpo não se restringe ao seu contorno aparente, mas se estende ao outro, ou seja, é a partir da afetação com o meio, que o indivíduo poderá modular sua expressividade (Maia, 2003).

Segundo a autora:

“A expressividade não se refere somente à expressão de conteúdos internos: ela os transcende, na medida em que depende do outro para modular sua potência. Sem dúvida, a expressividade subjetiva guarda as marcas de sua história relacional, e, no entanto, é presente em devir, é instante. Melhor dizendo, a expressividade ocorre num campo intersubjetivo, que ultrapassa a possibilidade de duas interioridades, cujas fronteiras seriam bem definidas e delimitadas; ocorre num campo de afetação no qual as fronteiras entre um e outro atenuam-se” (Maia, 2003, p. 134).

Contudo, mesmo realizando esta diferenciação dos campos do representacional e do sensível, do simbólico e não simbólico, Maia reforça que estas são formas que se

transmutam, se deslocam, se entrelaçam, mas, paradoxalmente, mantêm sua autonomia. No processo de constituição subjetiva, há também as marcas deixadas pelos signos de percepção que potencializaram a circulação e criação de significações compartilhadas (Maia, 2003).

Há, desta forma, nos primórdios do processo de constituição subjetiva uma indiscriminação entre o eu e o mundo; há um processo gradual em que uma primeira unidade eu/meio progressivamente cede lugar a uma diferenciação entre o eu e o meio. O momento emergente é um ser com o outro, mas sem se constituir como uma simbiose. Maia, aqui, está enfatizando que os bebês, antes de conhecerem uma unidade corporal, experimentam esse estado de indiferenciação, mas sem o sentirem como desorganização. Isso se dá pelo simples fato de ele não ter podido ainda ter experimentado esse outro estado, o da diferenciação. Este é o momento do devir, vir-a-ser, da irrupção da organização, inicialmente corporal. Este é um domínio da subjetividade que opera fora da consciência, funcionando como matriz experimental a partir da qual os pensamentos surgirão mais tarde (Maia, 2003).

A autora traz a proposta de que o sentido pode emergir a partir deste interjogo entre corpo, afeto e linguagem. Entendido como significação linguística compartilhada, o sentido pode surgir após o efeito semiótico da linguagem, partindo desta concepção de um psiquismo primário que comporta uma base não linguística, e funciona como força propulsora do eu no mundo e promove uma forma de sentido marcada por processos expressivos e não linguísticos (Maia, 2001).

Compartilhando esta perspectiva, Figueiredo (2001) discute a questão do sentido na contemporaneidade. Ao fazê-lo convida à superação do pensamento platônico, que propõe a existência de algo como um sentido formado e definitivo, para pensarmos em termos de “fazer sentido”, isto é, o sentido é o que se faz quando se discrimina e se articula, só existindo nessas atividades. Pensando nesta perspectiva, na abordagem da clínica psicanalítica, o autor expressa a ideia do “fazer sentido” como “dar passagem”, neste caso os afetos passam à

linguagem, e estas aos corpos, e os corpos passem aos afetos; que cada um dê passagem aos demais, por meio da discriminação e articulação. O trabalho analítico é entendido como o fomentar a saúde transitiva, uma vez que quando *o fazer* sentido é paralisado, ocorre o estancamento das vias de trânsito e o que acontece num dado plano não pode ser acolhido em outro, criando-se realidades paralelas e incomunicáveis.

Tendo em vista estas leituras de Maia e Figueiredo sobre o sentido e o processo representacional, pode-se entender que o campo formado nos atendimentos às crianças e às suas famílias contém toda esta particularidade, envolvendo as dimensões do simbólico e não simbólico. Também neste enlace paradoxal, compreende-se o sentido nesta extensão do “fazer sentido” e da transitividade. Contudo, o que poderíamos dizer de específico da clínica na primeira infância? Qual o campo da psicanálise no trabalho clínico com bebês?

6.2 A questão da clínica psicanalítica na primeira infância

Fernandes (2004) propõe a discussão sobre as possibilidades da psicanálise na clínica com bebês, trazendo questionamentos importantes que nos ajudam a pensar nesta especificidade da clínica na primeiríssima infância. A autora parte da premissa de que um psicanalista trabalha com o sofrimento das pessoas, portanto, se houver um sofrimento, uma queixa e um pedido, é possível a intervenção psicanalítica. Mais especificamente ela nos aponta que a teoria psicanalítica sempre se propôs a investigar, a partir da clínica, os modos de estruturação do sujeito, as possibilidades de fracasso neste processo de subjetivação e suas implicações. Isso já revela a possibilidade de reconhecimento de um sofrimento neste ser em constituição e, conseqüentemente, formulações de tratamentos.

O sofrimento nesta clínica é percebido na dialética entre a demanda e o apelo, entre exteriorização do corpo do bebê e o discurso parental, entre objetos reais oferecidos pelo

bebê e objetos simbólicos doados pelos cuidados primordiais. Nessa medida, a psicanálise na clínica com bebês e seus cuidadores encontra-se justamente nas situações em que a articulação entre constituição da demanda e constituição do sujeito configura o trabalho (Fernandes, 2004). Compreendemos assim, que é transitando nesta condição dialética entre a demanda do bebê e a demanda parental que se faz possível pensar a psicanálise nesta clínica.

Dutra (2004) se questiona sobre qual seria o bebê do psicanalista e, nesta discussão, levanta a questão da temporalidade. Esta autora faz referência à clínica da primeira infância enquanto a clínica da prevenção e posiciona o analista numa condição de anterioridade ao sujeito em processo de constituição, isto é, na contramão do que é o tempo e o lugar da função do analista: *atrás* do sujeito, apontando sua enunciação. Nesse sentido, o bebê do psicanalista porta essa condição de sujeito, na anterioridade do desejo e na fantasmática materna e paterna, com o objetivo da inclusão do bebê na cena clínica, e, assim, promover as condições para que as marcas do Outro se organizem numa particularidade, possibilitando o emergir do sujeito.

Zornig (2004), em seu texto sobre intervenção precoce, discute mais detalhadamente esta questão das temporalidades presentes na clínica com bebês. Segundo a autora, há a temporalidade *après-coup*, presente no discurso dos pais que projetam no bebê não só suas expectativas futuras como a tendência a repetir seus sintomas, como retorno do recalcado; e, também, como tempo da construção de laços primordiais, já que a antecipação do sujeito é condição para que este possa advir, isto é, o tempo da anterioridade do sujeito e do desejo. Assim, pensar em intervenção precoce significa intervir em dois tempos simultâneos: num tempo de constituição, de plasticidade psíquica; mas também num tempo de retroação, de resignificação, de retorno dos fantasmas parentais. Esta dupla temporalidade gera um paradoxo inerente a esta clínica, pois ao mesmo tempo em que o psicanalista escuta o discurso parental, ele também sustenta a dimensão de sujeito do bebê. Nas palavras da autora

sobre a intervenção nestes dois tempos:

“O que quero ressaltar é a importância da intervenção psicanalítica na primeira infância como possibilidade de intermediação na relação pais-bebê, propiciando que as palavras circulem entre eles, produzindo um contorno e uma amarração simbólica que sirva de ancoragem à constituição psíquica do bebê” (Zornig, 2004, p. 76).

Zornig (2004) propõe, assim, uma prática, em que se faz necessário sustentar este paradoxo. Isso porque é fundamental ao bebê ser investido narcisicamente por adultos na função de pais, mas também é determinante reconhecer nele uma dimensão subjetiva que lhe permite apropriar-se muito precocemente das inscrições simbólicas primordiais, construindo e criando uma narrativa.

Também compreendendo o enlace da clínica com bebês e a psicanálise nesta perspectiva, Bernardino (2004), em seu texto sobre a Ética e a Estética, faz um interessante apontamento sobre a diferença entre a intervenção numa abordagem psicoterapêutica e na abordagem psicanalítica. No trabalho com bebês, o processo terapêutico está ancorado principalmente no conceito de suplência, isto é, o bebê encontra na transferência instantânea que se arma no espaço terapêutico o que não foi possível encontrar no outro materno; e a mãe, por sua vez, encontra outro olhar e outra voz que podem abrir seus olhos e ouvidos para outras possibilidades relacionais com seu bebê. Esta seria a questão da Estética na clínica com bebês, situando o analista no registro do olhar e da voz enquanto transmissores de uma representação qualitativa do bebê, em que o bebê pode ser situado como falo imaginário, o belo, num enlace necessário à constituição subjetiva. Contudo, a autora nos aponta para o fato de que o trabalho neste eixo da Estética aborda o viés imaginário deixando as intervenções no âmbito da psicoterapia, na ordem das relações interpessoais, dos afetos e de seus efeitos. E, para situar o trabalho no campo psicanalítico, faz-se necessário abordar o que a autora denominou de questão Ética.

A ética, para a psicanálise, é a ética do desejo e todo ser humano é um ser de desejo, não

importando sua idade. Na via do desejo, as intervenções do analista não são somente atributivas, mas também de existência, que resguarda o bebê como um sujeito que virá a ser, passando da suplência ao corte, como ruptura de gozo (Bernardino, 2004).

Fernandes (2004), também trabalha na perspectiva da ética em seu texto sobre a clínica com o bebê. Neste texto, a autora aborda o tema a partir da discussão entre a ética e a moral. Segundo ela, a moral refere-se à qualidade do bem ou mal das condutas, consensuais em uma cultura. Esta posição moralista, em dizer se isto é certo ou errado, bom ou ruim, é extremamente convidativa ao analista de crianças, pois o adulto pode ser tocado pela ideia de desamparo que o bebê normalmente instiga. Nessa perspectiva, a autora não condena esta posição, mas acrescenta a questão da ética, dizendo que na clínica com o bebê e seus cuidadores faz-se necessária a construção de uma reflexão moral e ética, numa interface entre ambas. Sobre a ética na clínica psicanalítica, ela define o desejo como o que movimenta o sujeito em sua vida, sendo ético conduzir o paciente a não desistir quanto ao seu desejo. Contudo, na especificidade da clínica com bebês, ela propõe o trabalho da constituição da demanda numa equivalência em relação ao trabalho da constituição do sujeito e, portanto, ao sustento do desejo. Assim, demandar é ultrapassar a necessidade, abrindo espaço para a existência do sujeito.

A partir destas autoras, concluímos que o fundamental para definirmos um trabalho na condição de psicanalítico, na especificidade da clínica com bebês, está em operar a partir do interjogo fundamental das funções materna (antecipação, alienação, da ordem da estética) e paterna (corte, possibilidade do sujeito do próprio desejo advir, da ordem da ética). Percebemos que a função do analista nesta clínica segue a via da constituição subjetiva, de acordo com a qual se considera toda a especificidade deste processo e se intervém a partir de seus paradoxos. Cabe-nos, então, neste momento, questionar se esta proposta clínica de atendimento conjunto segue a ética psicanalítica, conseguindo passar de um atendimento

psicoterapêutico a um trabalho psicanalítico. Desta forma, devemos investigar qual é o método utilizado nesta abordagem clínica.

6.3 A questão do método do Atendimento Conjunto

Para a investigação do método do atendimento utilizo, além de minha própria vivência, as anotações realizadas durante as supervisões que frequentei, contendo os relatos das impressões, das sensações e as discussões do grupo, tanto em relação aos casos como também ao modelo do atendimento.

Esta proposta de trabalho conjunto opera na via da criação e articulação de sentidos possíveis, vivenciados na experiência clínica, isto é, a partir da experiência emocional do grupo. Abrimos o espaço nos atendimento para que a linguagem simbólica e não simbólica possa circular, e assim encontrar um sentido possível, construído em conjunto. A criação de sentidos segue a via da criação do humano, tomando a complexidade do processo de subjetivação como referência. Desta forma, compreendemos que nas sessões estamos imersos no campo de afetação, no qual a comunicação se faz ao nível do linguístico e não linguístico, na extensão do corpo, afeto e linguagem.

Tomamos como objeto de trabalho o inconsciente relativo àquele campo composto pelas famílias, terapeuta e terapeuta observador, ou seja, ao inconsciente formado a partir dos laços emocionais, das relações. Nessa perspectiva, a intervenção acontece de dentro do campo, na condição analítica de quem trabalha na transferência, imersa nas afetações produzidas, mas em duas posições diferentes: do terapeuta e do terapeuta observador.

O terapeuta encarna a função de intervir, enquanto “inter-vir a ser”, no sentido de possibilitar o surgimento do sujeito desejante, do existir do sujeito (ser). Nessa linha de trabalho há, assim como na constituição subjetiva, a articulação das funções materna e

paterna. Cabe ao terapeuta ajudar os pais a compreender seus filhos, a encontrar sentido a partir da experiência afetiva, no processo de antecipação e alienação, promovendo laços emocionais, em um trabalho de vinculação entre a criança e seus pais. Muitas vezes, neste processo, o terapeuta ajuda os pais a elaborar o luto do filho sonhado, idealizado, para possibilitar a vinculação com filho real; se empresta como mente e corpo, ocupando o lugar vazio de alguns pais, extremamente comprometidos, não conseguem olhar, desejar, sentir seus filhos; como também precisa, em alguns momentos, orientar, dizer em nome de um saber, se fazendo necessário em casos de risco. Contudo, é também função do terapeuta descolar os pais de suas verdades a respeito da criança, podendo abrir caminhos, conversa, para que novos sentidos possam surgir. Deve atentar-se, nesse sentido, também, para a posição de investigador e não detentor da verdade da criança, operando o corte e possibilitando o emergir do sujeito do próprio desejo.

É importante que o terapeuta se posicione como aquele que aposta na possibilidade de laço, vínculo afetivo, entre a criança e seus pais, conduzindo ou favorecendo esse processo por meio do que estamos nominando de articulação de sentidos. Articular seria este movimento de enlace que poderia, por meio de um sentido, proporcionar uma experiência afetiva significativa a ponto de promover a vinculação. Mas, também, é extremamente necessário que o terapeuta se posicione como aquele que questiona, que abre espaço para o novo, conseguindo, por meio do encontro afetivo com o grupo, possibilitar que novos sentidos surjam, no processo que denominamos de criação de sentidos. Criar e articular sentidos segue a via da constituição do sujeito, dando ao trabalho a consistência da formação subjetiva, da possibilidade da existência do humano.

Ao pensarmos na forma como as intervenções do terapeuta se dão, percebemos que ela acontece não somente no campo da palavra, do simbólico, mas muitas vezes ela acontece por uma ação ou por um conjunto de ações, falas e sensações articuladas no processo. E na

tentativa de melhor dizer dessa forma de intervir demos o nome: Ato-Palavra. Ato como “Ato Analítico” e não como atuação (*acting out*). Nesse sentido, o terapeuta é convidado a se posicionar como mais um implicado na dinâmica transferencial, podendo receber e sentir as peculiaridades do campo de afetação, na sua dimensão do corpo e do afeto. Ao fazê-lo, sustenta a possibilidade de articulação e criação de sentidos possíveis, mas sem deixar de tomar em consideração a linguagem (Palavra), como importante elemento do processo de subjetivação.

Entretanto, as intervenções nesta proposta ganham a particularidade advinda da posição do terapeuta observador. Este, durante os atendimentos, permanece em silêncio anotando o que se passa durante a sessão. Não lhe é exigido nenhum tipo de padrão de escrita ou objetivo de observação *a priori*. Pelo contrário, o observador possui liberdade para realizar os seus relatos à sua maneira, para registrar o que lhe for mais importante, pois esta é uma experiência subjetiva, emocional. Neste sentido, ao observador também é proposto que ele participe e se implique no processo, se afetando pelo campo, podendo sentir e pensar a partir das cenas subjetivantes, contudo, numa posição silenciada, sendo o seu registro sua forma de expressão.

Nessa dinâmica, o observador torna-se aquele que pode conter as angústias, afetos, pensamentos e inquietações, registrando-as. Na tentativa de realizar o trânsito dos afetos para a linguagem, das sensações corporais para a linguagem, ‘cria’ uma marca/registro do que foi vivido e experimentado pelo grupo.

Compreendemos que a presença de um terapeuta nesta posição gera um significativo efeito no campo. Ao marcar este espaço do silêncio, mas complexo trabalho mental e afetivo, ele instaura no campo o espaço de continência, como aquele que pode receber parte das tensões/afetações produzidas no grupo.

O trabalho em dupla permite que o terapeuta sinta-se amparado, podendo contar com a

presença afetiva do observador, o que lhe dá uma maior liberdade para estar com a família e se permitir afetar pelo campo. Uma metáfora possível descrever a experiência do trabalho nesta dinâmica é a de um mergulhador que precisa de uma corda que o ligue ao barco, para que uma vez imerso nas águas possa explorar seus conteúdos sem a angústia de não conseguir voltar.

O trabalho em dupla, neste sentido, funciona como uma rede de sustentação terapêutica, formando, por meio da relação construída entre os terapeutas, um enlace afetivo, à semelhança da dinâmica das funções materna e paterna. O terapeuta, como aquele que encarna a linguagem/palavra/ato que possibilitará a articulação de sentidos, e o terapeuta observador, por sua vez, encarna o silêncio, o “vazio”, o “buraco”, a “ausência” ou, melhor dizendo, a pausa necessária para a criação, o emergir de novos sentidos. Desta forma, o trabalho se apresenta nesta dupla valência (Silêncio e Ato-Palavra), uma dialética que articula presença/ausência, elementos cruciais no processo de subjetivação, intimamente relacionados ao campo de afetação.

A partir desta discussão sobre a dinâmica do trabalho como podemos determinar o método desta abordagem clínica? Ele é ou não pertencente ao campo psicanalítico?

Ao definir que este serviço se sustenta a partir da concepção de que uma criança para se tornar humana faz-se necessária a articulação das funções materna e paterna. E admitindo que esta se posicione como participante deste processo, o que foi discutido como parentalização; atuando por meio da articulação e criação de sentidos possíveis em um trabalho conjunto, envolvendo a família e a dupla de terapeutas, estamos propondo um trabalho de intervenção precoce que segue a via da Ética psicanalítica, mas que também se considera a Estética e a Moral. Propomos uma clínica que, partindo de toda a especificidade do sofrimento psíquico na primeiríssima infância, traz para sua dinâmica de trabalho a condição da criança em sofrimento, tomando em consideração as particularidades desse momento constitutivo.

Funcionamos à semelhança de todo o processo de subjetivação, ou seja, na via do funcionamento da constituição do psiquismo, com o propósito de promover a articulação e criação de sentidos.

Estes elementos nos dão sustentação suficiente para afirmar que o método do Atendimento Conjunto é o Psicanalítico, resguardando toda a especificidade da primeiríssima infância, o que nos leva a questionar o nome *Atendimento Psicoterapêutico Conjunto Pais-Crianças*. Acreditamos que a partir desta discussão podemos situá-lo na área do Campo Psicanalítico. Não se vê mais sentido em denominá-lo como Psicoterapêutico.

Ao fazê-lo, parte do caminho foi percorrida, cabendo agora lançar outra questão norteadora desta pesquisa: como poderíamos definir o campo criado durante os atendimentos, tendo em vista todo esse detalhamento já traçado? Partimos, assim, para a investigação da dinâmica transferencial.

CAPÍTULO IV

Interlúdio

“As palavras estão muito ditas
e o mundo muito pesado.

Fico ao teu lado.

Não me digas que há futuro,
nem passado.

Deixa o presente - claro muro
sem coisas escritas

Deixa o presente. Não fales,
Não me explique o presente,
pois é tudo demasiado.

Em água de eternamente,
o cometa dos meus males,
afunda, desarvorado.

Fico ao teu lado.”

Cecília Meireles

7 - CAPÍTULO IV: Investigação do Campo Analítico dos Atendimentos Conjuntos: a questão da Transferência

Segundo Slavutzky (1991), a primeira aparição nas obras de Freud do termo transferência, num sentido psicanalítico, foi em 1895 no texto *A Psicoterapia da Histeria*. Neste trabalho, Freud escreve sobre a condução de análises catárticas de pacientes histéricos, delineando sua técnica e suas implicações. No trecho em que ele se refere à transferência está sendo discutida a existência de obstáculos externos à técnica de pressão que funcionam como resistência ao tratamento, impedindo a suscitação das reminiscências. Neste texto, já é apontada a importância da relação entre paciente e médico, que, se perturbada, pode constituir o pior obstáculo do trabalho. Assim, ele levanta três principais casos possíveis sobre a perturbação da relação médico-paciente. O primeiro, menos grave, ocorre quando há uma desavença pessoal. Contudo, esse obstáculo pode ser superado por meio de discussões e explicações. O segundo, mais importante, ocorre quando o paciente é tomado pelo pavor de ficar muito dependente do médico, o que pode ser um importante motivo para resistência e entrave ao tratamento. O terceiro - momento mais específico no qual ele inicia as primeiras enunciações sobre a transferência - ocorre quando o paciente se assusta ao verificar que está transferindo para a figura do médico as representações aflitivas que emergem do conteúdo da análise. Segundo Freud, esta é uma situação frequente e usual em algumas análises (Freud, 1985).

A transferência aqui discutida se dá por meio do que ele conceitua como falsa ligação. Em seu exemplo clínico, Freud descreve que a paciente transferiu para a sua figura um desejo já existente e originador de sintomas, provocando no tratamento um obstáculo (resistência). A isso ele descreve como uma falsa ligação que deve ser desfeita no tratamento (Freud, 1985).

Neste período, a transferência consiste em uma modalidade de deslocamento de afetos entre uma representação e outra, e num obstáculo ao trabalho de rememoração, isto é, em

uma modalidade da resistência (Mezan, 1991).

Seguindo cronologicamente sua obra, segundo Slavutzky (1991), a próxima aparição está em *A interpretação dos sonhos*, texto em que Freud escreve sobre transferência e pensamentos de transferência, designando com essas expressões um tipo de deslocamento cujo desejo inconsciente se expressa e se dissimula por meio do material proporcionado pelos restos pré-conscientes da vigília. Contudo, ainda aqui, Freud não considera a transferência como um traço essencial do tratamento analítico.

É somente no Posfácio ao *Caso Dora* que ele introduzirá uma significativa modificação na concepção deste termo (Mezan, 1991). Freud, neste trabalho de 1901, definiu transferência como reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, tornam-se conscientes, mas substituindo uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Ele segue explicando que há transferências em que nada se diferenciam de seu modelo, a não ser por essa substituição das pessoas, sendo, portanto, simples reimpressões. Mas há aquelas que se fazem com mais arte, passando por uma alteração de seu conteúdo, uma sublimação, podendo até tornarem-se conscientes ao se apoiarem em alguma particularidade real da pessoa do médico; são, assim, edições revisitadas e não somente reimpressões. Em seguida, afirma que a transferência é uma exigência indispensável para a técnica analítica. Não há nenhum meio de evitá-la, como também não é o tratamento psicanalítico que a cria, mas simplesmente a revela, como tantas outras coisas ocultas na vida anímica. E, por fim, categoricamente completa, a transferência, destinada a constituir o maior obstáculo à psicanálise, converte-se em sua mais poderosa aliada, quando se consegue detectá-la a cada surgimento e traduzi-la para o paciente (Freud, 1901).

Para Mezan (1991), a partir da elaboração da teoria das pulsões, na forma original dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* de 1905, e percebida a importância da agressividade, por meio da análise, entre outros pacientes, no *caso do Homem dos Ratos*,

Freud deixa de pensar o processo analítico sob o prisma do sonho. Segundo este autor, Freud passa do paradigma da interpretação dos sonhos como interpretação dos sintomas, para entender a transferência como um destino pulsional, mais do que como exemplo diurno dos mesmos processos que estruturam o sonho. A questão passa a ser: de quais objetos infantis o analista torna-se substituto graças à transferência?

São com estas questões já trabalhadas que encontramos o próximo texto que aborda diretamente a questão da transferência: *A dinâmica da transferência*. Inicialmente neste trabalho de 1912, Freud sustenta que cada indivíduo, por meio da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos, constrói um método específico de conduzir-se na vida erótica. Contudo, somente parte dos impulsos que determinam o curso da vida erótica é acessível ao consciente, pois parte permanece inconsciente. Neste sentido, este método específico tende a ser constantemente repetido no decorrer da vida da pessoa e, portanto, também com a figura do médico. Assim, Freud afirma que as peculiaridades da transferência para o médico tornam-se inteligíveis se tivermos em mente que essa transferência foi precisamente estabelecida não apenas pelas ideias antecipadas conscientes, mas também por aquelas que foram retidas ou que são inconscientes (Freud, 1912).

Ainda neste texto, Freud discorre sobre duas questões importantes. A primeira pergunta lançada é sobre o porquê de a transferência ser mais intensa nos indivíduos neuróticos em análise que em neuróticos não analisados e a segunda sobre o porquê de a transferência, na análise, surgir como a resistência mais poderosa ao tratamento.

Como resposta à primeira dúvida, ele conclui que: não é fato que a transferência surja com maior intensidade e ausência de coibição durante a psicanálise que fora dela. E para justificar seu argumento recorre a textos anteriores à psicanálise que já davam notícia da transferência em tratamentos não psicanalíticos. Já em relação ao segundo problema levantado ele afirma

que a transferência no tratamento analítico invariavelmente aparece desde o início como a arma mais forte da resistência, e podemos deduzir que a intensidade e persistência dela constituem efeito e expressão desta. Em relação a essa questão, Freud desenvolve a concepção de transferência positiva e negativa. A transferência positiva é divisível em transferência de sentimentos amistosos ou afetuosos, que são admissíveis à consciência, e transferência de prolongamentos desses sentimentos no inconsciente, que invariavelmente remontam a fontes eróticas. Já a transferência negativa se refere a sentimentos hostis e agressivos; juntamente com a positiva de impulsos eróticos provocam a resistência ao tratamento.

Finalizando este trabalho, Freud afirma que, indiscutivelmente, controlar os fenômenos da transferência representa para o psicanalista as maiores dificuldades, mas, ao mesmo tempo, são estes fenômenos que possibilitam que os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente se tornem imediatos e manifestos.

Avançando em suas obras encontramos o texto *Recordar, Repetir e Elaborar*, escrito em 1914, no qual Freud traz uma grande novidade: a ideia da repetição, que implica numa considerável torção ao paradigma anamnésico que até então governava o tratamento psicanalítico (Mezan, 1991).

Ao iniciar este artigo, Freud destaca três grandes alterações de importantes consequências para a técnica psicanalítica. Em sua fase inicial, a técnica consistia em focalizar diretamente o momento em que o sintoma se formava e, na sequência, esforçar-se persistentemente para reproduzir os processos mentais envolvidos na situação, a fim de dirigir-lhes a descarga ao longo do caminho da atividade consciente. Após o abandono da hipnose, a tarefa transformou-se em descobrir, a partir das associações livres do paciente, o que ele deixava de recordar. A resistência deveria ser contornada pelo trabalho da interpretação e revelada os seus resultados ao paciente. Por fim, como última transformação, o analista deixa de colocar

em foco um momento ou problema específico, passando a estudar tudo o que se acha presente na superfície da mente do paciente. Emprega, para esse fim, a arte da interpretação, principalmente para identificar as resistências que lá aparecem, e torná-las conscientes ao paciente (Freud, 1914).

Com esta alteração da técnica, Freud enfatiza que o paciente não recorda coisa a alguma do que esqueceu e reprimiu, mas o expressa pela atuação, reproduzindo não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem saber que o está repetindo. A partir deste conceito de compulsão à repetição, ele passa a trabalhar a transferência como um fragmento da repetição - a repetição é uma transferência do passado esquecido, acontecendo não apenas na relação com o médico, mas também em outros aspectos da situação atual do paciente. Em relação à resistência, ele escreve que quanto maior ela for, mais a repetição substituirá o recordar. Assim, o paciente repete em vez de recordar e repete sob as condições da resistência (Freud, 1914).

Por fim, ele considera que o instrumento principal para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência. O sucesso do trabalho está em fornecer a todos os sintomas um novo significado transferencial e em substituir a neurose comum do paciente por uma neurose de transferência, da qual pode ser curado pelo trabalho terapêutico. Desta forma, a transferência cria uma região intermediária entre a doença e a vida real, na qual pode ser efetuada sua transição (Freud, 1914).

No mesmo ano deste artigo, Freud escreve mais especificamente acerca de uma problemática da transferência no texto: *Observações sobre o amor transferencial*. Neste trabalho, ele reforça a importância do manejo da transferência para o sucesso da análise e discute as implicações do amor que o paciente atribui transferencialmente ao médico durante o processo analítico.

Ele define o amor transferencial como provocado pela situação analítica, grandemente intensificado pela resistência, mas faltando nele alto grau de consideração pela realidade. Em relação ao analista, Freud diz ser ele o evocador deste amor ao instituir o tratamento analítico; esta é uma situação médica inevitável. Ele discute questões éticas e técnicas relevantes sobre o manejo desta transferência e conclui comparando o trabalho do analista a de um químico, que, mesmo lidando com situações de risco, não deixa de exercer suas funções com cautela e escrúpulos (Freud, 1914).

Por este percurso da obra freudiana sobre a transferência percebe-se que este conceito é abordado a partir do registro econômico-dinâmico, de acordo com o qual os problemas do seu manejo derivam de um fator quantitativo: a intensidade das forças mobilizadas pelo tratamento e contra o tratamento, a intensidade das fixações aos objetos infantis, a plasticidade ou rigidez das defesas (Mezan, 1991).

Maia (2003) também analisa o percurso do conceito de transferência na obra freudiana, apresentando questionamentos e apontamentos interessantes, que a possibilita trabalhar a aproximação da Transferência com o Campo de Afetação. A sua proposta é refletir sobre os mecanismos psíquicos que possibilitam o processo transferencial. Com isso, a autora, ao pensar a transferência de afetos e representações do passado sobre um outro, articula a necessidade da existência de uma rede de afetação, em que introjeções, pequenas percepções, sintonias e dissintonias afetivas, encontram-se constantemente em movimento.

Ela parte do conceito de introjeção, desenvolvido por Ferenczi, compreendido como marca inaugural da relação do infante com o mundo, como um processo em que o bebê traz para si grande parte do mundo exterior, passando do autoerotismo para o hétero-erotismo. A introjeção é o processo que viabiliza movimentos de captura de marcas diferenciais das sensações de prazer/desprazer percebidas no contato com o mundo, conferindo a esta experiência uma qualidade. Assim, neste eixo de tensão entre prazer e desprezer há a

implicação direta do corpo e dos afetos, pois será por meio das sensações corporais que se dará toda dinâmica do mecanismo de introjeção. Nesta medida, o processo de identificação abre caminho para a possibilidade dos processos identificatórios e da estruturação de um aparato psíquico, no qual ocorre a inclusão do mundo no eu por meio de sensações e afetos, em um processo basicamente afetivo (Maia, 2003).

A autora amplia o conceito de transferência, ao levar em consideração o rebaixamento de fronteiras entre o eu e o mundo. Rebaixamento esse provocado pelo campo de afetação, pensando a situação analítica não na perspectiva freudiana, na qual o analista encarna uma figura do passado, mas sim que este seja englobado num acontecimento, trazendo um fragmento de repetição. A repetição na situação analítica tende a diluir os contornos entre o analista e o analisando, na medida em que o analista é englobado num acontecimento que o afeta e a partir do qual terá que atuar de dentro, utilizando seu corpo, afetos e linguagem para dar contorno, uma forma possível à repetição (Maia, 2003).

Contudo, Maia se questiona sobre o que seriam esses acontecimentos que se repetem, abarcando o analista no processo transferencial, e trabalha com o conceito do estranho para dizer desses acontecimentos. Pela teoria freudiana, ela nos aponta duas situações em que o sentimento de estranheza está relacionado ao que se passa no movimento transferencial. A primeira delas é o estranho efeito que o enlouquecimento de alguém nos traz. Isso implica familiaridade com a loucura, denunciando que todos nós possuímos essas forças remotas em regiões do nosso ser e que tanto o paciente quanto o analista vivenciam a transferência. Ressalta-se que, mesmo numa posição diferenciada, o analista se vê afetado pelos conteúdos advindos do analisando. A segunda seria o sentimento de estranheza atribuído às experiências da vida, nas quais o sujeito vivencia um rebaixamento das fronteiras que o separam do outro. Contudo, Pontalis (1991, citada por Maia, 2003) afirma que a verdadeira repetição, no sentido freudiano, provocada pela situação transferencial, é o que escapa à representação.

Assim, a categoria do estranho ganha uma maior abrangência, pois determinadas situações de repetição é um nada, sem qualquer vestígio de traço mnêmico (Maia, 2003).

Todavia, além de toda esta perspectiva, compreendemos a transferência por meio da ótica de Palhares (2008), que propõe este fenômeno como algo vivo, emergente do duplo contato emocional entre o paciente e o analista e ambos com a situação analítica, apontando para a vivacidade do encontro analítico. A autora enfatiza que esse encontro enlaça duas pessoas, envolvendo afetos, sentimentos, vivências inconscientes, num contexto relacional de intimidade. A transferência é vista como força viva e atuante, ocorrendo espontaneamente em todas as relações humanas; emergindo da vida ela aponta para um infundável vir-a-ser e, nesse sentido, ela é estruturante.

“O percurso do tratamento se move dentro do drama e da trama transferencial, caminhando entre passado e presente, entre obstáculos e função terapêutica, entre alianças e repúdios ao manejo clínico, configurando dificuldades que revelam a singularidade de cada paciente. E aí é que está: o acolhimento a esta singularidade leva o paciente a se sentir reconhecido em sua humanidade” (Palhares, 2008, p. 103).

Há, também, a questão da contratransferência. De acordo com Figueiredo (2002, citado por Palhares, 2008) o analista deve possuir uma disponibilidade humana para funcionar como suporte de transferências e de outras modalidades de demandas afetivas e comportamentais profundas e primitivas, colocando-se diante do sofrimento antes mesmo de saber o que se trata, deixando-se afetar e interpelar pelo sofrimento alheio. Seria o que Figueiredo chamou de ‘reserva de alma’, envolvendo o desejo, as teorias, capacidade de pensar, falar, simbolizar e sonhar do analista, adotando uma ampla disponibilidade de ir sendo junto com o paciente (Figueiredo, 2002 citado por Palhares, 2008).

Contudo, poderíamos pensar em alguma especificidade do campo transferencial a partir da condição subjetiva do paciente? Há diferença na transferência de pacientes com psicopatologias graves, uma vez que estes se encontram em estados de mente primitivos?

Pensando nestas questões, encontramos a proposta do psicanalista Thomas Ogden.

Ogden (1996) elabora importantes conceitos a respeito do que ele denominou de matriz transferencial e contratransferencial. Por matriz o autor compreende um estado vivencial básico e, partindo de Winnicott, afirma que na transferência não trataria apenas da expressão da experiência dos nossos objetos internos próprios para objetos externos, também se trata de transferir nossa experiência do ambiente interno para a situação analítica. Há, assim, uma ampliação da definição de transferência, incluindo neste fenômeno tudo o que o paciente traz para a relação. Entretanto, para o autor, há três modos de gerar experiência, de criar significado psicológico: o autista-contíguo, o esquizo-paranoide e o depressivo; a inter-relação dinâmica destes modos determina a natureza do estado básico de ser (a matriz), dentro da qual cada um vive e constrói significados psicológicos em cada momento.

A posição autista-contígua está associada ao modo mais primitivo de atribuir significados à experiência. Aqui a angústia predominante é a do colapso da sensação de demarcação sensorial, sobre a qual estão baseados os rudimentos da experiência de um *self* coeso. O terror é vivido como um cair ou escoar num espaço sem forma, pois a organização psicológica está baseada na experiência sensorial, mais particularmente nas sensações da superfície da pele. A experiência de objetos neste modo se dá, principalmente, sob a forma de “relações” com formas autísticas e objetos autísticos. Uma forma autística é uma forma-sentida, que consiste em impressões sensoriais idiossincráticas deixadas por um objeto quando este toca a superfície da nossa pele. Elas são predominantemente experiências de objetos macios, mas desprovidos de qualquer sentido de “coisidade”, e de substâncias corporais, como saliva, urina (Tustin, 1984, citado por Ogden, 1996). Em contraposição, as “relações” com objetos autísticos são experiências de dureza e de bordas, que criam a experiência sensorial de uma crosta ou armadura protetora (Tustin, 1980, citado por Ogden, 1996). Nesta posição, toda mudança psicológica é mediada pelo processo de imitação, em oposição à incorporação,

introjeção e identificação, pois na imitação há o sentimento de que as qualidades do objeto externo alteram nossa superfície, permitindo o molde pelos atributos do objeto (Ogden, 1996).

A posição esquizo-paranoide é um estado mais maduro, mais diferenciado, contudo, ainda com pouco senso de sermos os autores dos nossos pensamentos e sentimentos. Enquanto a autista-contígua pode ser pensada como pré-simbólica, aquela se caracteriza por uma forma de simbolização, de acordo com a qual há pouca capacidade de diferenciar entre símbolo e simbolizado. A experiência é tingida de um imenso sentido de imediatez e as defesas psicológicas tendem a ser da ordem da evacuação e atuação. Assim, nesta posição, o indivíduo alcançou apenas um senso rudimentar de si mesmo como sujeito interpretante e, por isso, o outro é vivenciado, de modo similar, como objeto em oposição a sujeito. Não há culpa e não há luto pelos objetos perdidos, pois os objetos são recriados magicamente na fantasia. A angústia aqui é a da fragmentação e do aniquilamento (Ogden, 1996).

Já a posição depressiva seria a organização psicológica mais madura e simbolicamente mediada. Os pensamentos e sentimentos são vivenciados como nossas próprias criações psíquicas que podem ser pensadas e vividas, e não precisam ser imediatamente descarregadas em forma de ação ou evacuadas na fantasia onipotente. Nesta posição, é possível vivenciar preocupação pelo outro, sentir culpa, remorso e desejo de fazer reparações (Ogden, 1996).

Contudo, o autor ressalta que nenhum campo de experiência é encontrado em sua forma pura, eles estão relacionados entre si, tanto diacrônica como sincronicamente, isto é, há uma relação cronológica, sequencial, entre as três; uma progressão: o modo autista-contíguo proporcionaria a maior parte da base sensorial da experiência, o modo esquizo-paranoide geraria uma grande imediatez e vitalidade de experiências concretamente simbolizadas e o modo depressivo possibilitaria a criação de um *self* histórico e interpretante (Ogden, 1996).

Por este autor percebemos que há especificidades na relação estabelecida no campo

transferencial relativo à predominância da posição subjetiva. Este é também um importante aspecto a ser pensado, pois o trabalho na primeira infância nos remete a um tempo de relações primitivas, marcadas, no caso das crianças que buscam o atendimento, por patologias graves, que muitas vezes estão nas duas primeiras posições descritas por Ogden. Este fato traz mais uma especificidade ao campo, pois nesta perspectiva a matriz transferencial se configura de forma diferente, de acordo com a posição subjetiva predominante, interferindo diretamente na configuração do campo. Desta forma, para pensarmos a transferência no campo do Atendimento Conjunto, há que se considerar a posição subjetiva do grupo, pois esta trará características relevantes para a condução do caso, dizendo muito da condição do grupo familiar.

Neste momento, pela trajetória deste conceito, faz-se necessário pensar o fenômeno transferencial na especificidade do trabalho com a primeira infância, trazendo a discussão para a clínica psicanalítica com crianças.

7.1 A questão da transferência na clínica psicanalítica com crianças

A clínica psicanalítica com crianças tem como um marco importante o célebre embate entre Anna Freud e Melanie Klein envolvendo o questionamento sobre a criança ter ou não condição de estabelecer um vínculo transferencial necessário para o trabalho analítico. Nessa questão Anna Freud se posicionou contrária, defendendo a posição de que a criança ainda não teria um aparelho psíquico constituído e, portanto, não teria condições de transferir os conteúdos recalcados para o analista. Em contrapartida, Melanie Klein parte do pressuposto de que a criança já teria desde o nascimento condições de estabelecer uma relação de objeto, remetendo a ideia de um psiquismo já constituído desde os primórdios, podendo haver o estabelecimento da transferência e, por conseguinte, o tratamento analítico. Vamos partir,

portanto, do conceito de transferência desenvolvido por Klein, uma vez que sua teoria se tornou um importante marco na clínica da infância.

Em 1952, Melanie Klein, escreve o seu único artigo sobre transferência, reunindo suas ideias em um só trabalho intitulado *As origens da transferência*. Neste texto, ela afirma que a transferência opera ao longo de toda a vida e influencia todas as relações humanas. Ela desenvolve este conceito a partir da articulação com a sua prática clínica. Segundo Klein, é característico do procedimento analítico que, na medida em que ele começa a abrir caminho dentro do inconsciente do paciente, seu passado vá sendo revivido. Com isso, há a premência em transferir suas experiências primitivas com maior intensidade para a sua relação com o psicanalista. Desta forma, o paciente lida com os conflitos e ansiedades que foram reativados, recorrendo aos mesmos mecanismos psíquicos, como em situações anteriores. Assim, quanto mais profundamente conseguirmos penetrar no inconsciente maior será a compreensão da transferência (Klein, 1952).

Além disso, esta autora contribuiu muito para a compreensão da transferência a partir do desenvolvimento de conceitos como projeção, introjeção, identificação projetiva, relações de objeto e situações totais.

Desde o início, Klein não concebe a existência da pulsão desligada de um objeto. Na sua teoria, o representante mental da pulsão associada ao objeto é a fantasia inconsciente e, em consequência disso, os impulsos, defesas e emoções são representados e vivenciados inconscientemente sob a forma de fantasias. Além disso, ela define que o impacto da pulsão sobre o objeto gera a experiência emocional. A estruturação da teoria kleiniana se dá, pois, a partir da relação objetal, concebendo, diferentemente de Freud, a existência de emoções no inconsciente (Barros, 1991).

Segundo Barros (1991), a origem da transferência na teoria kleiniana decorre dos processos contínuos de projeção e introjeção, que também, intimamente ligados às emoções

do bebê, dão início às relações objetais. Com a introdução do conceito de identificação projetiva, Klein modifica e amplia a concepção da transferência. A partir deste conceito, é descrito um processo por meio do qual a projeção de partes cindidas do *Self* - que contêm sentimentos e ou até mesmo funções mentais - para dentro do objeto, modifica sua identidade do ponto de vista da percepção de quem projetou. Desta forma, ao projetar, o paciente está ativamente fazendo algo com a mente do analista e, ao fazê-lo, está comunicando alguma coisa a respeito de sua própria mente, de como se desenvolve seu processo mental (Barros, 1991).

Klein demonstrou que, com a dinâmica transferencial, as relações objetais internas são mobilizadas pela projeção no analista e modificadas mediante a interpretação e a experiência à medida que são reintrojadas. Similarmente, partes do ego projetadas no analista também sofrem alterações nesta nova relação. Neste sentido, o papel do analista é compreender este processo e interpretá-lo para o paciente, tentando realizar uma interpretação transferencial completa, envolvendo a interpretação dos sentimentos, ansiedades e defesas. Desta forma, prestando uma atenção minuciosa aos processos de introjeção e projeção, esta autora enriqueceu e ampliou o conceito de transferência (Segal, 1982).

Klein afirma ser importante a compreensão dos estágios iniciais do desenvolvimento, uma vez que na transferência são reativados mecanismos dos estágios mais arcaicos. Ela entende a transferência a partir de situações totais, isto é, por meio de tudo o que o paciente expressa na relação com o psicanalista - a totalidade do material apresentado, envolvendo partes verbalizadas e as partes atuadas (Klein, 1952).

Com essa noção de totalidade, Klein evidencia que fenômenos mentais muito arcaicos, inclusive anteriores ao desenvolvimento da comunicação verbal, estão presentes na transferência. As vivências primitivas são comunicadas ao analista por meio de identificações projetivas, cabendo a este colocá-las em palavras. Ela denomina essas vivências de

“memórias em sentimentos” (Barros, 1991).

Segal (1982), ao escrever sobre a técnica de Melanie Klein de análise de crianças, afirma que estas, assim como os adultos, desenvolvem uma transferência real em relação ao analista com fundamento na projeção pela criança das figuras parentais internas do terapeuta.

O objetivo de Klein era o de estabelecer com as crianças uma situação analítica mais estrita possível, apoiando-se no trabalho interpretativo e mantendo uma atitude analítica não contaminada por atitudes morais, educativas ou tranquilizadoras (Segal, 1982).

A partir da técnica do brinquedo, Klein realizava a sua interpretação, utilizando material de jogo e outras comunicações da criança, visando estabelecer-lhe contato com o inconsciente. As interpretações deviam ser oferecidas em linguagem simples, e desde que fossem corretas e ao alcance da criança, eram capazes de serem seguidas. Neste sentido, a tarefa do analista infantil seria mais difícil tecnicamente, pois ele devia participar do jogo da criança para compreender qual é o seu padrão. Mas, ao ser mais ativo, arrisca tornar-se um parceiro e entrar no conluio da compulsão à repetição. Ela adverte que o analista deve ver o jogo como uma comunicação a ser compreendida e interpretada, e todas as suas ações devem ser dirigidas somente para fomentar esta comunicação (Segal, 1982).

Klein se posiciona a partir da vertente intrapsíquica, no que se refere à formação do psiquismo, dizendo que o terapeuta pode capacitar a criança a lidar melhor com seu ambiente fortalecendo suas figuras internas boas e seu ego, mas não pode alterar o próprio ambiente. Sendo assim, se há uma demanda por parte dos pais é sempre melhor encontrar para eles ajuda adequada de outra pessoa que não seja o analista da criança (Segal, 1982).

Sobre isso, ela define que os pacientes se relacionam com os pais e com o analista tanto como figuras reais quanto como imagens introjetadas e deformadas fantasiosamente por meio das múltiplas projeções e introjeções. Mas o que varia, e o que vai caracterizar a relação analítica, é a natureza da resposta do analista, que diferente dos pais ficará neutro, não

aprovando ou desaprovando nenhum comportamento ou atitude, apenas interpretando.

Klein elabora toda sua teoria a partir da relação objetal, enfatizando os fenômenos intrapsíquicos. A perspectiva adotada na compreensão e manejo da transferência se dá, pois, nesta vertente. Analistas neokleinianos prosseguiram no desenvolvimento destas idéias, conferindo certa ênfase nas relações objetais e nas representações internas no processo transferencial. Entretanto, esta é uma conduta que inevitavelmente não considera os aspectos menos discriminados de funcionamento mental, excluindo algumas possibilidades em relação aos estados mais primitivos de mente, que ainda não estariam configurados enquanto relação de objeto.

Tomando este fato como questão, Almeida (2008) elabora um artigo que propõe o repensar da transferência como um conceito que poderia abarcar os elementos primitivos e rudimentares da mente na relação analítica. A autora parte da sua experiência clínica com crianças, estabelecendo uma importante problemática: em alguns casos a relação analítica é marcada pelo surgimento no analista de um sentimento de não existência, que em sua concepção, não é necessariamente transferido pelo paciente por meio das vias projetivas e representacionais clássicas da própria experiência, de um *self* para a instância outro. Ela considera esta experiência como uma vivência corpórea e concreta, que não se estrutura ainda como um brincar simbólico e representacional. Assim, Almeida questiona sobre como poderíamos definir este processo: Transposição? Comunicação Primitiva? Transferência? Identificação Projetiva? Desta forma, mais que uma resposta, ela nos aponta para o fato de que, mesmo não classicamente transferidos pelo paciente, algo em estado bruto emerge no analista, em contato com estados mentais primitivos. Isso dispara a necessidade de representação ou o reconhecimento do impacto sensorial, clamando por reconhecimento psíquico. A autora propõe pensar que, neste contexto de contato rudimentar, a relação estabelecida se dá de forma esburacada com um objeto interno do tipo rede esburacada. Isso

nos leva a pensar sobre a transferência/ou algo novo conceitualmente para esses estados, que possa abrigar mais esburacamentos do que aqueles a que um conceito hermético e saturado se prestaria (Almeida, 2008).

A proposta desta autora vai ao encontro da problemática trazida nesta pesquisa. Quando abordamos a transferência, na dimensão do campo de afetação, também estamos questionando a extensão deste conceito, ampliando a sua dimensão simbólica para a inclusão destes estados brutos de mente. Isso por considerar que neste momento ainda não há um eu diferenciado e, portanto, ainda incapaz de produzir uma relação de objeto, mesmo na sua dimensão mais primária. Como também nos aproximamos da concepção de rede esburacada, na medida em que consideramos essa qualidade da relação primordial de vazios/buracos na estruturação técnica do Atendimento Conjunto a partir da dinâmica já descrita das posições do terapeuta e terapeuta observador.

Continuando nossa discussão nesta mesma vertente, temos a concepção de Zornig (2008a) sobre o processo transferencial na clínica psicanalítica com crianças. Segundo a autora, a trajetória da clínica psicanalítica direcionada à infância, principalmente à primeira infância, nos confronta com uma mudança de paradigma, envolvendo a passagem de uma clínica baseada no significante e na linguagem em sua dimensão verbal, para uma clínica voltada para a ideia de construção e de contenção/continente.

A autora, para desenvolver sua proposta, retoma a teoria de Ferenczi e sustenta a crítica à técnica clássica de interpretação que não alcança pacientes com dificuldades de verbalizações e elaborações simbólicas. Isso enriquece a concepção da clínica com adultos por meio da clínica infantil, uma vez que esta privilegia o envolvimento ativo do analista na transferência. Mais especificamente, a autora traz a ideia da clínica direcionada à primeira infância ser baseada na forma, na intensidade, no ritmo e na temporalidade como marcadores essenciais da constituição do psiquismo, abordando a dimensão do vazio, do negativo e da ausência de

investimento afetivo na construção do psiquismo infantil (Zornig, 2008a).

Contudo, nessa perspectiva, Zornig (2008a) estabelece dois eixos de discussão. O primeiro está relacionado à clínica das neuroses, na qual o Édipo, a castração, a noção de conflito intrapsíquico e a dialética entre desejo e defesa são os principais referenciais e eixos do sintoma. Aqui o conflito resulta dos significantes obscuros e enigmáticos propostos pelo adulto à criança e de sua impossibilidade de responder a eles. Já o segundo eixo tem como base a ideia de vazio e de uma clínica do negativo. Ela retoma o conceito do complexo da mãe morta de Green, postulando a ideia de uma perda ou depressão que tem lugar na presença do objeto, produzindo buracos no psiquismo e se relacionando a falhas na constituição do sujeito. Aqui a angústia se relacionaria à aniquilação e não à castração. Como consequência, neste segundo eixo, o lugar do analista no campo transferencial se relaciona com a função empática, na qual o “sentir-com” o analisando é importante para propiciar o surgimento de um espaço potencial que respeite e reconheça a necessidade de um isolamento que propicie a comunicação.

A preocupação da autora neste posicionamento está em defender uma prática clínica que tome em consideração esta especificidade da constituição subjetiva relacionado ao vazio e ofereça ao paciente uma intervenção que não viole suas defesas, respeitando este momento do desenvolvimento emocional (Zornig, 2008a).

Pensando que a constituição do psiquismo na infância surge a partir das experiências sensoriais e afetivas que transcorrem entre o bebê e seus objetos primordiais, a relação transferencial pode ser vivenciada em uma dimensão pulsional de movimento e intensidade. A comunicação aí se dá por meio da sustentação, da musicalidade, dos afetos de vitalidade (Zornig, 2008a).

Desta forma, quando Zornig faz essas duas proposições clínicas, isso não significa que elas sejam excludentes, mas sim pensadas numa relação dialética constante durante o

processo analítico; não desconsiderando o aspecto primordial da interpretação, mas ampliando a noção de transferência e interpretação para ressaltar o trabalho de construção de um espaço potencial como a base do sentimento de continuidade de existência (Zornig, 2008a).

A nossa leitura desta proposta nos faz refletir sobre um trabalho na transferência, isto é, a atuação interna, no campo transferencial, diferente do trabalho com a transferência, que supostamente seria o manejo do processo transferencial, buscando uma neutralidade ou não afetação. E mais, seria um trabalho na transferência, tomando em consideração os vazios, o silêncio, necessários a um tempo primordial do desenvolvimento emocional em que não há um eu ainda constituído. Dizendo com outras palavras: seria uma proposta em que o analista tenha a capacidade de mergulhar no campo, permitindo ser afetado, e se aguentar em silêncio para não ser invasivo, respeitando as defesas estruturantes desta etapa do desenvolvimento; o que ainda não excluiria, com o mesmo paciente, o trabalho da interpretação relacionada ao outro eixo. Assim, temos a dimensão da necessidade de trânsito do analista neste complexo campo transferencial, composto pela sua dimensão simbólica e representacional, como também pulsional e não simbólica.

Mas, uma pergunta ainda perdura: como poderíamos definir o campo transferencial na especificidade da técnica de atendimento conjunto?

Sigal (2001) sustenta sua prática, demarcando uma especificidade deste campo analítico: a existência de um campo transferencial múltiplo, no qual o analista deve circular, que envolve incondicionalmente os pais/cuidadores e outros múltiplos fatores relacionados a condição de dependência real da criança.

Segundo esta autora, uma análise de crianças sempre se inicia a partir da transferência instaurada entre os pais e o analista. A posição que este ocupa é o do suposto saber, a quem os pais recorrem para apresentar sua queixa e formularem uma demanda. Não há como

ignorar a presença deste campo complexo, atravessado por outras forças, envolvendo o percurso da criança até o analista, a expectativa dos pais de cura do sintoma - inúmeras variáveis que complicam o campo. Contudo, a autora é categórica ao afirmar que não podemos deixar de fora estas variáveis, pois elas interferem de tal forma que se renegadas ameaçariam fortemente a condução da cura (Sigal, 2001).

Assim, nesta perspectiva, Sigal propõe um trabalho junto aos pais, com e sem eles, em função da necessidade apresentada. Suas intervenções não visam o sintoma em si, mas a possibilidade de pôr o sujeito em relação a seu inconsciente, permitindo novos desdobramentos; na transferência o analista possibilita a abertura do sintoma para a sua polissemia. Desta forma, o analista de crianças, durante o atendimento, está implicado de múltiplas formas e precisa trabalhar no interjogo daquilo que se cria entre ele e a criança (Sigal, 2001).

“A criança convoca com frequência nossa ação e participar se faz necessário; somos obrigados a assumir papéis, dramatizar cenas, compartilhar uma brincadeira, evitando, ao mesmo tempo, alianças que transformem o trabalho do inconsciente em um trabalho do Eu” (Sigal, 2001, p. 157)

Dessa forma, Sigal está expondo a dificuldade em manter um espaço propício para análise acontecer, mas, mesmo assim, ela considera que é importante conhecer os riscos e saber enfrentá-los, por meio da avaliação da complexidade da transferência múltipla.

Pensando nesta complexidade do campo, ela propõe que os pais circulem, caso seja necessário, no espaço analítico da criança, sendo convocados a serem interpretados no ponto da intersecção em que o desejo aprisiona a criança. Quando os pais estão presentes na sessão podem, por meio de uma palavra, gesto, presença, som, colocar em circulação algo que estava elidido e que, ao ressignificar uma cena anterior, facilita o encontro de um novo destino para a representação; a intenção é fazer circular algo que está impedido de entrar na rede associativa (Sigal, 2001).

A função intrínseca do analista em transferência é disparar enigmas, mas tendo em vista que o discurso dos pais numa dialética de posições (estranho-familiar), funcionando como suporte de transferência, pode recircular dando aos enigmas outros destinos. O objetivo não é tanto a interação entre pais e filhos, mas propiciar uma circulação em que velhas mensagens enigmáticas possam ser transformadas em novas, possibilitando mudanças que operam tanto na criança como nos pais (Sigal, 2001).

Concluindo a autora sintetiza sua proposta:

“[...] esta proposta nada tem a ver com a idéia de trabalhar com os desejos dos outros originários, como relação de extensão ao inconsciente do *infans*, nem como lugar de origem do sintoma na criança. O sintoma aparece como produto da metabolização, da apropriação singular que o *infans* faz dos desejos inconscientes paternos, na colocação em jogo de suas próprias instâncias psíquicas. [...] Esta não é uma proposta interacionista e, tampouco, uma proposta de terapia familiar. É durante o tratamento da criança e no tratamento da criança que os pais podem ser convocados” (Sigal, 2001, p. 166).

A abordagem do Atendimento Conjunto também segue esta perspectiva de considerar o campo formado por transferências múltiplas que devem ser avaliadas durante o atendimento da criança. A questão que se apresenta é centrada na problemática do *infans*, mas incluindo os pais e toda a condição subjetiva do grupo. A proposta se faz em tratar as crianças em função dos pais e os pais em função da criança. Ao fazê-lo, o campo transferencial, construído com cada família e terapeutas, torna-se uma importante ferramenta de intervenção.

Intimamente relacionada a essa questão do campo transferencial, há a da comunicação. A pergunta é: como se daria a comunicação nesse enquadre clínico, tendo em vista a especificidade e complexidade do campo?

7.2 A questão da Comunicação

Esta questão surge ao considerarmos o campo do Atendimento Conjunto como um campo

complexo de transferências múltiplas, com as características do campo de afetação e a singularidade da posição subjetiva de cada família. O convite nesta etapa da pesquisa é pensar sobre o fenômeno da comunicação em seu sentido amplo, também na extensão do corpo, do afeto e da linguagem.

Como estamos primordialmente abordando questões do início do processo subjetivo, cabe pensar, a partir dos primeiros processos de comunicação, a identificação projetiva.

Segundo Ogden (1996), a identificação projetiva compreende narrativas inconscientes, que incluem a fantasia de evacuar uma parte de si para dentro de outra pessoa. Com comunicação inconsciente, o autor ressalta a condição verbal e simbolizada, como também as partes não verbais e não simbolizadas, demonstrando a extensão deste processo. Sobre a evacuação das fantasias, ele propõe que estas têm tanto a finalidade de se proteger dos perigos que um dos aspectos de si mesmo suscita, quanto de salvaguardar uma parte de si, depositando-a em outra pessoa, vivenciada como apenas parcialmente diferenciada de si. Em consequência desse processo, o aspecto de si que, na fantasia inconsciente, reside na outra pessoa é sentido como alterado no processo, e, em condições ótimas, imagina-se que seja recuperado sob uma forma menos tóxica e, por seguinte, menos perigosa. Contudo, sob condições patogênicas, a parte reapropriada pode vir a ser sentida como se houvesse se tornado mais persecutória do que fora anteriormente.

“Você (o recipiente da identificação projetiva) é eu (projetor), na medida em que preciso fazer uso de você a fim de vivenciar por seu intermédio o que não posso vivenciar sozinho. Você não é eu, na medida em que eu preciso me despojar de um aspecto de mim mesmo e, na fantasia, me esconder (disfarçado de não-eu) em você” (Ogden, 1996, p. 95).

Esta experiência do projetor, em ocupar o outro enquanto recipiente das projeções, é uma vivência de negar o outro como sujeito e cooptar a subjetividade dele enquanto sua própria subjetividade, ao passo que o projetor se despoja da parte do seu *self* objetificada (vivenciada

como objeto parcial). O resultado desse processo, mutuamente negador, é a criação do que o autor chamou de um terceiro sujeito, o sujeito da identificação projetiva, que ao mesmo tempo é e não é projetor e o recipiente (Ogden, 1996).

Ao propor esta leitura, Ogden parte da perspectiva da intersubjetividade, ampliando os conceitos de introjeção e projeção como fenômenos intrapsíquicos, para o que ele chamou de terceiro sujeito. Ele compreende a identificação projetiva em termos de uma dialética de sujeitos que se criam, negam e preservam mutuamente, mas permitindo ser subjugados uns pelos outros ao ponto de se tornarem um terceiro sujeito: o sujeito da identificação projetiva (Ogden, 1996).

Na relação analítica, o autor ressalta que este processo de subjugação mútua tem o efeito de subverter poderosamente a experiência do analista e do analisando como sujeitos separados, envolvendo um tipo de colapso parcial do movimento dialético da subjetividade e intersubjetividade, resultando na subjugação pelo terceiro analítico - veículo por meio do qual pensamentos podem ser pensados, sentimentos sentidos, sensações vivenciadas, experiências que até então só existiam potencialmente para cada um dos sujeitos. Contudo, a finalidade da análise é promover o crescimento psicológico, suplantando o terceiro subjugador e o estabelecimento de uma dialética nova e mais produtiva de unicidade e dualidade, similaridade e diferença, subjetividade individual e intersubjetividade (Ogden, 1996).

Pensando neste mecanismo primordial como um mecanismo possível de comunicações primitivas, temos presente, nos atendimentos, a formação do que Ogden chamou de terceiro analítico, contudo envolvendo as introjeções e projeções de todos do grupo. Circularia durante os atendimentos pensamentos, sentimentos e sensações, produzidas pelo clima emocional de cada encontro analítico do grupo, podendo se configurar pelas tensões, pulsões, elementos brutos - não representáveis, dos psiquismos presentes, criando o que Caron (1997, citado por Paravidini, 2008) denominou de “consultas com forte mobilização afetiva”.

Intervir na primeira infância significa operar a partir do Campo Atmosfera, como um espaço de forças em que as pequenas percepções se esboçam na forma de um clima por vir, ou tensão pura. As fronteiras entre o eu e o outro se atenuam, marcando a inclusão do mundo no eu. Estas noções de Maia, já discutidas, sustentam o fato de a comunicação, neste enquadre técnico, ocorrer inevitavelmente a partir deste jogo de forças e tensões que ultrapassam a dimensão da linguagem, passando também pelo corpo e os afetos.

Neste momento, se faz possível pensar um questionamento frequentemente nos feito sobre a viabilidade de intervenção a partir desta complexidade formada no campo dos atendimentos. E, tomando em consideração toda a investigação já realizada até este ponto da pesquisa, considero não ser uma questão que nos aponte para a inviabilidade do serviço. Pelo contrário, é exatamente pelo fato de os Atendimentos Conjuntos se configurarem à semelhança de todo o processo constitutivo do humano, com essas peculiaridades, que as intervenções e a comunicação se fazem na mesma medida do que ocorre na vida. A diferença está em poder pensar em toda esta dinâmica para formular possibilidades de intervenções terapêuticas.

Desta forma, a investigação que agora nos cabe é pensar sobre quais seriam as possibilidades de intervenção neste enquadre.

Também considerando as formas de comunicação primária estabelecidas primordialmente na relação mãe-bebê e pensando nas possibilidades de intervenção neste momento constitutivo, Serge Lebovici (2004), psicanalista francês, desenvolveu um trabalho a partir do que ele denominou de Empatia Metaforizante e *Enactment*.

A empatia seria o sentimento “de ser em”, que possibilita a compreensão daquilo que não pode ser dito com palavras diretas, mas dito com palavras carregadas de afeto e metáforas. Neste processo da empatia metaforizante, é possível uma identificação que ultrapassa a noção de transferência e contratransferência, pois na atitude empática há o movimento pelo qual

ocorre a identificação total com o outro, se esquecendo de si mesmo. Este é um fenômeno ligado aos primeiros afetos de identificação, cujos caminhos (um deles pelo menos) passa pela imitação, processo em que não há diferenciação entre o eu e o outro, para conduzir à empatia. Assim, a experiência empática teria uma natureza afetiva, podendo ser descrita como “cossentimentos”. No processo analítico, a disponibilidade do analista tem um papel de regulação de afetos, análogo ao da mãe durante o desenvolvimento normal da criança, implicando no uso da criatividade, mobilizando seus afetos e conduzindo a criação de uma nova organização diádica (Lebovici; Solis-Ponton & Menendez, 2004).

Dada a dinâmica implícita à empatia metaforizante, o terapeuta pode intervir por meio do *enactment*: ação controlada do próprio corpo. Seriam momentos durante a consulta em que o terapeuta reagisse com o corpo, sentimentos, afetos, mas de maneira controlada (Lebovici et al., 2004).

“Graças ao seu valor metafórico, o *enactment* pode ter um valor interpretativo e mutatório, é o momento sagrado descrito por Winnicott e que não pode ser compreendido em termos racionais, mas pertence à esfera dos afetos e das emoções [...] A empatia metaforizante e sua realização pelo *enactment* teria o seu paradigma na comunicação primária que se estabelece entre a mãe e a criança. Um entendimento que existiria antes do verbo, subentendida por emoções primárias, nas quais uma mãe, graças à sua preocupação materna, pode traduzir os sinais do bebê e satisfazer as suas necessidades graças a uma antecipação criadora” (Lebovici et al., p. 45)

Nos Atendimentos Conjuntos, acontece um fenômeno interessante, vivenciado pelos terapeutas, que nos remete a estas implicações de atuarmos por meio das comunicações primárias. Muitas vezes os terapeutas sentem no corpo sensações estranhas como: dor na cabeça, dor no estomago, crises de tosse, sensações estranhas e repentinas que estão intimamente relacionadas ao clima emocional do grupo. Relaciono estas sensações às pulsões, tensões, elementos não representáveis, que permeiam a comunicação, nos dando notícia de algo ainda impensável, mas que busca um sentido, nos dizendo da condição do

grupo. Este é um fenômeno interessante que confirma a proposta de intervenção a partir da configuração de um campo de afetação, no qual os terapeutas estão imersos no campo e devem operar a partir desta condição.

A pergunta que nos cabe neste momento é: como conseguir realizar o *enactment*, uma ação controlada do próprio corpo como forma de intervenção, neste contexto de total implicação afetiva? Ou melhor, quais condições podem oferecer o suporte necessário para que o terapeuta consiga operar neste campo?

A resposta a essas questões nos remete à dinâmica construída a partir das supervisões. Conforme já descrevemos, as supervisões acontecem em grupo, a partir da leitura do relato do observador. Contudo, é perceptível que a leitura dos relatos não é um fenômeno puramente racional, ao contrário, este é um momento carregado de afetos, extremamente angustiante, que revela o clima emocional das sessões.

Como o observador, nas sessões, está imerso no campo transferencial, afetado pela dinâmica do grupo, como recebe esta comunicação primária também recheada de elementos não simbólicos, e cuja forma de expressão é o seu relato, a transmissão do que se passou no atendimento se dá a partir da condição elaborativa do observador. A escrita das sessões sempre é marcada por elementos peculiares que nos dão notícia desta comunicação primária de elementos não simbolizáveis, mas carregados de tensão e afeto. Exemplo frequente são as lacunas, brancos, deixadas nos relatos, geralmente indicando um momento de extrema tensão e angústia. Também temos alguns atos falhos cometidos na escrita, extremamente interessantes, que muitas vezes conseguem dizer de algo inconsciente que está permeando as relações. Contudo, é também por meio do relato do observador que, muitas vezes, o terapeuta consegue perceber outros pontos relevantes da sessão que não puderam ser compreendidos, mas que posteriormente poderão ganhar relevância.

Analisando minhas anotações durante as supervisões percebo que é neste momento em

que as posições subjetivas de cada membro do grupo podem ser evidenciadas e assim revistas. A partir do processo de empatia, também presente na dinâmica dos atendimentos, é frequente um dos terapeutas ou ambos “sentir-se com” o grupo, se identificando com a posição subjetiva de um dos membros. Neste sentido, houve supervisões de casos em que o terapeuta estava identificado com um dos membros do grupo, sentindo a carga afetiva direcionada a esta pessoa e se aprisionando neste lugar, perdendo momentaneamente a condição de intervir. Como também casos em que era o observador quem se identificava, sentindo no corpo as tensões da sessão e perdendo a condição de relatar as cenas. Contudo, é também no momento da supervisão que se torna possível o reposicionamento subjetivo dos terapeutas, dando suporte para que cada um dê conta de sua própria condição no grupo, ocupando o lugar que lhe cabe, exercendo a sua função, não tamponando a angústia do outro, mas formando a rede de sustentação para que ela possa advir.

Esta é a via do trabalho nas supervisões: oferecer condição para que os terapeutas possam suportar o seu lugar no processo subjetivo do grupo. Com certeza, este é um processo de intensa afetação, sendo extremamente importante a construção deste momento em que as dores, as tensões, as angústias e sentimentos possam ganhar sentido. Consideramos, assim, que ocorre nas supervisões, a mesma dinâmica das sessões de criação e articulação de sentidos possíveis, também construídos em conjunto, na interação da dupla de terapeutas e o grupo participante das supervisões.

Este se torna um espaço de fala, de narrativas, como também de choro e outras formas de expressão das emoções, no qual o sentido pode advir também a partir de um campo marcado pela empatia, afetação e dinâmica transferencial.

Como forma de dar continuidade a investigação da dinâmica transferencial, da comunicação e das possibilidades de intervenção, nos atendimentos, proponho a investigação clínica de dois casos em que participei enquanto terapeuta e terapeuta observadora.

CAPÍTULO V

No mistério do Sem-Fim

“No mistério do Sem-Fim,
equilibra-se um planeta.

E, no planeta, um jardim,
e, no jardim um canteiro;

no canteiro, uma violeta
e, sobre ela, o dia inteiro,

entre o planeta e o Sem-Fim,
a asa de uma borboleta.”

Cecília Meireles

8 - CAPÍTULO V: Investigação Clínica: o lugar de Terapeuta e Terapeuta Observadora

Ao longo de todo o período em que estive envolvida neste serviço, houve dois casos que particularmente foram mais significativos na minha experiência. Um por ter sido a minha primeira vivência como terapeuta observadora, momento em que fui descobrindo e compreendendo a complexidade de ocupar esta função nos atendimentos. Outro, por ter sido possível acompanhar todo o processo de subjetivação da criança, como a terapeuta de referência do caso. Neste sentido, irei utilizar os relatos das sessões e as anotações das supervisões destes casos para compor esta etapa da pesquisa, mas com o objetivo principal de poder expressar como o método psicanalítico opera a partir desta abordagem clínica, focando as duas funções (Terapeuta e Observador).

8.1 Caso 01 - Luis Gustavo e sua família: a construção de um Trabalho Conjunto

Este foi um caso acompanhado por mim no período em que estava no Curso de Especialização, cuja proposta era assumir um dos atendimentos na posição de terapeuta e convidar um dos estagiários para me acompanhar na posição de observador. Este trabalho teve início em maio de 2006 e foi finalizado em fevereiro de 2008. Todos os nomes foram trocados, inclusive das terapeutas observadoras, por uma questão de respeito e ética.

8.1.1 Definindo o Campo: a estória de uma família subjetivamente vacilante

Luis Gustavo veio encaminhado pela assistente social do CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência de Uberlândia - com a queixa de atraso geral no seu

desenvolvimento, mas principalmente na fala; muita irritabilidade e agressividade.

Ele tinha na ocasião dois anos e três meses, não frequentava escola e morava com sua mãe (Vanessa), seu pai (Orlando) e um casal de irmãos (Jonas - 11 anos e Marcela - 7 anos). Sua residência era ao lado da casa da avó materna (Vânia) e nos fundos da bisavó materna (Aparecida), que segundo Vanessa era uma casa extremamente pequena, de poucos cômodos, improvisada, pois eles haviam se mudado para Uberlândia há pouco tempo.

Vanessa morava com Orlando em outro município (Caldas Novas) e seus filhos desde bebezinhos ficaram sob os cuidados da avó materna. Ela conta como se sempre tivesse tido contato com os filhos, afirmando que eles passavam, por exemplo, as férias escolares com ela. Mas, percebemos que quem havia ocupado a posição de maternagem, se tornando referência de cuidado, havia sido a avó materna, Vânia. No entanto, Vânia adoece e convoca Vanessa a assumir os cuidados de seus filhos. Nesta condição, Vanessa retorna a Uberlândia e, de certa forma, pressionada por Vânia, inicia a busca de tratamento para Luis Gustavo.

Durante o primeiro atendimento, a observadora registra as falas de Vanessa sobre seu filho e a partir delas temos condição de compreender a queixa inicial:

“Desde bebê ele é muito nervoso e quando fica assim começa a morder”. “Ele atrasou tudo. Para comer, para andar e para falar”. “Ele nunca deixou de comunicar, quando quer alguma coisa faz gestos, mas não consegue falar.” (Falas do 1º Atendimento)

Sobre estes comportamentos da criança, Vanessa nos apresenta uma primeira hipótese. Segundo ela, tanto a avó quanto a bisavó são muito permissivas: *“Elas deixam ele fazer o que quiser.”* E considera que na sua companhia a criança já está apresentando melhoras: *“Ele está mais calmo agora que fico com ele.”* (Falas do 1º Atendimento).

8.1.1.1 Vanessa: ser ou não ser (mãe), muitas questões

Vanessa é uma mulher jovem, cuja aparência traz elementos significativos para pensarmos a sua posição subjetiva. Ela se veste como uma mulher, mas usa alguns adereços infantis como meia rosa e sandália de plástico ou outros enfeites destoantes do contexto, mas que lhe confere a imagem de uma ‘mulher-menina’.

“Olho para Vanessa e reparo na maneira como ela está vestida. Parece uma adolescente (meninona), com muito cor de rosa, meia da hello kitty, sandália de plástico.” (Impressões da Observadora no 47º Atendimento).

Sobre suas gestações Vanessa nos conta:

“[...] Sempre morei aqui, conheci meu marido e em 3, 4 meses a gente resolveu juntar. Engravidei com 6 meses de casamento e por causa da pressão alta o mais velho foi tirado com 3 semanas antes, foi cesárea. Eu e meu marido sempre fizemos exames por causa do sangue, eu sou negativo e ele é positivo. Quando Jonas estava com mais ou menos 3 anos e meio eu engravidei de novo. Vim passear em Uberlândia, como sempre, e comecei a sangrar. Fui para a Medicina e o médico falou para eu voltar no outro dia. Esse médico mal colocou o aparelho e disse que eu não estava grávida. Eu paguei exame particular e deu a gravidez. Só que o feto estava uma semana menor. Voltei na Medicina e eles falaram que era mentira minha, que era gravidez psicológica. Se eu tivesse ficado quieta, tomando remédio, talvez tivesse segurado... Não tive hemorragia, não tive nada, foi como se fosse aborto, o feto saiu inteirinho, pequeno. Minha mãe é enfermeira, ela entende. Dois meses depois desse fato eu engravidei da menina e depois de mais ou menos quatro anos, engravidei do Luis. Na gravidez dele quase abortei. Passei muita raiva. Estava quase me separando do Orlando. Minha tia me disse umas verdades, meu marido me traiu. Não chegou a acontecer sexo, a menina me contou. Até então eu não sabia que estava grávida. Eu vim para Uberlândia e

minha tia me encheu o saco por causa do meu filho mais velho. Briguei com meu irmão também. Aí senti cólica. Não acreditei, mas aceitei. Mãe é mãe. Fui para o Hospital, tomei um remédio e aí não tive mais risco não. Mas desde que Luis nasceu melhorou meu relacionamento com Orlando.” (Fala do 6º Atendimento).

Sobre sua estória e seu jeito de ser:

“Eu mudei para Caldas Novas, mas antes nunca tinha ido nem para Araguari sozinha. A primeira vez que saí de Uberlândia foi quando fui morar com o Orlando em Caldas. Foi a primeira pancada que tive que enfrentar. Antes eu adorava Uberlândia, mas hoje parece que eu desaprendi a viver aqui, parece que aqui tudo é difícil para mim, eu adoro Caldas [...] Antes eu era boba, quem me conhecia antes e me vê hoje... Eu não saía, era dependente da minha mãe, não conversava com ninguém. (Lacuna no relato) Eu não sei ir devagarzinho, eu vou com tudo e depois a gente vê as consequências. (Lacuna no relato) Tudo que é errado é culpa minha, mas o Orlando não faz nada, só eu que tomo a decisão, eu faço, eu vou lá... Então, se dá errado a culpa é minha. E Orlando não faz nada, eu converso, eu procuro falar a verdade para ele, mas ele é acomodado demais e eu sou atirada demais.” (Fala do 11º Atendimento).

“O meu pai não era presente, quando eu tinha pai, minha mãe que decidia, que fazia as coisas. Ele bebia muito, mas nunca faltou no trabalho. O Orlando é muito parecido com o meu pai, por que o trabalho deles é admirado, mas não pensa em crescer... (lacuna no relato) Tinha 6 meses que meu pai tinha morrido e ela (mãe de Vanessa) colocou ele para morar lá em casa. Ela não conversou com a gente. A gente não aceitou. Ele bebia muito, minha mãe também bebia muito, eles brigavam. São 4 irmãos (três meninas e um homem, o mais novo) Depois que o pai morreu que as coisas ficaram assim, aí foi só... (lacuna no relato) Minha irmã, mais velha que eu, engravidou com 17 anos, na época eu tinha 14 anos... (lacuna no relato)” (Fala do 14º Atendimento).

Vanessa possui uma fala rápida, sem pausas, carregada de sentimentos e, muitas vezes, confusa. Seu pensamento, em alguns momentos, se estrutura com rupturas da realidade, como podemos perceber na sua fala sobre o aborto: *“Não tive hemorragia, não tive nada, foi como se fosse aborto, o feto saiu inteirinho, pequeno.”* Seu discurso é contínuo e explicativo, sem questões, sem pausa para reflexão. Nas sessões tudo se passa ainda em um movimento primitivo de “evacuação”, “vômito” da angústia, sem possibilidade de elaboração.

Ela nos conta como foi se constituindo a partir de uma família que também não conseguiu oferecer um espaço de cuidado, nos dando notícia de um sentimento de desamparo, de medos e inibições. Contudo, Vanessa parece ter desenvolvido uma postura agressiva, hostil, como reverso da sua condição anterior, em posição de ataque, como se estivesse vivendo constantemente em ameaça. Em determinado momento chega a dizer: *“É difícil eu deixar de viver a minha vida e viver a dos outros. Eu não quero mais, eu não dou conta mais (se emociona). Eu quero tudo que é meu.”* (Fala do 11º Atendimento). Com tamanha fragilidade emocional, ela ameaça e sente-se ameaçada, trazendo a raiva e a angústia do abandono em suas falas aceleradas.

Com esta condição subjetiva, Vanessa não consegue olhar para seu filho e o reconhecer nas suas potencialidades e dificuldades, como podemos perceber nestes três recortes de sessões.

Primeiro recorte: No segundo atendimento Vanessa chega contando que tudo está muito bem, que Luis resolveu falar: *“Luis essa semana resolveu falar, está falando de tudo, assim as palavras perfeitas, graças a Deus.”* Contudo, a observadora, neste mesmo atendimento, registra várias palavras ditas por Luis: “onte” (um monte), “ute” (tudo), “dera” (geladeira), “boli” (bola); são palavras fragmentadas, contradizendo a fala idealizada da mãe no início da sessão, de que por graça de Deus, ele já estaria falando de tudo.

Segundo recorte: *“A terapeuta fala com a mãe que a criança está suja de coco, mãe se*

levanta para levá-lo ao banheiro. Luis corre para a porta e tenta abri-la, mas não consegue. Mãe chega até a porta e estica a mão dele para que ele dê conta de alcançar a maçaneta, com isso aperta os dedos da criança. Ele chora, se vira para a terapeuta com olhar de choro e mostra os dedos. Mãe já na porta o chama, ele vai mostrando os dedos. Mãe dá um beijo na mão dele, mas já o levando para o banheiro.” (Cena do 3º Atendimento). Podemos tomar esta cena como emblemática da condição da relação materna: uma mãe que estica seu filho para que este dê conta de alcançar a maçaneta como padrão conhecido de relacionamento, uma vez que se sente também forçada a crescer, a dar conta de assumir a função de cuidadora.

Terceiro recorte: *“Luis Gustavo chega chupando bico. Vanessa diz que ele hoje tá que tá! Também fala que hoje ele está batendo muito nela, chutando, que ele acorda assim, do nada. Depois ele a beija. Mãe disse que iria contar para terapeuta e aí ele parou de bater e se assustou quando a mãe disse isso. Na sequência, a terapeuta pergunta o que Vanessa faz quando Luis bate nela e esta responde que fala para ele que não pode e, às vezes, bate nele também do mesmo jeito.”* (Cena do 5º Atendimento). “Bater do mesmo jeito” denuncia como Vanessa não possui condição de oferecer continência à angústia de Luis, de compreender seu filho e poder dar sentido aos seus comportamentos, mas, pelo contrário, ela se posiciona enquanto igual, na mesma condição emocional da criança.

Vanessa possui um discurso em que supostamente assume a função de mãe, se nomeando cuidadora de seus filhos, no entanto, em vários momentos percebemos que sua posição afetiva revela uma entrega, o ceder o seu lugar a outro:

“Ele fica meio inquieto, andando, a mãe pergunta se ele quer fazer xixi. Ele diz que sim. A mãe pergunta onde é o banheiro. A terapeuta vai levá-los até lá, mas na hora de sair da sala a mãe fala para ele ir com a terapeuta. Ele pára e diz não. Aí a mãe diz que também vai, ele vai, vão todos. Terapeuta diz: mas eu nem te conheço direito, né Luis!” (Cena do 1º

Atendimento).

Nesta cena, fica evidente o susto e o desconforto, meu e de Luis, com a conduta de Vanessa, que delega a outro a sua função, em uma atitude desimplicada de quem não se percebe inserida e responsável no cuidado de seu filho. Quem leva o filho ao banheiro, se não sua mãe?! Lugar íntimo e de cuidado, que Vanessa não hesita em delegar a outro.

A condição de Vanessa é, neste sentido, vacilante, emocionalmente imatura, não apresentando condição de oferecer continência às necessidades da criança. Desta forma, estamos ainda numa posição subjetiva mais próxima da condição esquizo-paranoide, de um estado de mente mais primitivo, cuja comunicação ainda se passa por estados brutos, sentidos no corpo, causando, em muitos momentos, durante as sessões, muito mal estar em mim e na Observadora.

8.1.1.2 Luis Gustavo e sua condição paradoxal: o estatuto do ‘às vezes’

Luis Gustavo, por sua vez, vai se constituindo em um estatuto do “às vezes”, em um estado paradoxal. Isso foi evidenciado após a análise da aplicação de um instrumento, desenvolvido pelo Professor João Luiz Leitão Paravidini, *Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil* (Anexo A), utilizado em todos os casos atendidos no grupo, como ferramenta para o mapeamento da posição subjetiva da criança, a partir das relações primordiais.

Chamamos de estatuto do ‘às vezes’, pois as respostas dadas na ficha, na possibilidade de escolha entre *nunca*, *às vezes* e *sempre*, percebemos que a maior parte delas foi ‘às vezes’. Este é um elemento importante para a análise do caso, pois indica um modo de funcionamento muito peculiar que perpassa por um posicionamento autístico, como também psicótico.

Luis Gustavo, nos seus primeiros três meses de vida, já foi erguendo barreiras frente ao estado de privação. Ele às vezes era responsivo à aproximação das pessoas, às vezes demonstrava reconhecer as vozes do pai ou da mãe e às vezes chorava ou balbuciava quando deixado sozinho. Dos quatro aos seis meses, ele já foi apresentando a dificuldade na vocalização: às vezes vocalizava sílabas definidas e às vezes fazia uso de entonações de voz com a finalidade de comunicar-se. Dos seis aos nove meses, permanecem as dificuldades já apontadas: ele só pronunciava sílabas ou palavras às vezes, só chorava às vezes quando a mãe se afastava e também só engatinhava às vezes.

Neste período da vida de Luis Gustavo, Vanessa também estava, às vezes, presente na vida dele, já residindo no outro município. Dos quinze aos dezoito meses, a sua ausência se intensificou, chegando a ficar três meses sem vê-lo, e é exatamente neste período que começa a aparecer no instrumento o ‘nunca’. Luis Gustavo nunca se aproximava de outras crianças, nunca se mantinha concentrado nas suas brincadeiras por tempo prolongado, não desenvolveu bem nem a fala e nem o andar.

Contudo, no período dos vinte e quatro meses aos trinta meses, ele retorna ao estatuto do ‘às vezes’. Fala, às vezes, o seu próprio nome; utiliza, às vezes, os pronomes pessoais ‘eu’ e ‘você’; se interessa, às vezes, por estórias infantis; compartilha, às vezes, seus brinquedos com outras crianças e, às vezes, alimenta-se sozinho. Esse corresponde ao período em que Vanessa retorna para Uberlândia e inicia o tratamento.

Temos assim indícios de defesas autísticas que foram sendo erguidas pela falta de continência do outro que cuida, pelo vazio, pela ausência da mãe, como função. Como também, um posicionamento subjetivo de objeto, de assujeitamento frente ao desejo do outro, em um estado indefinido, hesitante, paradoxal, indicativo de angústia e sofrimento psíquico.

Luis Gustavo encena em algumas brincadeiras esta posição de objeto:

“Luis inicia uma brincadeira quando Vanessa retoma a sua fala frequente de desejar

voltar para Caldas Novas. Ele senta na cadeirinha e faz de conta que está dirigindo. Fala que foi nas Casas Bahia, comprou um som, leva para a outra cidade. Fala que vai fazer uma festa. Na festa vai ter carne, cerveja para a mamãe. Vanessa fala que não está bebendo. Então Luis fala que levará ‘thiii’ (refrigerante) para ela. Vanessa entra na brincadeira e finge estar comendo a carne e bebendo o refrigerante.” (Cena do 25º Atendimento).

“[...] Luis continua brincando, agora de fazer café. Pega um potinho de tinta amarelo e diz que vai fazer café amarelo. Depois o azul e pergunta para a mãe: Já viu café azul? É amargo, quer? Mãe responde que não gosta do amargo, só do doce. Ele, então, fala que é doce (nesse momento, percebo uma dificuldade em Luis de falar, dizendo ‘e’ ou ‘o’ várias vezes antes de achar a palavra que deseja). Ele então pega o café azul e fala que vai consertá-lo, colocando café amarelo no azul. Em seguida diz que vai beber o café ruim tudo e dar o doce para a mãe.” (Cena do 47º Atendimento).

A criança frequentemente monta brincadeiras como estas, em que ele se posiciona como quem deve “agradar” o outro, se colocando como o coadjuvante das histórias, sem conseguir expressar suas vontades, permanecendo em uma posição de assujeitamento ou objeto. Em outros momentos ele não consegue responder por si as perguntas realizadas a ele, tendo sempre que checar com o outro sua resposta:

“Terapeuta: Não tinha uma história de você ter jogado basquete em algum lugar... Luis: Não sei.. Foi vó? [...] Terapeuta: Parece a história do lobo mau! Você conhece? Luis: Não, né vó?” (Falas do 46º Atendimento).

Suas respostas afetivas revelam uma grave dificuldade em lidar com os sentimentos. Percebemos que os afetos são sentidos indiscriminadamente e vivenciados como uma descarga pulsional, sem representações possíveis:

“[...] Mãe conta que Luis quando está feliz ou quando está nervoso, morde nas pessoas.” (Fala do 5º Atendimento).

“Luis faz um gesto com as mãos (fecha os punhos e balança rápido) e a mãe explica que quando ele está muito feliz, quando ele acha uma coisa boa, ele faz assim, que parece que está nervoso, mas na verdade é ao contrário, ele acha bom. E quando ele fica nervoso, aí ele começa a morder.” (Cena do 1º Atendimento).

Nestas duas sessões percebemos a confusão de Vanessa em definir os comportamentos de seu filho, ora pensando que morder é estar nervoso e ora percebendo que pode ser uma atitude indiscriminada. De fato, Luis Gustavo demonstrou sentir nas sessões uma invasão do afeto, nos dando a impressão de uma ‘gana’, momentos em que ele se agita e não consegue ter uma resposta correspondente a um afeto discriminado. Além desses aspectos, também percebemos que Luis repete algumas expressões que ouve, mas de forma desarticulada:

“A terapeuta diz: ichhh! Depois ele repete quando uma figura cai no chão e usa o ichhh em vários momentos. Sua mãe acha graça e comenta: Ele repete tudo!” (Cenas do 1º Atendimento).

Sua fala é de difícil compreensão, com palavras fragmentadas como: “áca” (água), “aente” (corrente), “deira” (geladeira), “esa” (mesa). Em vários momentos ele gagueja, enrola a língua e faz sons como: “hãn, hãn, hãn”, demonstrando ansiedade ao tentar se expressar.

Com essas dificuldades, Luis vai se constituindo também em uma posição vacilante de ora neném, ora rapaz; se desorganizando emocionalmente com facilidade, o que revela uma condição frágil, e ao mesmo tempo nos surpreendendo com sua força, capacidade e recursos.

“[...] Terapeuta: Não sei se Luis é neném... Se é rapazinho... Rapazinho que dá conta de guardar as coisas, de ajudar a mamãe... Neném que chupa bico, faz cocô na calça...” (Fala do 5º Atendimento).

8.1.1.3 Orlando e Aparecida: ausências, dó e atravessamento

Já pai de Luis, Orlando, compareceu em apenas um atendimento ao longo do tratamento e a partir deste atendimento e das falas de Vanessa, iremos delinear a sua posição subjetiva.

Orlando é pedreiro, é respeitado em seu trabalho, sustenta a casa pagando as contas domésticas, é carinhoso com as crianças, mas segundo Vanessa, não a ajuda na educação dos filhos:

“[...] Vanessa conta de como estão as coisas, da dificuldade de dizer não, que só ela diz não para Luis, mas que ela fica sozinha para educá-lo. [...] Ela fica com ele durante o dia e quando o pai chega, aí ele fica com o pai. Só quer saber do pai. Então ela diz: Mas tem que ser, porque se for o dia inteiro, o tempo todo... É muito difícil, eu sozinha. Ela quer levar Luis para vacinar, tomar injeção (lacuna no relato) Vanessa: Na hora de ficar acordada a noite inteira sou eu. Pai desmaia quando dá injeção no filho. Mãe trouxe pai para ele entender que é sério, que não é brincadeira.” (Falas do 10º Atendimento).

Durante o atendimento que Orlando compareceu percebemos como é a relação dele com Luis Gustavo:

“Luis anda pela sala, grita, brinca, espalha os brinquedos na mesinha, pega alguns bambolês, senta no ‘carro’. Cai alguma coisa no chão e ele começa a gritar. Manda o bambolê no pai, gritando para ele pegar. Ele pede para o pai empurrar o carro para o carro pegar. O pai pergunta para a terapeuta se ela ouviu ele explicar o porquê de ter que empurrar o carro, se referindo a bateria estar fraca. Luis bate com o bambolê no pai, ele fica nervoso porque o pai não tinha feito o que ele queria. Depois, Luis e o pai brincam, mas logo ele fica nervoso de novo, chora, grita, porque ele quer que o pai sente-se no bambolê e o pai diz que não vai sentar, porque senão ele cai.” (Cenas do 10º Atendimento).

Orlando permanece todo o atendimento sentado em um banco no fundo da sala, falando

pouco, nos dando a impressão de uma figura entristecida e passiva, o que de certa forma, corresponde às descrições trazidas por Vanessa:

“Eu queria que o Orlando fosse o home da casa, ele só trabalha e faz compra, só isso. Eu que tenho que tomar as decisões e depois se der errado a culpa é minha.” (Fala do 11º Atendimento).

Luis Gustavo, na presença do pai, fica extremamente agitado, gritando, nervoso, fazendo pedidos que não são possíveis de serem atendidos, revelando um verdadeiro descontrole emocional. Vanessa continua queixosa, com sua fala acelerada e invasiva, extremamente carregada de angústia. E Orlando diante dessa avalanche de emoções se encolhe, se esconde, sem conseguir assumir o lugar de pai: *“Pai diz que tem dó e acaba fazendo as vontades de Luis.”* (Fala do 10º Atendimento). Temos assim, também na figura paterna, a posição vacilante que ora consegue dar carinho e atenção a Luis, a partir de encontros afetivos, e ora se apaga, se omite, em uma posição depressiva, sem força e autoridade.

Aparecida (bisavó materna) também compareceu em um atendimento de Luis e, sobre ela, podemos dizer que é uma senhora simples, de vocabulário interiorano, cuja postura confirma as queixas trazidas por Vanessa:

“Bisavó materna: Eu sei que eu faço errado, eu vim para falar a verdade, falar com vocês, vocês estão vendo que eu faço errado. [...] Eu to atrapalhando! Minha filha me fala que eu não posso fazer assim...(lacuna no relato da observadora) [...] Um brinquedo cai no chão e Luis Gustavo pega, bisavó comenta: Olha aí, como que aqui ele não falou para alguém catar! Vanessa só dá um sorriso e não diz nada. [...] Luis, sua irmã Marcela e Vanessa estão sentados no chão, perto da casinha brincando. Bisavó que estava calada, diz para Luis: Você não vai conversar com a tia? Luis responde: vou.. Ô tia...! Todos riem porque ele falou com carinho, mas continuou brincando” (Cenas do 13º Atendimento).

Vanessa, em vários momentos, nos relata que Aparecida não consegue dizer não para

Luis, que sente dó e que faz todas as vontades dele, como também a desautoriza quando ela tenta colocar limite na criança. Ela já chega neste atendimento confirmando que sabe que está errada em agir desta maneira, que é necessário dizer não e educar, mas sua postura é de quem admite o erro sem se implicar, não se efetivando de fato uma mudança. Percebo que seu impulso é de atravessamento das funções, como, por exemplo, quando ela solicita que Luis converse comigo, sem haver nenhuma demanda da minha parte ou da parte dele. Nesta cena, ela nos atravessa com o seu incômodo de estar calada, demonstrando que ela não consegue se aguentar no seu lugar, na sua função.

O atravessamento parece estar presente na dinâmica da família de Luis Gustavo. Temos uma mãe acelerada que permanece grande parte do tempo clamando por uma postura mais ativa do marido, mas que, por sua vez, o atravessa tomando todas as decisões. Uma avó que atravessa sua filha, assumindo o lugar de mãe. E uma bisavó que corresponde à dinâmica da família, também não conseguindo se posicionar sem ser invasiva.

8.1.1.4 Vânia: ser ou não ser (avó), outras questões

Vânia (avó materna) também é uma figura importante na dinâmica familiar. Como já mencionado anteriormente, ela desempenhou a maternagem de seus netos, e, segundo Vanessa, era para ter continuado nessa função, mas por ter tido problemas de saúde, ela se ausenta deste lugar: “[...] *Era para ele estar com minha mãe agora, mas ela está com um monte de coisa, deu estafa, estresse, por isso eu vim, porque fica difícil para ela olhar eles como mãe.*” (Fala do 3º Atendimento).

Vânia é uma senhora de aparência séria, fala pausada e baixa. Ela usa frequentemente a expressão de estar cansada e descreve as várias tarefas que precisa desempenhar ao longo do dia. Na família todos recorrem a ela, além dos filhos de Vanessa, Vânia também cuida das

crianças dos vizinhos e outros netos. Sua casa é referência, ponto de ajuda, mas, ao ficar adoecida, vamos percebendo que essa posição é exagerada, de quem não consegue dizer não as necessidades dos outros, fomentando vínculos de dependência e sobrecarga:

“Terapeuta: O que aconteceu?! Como estava sua vida que você entrou em depressão? Avó: uma filha estava se separando e ela entrou em depressão. Me ligava chorando de madrugada, os filhos dela são adolescentes, um deles começou a sair, a dar trabalho. Outro filho meu, que nunca bebeu, começou a beber muito... Aconteceu um monte de coisas ao mesmo tempo... Emagreci dez quilos em quinze dias.” (Fala do 36º Atendimento).

Sobre Vanessa e a relação com os netos, Vânia nos conta:

“Ela não assumiu os filhos, ela não faz o que tem que fazer, ela não cuida, ela só dá ordens, e ela arrumou agora esses cursos, que eu penso que é uma desculpa para continuar não cuidando. Ela sai de casa às sete da manhã e volta às cinco da tarde, arruma a janta e sai de novo, voltando só por volta das onze da noite. [...] Tudo que os meninos precisam eles recorrem a mim. O pai chega todo dia bêbado em casa, ele bebe pinga mesmo. A Vanessa bebe só cerveja, mas bebe ‘passado’, bebe para ficar bêbada mesmo. Aí os dois (Vanessa e Orlando) brigam” (Fala do 36º Atendimento).

Vânia vivencia o conflito em deixar os netos sob os cuidados de Vanessa e perceber como esta não consegue desempenhar este papel, sendo necessária a sua intervenção. Há uma fala de Vânia sobre o padrão de energia das casas que nos é uma metáfora da sua condição. Ela nos conta que uma das brigas com Vanessa ocorreu, porque ela solicitou que esta providenciasse a separação do padrão de energia das casas, para que cada uma pagasse a sua conta. Temos assim, um único padrão de energia que sustenta toda a família, causando sobrecargas, raiva e hostilidade.

8.1.1.5 O Campo-Atmosfera dos atendimentos

Consideramos que em cada atendimento ocorre um encontro afetivo entre a dupla de terapeutas, a criança e toda a dinâmica subjetiva familiar, formando o que consideramos ser um Campo de Afetação, um espaço subjetivo de humanização, que envolve a dimensão do corpo, dos afetos e da linguagem. Forma-se uma atmosfera, isto é, o encontro de forças relacionadas aos afetos e a linguagem que se articula em um clima por vir, como também, muitas vezes, como tensão pura, elementos brutos, não representáveis, não simbólicos, mas sentidos no corpo.

Compreendemos que é neste campo-atmosfera que os processos subjetivos podem ocorrer; a partir de uma dinâmica de afetações traumáticas subjetivantes e dessubjetivantes, em um movimento constante e não linear, que se configura por meio das posições subjetivas envolvidas. Em uma metáfora, poderíamos nos referir ao campo como o resultado de uma série de ingredientes peculiares, cujas medidas e propriedades são extremamente particulares, podendo virar um ótimo prato a depender do paladar.

Desta forma, diante das posições subjetivas de Luis e sua família, podemos definir, nos atendimentos, um Campo/Atmosfera composto por afetos de vitalidade; pelos sentimentos de raiva e ódio, que surgem de forma explosiva; pelo medo e fragilidade frente à angústia do abandono, nos aproximando de sensações causadas pelo vazio e a ausência; pelo conflito das posições vacilantes, que ora nos confere a sensação de podermos contar com uma rede de sustentação e ora nos frustra com a sua desarticulação. Tudo isso em sensações - de um clima emocional, e até mesmo em pura tensão - que foram deixando marcas significativas no processo constitutivo de Luis, impossibilitando que este pudesse sentir-se em uma 'mesmice de ser'.

8.1.2 O aprisionamento dos sentidos x As suas possibilidades de criação e articulação: o método em ação

As sessões foram transcorrendo-se inicialmente com a participação efetiva de Vanessa, que, por sua vez, foi trazendo cada vez mais as suas angústias, conflitos e sua condição emocional, marcando significativamente o compasso dos atendimentos.

Até a nona sessão comparecem apenas mãe e filho. A estória familiar é narrada tanto por Vanessa, por meio das suas queixas e desabafos, como por Luis, que nas brincadeiras vai encenando fatos ocorridos com ele e sua família. Ambos vão se apropriando do espaço, expressando toda a extensão da conflitiva familiar.

Eu e Luisa (a terapeuta observadora que me acompanhou no início do trabalho) fomos sentindo todo o impasse gerado pela dinâmica do grupo familiar, em um movimento crescente da angústia.

Vanessa vai demonstrando toda a sua fragilidade afetiva e vamos sentindo como Luis Gustavo se encontra desamparado, tendo que enfrentar sentimentos tão difíceis e de maneira tão precoce. Também vamos nos sentindo órfãs, abandonadas, como se não houvesse com quem contar; vamos sentindo raiva diante da posição agressiva e invasiva de Vanessa, que constantemente fala da sua insatisfação, das frustrações com o casamento, do desejo de retornar a Caldas e da sua confusão em assumir parcialmente os cuidados maternos. Ao mesmo tempo, também somos tocadas pela mesma ambiguidade de compaixão e raiva em relação a Luis Gustavo, que nas brincadeiras nos cativa e nos agride, se mostrando frágil e forte, neném e rapaz.

Percebo, então, por isso, que nos relatos de Luisa vão aparecendo cada vez mais lacunas, espaços em branco, como um movimento de recusa em função da invasão e confusão dos afetos despertados. Em algumas sessões, ela escreve sobre estar cansada, sobre sua cabeça

doer, sobre não conseguir registrar as falas de Vanessa por serem tão aceleradas, revelando um transbordamento das emoções. Sua posição subjetiva nos atendimentos se aproxima da posição de Luis Gustavo e, por meio da empatia, vai sentindo com a criança a angústia do desamparo e as ameaças de abandono.

“Mãe desembesta a falar, Luis desmonta lego, bate lego na mesa, faz barulho, guarda balde e fica na frente da mãe, chamando ela muitas vezes, mas ela não o vê e nem o ouve. Ele volta para mesinha, tampa o balde, pega o balde, volta para frente da mãe, chama ela umas quatro vezes, depois ela olha. Luis diz algo e eu não entendo. [...] Mãe fala desembestadamente... E eu só consigo ouvir a voz do Luis: mãe! Mãe! ... Ele vai para o banco deita... E começa: Tia! Tia! Ô Tia!... Luis pega o jipe e leva para frente da mãe mostrando para ela.. Ô mãe! Ô mãe! ... CANSEI! (anotação enfática da Observadora).”
(Cenas do 23º Atendimento)

Enquanto isso, eu vou me aproximando subjetivamente de Vanessa. Passo muito tempo das sessões escutando suas queixas, seus choros, contendo parte das suas angústias, na tentativa de oferecer suporte emocional para que ela consiga se apropriar da função de cuidadora. Com isso, sou invadida por afetos e sensações corporais que me deram notícia do clima emocional, também sentindo um transbordamento de sensações ligadas à irritabilidade e confusão, com os barulhos, as palavras, as brincadeiras e as estórias.

“[...] (lacuna no relato) Mãe continua contando sobre Orlando beber, dizendo que já falou para ele parar, mas ele não para e bebe todos os dias. Luis continua chamando para brincar no ‘carro’, indo no bar comprar a pinga e a cerveja. Terapeuta coloca as mãos no rosto e diz: Ah! Eu estou ficando doida com essa confusão!” (Cena do 7º Atendimento).

Luisa e eu fomos, assim, oferecendo o olhar e a escuta para o que foi acontecendo com Mãe e a criança, abrindo espaço para que os afetos e as emoções ganhassem forma, palavra, podendo ser expressos e sentidos. No entanto, o campo ainda se encontrava cindido, sem

articulações possíveis e com o sentido estancado, preso.

“[...] Luis coloca a mão no quadro e a mão dele fica suja de giz. Ele me mostra: Ó tia! Eu olho para ele, ele puxa a casinha, sobe nela e começa a escrever no quadro, me chamando para ver o que ele está fazendo. Enquanto isso, mãe chora, fala, fala, desabafa. Luis brincando no quadro. Eu e ele ficamos de um lado da sala. Terapeuta e mãe do outro lado.” (Cena do 29º Atendimento).

Contudo, mesmo imersas nessa condição do campo, ao oferecermos o espaço para que os afetos passem à linguagem; a linguagem passe ao corpo e o corpo aos afetos, promovemos a transitividade e a possibilidade do processo de discriminação e articulação de sentidos, e fomos percebendo que algo vai se operando e mudanças vão ocorrendo.

No décimo atendimento, Vanessa traz Orlando e, como já discutimos, este revela toda a sua apatia e passividade. No décimo primeiro, Vanessa comparece sozinha. Luis Gustavo estava se recuperando de um período de diarreia e, estando fraco, ela prefere não levá-lo. Na sequência, Vanessa leva Aparecida para também participar do atendimento com Luis Gustavo e sua filha. Compreendo que neste movimento Vanessa nos conta que está se apropriando do espaço terapêutico, entendendo-o como possibilidade de criação de novos sentidos. Ainda na posição de clamar por ajuda, desejando que o outro corresponda às suas expectativas, ela faz uso das sessões em busca de novas possibilidades. Contudo, as intervenções vão denunciando que suas queixas e ameaças não ganham reverberações e Vanessa começa um novo momento de busca por trabalho, cursos, algo que lhe confira identidade e que vai lhe afastando do lugar de mãe. Neste momento, começa a aparecer a figura de Vânia, que nas ausências de Vanessa vai retomando o lugar de cuidadora.

Ao mesmo tempo, Luis Gustavo também vai desenvolvendo um importante movimento nos atendimentos. Por meio das brincadeiras, ele vai construindo alternativas, saídas, para os seus conflitos e cada vez mais assumindo a posição de sujeito, construindo para ele um lugar

na sua família.

“[...] Mãe começa a falar, falar, falar da relação dela com o Orlando, que ele provoca ela, que ele caça briga com todo mundo. Luis monta pecinhas de lego, arruma as almofadas e deita. Faz uma ‘cama’ e mostra para a mãe. Mãe dá uma gargalhada e diz: Ficou bom né?! Confortável! [...] Luis levanta o telhado, olha para mim e solta ele. Mãe falando, chorando. Luis vai até ela e diz que quer o bico. Mãe se cala. Ele se senta em frente a bolsa, pega o bico e se deita na ‘cama’ que ele mesmo fez!” (Cena do 29º Atendimento).

Percebemos nesta cena como Luis, em função da angústia de Vanessa, foi se organizando e se acalmando, sem poder contar com o colo, o olhar ou a palavra materna.

“[...] Eles conversam sobre a estória de um cachorro que morreu, parece que um morreu e outro que nasceu. (lacuna no relato) Luis começa a contar os dedos das mãos: eu, Cida (aparecida)... (lacuna no relato) Luis conversa muito e eu paro para prestar atenção nele. (lacuna no relato) Terapeuta diz que acha que está entendendo Luis, que se o papai e a mamãe não alimentarem, dar carinho, o cachorrinho morre. (lacuna no relato) [...] Mãe conversa comigo falando da relação dela com Orlando, dizendo que é difícil... Depois fala de Luis, que sente que ele dá conta, igual a Ludmilla falou, ele resolve, ele está solucionando os problemas dele. É difícil, mas ele dá conta.” (Cenas do 22º Atendimento).

Observamos que na fala sobre os cachorros, Luis demonstra conseguir compreender toda a complexidade da sua problemática. Ele consegue ter a dimensão da importância dos cuidados parentais para o crescimento e sobrevivência do cachorrinho, dizendo também da sua condição e fragilidade.

“Luis brinca fazendo de dois legos, carrinhos. Ele encaixa um no outro e fica segurando as duas peças para que elas não se soltem. A terapeuta diz: Que força você tem que fazer para os dois ficarem juntos, hein?! Luis: É! Terapeuta: Para eles ficarem juntos, você tem que segurar os dois. Luis tenta, mas os carrinhos se soltam. Terapeuta: Ih! Separou! Luis

deixa um carrinho e fala que um vai ficar e o outro vai passear. Terapeuta segue narrando a brincadeira. Luis gagueja muito. [...] Terapeuta fala com Vanessa: Ele nos conta muita coisa pelas brincadeiras dele. O que dá para a gente entender disso? Mãe: Não sei. Terapeuta: esse junta, separa, um foi embora, voltou...” (Cena do 23º Atendimento).

Novamente na brincadeira dos carrinhos, Luis expressa a vivência do conflito em ser cuidado e abandonado, de estar junto e separado, experimentando nas brincadeiras soluções possíveis para os seus problemas.

Vanessa na sua condição vacilante foi oferecendo, em meio às suas queixas e desabafos, suporte emocional a Luis. Ao se posicionar, mesmo que momentaneamente, como sua mãe, ela foi dando contorno para angústia e nervosismo de Luis, olhando para as suas potencialidades e construindo um laço afetivo significativo.

“[...] Mãe: esses dias ele virou para mim e disse: Mãe por que você arruma a casa e eu bagunço? Eu não aguentei, eu dei um abraço nele!” (Fala do 32º Atendimento).

“[...] Luis derruba lego na mesa e joga plástico no chão e olha para Vanessa. Mãe: No chão?! Ele balança a cabeça em sinal positivo. Mãe pede para ele pegar e ele pega, põe na mesa. Mãe diz que ele olhou para ver a reação dela. Mãe: Tá começando a entrar no eixo, né? Luis: É!” (Cena do 7º Atendimento).

“[...] Luis fica montando lego e mostra para a sua mãe. Mãe fica conversando com Luis e brincando. (lacuna no relato) Terapeuta pergunta: Então, o que está diferente essa semana é a raiva e o medo? Mãe: É! (lacuna no relato) Muito tempo só a mãe e o Luis brincando. Luis começa a gaguejar, mãe chama atenção dele. Mãe: Não, conversa direito! Você dá conta! [...] Terapeuta conversa com a mãe, dizendo que Luis sente como ela, que é difícil, que também sente raiva e medo... (lacuna no relato)” (Cena do 23º Atendimento).

Vanessa se aproxima afetivamente de Luis, mas diante da sua angústia, ela se posiciona de forma intolerante, não continente, ainda na posição de forçar a dar conta, a crescer, na via

da cena de ‘esticá-lo para alcançar a maçaneta da porta’. Este foi o caminho da raiva, da ansiedade, do aceleração, mas não foi o vazio, o abandono, o nada; o que ofereceu um contorno e uma possibilidade de constituição subjetiva a Luis.

Neste caminho traçado, o cocô, o lixo, o descartável e o movimento de jogar fora, evacuar, são significativos e apareceram em algumas sessões. Vanessa demonstra várias vezes que funciona nesse movimento evacuatório, revela vontade de jogar seu marido para fora de casa, nos conta sobre a vontade de sair de Uberlândia. Tudo com muita raiva e descontrole. Luis não sabe concretamente o que fazer com o seu cocô. E na trajetória dos atendimentos vai questionando sobre ele, em um movimento de ora conseguir ir ao banheiro e fazer cocô no vaso, ora voltar a não conseguir. As palavras fragmentadas vão saindo de forma mais completa e mais compreensível, mas em alguns momentos ele vai gaguejando muito, demonstrando a dificuldade de soltar sua fala.

“[...] Luis fica no chão brincando com um caminhão. Pega pecinhas de lego e põe na carroceria do caminhão, junto com os cavalos e diz que é ‘anhão de lixo’ (caminhão de lixo). Mãe diz que não é caminhão de lixo, que é de cavalo. Ele diz que é sim e fala que o caminhão de lixo passa e pega tudo... Luis brinca conversando com a mãe, falando do caminhão, das cores do caminhão e das pecinhas de lego. Ele vira o caminhão e as pecinhas caem no chão, depois ele coloca as pecinhas na carroceria de novo, e empurra o caminhão e diz: ‘ambora’.” (Cena do 8º Atendimento).

Nesse atendimento, Luis brinca muito com o caminhão de lixo. Conversamos sobre como é quando ele quer fazer cocô e ele encena várias vezes os destinos do lixo. Estávamos em um clima afetivo de pura tensão, em que elementos brutos buscavam representações possíveis. A problemática trazida estava na posição subjetiva de um movimento em que o “lixo”, o “cocô”, enfim elementos representacionais dos nossos dejetos eram direcionados ao outro, não encontrando o seu lugar. Mas percebemos na brincadeira de Luis sua tentativa de

elaboração, buscando a construção de outros destinos.

Este foi o grande trabalho do caso, em que todos sobrevivemos à raiva, ao lixo, às evacuações para encontrar nossa própria via de direcionamento para estes afetos, formando uma rede de sustentação simbólica para a elaboração de tantos elementos brutos.

8.1.3 Um trabalho na via da Estética e da Ética

Na quadragésima sexta sessão, ocorre a troca das terapeutas observadoras. Luisa conclui o seu tempo no estágio, novos alunos entram para o grupo e nós organizamos, durante a supervisão, essa passagem. Lívia é quem se prontifica a estar comigo nos atendimentos.

Nessa etapa do trabalho, Vânia está mais presente, pois Vanessa começou um movimento de busca por trabalho e cursos, o que a impossibilita de levar Luis em alguns atendimentos. Na primeira sessão em que Lívia participa, comparecem Luis Gustavo e Vânia.

Luis parece se assustar ao se encontrar com Lívia, entrando na sala, “colado” na avó, segurando sua perna, demorando a se soltar. Quando ele decide sair de perto da avó, ele começa a jogar alguns brinquedos no chão, em direção a Lívia, quase a acertando e depois joga a bola em minha direção. Nesse movimento, compreendemos que ele está expressando sua raiva pelas mudanças, a sua dificuldade em lidar com a saída de Luisa e a entrada de Lívia. Mas com o andar da sessão ele propõe uma brincadeira com cartinhas e inclui Lívia na brincadeira, também oferecendo cartinhas a ela. Em outro momento, solicita a sua ajuda para carregar a casinha, já demonstrando sua condição de estar com outra pessoa, de aceitação da troca. Ainda nesse atendimento, avó conta que Luis está indo, nos fins de semana, em uma aula oferecida pela Igreja que ela frequenta e está conseguindo ficar sem a presença de um dos familiares, brincando com as outras crianças. Este também é um importante passo para Luis, que antes se recusava a permanecer neste grupinho sozinho, demandando sempre que

alguém ficasse com ele. Estamos iniciando outro tempo do trabalho, em que o sintoma, as queixas e mesmo o enquadre vão ganhando outras configurações.

No atendimento seguinte, Vanessa volta a acompanhar Luis e nos conta que Vânia estava com dores nas costas, por isso não havia ido. Ela retorna em uma posição diferenciada, conseguindo não tomar mais todo o tempo da sessão com sua fala acelerada, estando junto com Luis, brincando e interagindo com ele, mas, principalmente, reforçando o vínculo mãe-filho construído entre os dois.

“[...] Vânia diz que da outra vez que Luis veio na sessão com ela, chegou em casa e a avó perguntou se ele tinha contado para as meninas (nós) que ela estava com um problema na coluna. Ele, então respondeu: Sim. Ah vó! Tem uma coisa. Minha consulta é sexta-feira, não quarta. Realmente essa consulta havia sido marcada para sexta ao invés da quarta e a mãe contou a fala do filho toda orgulhosa, pois as crianças não têm essa noção de tempo, e ela achou impressionante a capacidade dele de prestar atenção nisso. [...] Vanessa faz uma pergunta a Ludmila e esta fala que irá se informar melhor. Em seguida pergunta se é ela quem irá trazer Luis na próxima sessão. Vanessa não tem certeza, mas Ludmilla diz que irá procurar assim mesmo e que pode passar as informações para a avó, se ela não vier. Vanessa abaixa para amarrar o sapato e Luis faz carinho no seu cabelo e a abraça. Ludmilla continua: Aí você vê com a sua mãe quem vem semana que vem e eu converso... Quer dizer vó... Ai tem tanta mãe nessa estória! Vanessa: Tem mesmo! São três mães. Eu, minha mãe e minha avó (enquanto fala retribui o carinho do filho)” (Cena do 48º Atendimento).

8.1.3.1 Mudando os lugares, mudando as funções: compartilhar e cuidar em conjunto

Em supervisão, vamos percebendo a mudança significativa da posição subjetiva de Luis e discutimos sobre a possibilidade de realizarmos uma mudança técnica. Foi-nos proposto

experimentar o trânsito dos lugares, com uma maior flexibilidade das posições, podendo ser alternada as sessões em que eu e Livia ficaríamos nas funções de terapeuta e observadora. Além disso, eu teria que me ausentar por três semanas. Livia continuaria os atendimentos. Então, decidimos que no próximo atendimento estaríamos juntas na posição de terapeuta.

No relato após a sessão, Livia conta do seu desconforto em também estar no lugar de terapeuta e percebo como fui fazendo convites para ela ser incluída nas conversas e brincadeiras:

“[...] Ludmilla se senta em uma das três cadeiras maiores que está mais próxima de Vanessa e Luis, eu me sento na cadeira mais longe, sem notar que a mãe havia sentado nas cadeirinhas com Luis, e Ludmilla me chama para sentar mais próximos deles.” (Cena do 50º Atendimento).

Com o andar da sessão, Livia vai conseguindo participar, talvez ainda um pouco retraída, mas de forma ativa, e nós duas vamos descobrindo como é estar juntas, compartilhando a mesma função: *“[...] Em muitos momentos em que Luis brinca com Ludmilla, a mãe se dirige a mim, mas quando Luis fala comigo, esta conversa com Ludmilla, e quando os dois estão juntos, eu e Ludmilla sobramos juntas. Noto que formamos pares.”* (Impressões do 50º Atendimento).

Ao final da sessão eu converso sobre minha ausência dos próximos três atendimentos e Livia realiza o convite para Luis ir conversar com ela, marcando uma experiência subjetiva, diferente na ausência de alguém. Esse instante não é sentido como abandono, com hostilidade, mas como momento de se criar novas possibilidades e outros sentidos.

“[...] Ludmilla então fala que antes de conversar sobre ir embora, precisa falar outro assunto com ele. Ela explica que não estará atendendo por três semanas, apenas eu estarei. Luis continua brincando com a casinha de forma agitada, como se não estivesse ouvindo. Eu digo para ele que ele não quer saber dessa estória. Ele então repete: Não quero saber dessa

estória! [...] Daí a pouco a mãe volta a falar que eles têm de ir embora e Luis continua a brigar, dizendo: Não vou! Resolvo então perguntar a ele: Luis, como faz? A Ludmilla não vem semana que vem... Eu vou estar aqui! Você vem brincar comigo? Luis: Sim! Venho porque tenho que deixar um recado para o cara às cinco horas! Eu: Então você vem? Luis: Venho! Eu: Então está combinado! Ele decide ir embora e os acompanhamos até a recepção.” (Cena do 50º Atendimento).

Este é um marco terapêutico significativo. Lívia e eu, muito em função das mudanças já ocorridas na família, vamos conseguindo construir uma relação de cuidado compartilhado, na qual há a possibilidade da ausência ser vivida como um trauma subjetivante, a partir de um vínculo de confiança e apoio, de um trabalho em rede, em equipe.

Nas sessões seguintes, percebemos um interessante movimento de revezamento entre Vânia e Vanessa; cada semana, alternadamente, uma comparecia acompanhando Luis.

Nos atendimentos em que Luis estava com Vânia, as sessões se passavam de forma mais tranquila, com brincadeiras mais estruturadas, mas também menos divertidas. Já com Vanessa, Luis se agitava, trocava rapidamente as brincadeiras, esparramando brinquedos, em uma verdadeira “farra”:

“A mãe reclama da bagunça que Luis está fazendo. Digo (Lívia) a ela que quando Luis vem com a avó não faz tanta bagunça assim, e às vezes brinca de forma bem organizada. Mas com ela, Luis faz uma farra! Ela sorri.” (Fala do 52º Atendimento).

Lívia foi fazendo intervenções importantes. Durante as conversas com Luis, ele continuava, em alguns momentos, perguntando sempre para o outro, como se quem soubesse dele sempre fosse a outra pessoa. Lívia, por sua vez, não ofereceu as respostas a Luis, o ajudando a dizer de si:

“[...] Luis passa muito tempo brincando com os móveis da casinha e sempre repete: não é faz de conta não, é de verdade! Retira todos os móveis e pergunta frequentemente: isso é

isso, né tia? Ou Que isso tia? Ele não aceita quando digo que não sei e pergunta de novo. Quando pergunto o que ele acha, ele responde, mas sempre acompanhado do ‘né?’ [...] Luis tenta colocar os móveis na posição exata que estavam antes de ser retirados por ele. E vai perguntando: é aqui, né tia? Respondo que não sei, que a casa é dele e que ele deve colocar aonde quiser. Ele se irrita e grita: É sim, né tia? Eu persisto que não sei, que ele deve escolher. Ele então fala: É sim! Adivinhei! Colocando a caminha no exato lugar em que estava antes.” (Cenas do 51º Atendimento).

Neste período, Luis foi demonstrando se sentir melhor, mais amparado com a presença tanto da mãe como da avó. Sua ansiedade e angústia não desaparecem, mas ele vai conseguindo manter um desenvolvimento significativo na fala e nas brincadeiras, continuando a construção das suas saídas para os seus conflitos.

8.1.3.2 Luis Gustavo e seu movimento de SE(r)PAR(a)AÇÃO

Entretanto, ficamos um curto período sem atendimentos e, no retorno, Luis conta da raiva e desorganização vividas por ele:

“[...] Quando Luis entra na sala, vê o jipe azul que estava no cantinho da sala e exclama: ‘Alá’ (Olha lá). Ele pega o carro de brinquedo e arrasta pela sala até o armário. Começa então a pegar coisas do armário e jogar no chão. Primeiro, pega o balde de lego e esparrama todas as suas peças. Enquanto isso Ludmilla pergunta como estão as coisas, como ficou tudo durante esse tempo em que não houve atendimento. A avó diz que Luis está muito agressivo, chutando, mordendo... E que parece com seu comportamento do começo dos atendimentos. Enquanto isso, Luis joga tudo no chão e mistura vários brinquedos que estavam dentro do armário. Ludmilla: Que foi que você ta jogando tudo no chão? Fazendo essa bagunça? Luis: É assim que eu brinco! Ludmilla: É assim? Luis: É! (gritando)

Ludmilla: Você está bravo? Luis: Tô! (gritando) E continua despejando as coisas do armário. [...] Luis: Vou fazer barulho! (pega o martelo e bate com força na casa). Vou consertar a casa! Ludmilla: Eu acho que você está destruindo a casa. Luis: Não! (bravo) É... É... É... Porque ta muito grande. To serrando pra ficar pequena. (Ele então pega o serrote e finge estar serrando o telhado da casa). Ludmilla: Você ta dividindo? Luis: É. Ludmilla: E para dividir tem que serrar no meio? Luis: É, né vó? Vânia: Não sei.” (Cenas do 55º Atendimento).

Ainda neste atendimento Vânia conta que Luis tem ficado agitado quando volta para casa de sua mãe, que na sua casa ele fica calmo e tranquilo, mas na casa de Vanessa ele fica nervoso e agressivo. Vânia atribui estes comportamentos ao fato de Vanessa e Orlando viverem em conflito, brigando muito. Contudo, percebemos que Luis está expressando a dificuldade de viver as separações: dividir, serrar a casa é a expressão dos seus conflitos. Em outras brincadeiras desta mesma sessão, ele continua dizendo do processo de separação, do movimento do junto e do separado. Esta é a questão mais angustiante para Luis neste período: Qual é a sua casa? Onde ele irá ficar? Como ser uma criança dividida entre avó e mãe, em duas casas com climas emocionais tão diferentes. Mas Luis, na sua força e condição, vai dizendo sobre as suas possibilidades:

“[...] Eu digo ao Luis que ele quer separar sim, tanto que ele até tentou serrar a casinha no início da sessão, mas que separar é difícil, e ele não consegue. ‘Né Luis?’ Luis: É! Ludmilla: Parece uma estória que a gente conhece de uma casa que era para ser separada, mas não é! A avó ri. Ludmilla: É! A vovó sabe do que eu estou falando! Luis continua fazendo outros desenhos. Ludmilla percebe que os rabiscos de Luis mostram sinais de que ele está querendo escrever e fala isso para ele. Ela pergunta: Quem você já viu escrevendo? Luis: Minha mãe! Ludmilla: Quando a mamãe faz o dever dela, o que você faz? Luis: Eu desenho. Numa folha igual essa. [...] Ludmilla avisa que é o último desenho, pois está

acabando o horário. Luis faz o último desenho. Escuta a conversa sobre a mudança de horário e então fala: eu vou perguntar pro meu pai se ele pode trazer a gente! Não. Vou escrever (e faz que está escrevendo na folha do desenho), Orlando, vem aqui na minha medicina! Ele então pega todos os desenhos e fala que vai levá-los para o pai saber que tem que vir. Depois fala: Um dia vou trazer o Cara e o Ronaldo para vocês conhecerem!” (Cenas do 55º Atendimento).

A resposta desse impasse da separação das casas é também trazida por Luis:

“[...] Luis retorna ao armário e exclama: Vou tirar isso daqui! Ele retira o balde de lego, o tambor e assim por diante. Mas, pela primeira vez em muito tempo, Luis faz isso de forma muito tranquila e organizada, colocando cada brinquedo calmamente sobre a mesa, ao invés de despejar tudo no chão como andava fazendo. Enquanto isso, Ludmilla pergunta a avó como vão as coisas. Ela diz que estão boas, mas em um tom de desânimo que parece dizer o oposto. Ludmilla também nota isso e fala para Vânia que não, as coisas não parecem estar boas, mas ela apenas ri, demonstrando não querer falar muita coisa. Ludmilla então resolve perguntar para o Luis: Luis, como vão as coisas na sua casa? Luis: Agora moro em duas casas. Ludmilla: Na casa da sua mãe e na casa da sua avó? Luis: Não. Na casa da minha avó e na casa da minha mãe.” (Cenas do 59º Atendimento).

Nesse período, Vanessa e Orlando alugam uma casa próxima à casa de Vânia, mas não mais estando tão colados, com o mesmo padrão de energia. Vânia nos explica que Luis passa mais tempo na casa dela e que somente nos dias em que ela tem curso na Igreja ele dorme com a mãe. Compreendemos assim que se efetiva um cuidado compartilhado, mesmo que não igualmente compartilhado. Vanessa não retornou para Caldas, não houve a separação do casal e ela começou a trabalhar e a estudar; continua acelerada, agressiva, sem muita condição de exercer os cuidados maternos, o que mobiliza Vânia a assumir estes cuidados de forma mais frequente, oferecendo amparo para Luis.

Nestas condições, Luis vai, por meio das brincadeiras, tentando elaborar sua condição de grande e pequeno.

8.1.3.3 SER grande ou não ser...

“[...] Luis agora quer fazer a letra L com o dominó: Vou fazer L, sobe e desce. Vou fazer um L grandão. Ludmilla: Mas você é pequeno. Não tem que fazer um pequenininho? Luis: não, porque um dia eu vou ser grandão e vou vir aqui sozinho. Ludmilla: Quer dizer que você quer ser grandão? Quer crescer desse tanto aí? Do tamanho desse L? Luis: É. Quero ficar grandão. Eu cresci muito, né vó? Vânia: É. Vai fazer quatro anos. [...] A avó começa a falar da idade e tamanho das crianças que Luis conhece para comparar com ele. Quando a avó fala de um coleguinha que tem três anos ele discorda mostrando com as mãos o quanto o colega é pequenininho para essa idade. Ludmilla pergunta o tamanho dele ele abre os braços bem esticados dizendo que é grandão. Ludmilla então resolve medi-lo para ver se ele é grande mesmo. Pede para ele encostar na trave da sala e mede com os braços a altura dele. Ludmilla (esticando os braços): Nossa! Olha o tamanho do Luis! Ele é grandão mesmo! Luis: Não. Eu sou menor. Sou assim (e mostra com os braços um tamanho pequeno). Ludmilla: Ah, achei que você era maior. Luis: Tem dia que eu sou maior. Tem dia que eu sou menor. Ludmilla: Você disse tudo Luis. É isso mesmo... Nossa como é ficar grande e pequeno assim? Luis: A pessoa sobe... Desce... Sobe... Desce.” (Cenas do 59º Atendimento).

Percebo que Luis vem tentando construir sua identidade. Qual é o seu tamanho? O que é esperado dele? E, diante desse impasse, ele nos conta que sua condição é oscilante, em um constante movimento de “sobe e desce”. Ainda durante este atendimento, Luis se exhibe dizendo o que consegue fazer, mas também conversa sobre ainda mamar mamadeira. Esta é a posição subjetiva de Luis e é desta forma que ele vai se firmando enquanto sujeito. Por este

movimento próprio de “sobe e desce”, Luis desenvolveu outros recursos importantes: três amigos imaginários que aparecem para ajudá-lo a crescer.

“[...] Luis corre pela sala. Depois dependura na barra e bate os pés na parede. Ludmilla: Viu?! Isso é coisa de Luis grande. Luis: Sabe quem me ensinou isso? O cara. Tem dia que é o cara, tem dia que é o Ronaldo, a amiga. Ludmilla: Quem é a amiga? Luis: Ela é nova... Dirige caminhão, carro... Ludmilla: O cara e o Ronaldo são de verdade ou de mentirinha? Luis: De verdade, né vó? Vânia: Não sei. Nunca vi. Ludmilla: Como eles são? Luis: Vermelho e azul. Ludmilla: Quem é o vermelho? Luis: o Ronaldo. Ludmilla: E o Cara é o azul? Luis: É. Ludmilla: E a amiga? Luis: Da minha cor. Marrom. Ludmilla: A minha cor é diferente da sua, né? Luis: Não. É igual. Ele se dependura na barra dizendo: Minha amiga não dá conta disso não. Ludmilla: Ah, então tem coisa que é igual e tem coisa que é diferente. Luis: Mas ela é grandona, ela é média assim. Ele continua falando sobre a amiga: Eu vou assim (dependura na barra com força e se embala rápido para frente). Ela assim (faz a mesma coisa, só que devagar). Eu sou forte. Ela é madura.” (Cenas do 59º Atendimento).

Os amigos imaginários de Luis são uma saída possível da sua condição vacilante, seu estado angustiante de desamparo, pelas invasões vividas. Naquele momento do tratamento, ainda não conseguimos precisar se este seria um primeiro indício de uma formação psicótica. Entretanto, com o transcorrer do trabalho transferencial, fomos percebendo que os amigos imaginários deixaram de aparecer, de serem mencionados. Isso nos indicou a possibilidade de ter sido apenas um recurso significativo em seu processo de articulação identitária.

Eu e Lívia permanecemos com uma conduta de cuidado compartilhado, com uma maior flexibilidade das posições, desenvolvendo uma relação interessante de apoio e suporte emocional para o que se passava no campo. Sentíamos em algumas sessões sensações vindas do clima emocional, mas não mais na dimensão do corpo, das pulsões sem representações. Percebo que, por meio da flexibilização da técnica, nós duas ocupamos uma posição subjetiva

diferente da vivida pela família de Luis, conseguindo um efeito transferencial na dinâmica dos atendimentos, não mais nas posições cindidas e desarticuladas, mas desenvolvendo de fato um trabalho em conjunto.

Desta forma, foi a partir de toda essa trajetória que Luis iniciou seu processo de separação e finalização do trabalho conosco.

8.1.3.4 Trabalho Conjunto: uma equipe, uma Tropa de Elite

Na sexagésima sessão, Vanessa e Marcela (irmã) acompanham Luis. Durante o atendimento, Vanessa conta que está com dor de cabeça e solicita que Luis não faça barulho. Em um determinado momento, Luis começa a jogar os móveis da casinha no chão e Vanessa se irrita. Ela levanta, vai até ele, se posiciona de forma muito autoritária, ameaçando bater caso ele não guardasse os móveis na casinha. Vanessa está muito impaciente com Luis, irritada e agressiva. Nessa confusão toda, Marcela fica quieta, brincando calada em um cantinho da sala, de forma quase imperceptível. Neste primeiro embate, Luis fala firme com Vanessa defendendo suas idéias, chorando e gritando pelo que deseja. Vanessa, por sua vez, mesmo permanecendo brava e irritada, consegue contornar a situação, dando uma direção lúdica para o conflito:

“[...] Luis ignora a fala e volta para o armário para pegar outro brinquedo. Vanessa pede novamente que se ele for brincar com outro que guarde o que estava usando. Luis teima e tira o brinquedo mesmo assim. Ela dá bronca nele, enquanto Luis começa a chorar muito sentido e a dizer que não quer juntar as peças sozinho (Marcela brinca quietinha na casinha, quase imperceptível). Vanessa diz que vai juntar as peças com ele e cria uma espécie de brincadeira, em que eles começam a disputar quem tem mais cavalinhos na mão para colocar dentro do saquinho e nesse momento, Luis se acalma.” (Cena do 60º Atendimento).

Contudo, na sequência da sessão, Vanessa perde a capacidade de ajudá-lo, assumindo novamente a posição explosiva e agressiva:

“Luis, mais calmo, volta a brincar colocando as peças do dominó dentro do caminhão de brinquedo. Marcela pede para a mãe olhar a forma como ela organizou sua casinha. Luis termina de colocar as peças de dominó no caminhão e avisa: Agora vou fazer mudança mesmo... Lá vai o caminhão... Vanessa brinca com ele: Essa mudança é sua moço? Ou é de alguém? Luis: É minha. Vanessa: Por que você mudou moço? Luis: Minha casa tava pequena... Brum... Parou. E agora o que eu faço? Vanessa: Escolhe uma casa e muda. Luis fala para a irmã: Lelela, tira essas coisas para eu pegar essa casa! Lelela: Eu acabei de arrumar... Luis começa a fazer birra novamente. Vanessa: Divide a casa com a Lelela. Ela é grande. Luis: Não (começa a tirar as coisas que a Lelela arrumou de dentro da casa e a jogar no chão). A mãe então com muita raiva desmonta o caminhão que Luis estava brincando e fala de forma agressiva: Viu? Você gostou? Não é? Foi isso que você fez com a Marcela! Tá certo? Luis chora muito magoado e fragilizado, mas ao mesmo tempo grita com sua mãe com uma força impressionante, parece que é uma forma dele dar conta da raiva da mãe, que é tão intensa. Ele grita varias vezes: Nunca mais você faz isso! Nunca mais!”
(Cena do 60º Atendimento).

A sessão prossegue sem muitas possibilidades de diálogo. Vanessa se acalma e arruma o caminhão para Luis, mas ainda em uma posição de irritabilidade, sem muita ponderação. Neste momento explosivo, eu apenas consigo solicitar que ela volte na próxima semana com Luis para que pudéssemos conversar sobre estas questões. Vanessa atende à solicitação, comparecendo com Luis em outro dia. Nesta sessão, há um importante movimento de reparação.

Luis chega questionando as portas de entrada da clínica. Eu explico a ele que uma é para funcionários e a outra é para os pacientes. Luis conversa por alguns momentos dizendo que é

funcionário e eu compreendo que ele toma o tratamento como um trabalho. Na continuidade da conversa, ele vai se dando conta de que outras crianças também frequentam a clínica e então ele inicia uma brincadeira em que ele é o motorista que pode levar os pacientes para o tratamento. Nesta brincadeira eu, Lívia e Vanessa somos as doutoras e vamos entregando a ele os pacientes que estão preparados para ir embora. Em seguida, ele resolve também ‘consertar’ os pacientes, então ele vai até o balde pegar as ferramentas e ao perceber que há brinquedos misturados começa a reclamar das outras crianças, dizendo que irá organizá-los.

Lívia neste atendimento faz uma observação importante no seu relato da sessão: *Olho para ele e vejo uma criança de quatro anos, brincando no chão. Apesar de ser isso, exatamente o que eu deveria ver sempre, eu só havia enxergado o Luis até então como uma criança muito grande ou muito pequena, não como uma criança da sua idade.* (Impressão da Observadora no 60º Atendimento).

Na sequência Luis tenta consertar a tampa do balde dos legos, que é um relógio, Vanessa se junta a ele para ajudá-lo. Eu me junto a eles na empreitada de tentar concertar de fato o relógio. Depois deste concerto, Luis pede ajuda para consertar as rodas do jipe. Nesse momento, ele pede a ajuda da sua mãe, da minha e de Lívia. Juntamo-nos todas para consertar o jipe. Então, Luis fala algo que nos conta como ele compreendeu o sentido do tratamento: *“Tenho três ajudas... Mas não trabalho aqui”* (Fala do 60º Atendimento).

Continuando nosso movimento de cuidado compartilhado, eu assumo o lugar de observadora durante esta sessão, quando Lívia pergunta a Luis se ele ainda precisaria da sua ajuda ou se ela poderia voltar a escrever e ele responde que ainda precisaria da ajuda. Compreendo que neste momento encenamos um movimento importante, em que as posições e as funções podem ser trocadas de acordo com as necessidades e pedidos de Luis, efetivando uma rede de sustentação para o seu desenvolvimento.

Todo o movimento da sessão foi de reparação da destruição deixada pela raiva, uma

reparação construída em conjunto, com a participação efetiva de todos. Todos nós realizamos o contorno subjetivo para os afetos e sentimentos, dando a possibilidade de Luis ser o menino de quatro anos.

Se estivéssemos narrando um conto de fadas, talvez pudéssemos terminar o conto aqui com a célebre frase do foram felizes para sempre. Contudo, acompanhar a estória de Luis me deu a dimensão de como a vida pode ser dura e exigente, mas há caminhos a serem trilhados, há saídas possíveis, e cada um possui o direito de se inventar e reinventar durante sua trajetória.

Os atendimentos seguem. Vânia continua tendo que estar presente nos cuidados de seu neto. Vanessa se despede de mim e de Livia, agradece o trabalho, e vai cedendo espaço para Vânia assumir o cuidado efetivo de Luis. Ele passa a frequentar a escola no início do ano e nós começamos a discutir sobre a possibilidade de encerramento do trabalho.

Luis chega no penúltimo atendimento conversando sobre o filme *Tropa de Elite*. Fala em suas brincadeiras que ele é *o tropa de elite*; que ninguém precisa se preocupar, pois ele vai pegar os bandidos. Ele propõe que todos façam uma casa. Na construção dessa casa, ele pega um brinquedo e faz como se fosse um rádio, com o qual ele conversa comigo e com a avó. Pelo rádio, ele diz que precisa de uma equipe para construir a casa. No entanto, em toda a brincadeira não há espaço para eu ou a avó participar, pois ele vai fazendo tudo sozinho. Então, eu questiono sobre sermos ou não uma equipe e se Luis sabe de fato o que é uma equipe. Nesse momento, ele propõe que nós três desenhemos uma casa e fala que isso é uma equipe. Eu faço o desenho da minha casa, mas falo para ele que para ser equipe teríamos que aprender a fazer juntos e não separados. Com o andar da sessão, Luis se agita e ainda conta da vontade de construir a casa para ele. Estamos no final da sessão e, antes de finalizar, ele consegue com as almofadas fazer a sua casa. Antes de encerrar o atendimento, converso com a avó sobre os horários, pois Luis falta à aula para ir ao atendimento. Vamos percebendo que

talvez seja a hora de não precisar mais do tratamento. Mas deixamos em aberto e combinamos o retorno.

Na sessão seguinte, Luis mostra ter levado o brinquedo que ele fez de rádio na sessão anterior. Ele devolve o brinquedo e a avó explica que ele não percebeu que o havia pegado. Em seguida, conversamos sobre Luis estar pronto para finalizarmos os atendimentos:

“[...] Ludmilla: Mas eu estou falando de você não precisar vir mais... Luis: Tá não. Vânia: Ela está falando que você não precisa mais de vir na psicóloga. Luis: Eu sei. Ludmilla: Dá vontade de levar um pedacinho daqui... Igual ao brinquedo que você levou! Mas você pode levar de um jeito diferente... Luis: Diferente? Ludmilla: É. Uma lembrança, uma saudade (ela então explica para ele o que é uma lembrança). [...] Ludmilla: Eu entendo também, Luis, que você já está pronto para ir, porque já consegue contar, falar do que precisa... Luis: Eu não faço nada disso... Achei o caminhão! (pega o carrinho de lego e continua a brincadeira dizendo que vai ao supermercado fazer compras para a avó). Ludmilla: E você já consegue achar ajuda sozinho...” (Cenas do último atendimento).

Percebemos que ao falar do encerramento do trabalho, da possibilidade de separação, Luis se posiciona de forma desconfiada, mudando o assunto, a princípio dizendo que não estaria pronto. Ele segue a brincadeira com o caminhão e monta uma estória em que ele vai ao supermercado e compra um monte de coisas para a avó. Eu converso com ele sobre a vovó realmente precisar alimentar muitas pessoas, uma vez que ela se prontifica a ajudar e cuidar de várias pessoas. Começamos, então, a conversar sobre as condições para que Luis receba a ajuda da avó e não fique sozinho. Ele demonstra ter total compreensão da dinâmica familiar: ele necessita dos cuidados de Vânia e esta cuida de várias outras pessoas, além dele, o que o leva a ter que ajudá-la muitas vezes. Vânia, também fala sobre isso: *“Vânia: Ele mudou muito... Antes ele me queria só para ele. Agora ele já concorda que eu tenho minhas coisas, que tenho que resolver meus problemas. Se eu falo hoje que ele não pode sair comigo e tem*

que ficar com a mãe, ele concorda. Ele tá bem mais calmo, aceitou bem a escola. Acho que o remédio também contribuiu muito.” (Fala do último atendimento).

Na continuidade da conversa com a avó sobre a atual condição de Luis, concluímos que Luis consegue dizer dele, falar o que ele precisa, pedir ajuda, mas que é uma criança e precisa ser cuidado, acompanhado, não podendo ficar sem referência. Nesse momento, Luis retoma a fala do outro atendimento, dizendo ser *o tropa de elite*. Vânia pergunta quem é *o tropa de elite* e Luis responde que é ele, a avó, a Lu (eu) e ela (apontando para Lívia). Em seguida, propõe uma brincadeira envolvendo toda ‘tropa de elite’:

“Luis coloca uma almofada no chão para cada uma de nós e para ele. Se senta na nossa frente e fala: Oi pessoal da tropa de elite! Acha uma bola de futebol e diz que é a bola da tropa de elite, pois tem preto nela. Pede para nós lermos nos escritos da bola as palavras ‘Tropa de Elite’. Em seguida, diz que vai passar a bola para o vencedor. Passa a bola para a avó e fala que agora ela tem de ir lá na frente enquanto ele se senta no lugar dela. Vânia levanta e diz: Pessoal da tropa de elite, vou passar a bola para a Lívia! Eu vou até a frente e Luis agora quer sentar no meu lugar. Passo a bola para Ludmila e Luis então se senta no lugar dela. Por fim, Ludmilla devolve a bola para Luis que quer realizar a brincadeira de novo. Topamos fazer mais uma vez para acabar a sessão. Dessa vez, Luis me intitula a vencedora. Passo a bola para avó dizendo que ela é a vencedora, porque ajuda o Luis na luta contra os bandidos e essa, por sua vez, passa a bola para Ludmilla que encerra dizendo o quanto aprendemos naquela equipe.” (Cenas do último Atendimento).

Nesta brincadeira, proposta por Luis, percebemos como, nesse momento, já podemos estar um no lugar do outro, em um trânsito relacional, não mais na condição fixada, defensiva, com possibilidades de deslizamento, no qual esse movimento da passagem da bola e troca de lugares ganha o estatuto de potência desejante. Estamos em outro tempo subjetivo e Luis já revela sua condição de estar junto, em grupo e em equipe; podendo frequentar a

escola, estar com outras crianças, brincar, sem se desorganizar; assumindo a posição de sujeito, conseguindo dizer de si, do que precisa e, principalmente, pedir ajuda, convocando o outro em seu socorro, como também, se defender, por meio da sua força.

Já na recepção, eu vou conversando com a avó sobre os horários, pois esta ainda se sentia insegura e solicitava mais um atendimento. Neste momento, Luis fala que não poderá ir, pois precisaria caçar bandidos e não teria horário. Eu e Lívia percebemos que Luis está dizendo que está preparado para ir, encerrando o trabalho. Contudo, Vânia inicia uma fala de insegurança, questionando se ela realmente deveria continuar nos cuidados com Luis, mas reafirma suas melhoras, depois que ela reassumiu essa função. Diz que tem mais condições de cuidar dele, pois a netinha que ela também olhava está na creche e ela possui mais tempo. Eu enfatizo a sua condição de cuidado, mas também fico no impasse em marcar mais um atendimento ou não. Nesse momento Luis diz: *“Qualquer coisa você me chama no comunicador e eu venho.”* Encantada com a posição de Luis eu digo: *“Boa idéia! Qualquer coisa sua avó me liga e a gente marca de encontrar!”* Assim, finalizamos os atendimentos sem ter havido a necessidade de mais um encontro.

8.2 Caso 02 - Alice e seus pais

O caso de Alice foi uma experiência marcante da minha trajetória nesta proposta clínica dos Atendimentos Conjuntos. Foi o primeiro caso em que eu participei. Estava ainda na graduação e havia ingressado no estágio com muitas expectativas e muitos medos. Fui a Terapeuta Observadora, atendendo com a psicóloga Rosimeire Aparecida da Silva Marra, que na época estava desenvolvendo sua pesquisa de mestrado. Autorizo-me a dizer sobre a autoria dos atendimentos, pois para análise deste caso, irei utilizar a discussão clínica realizada por Rosimeire em sua dissertação, investigando as funções de Terapeuta e Terapeuta

Observadora, a partir das suas impressões e dos meus relatos das sessões. Mantereí os nomes escolhidos por Rosimeire para que o leitor possa identificar o caso nas duas pesquisas.

8.2.1 Alice: uma menina Assustadora, uma menina Bonita, uma Menina

Alice tinha dois anos e quatro meses quando iniciamos os atendimentos. Ela havia sido encaminhada por outra instituição de assistência a crianças do município, por meio da fala de um dos profissionais sobre Alice não se enquadrar nos critérios de tratamento da instituição, por manifestar indícios de problema mental grave.

Ela é a primeira filha de Valdir e Ana Manuela. Sua mãe conta que foi uma gravidez muito esperada (três anos de tentativas), que correu tudo bem na gestação. O parto foi cesárea, mas ao nascer constatou-se que Alice tinha uma perfuração pulmonar e uma fissura no lugar do ânus. Com aproximadamente seis meses, foi necessária a realização de cirurgias, entre elas, uma que envolveu colostomia. Assim, houve um período de muitas internações hospitalares e vários cuidados com a sua alimentação, o que, segundo Ana Manuela, poderia ter acarretado em traumas pós-cirúrgicos (referindo-se a fala de um dos médicos que acompanhou o processo).

“[...] Mãe responde que Alice nasceu de cesárea, com perfuração pulmonar e com o canal do reto mais em cima (com uma fissura). Ela achou estranho, a avó materna disse que havia algo de errado, o que a levou a investigar com os médicos. Também falou da dificuldade com a alimentação, porque determinados alimentos causavam muita prisão de ventre. Como no início a mãe não sabia, Alice teve fezes acumuladas e teve que fazer uma cirurgia (com 6-7 meses). A cirurgia envolveu uma colostomia, com algumas complicações, mas agora come normal e não usa a bolsa da colostomia. Falou que acha que ela ficou ‘assim’, depois da cirurgia. A Terapeuta pergunta como é esse ‘assim’. A mãe fica um pouco

sem jeito e diz: assim sem falar. Continua falando que o médico disse que pode ser um trauma pós-cirúrgico. Também fala que a filha sentiu muito medo.” (Falas do 1º Atendimento).

Alice não falava, andava somente com o auxílio de outra pessoa, cuspiu muito e apresentava estereotípias como: balancear o corpo, torcer a língua, colocar a mão no queixo e apresentar sorriso rápido. Características que já nos apresentam um quadro de autismo, com graves comprometimentos. Contudo, observei que no meu relato, ao falar de Alice nas primeiras vezes, adoto uma fala carinhosa, negando a sua condição autística e atribuindo outros sentidos para os seus comportamentos:

“Alice está sorrindo, com muita agitação. Mexe os bracinhos, coloca a mãozinha no rosto, vira a cabecinha para os lados e continua fazendo barulhos com a boca (como se estivesse tentando conversar) e cuspiu muito.” (Cena do 1º Atendimento).

Eu uso o diminutivo - “bracinho”, “mãozinha”, “cabecinha” - como uma forma afetiva de descrever seus movimentos, olhando para ela e vendo uma linda menina, toda enfeitada, que sorri, dança, dá beijos e quase fala. Este foi um olhar permeado de afetos e sensações suscitados pelo campo transferencial, que oscilava entre a beleza e o assombro:

Valdir coloca Alice em pé, segurando seus braços. Ela se agita e mexe os pés. A terapeuta observa Alice e a convida a andar dizendo: *“Alice você quer andar? Vem aqui! A Alice quer andar, olha ela quer andar!”* (Fala do 1º Atendimento). Na sequência, Ana Manuela adverte a terapeuta sobre Alice cuspir e Valdir justifica que a filha cospe por não conseguir engolir. Em outra cena, a terapeuta inicia uma fala sobre Alice estar vendo ela e ela estar vendo Alice, estando mais próxima da criança, momento em que Ana Manuela afirma que Alice poderia assustar a terapeuta (Cenas do 1º Atendimento).

Ana Manuela, nas cenas descritas, conta sobre condição assustadora de Alice, que estar perto dela desperta sentimentos de assombro, horror, nojo, medos e preocupações. Dando-nos

a dimensão de como é difícil ser mãe de Alice.

Ao mesmo tempo, há no campo outra posição subjetiva, referente ao olhar desejan-te, de quem consegue ver além da posição autística e enunciar uma criança encantadora, bonita:

“[...] A terapeuta começa a falar, repetidas vezes, que Alice é bonita em tom interrogativo e, em um momento, Alice parece ter falado bonita. Nesta hora a terapeuta demonstra um grande sorriso e continua falando bonita, é bonita, Alice é bonita. Alice começa a se exaltar, balançando mais rápido, virando o rostinho e fazendo sons.” (Cena do 1º Atendimento).

Valdir e Ana Manuela também demonstram oscilar nestes olhares, ora se entristecendo e preocupando com as limitações de Alice, ora atribuindo sentidos e oferecendo um olhar desejan-te a criança.

8.2.2 Ana Manuela e Valdir: (Pré)Ocupações, silêncio e rivalidade

Ana Manuela estava com 38 anos e grávida de 4 meses, quando iniciamos o tratamento de Alice. Ela se queixava constantemente de dores na coluna, nas pernas, de cansaço e calor. Dizia ser muito nervosa e insegura, dando muita importância para a opinião das outras pessoas. Era dona de casa, mas já havia trabalhado em uma creche, cuidando de crianças. Sobre sua família, ela conta que seu pai era alcoólatra, mas ausente, e sua mãe desempenhou os cuidados com a casa e os filhos. Fala que todos sofreram muito e ela cresceu revoltada e triste. Ana também se descreve como uma pessoa sensível às dificuldades das outras pessoas, sentindo vontade de resolver os problemas, mas sem poder. Conta isso, dizendo sobre o forte sentimento de tristeza despertado pelos noticiários da TV.

Ela, no primeiro atendimento, relata que demorou três anos para engravidar de Alice, conseguindo somente após se concentrar e pensar muito em crianças, por isso, ela achava que

não engravidaria novamente, não planejando este novo bebê. Sobre estar grávida, ela demonstra sentir muitos medos, temendo que o bebê também venha a ter problemas como Alice. Conta que não gosta de ficar sozinha, para não pensar nesta possibilidade. Também, nos apresenta uma fala sobre seu medo em prejudicar o bebê por ficar carregando Alice no colo, mas, logo em seguida, afirma não ter outro jeito.

Durante seu discurso, mesmo os que traziam tristeza e preocupação, Ana esboçava sorrisos. Suas angústias só apareciam na postura de cansaço, nas queixas das dores e, com o tempo, em uma posição deprimida, de silêncios, sono e desânimo.

Neste panorama, podemos perceber a fragilidade da posição subjetiva da mãe de Alice, demandando, constantemente, que alguém lhe oferecesse amparo, suporte afetivo, para que ela se reconhecesse como boa mãe. Temos isso evidenciado na sua fala sobre a amamentação:

“[...] Durante as primeiras perguntas sobre a mamada AM (Ana Manuela) comenta que ‘o problema foi que ela não sabia amamentar. Alice chorava porque queria mamar e eu não dava conta.’ Diz que no 1º mês ela chegou a dar leite na chuquinha, mas a médica ‘danou’ e ela parou. Quando estava com a médica dava conta de dar de mamar, parecia fácil, mas parece que quando estava sozinha, ficava ‘muito nervosa’. Quando conseguiu acalmar é que deu certo. [...] AM achava que Alice não gostava dela, porque dizia que Alice não ligava para ela. [...] Determinada questão faz AM falar sobre o seu medo de Alice ficar zarolha, porque, segundo a mãe, durante a amamentação Alice queria ver TV e na posição que ela a segurava não permitia que ela olhasse a TV de forma confortável. [...] ‘Erro meu, tinha que prestar mais atenção nela’.” (Fala do 3º Atendimento).

Percebo que Ana não consegue reconhecer o seu saber materno e construir esta função a partir da sua experiência, validando suas impressões e sentimentos. Pelo contrário, ela busca constantemente o saber do especialista, dos vizinhos, se confundindo com as várias opiniões,

permanecendo perdida em relação aos cuidados com Alice.

Ao mesmo tempo em que há essa incerteza e insegurança, Ana também revela posição oposta, referindo-se à Alice com certezas cegas, sem a reconhecer como outra pessoa, demonstrando uma relação simbiótica, indiferenciada.

“[...] AM (Ana Manuela) continua sua fala sobre o calor intenso que estava sentindo e resolve tirar a sandália de Alice. Comenta que quando está sentindo muito calor ela acha que Alice também sente. Terapeuta: Ah! Alice está grávida?! Questionando AM, sobre ela achar que Alice também deveria estar sentindo o mesmo calor que ela. AM sorri, responde que não, mas continua dizendo que acha que Alice sente as mesmas coisas que ela.” (Falas do 13º Atendimento).

Ana Manuela consegue desempenhar de forma exemplar a função operacional dos cuidados de um filho. Alice possui uma alimentação adequada, está sempre limpa e bem vestida, faz acompanhamento com fisioterapeutas, neurologista e conosco (psicólogas). No entanto, entre mãe e filha há um enorme distanciamento afetivo, se refere a esta condição materna de estar sempre (pré)ocupada com tantos afazeres, que ainda não conseguiu estar desocupada para construir um vínculo de afeto, de proximidade emocional com Alice.

“V (Valdir) começa a brincar com Alice se escondendo e perguntando cadê o papai. Depois pede para Alice falar papai e menciona que ela está quase falando. AM (Ana Manuela) fala que mamãe Alice não fala. E neste momento a terapeuta fala: Mas também olha onde você está! Este último comentário da terapeuta mostra o distanciamento físico entre AM e Alice. AM fala algumas coisas para se justificar e continua falando que Alice dorme grudada em seu pai. A terapeuta pergunta para Alice: Você quer colar no papai? A barriga da mamãe não deixa você colar nela? Depois se volta para AM e fala como se fosse Alice: Daí da sua cadeira você pode conversar comigo, cantar para mim! AM fica sem jeito e sem graça.” (Cena do 6º Atendimento).

Valdir, por sua vez, como pudemos ver na cena anterior, se dispõe a estar com Alice, envolve-se nas brincadeiras e, nas sessões, passa a ganhar os olhares da criança:

“[...] V (Valdir) comenta que cantar é com AM (Ana Manuela). AM sai da cadeira que estava sentada e senta-se na cadeirinha azul de criança, mais próxima a Alice, que estava no chão. Pega Alice pelos braços, a coloca de pé e canta para ela uma música que fala de Jesus. Alice não olha para AM, virando o rosto e olhando V.” (Cena do 6º Atendimento).

Valdir posiciona-se como um pai dedicado, afetuoso, disposto a estar com Alice. Nos atendimentos, ele demonstra os seus cuidados, oferecendo água à criança, trocando-a constantemente de posição, arrumando seu cabelo, ao mesmo tempo, em que se dispõe a interagir nas brincadeiras. Contudo, observamos que estes cuidados são sentidos como concorrência aos cuidados maternos, invalidando o saber de Ana, criando um clima de rivalidade e ciúmes:

“[...] AM (Ana Manuela) fala num tom interrogativo, mas como constatação: não quer a mamãe. Alice faz o balanceio e não olha para AM. AM fala no mesmo tom interrogativo, mas como constatação: não quer dá papo para mim. A Terapeuta fala com Alice no tom maternal: o que será que aconteceu dentro da sua cabecinha que você não quer a mamãe? V (Valdir) coloca os brinquedos no balde e Alice o derruba. Terapeuta fala: O que o papai coloca ela derruba. Ela tira e você coloca. AM mostra o trenzinho de brinquedo para Alice e ela não se interessa, olha, mas não fixa o olhar. A terapeuta fala com Alice: Por que o da mamãe você não quer? Só o do papai?” (Cenas do 4º Atendimento).

Há uma confusão das posições paterna e materna, denunciando esse cuidado rivalizado, em que um invalida o outro, sem possibilidades de compartilhar as funções:

“V (Valdir) comenta que AM (Ana Manuela) é muito paternalista, quer dar tudo na boca, fazer tudo por Alice. A terapeuta pergunta se ele quer dizer superprotetora e ele concorda, reafirmando as atitudes de AM que refletem o que ele chamou de paternalismo. A terapeuta

pergunta se ele não interfere nesta postura da mãe em superproteger Alice e ele diz que interfere, mas que ela tem um gênio muito forte, que quando quer fazer algo é difícil voltar atrás. Continua falando e menciona que a culpa é de AM que protege muito Alice.” (Falas do 2º Atendimento).

O ato falho de Valdir em chamar Ana de paternalista denuncia esta confusão dos papéis, revelando que a relação do casal está permeada de brigas, desencontros, hostilidades e culpabilizações:

“[...] AM (Ana Manuela) continua falando dos dois (ela e V) e fala que eles parecem ‘Tom e Jerry’, o gato e o rato do desenho animado, que vivem brigando, mas fala isso num tom de deboche, rindo e V fica mais sério, demonstrando mais incomodo com o assunto.” (Cena do 5º Atendimento).

Como ‘Tom e Jerry’, o casal perde a condição de estabelecer um cuidado compartilhado, conjunto, em que há a possibilidade das funções não serem invalidadas, mas acrescentadas, não havendo um único ‘sabedor’ de Alice, podendo haver questionamentos e possibilidades de construções.

“[...] Enquanto isso, AM e V continuam conversando e AM fala que eles não entram num acordo, V sorri e concorda. A terapeuta questiona esse desacordo entre os dois. AM fala que ela é que é teimosa, que V não gosta que ela faça (arrumar/aprontar) nada com Alice e ela continua fazendo. Diz que gosta de enfeitá-la, de passar perfume e colocar brinco e ele não gosta (fala rindo). V fala que Alice tem alergia ao perfume e acha que colocar brinco é fazer ela sofrer cedo. AM fala que quem tem alergia a perfume é ele e não Alice e que não dói para colocar brinco. AM fala rindo: Ele é quem tem alergia e fala que ela (Alice) não gosta!” (Falas do 5º Atendimento).

Percebemos, que Valdir, assim como Ana, também tem dificuldades em se diferenciar de sua filha. Contudo, na possibilidade de questionamento destes ‘saberes’, o casal rivaliza,

mantendo o relacionamento simbiótico.

Valdir é mais calado, silencioso, o que acaba despertando em Ana sentimentos de raiva e solidão. Apesar, de eles dizerem que vivem brigando, nas sessões o que aparece são sorrisos e pequenos desencontros nas falas, nada mais. Aliás, o sorriso é uma característica do casal. Eles estão sempre falando dos assuntos com a expressão do sorriso no rosto, independente do sentimento. Entretanto, eu não compreendo este comportamento como uma desafetação, mas como um deslocamento dos afetos, como uma atitude de camuflar ou não expressar de fato o que se está sentindo.

“[...] a terapeuta estava falando sobre Alice ter ‘algo a mais’ e pergunta para V (Valdir) como ele se sente. V fala que como ‘pai logicamente se sente feliz’. Fala que ela é normal.”
(Fala do 2º Atendimento).

Nesta fala de Valdir, compreendemos um pouco mais, sobre como é não poder dizer o que se sente. Há uma condição imposta de que ‘como pai’ não poderia sentir algo diferente por Alice, que não a felicidade. Mas percebemos que nesse estatuto do ‘como pai’, ele não se aproxima de fato da condição de Alice; não consegue, pois, dizer das suas angústias, temores, inevitavelmente sentidas ao nos aproximarmos da posição autística da criança.

Estes são os elementos que compõem o campo dos atendimentos de Alice, envolvendo toda a complexidade da dinâmica familiar, mais toda a posição subjetiva do autismo. Neste ponto, me pergunto: ‘como observadora’ o que me foi possível sentir e viver?

8.2.3 Campo de Afetação: tosse, desânimo e encantamento

Ao ocupar, pela primeira vez, a posição de observadora, senti vontade de não ser percebida pela família e a terapeuta, como se pudesse me manter em uma neutralidade ou na não participação. Dizia que gostaria de permanecer, nos atendimentos, como o vaso de

samambaia que havia na sala, um adorno, um enfeite, que pudesse não interferir no campo e permanecer sem sentir nenhum incômodo. Doce ilusão, mesmo estando em silêncio, Alice me olhava, os pais me olhavam, a terapeuta me olhava, e eu fui sentindo, cada vez mais, o que se passava no clima emocional das sessões, estando totalmente incluída no campo transferencial.

Minha participação afetiva foi construída ao longo dos atendimentos, com o grande auxílio das supervisões, momento em que fui compreendendo minhas sensações, sentimentos e pensamentos, ao estar com a família e a terapeuta.

Olhar para Alice e perceber as suas limitações foi algo difícil para os pais, mas também o foi para mim. No segundo atendimento, sou tomada por uma tosse que expressa a dimensão da minha afetação em relação ao clima de tensão e angústia formado no campo transferencial:

“[...] A terapeuta pergunta o que o pai acha que é esse comportamento, se referindo a indiferença de Alice ao chamado de outras pessoas. V (Valdir) fica um pouco sem jeito e fala que não sabe, ‘ora ele pensa uma coisa, ora pensa outra’. A terapeuta insiste e pergunta sobre o que ele pensa, então ele fala que pode ser algo normal, mas depois diz que pode não ser (como se às vezes ela fosse indiferente não por uma patologia, mas como uma brincadeira dela). A terapeuta continua fazendo perguntas sobre a indiferença levando V a pesar sobre a normalidade deste comportamento. V fala que às vezes pensa que ela pode ter algo diferente. Neste momento, V parece mudar o tom da sua voz para um tom mais triste, coça a cabeça. [...] A terapeuta questiona o nervosismo de Alice ao querer dormir, perguntando para V como ele fica quando está com sono. V concorda que é normal ficar nervoso quando se está com sono, mas ainda parece afirmar que Alice é nervosa. A terapeuta investiga este nervosismo, retomando a fala da outra sessão de que AM que era nervosa. A observadora estava tossindo cada vez mais, o que atrapalhou um pouco o relato deste período da sessão e também chamou a atenção de Alice, que olhava muito para ela. A

terapeuta percebe e pontua este fato para Alice dizendo: Você achou a Ludmilla, fica olhando para ela. Mas também só fica tossindo, né?! A observadora sai da sala devido à tosse. Alice não percebe a saída.” (Cenas do 2º Atendimento).

Nesta sessão, comparecem apenas o pai e Alice. Há um movimento crescente de tensão, pois a terapeuta persiste nas perguntas e falas que levam Valdir a entrar em contato com as limitações da criança e este, por sua vez, revela toda a sua resistência em sentir, pensar e falar sobre o assunto. Eu capto todo o seu desconforto, vou me incomodando, me angustiando; sem me dar conta do que seriam estes sentimentos, produzo uma tosse forte e constante, que me autoriza a sair da sala. Ao sair, bebo água e a tosse passa instantaneamente. Acredito que precisava sair para respirar, não estava conseguindo suportar toda a sensação formada no campo, só escrever já não era suficiente para me ajudar a aguentar a afetação. Mas, após este episódio, consigo voltar para o atendimento e permanecer sem tossir até o final.

Durante a supervisão, vou compreendendo que havia me aproximado afetivamente de Valdir e que, como para ele, também estava difícil, para mim, olhar Alice e me dar conta das suas limitações. Encontro na supervisão, espaço de continência para os meus medos e temores, podendo sentir a impotência, a fragilidade e a angústia de acompanhar um caso tão complexo como o de Alice.

No próximo atendimento, a afetação ainda persiste. Volto a tossir, mas consigo me acalmar e permanecer na sala:

“[...] A Terapeuta continua questionando a fala dos pais sobre os comportamentos de Alice e faz a afirmação de que ela está percebendo, por meio das perguntas, que Alice não mudou nada. Que ela não se desenvolveu, continua do mesmo jeito. Os pais concordam com a afirmação da Terapeuta e fazem um ar de tristeza. Neste momento a Observadora se sente desconfortável com um acesso de tosse, da mesma maneira da outra sessão. Mas por entender o motivo da tosse, permanece sentada, tentando se acalmar, a tosse vai passando e

junto o mal estar.” (Cena do 3º Atendimento).

Muitas vezes, o clima das sessões era pesado, monótono, despertando o cansaço e o desânimo. Esta é uma percepção que encontro nos meus relatos, mas também foi descrita por Marra (2005):

“Nesta sessão a observadora identifica-se com o desânimo da mãe, classificando a sessão, de monótona. Na verdade, essa posição circulava no campo transferencial, ora assumida por um ou por outro da conjunção.” (Marra, 2005, p. 115.)

Na dinâmica familiar de rivalidade e exclusão, sentimos no campo as posições de morte e vida; silêncio e palavra; no movimento contínuo de Alice em se ligar e desligar do mundo. Compreendo que a monotonia e desânimo são da ordem desta morte psíquica, deste movimento subjetivo de aniquilamento, correspondente ao movimento familiar de exclusão do outro e das barreiras autísticas como defesa na relação com o outro. Marra (2005) também nos dimensiona o campo transferencial como sendo desta ordem: “Incrível como não notei que alguém está sempre ocupando o lugar de desejo de matar o outro” (Marra, 2005, p. 104).

Imersa neste clima emocional, na posição de maior proximidade que a função de terapeuta demanda, Marra constata que onipotentemente ela se coloca como aquela que sabia que Alice precisaria de alguém que estivesse vivo, posicionando-se neste lugar de vida e seu reverso, de matar simbolicamente os pais, acreditando que neste movimento garantiria a sobrevivência da criança (Marra, 2005, p. 103).

Nas suas palavras:

“Senti-me muito gratificada com as possibilidades que se anunciavam gradativamente como, por exemplo, quando deu sua primeira gargalhada (8ª sessão). Mas como nem tudo são flores, a mãe de Alice havia me despertado certas dificuldades para lidar com ela, visto que negava o mundo infantil da filha, ligando-a a objetos inanimados. Isto me levou a ter dificuldades em certos momentos para perceber que a mãe também poderia desenvolver-se ao lado da filha. Já em meu próprio mundo de significantes, os quais remetiam o que provinha da mãe para o lugar do desvalor, criando situações de competição, conluio com o pai, como já demonstrado. Estando inseridas neste contexto em que assumia muitas vezes a posição de

juíza do caso, ficava assim confusa nas condições de observar melhor o que se passava no campo transferencial e atuava. Deixando o lado infantil não se sobrepor, e não ficar numa relação de ‘disputa com a mamãe’, observei que a mãe tentava já não mais se antecipar à filha, deixando entrever seu real desejo.” (Marra, 2005, p. 114).

Mas também, conforme Marra descreveu, foi possível rever esta posição de rivalidade e construir uma relação de cuidado compartilhado, na qual, muitas vezes, a terapeuta se esforçava para incluir Ana, validando o seu saber e ajudando-a a conhecer Alice:

“Alice engatinha na direção dos brinquedos, balança, faz sons de ‘brrr’ e olha a terapeuta. Terapeuta olha Alice e fala: Mamãe não dá conta de ajudar hoje?! (chamando AM para brincar com Alice). AM: Ela quer o balde! Terapeuta aproxima o balde da Alice e fala: Vou te ajudar porque a mamãe não ta dando conta hoje! [...] Alice vira o rosto e olha AM. Esta sorri e conversa sobre o palhaço. Alice bate a mão na mesa, faz sons de beijo e olha a terapeuta. Terapeuta: É a mamãe que está fazendo festa! Ainda dá, né Ana?! AM fala que vai brincar com ela até o dia (...). Não termina a frase, deixando subentendido que será até quando ela tiver condições. Terapeuta: Vocês estão arrumando um jeito de ficarem juntas! Mesmo com o bebê aí, tem lugar para Alice. No meio das pernas (referindo onde Alice está no momento), vão dando um jeito!” (Cenas do 12º Atendimento).

Pensando sobre o movimento transferencial da exclusão e rivalidade, analisei os meus relatos, buscando identificar se houve algum momento em que eu também ocupei esta posição no campo. Contudo, o que fui percebendo foi que eu e Rosimeire fomos construindo desde o início uma relação de cuidado compartilhado. Na condição de terapeuta, Rosimeire foi me incluindo no campo, compartilhando suas sensações e impressões, possibilitando minha participação afetiva e efetiva nas sessões. Assim, os lugares não eram estáticos, fixos. Havia a possibilidade de trânsito, não das funções, pois estas permaneceram demarcadas, mas dos olhares, da palavra:

“(A Observadora sentiu vontade de estar mais próxima do que estava ocorrendo no

atendimento e foi se sentar no chão, próxima a Terapeuta)” (Cena do 13º Atendimento). “[...] A terapeuta fala: Achou o ventilador! Olha Ludmilla ela achou o ventilador! Alice olha a observadora e olha para o teto. A Observadora pergunta para Alice se ela quer que ligue o ventilador, se ta calor. Levanta-se e vai ligá-lo. Alice olha bastante para o teto observando o ventilador rodar. Observadora volta para a cadeira e conversa com Alice sobre ela estar gostando do ventilador. Alice sorri para a Observadora” (Cena do 10º Atendimento).

Esta percepção sobre o meu relacionamento com a terapeuta, entra em consonância com a visão de Rosimeire, que na sua pesquisa escreve:

“Estar com Alice e sua família não era tarefa fácil, pelo contrário, era necessária a cada encontro forte dose de ânimo para não desistir. A vontade de não ir para a sala de atendimento alternava entre a terapeuta e a observadora. Na verdade, conversávamos, íamos para a supervisão para nos alimentarmos um pouco de confiança e continuar. Buscava apoio, em muitos momentos no olhar da observadora, querendo ter a sensação de não estar sozinha ali, naquele mundo desolador. Graças a esse outro corpo presente e esse ‘olhar companheiro’, continuava o corpo e a mente para Alice e sua família.” (Marra, 2005, p. 108).

Nesse sentido, considero que, por meio desta relação de cuidado conjunto, conseguimos oferecer à Alice e a seus pais, uma rede de sustentação afetiva, em que os processos de constituição subjetiva pudessem ocorrer. Conseguimos sobreviver ao clima mortificante, ao horror, às angústias causadas pela posição autística, e apostar, desejar e nos encantar com a menininha Alice, que foi se constituindo ao nosso olhar. Os pais, por sua vez, foram correspondendo cada vez mais ao trabalho, também desenvolvendo um vínculo afetivo comigo e com a terapeuta.

Em uma das sessões, em que foi conversado sobre não desistir de Alice, em um movimento contínuo de aposta da sua condição de se relacionar cada vez mais com as pessoas, os pais contam que eles ficam falando da terapeuta e da observadora, quando estão em casa, para que Alice, não se esquecesse de nós. Considero esta fala de extremo afeto e consideração pelo trabalho que estava sendo desenvolvido, expressando uma mudança

significativa na dinâmica familiar, que já não mais excluía e rivalizava, mas demonstrava condições de manter uma continuidade da presença mesmo na ausência, nos validando enquanto cuidadoras de Alice.

8.2.4 O nascimento do sujeito psíquico: Alice já não dobra as pernas

Compreendo que o trabalho analítico foi acontecendo nas possibilidades da posição subjetiva familiar, em um movimento oscilatório de investimento, desinvestimento; presença, ausência; ânimo, desânimo; morte, vida.

Nos primeiros atendimentos, Alice não segurava nenhum objeto, não engatinhava, permanecendo no local e na posição em que era colocada, cuspiam muito e apresentava estereotípias como: o balanceio com o corpo, a expressão de sorriso forçado e o cruzar dos dedos. Sua interação iniciou-se com o olhar, o sorriso e seus beijos molhados. Inicialmente, ela deixa o balanceio em alguns momentos e faz o contato rápido com o olhar, esboçando uma expressão de sorriso, diferente da estereotípias. Ela foi descobrindo ao mesmo tempo a terapeuta, que muito investiu e insistiu para se fazer notar por Alice; um boneco de plástico (João Bobo), demonstrando preferência por ele; como também, a minha presença, me olhando e sorrindo, algumas vezes.

“A terapeuta pede beijo para Alice, ela manda. A terapeuta fala beijo cuspidor, beijo diferente, eu sou diferente, mas mando beijo. A terapeuta tenta levantar Alice, ela olha para a observadora e sorri. Terapeuta comenta da força que teve que fazer para levantá-la e comenta que ela quer andar, falar... V pega Alice no colo, despede-se, pega a sacola e vai indo para a porta. A observadora levanta e percebe que Alice ficou com um semblante triste e menciona este fato. A terapeuta concorda e fala para V que ela não quer ir embora. V sorri e vai se dirigindo para a porta.” (Cenas do 2º Atendimento).

Também nos primeiros atendimentos compareceram às sessões pai e mãe. Neste primeiro tempo, Alice demonstrava afeto e interesse em seu pai, revelando uma forte barreira no relacionamento com Ana, não olhando para ela. Ao mesmo tempo, Valdir também se posicionava mais próximo de Alice, contribuindo para as brincadeiras e investimentos que a terapeuta se dispunha a fazer nas sessões. Ana, por sua vez, permanecia mais distante, se relacionando por meio da fala de quem diz para o outro como fazer com Alice.

“[...] AM (Ana Manuela) fala que Alice está escorregando por causa da meia calça que ela está usando. V (Valdir) tenta ajudá-la a ficar na posição, mas fala que ela não está conseguindo. A terapeuta sugere que a mude de posição. Neste momento, há comentários sobre a melhor posição para Alice, até que V a coloca sentada. V mostra o baldinho de brinquedo e coloca ele bem perto de Alice. Ela pega e vira o baldinho, segurando-o sem largar. A terapeuta fala que Alice está ouvindo V, que está se comunicando de uma forma diferente. A terapeuta também comenta que Alice não largou o balde, querendo apontar o progresso de Alice, que antes não segurava nenhum objeto. Alice larga o balde e segura uma ferramenta de brinquedo.” (Cena do 6º Atendimento).

Contudo, Valdir começa a dar aulas substitutas, o que o impede de comparecer aos atendimentos. Assim, começamos outro tempo do tratamento. Por meio da possibilidade de rever sua posição transferencial de rivalidade, a terapeuta consegue se aproximar afetivamente de Ana, incluindo e validando o seu saber. Isso abre espaço para as angústias maternas, trabalhando o enlace afetivo entre mãe e filha.

Neste período, Alice já olhava e sorria cada vez mais, segurava com uma mão alguns objetos e fazia movimentos importantíssimos de protesto como: cuspir o bico, dizendo sempre que não gostava dele e esticar as pernas, quando não queria sentar.

“AM pega Alice, levanta os seus bracinhos, brinca com Alice, tentando distraí-la. Em seguida, tenta colocá-la de joelhos no chão, mas Alice (pela primeira vez) faz birra, começa

a querer chorar e não dobra os joelhos, deixando bem claro que prefere ficar em pé. Após insistir um pouco AM desiste e a deixa em pé.” (Cena do 9º Atendimento).

Ana Manuela vai conseguindo se aproximar afetivamente de Alice, interagindo e brincando em algumas sessões, como também conseguindo, em alguns momentos, questionar suas certezas sobre o que Alice sentia e queria, abrindo pequenas brechas para Alice dizer de si.

“[...] AM chega mais próxima a Alice e coloca o boneco João Bobo na frente de Alice. Esta atitude de AM leva a terapeuta a perguntar sobre ela saber o que Alice estar querendo. AM fala que às vezes fica confusa, comenta sobre a possibilidade de misturar ou de não saber o que ela quer e no final comenta: Tô pirada! A terapeuta continua conversando com AM sobre ela saber ou não o que Alice está querendo e a convence que é realmente difícil e que ela não está pirada. Comenta com Alice: Tem horas que dá para entender tudo, a mamãe não está pirada.” (Cena do 14º Atendimento).

Eu e a terapeuta vivenciamos este tempo dos atendimentos com muito entusiasmo e euforia, conseguindo manter uma grande dose de ânimo, vida e desejos. Contudo, como procedimento burocrático do funcionamento institucional da Clínica de Psicologia, entramos de férias e ficamos um longo período (um pouco mais que um mês) sem nos encontrarmos com Alice.

O retorno deste período marca outro tempo. Ana havia dado a luz do bebê e Valdir é quem passa a comparecer. Surpreendemo-nos com Alice ao perceber que ela estava desenvolvendo vocalizes, dando os primeiros sinais da fala. Também, em alguns momentos, Alice dirigia-se aos brinquedos, inclinando o seu corpo e até engatinhando, experimentando os objetos com a boca. Em outros momentos, Alice segurou objetos com as duas mãos. No entanto, em meio a tanta novidade, Alice também se fechava no balanceio e não fazia contato visual.

“[...] Alice faz sons de ‘ai’, ‘ou’, ‘ô’, ‘oi’, ‘ú’, ‘uiu’, ‘dá’. V aproxima o balde da Alice e fala para ela pegar. Alice bate a mão no balde depois de alguns segundos. A terapeuta exclama: V ela pegou! Alice olha a terapeuta. Terapeuta: Estou falando com seu pai! Em seguida pega os fantoches. Alice olha a terapeuta e esbarra no balde. V pontua que desta vez foi sem querer. A terapeuta concorda.” (Cenas do 21º Atendimento).

Neste momento, Alice havia perdido o colo e a recém-conquistada relação afetiva com Ana, pois esta se encontrava bastante ocupada nos cuidados com o bebê. Valdir, vai-nos contando, como está difícil as tarefas de casa com a presença do bebê, dizendo que, às vezes, Alice é esquecida, por ser tão boazinha e não reivindicar a presença dos pais. Já o bebê, por sua vez, vai se desenvolvendo bem, chorando e reivindicando os cuidados parentais.

O tempo da pesquisa termina, e Rosimeire precisa finalizar os atendimentos. Combinamos que eu passaria à posição de terapeuta e outra estagiária me acompanharia como observadora. Entretanto, a família já vinha buscando outros espaços de tratamento para Alice e logo que Rosimeire deixa os atendimentos, a família opta por fazer a transição para outra instituição de cuidados à infância do município.

No último atendimento, com a presença de Rosimeire, comparece toda a família, inclusive o bebê. Alice permanece ligada grande parte da sessão, olha muitas vezes para a terapeuta e para observadora. Com seu irmão, Alice também olha para ele, aproxima a sua boca no rosto do bebê, no seu movimento de beijo. É conversado sobre a necessidade de um cuidado em longo prazo com Alice, que pai e mãe não podem desistir. Todos reconhecem os grandes avanços de Alice, tendo em vista, sua condição. Contudo, ao analisar meu relato, percebo que a tristeza e a saudade pela perda de alguém tão próximo não pode ser dita. Compreendo que foi algo dolorido, tanto para a família como para Rosimeire, que em vários momentos expressava o pesar de ter que finalizar o seu acompanhamento. Também percebo que eu fico na posição de sustentar o espaço de cuidado já construído, me fazendo uma

presença viva possível, frente à ausência deixada pela saída de Rosimeire. Assim, acompanho Valdir e Alice por mais três sessões e finalizo o trabalho com a passagem dos cuidados para o CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência - instituição que possui condição de oferecer cuidados multiprofissionais por longo prazo, em saúde mental infantil.

8.3 Considerações sobre os casos clínicos

A proposta de intervenção conjunta não se efetiva somente a partir da estruturação técnica, ou seja, apenas por meio da presença da dupla de terapeutas e o grupo familiar. Não basta ter duas pessoas ocupando as funções de terapeuta e observador; é necessário que a dupla desenvolva uma relação de cuidado compartilhado. Podemos dizer isso ao percebermos toda a trajetória dos dois casos clínicos analisados, nos quais cada dupla encontrou seu próprio processo para desenvolver este fazer em conjunto. Entretanto, também é necessário que esse processo de cuidado compartilhado se processe através da formação de uma rede de sustentação subjetiva e que inclua a dinâmica da família.

No primeiro caso, temos a evidência do efeito terapêutico, ao conseguir, por meio da flexibilidade dos lugares de terapeuta e terapeuta observadora, o desenvolvimento efetivo de um trabalho compartilhado. Foi a partir da construção de uma relação que permitia o trânsito das funções, que eu e Lívia conseguimos promover um movimento transferencial, cujo efeito foi primordial para proporcionar que Luis Gustavo e sua família encontrassem saídas subjetivantes para os seus conflitos. Na dinâmica familiar também temos o efeito da possibilidade da circulação do lugar de cuidado, o que possibilitou minimamente a criação do que denominamos de trabalho de equipe, tendo em vista as limitações e dificuldades afetivas do grupo familiar.

No caso de Alice, também percebo a relevância de ter desenvolvido este cuidado

compartilhado, mesmo mantendo-se as funções e os lugares, tanto para conseguirmos suportar as tensões do campo, como para criar uma rede de sustentação simbólica desejante articulada entre a dupla de terapeutas e a família, que sobrevivesse às sensações de morte, falência e vazio.

Assim, por meio dos casos podemos compreender que o trabalho conjunto passa pelo processo subjetivo da dupla de terapeutas de desenvolver, com o andamento dos atendimentos, dispositivos que configurem um cuidado compartilhado e que possam ser articulados com a dinâmica subjetiva de cada grupo familiar.

Analiso a importância deste ‘fazer conjunto’ à semelhança da relevância dos cuidados parentais. Para a constituição subjetiva de uma criança, é necessário que seu cuidador não se posicione como único detentor do saber sobre o filho; é importante que haja os encontros e desencontros de uma relação, mas, ao mesmo tempo, é fundamental que também haja uma rede de sustentação simbólica, que ofereça amparo subjetivo. A regra está em não ter que dar conta de cuidar sozinho, havendo possibilidades de inserções de outros.

Acredito que este seja um dos mais importantes efeitos terapêuticos desta proposta clínica: a criação das redes de sustentação subjetivantes. Entretanto, este também é um dos aspectos mais trabalhosos, pois o fazer em conjunto significa a construção afetiva de um relacionamento, e não há nada mais laborioso que os relacionamentos humanos.

Contudo, também por meio da análise dos dois casos, evidenciamos como é realmente possível intervir nesta configuração e caminhar com as crianças na via da constituição de sujeitos do próprio desejo. Tanto Luis Gustavo, como Alice, em suas condições subjetivas, conseguiram, durante o tratamento, assumir “a palavra” e “dizer de si”. Palavra aqui enquanto linguagem, como uma comunicação representacional do seu desejo. Alice vai dizendo de si por meio do olhar, dos sorrisos, do pegar objetos, esticar as pernas para não sentar, cuspir o bico, enfim, por expressões e comportamentos que revelam o esboço de seu desejo. E, por

sua vez, Luis vai dizendo de si por meio das brincadeiras, das birras, das suas falas e expressões. Confirmamos, por isso, que os Atendimentos Conjuntos seguem a Ética Psicanalítica; ética que prima pelo espaço de constituição do desejo em crianças de tenra idade.

Também foi possível perceber nos casos como a afetação se dá na sua extensão do corpo e da linguagem ao constatar que o campo formado nos atendimentos segue a complexidade do campo de afetação, trazendo as dimensões do corpo, afeto e linguagem, em um clima por vir ou pura tensão. Lidamos com as possibilidades de subjetivação a partir do encontro afetivo, partindo do trabalho na transferência, imersos nesse Campo/Atmosfera.

Por fim, podemos destacar que as intervenções se fazem possível a partir de um espaço terapêutico de “ir sentindo junto” com a família, na via do que Lebovici (2004) definiu como Empatia, “de ser em”, de “cossentimentos”, em uma clínica voltada para contenção/continente que possibilite a continuidade de existência. Retomando Maia (2003), possibilitando um campo que assegure o sentir-se em um uma “mesmice de ser”, o que confere condição para a continuidade do processo de subjetivação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim moro

“Assim moro em meu sonho:
como peixe no mar.
O que sou é o que vejo.
Vejo e sou meu olhar.

Água é o meu próprio corpo,
simplesmente mais denso.
E o meu corpo é minha alma,
e o que eu sinto é o que penso. [...]”

Cecília Meireles

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao encarnar o Método Psicanalítico, fazendo-o operar na proposta investigativa desta pesquisa, tenho a compreensão viva de uma experiência psicanalítica. A cada capítulo, pude pensar, refletir e me surpreender com as questões que me foram surgindo, experimentando a difícil arte de criar e articular sentidos.

Maria Emília L. Silva (1993), em entrevista com o psicanalista Fabio Herrmann sobre o Método Psicanalítico, questiona a aplicabilidade da psicanálise. Herrmann responde dizendo que o método se aplica a um conjunto de relações humanas, enfatizando que por ‘relação’ compreendemos tudo que tenha um sentido humano e não somente os relacionamentos interpessoais. Assim, Herrmann desenvolve a ideia de que aplicar o método psicanalítico é fazer brotar do estudo de algumas relações humanas as estruturas profundas que as determinam. Dessa forma, se consegue fazer explodir ou implodir o sistema consensual dessas relações; a forma como habitualmente as lemos, para que aquilo que está aí, oculto, brote. Esta é a proposta da Psicanálise, ou melhor, a Aventura Psicanalítica.

Os supervisores costumam usar uma expressão “fazer saber o saber vivido” para dizer que a construção do conhecimento naquele espaço se faz por meio de um “saber vivencial”. Este é o convite aos alunos que se dispõem a ‘estar juntos’, descobrindo e redescobrando esta prática. Este foi o convite aceito por mim, tempos atrás, e que hoje, ao final desta etapa, expressa-me a dimensão da importância de se desenvolver as “habilidades” necessárias para conseguir construir um saber vivencial. Esta não é uma tarefa fácil, nos exige ter a coragem de enfrentar uma série de sensações, sentimentos e pensamentos; permitindo o movimento de afetar e ser afetado; para, a partir do campo subjetivo, construir o conhecimento, o saber, a aprendizagem.

‘Fazer saber o saber vivido’ significa dizer em nome próprio, se apoderar do

conhecimento produzido pela experiência; significa tornar-se sujeito, Ser. E talvez essa tenha sido a parte mais difícil de todo este percurso e ao mesmo tempo a mais valiosa. Desenvolver a autoria deste trabalho, dizendo em meu nome e arriscando mostrar meus pensamentos, exige uma posição subjetiva conquistada a duras penas. Foi um longo processo de crescimento pessoal, no qual, com a autorização e o companheirismo de todos que participaram desta trajetória, mas em especial do professor João Luiz e da psicóloga Hέλvia, que construo o saber do meu saber vivido.

Foi uma longa caminhada, cujas etapas me ajudam a compreender o processo do meu desenvolvimento pessoal. Na graduação, experimentei os primeiros passos, estando ainda muito insegura, necessitando do olhar do outro que apostasse e me encorajasse a caminhar; permaneci mais na posição de observadora, acompanhando poucos atendimentos como terapeuta. Na especialização, experimento o retorno, com a possibilidade de vivenciar mais intensamente o lugar de terapeuta, conseguindo desenvolver recursos para dizer dos Atendimentos, descrevendo a técnica e articulando com a teoria. Agora, ao fim do mestrado, percebo que consigo dizer da complexidade deste serviço com maior propriedade, significando as minhas experiências, mas, principalmente, realizando questionamentos que impulsionaram o movimento de criação e articulação de sentidos; revelando que consigo, além de dizer em meu nome, me propor a pensar.

É notório o respeito e a admiração que tenho por esta prática. O quão significativa e marcante ela é na minha formação profissional. E é deste lugar construído no grupo, lugar de filha, enquanto filiada, de quem estive envolvida e participante, que me autorizo a propor outro nome aos Atendimentos Conjuntos. Um nome que lhe possa conferir a identidade psicanalítica: **Atendimento Psicanalítico Conjunto Pais-Crianças.**

Ao pensar sobre o nome, ponderei a possibilidade de colocar Intervenções no lugar de Atendimento, dando ênfase ao fato de as intervenções acontecerem a partir do campo

psicanalítico, de forma conjunta, revelando no nome a possibilidade de expressão da função terapêutica ser compartilhada. Contudo, compreendo que a palavra ‘conjunto’ não se restringe às funções do terapeuta e do terapeuta observador, ao contrário, ela abrange toda a dinâmica dos atendimentos, incluindo, além do trabalho conjunto da dupla de terapeutas, também o fazer em conjunto do grupo familiar e do grupo nas supervisões. Ela expressa, pois, toda a dinâmica desta clínica. Desta forma, opto por sugerir o termo ‘Atendimento’.

Refletindo um pouco mais sobre este processo de nomeação, vou percebendo que, com esta sugestão, digo da técnica, da teoria e do método que sustentam esta prática clínica, mas não digo da extensão do serviço. O Atendimento Psicanalítico Conjunto Pais-Crianças faz parte de um serviço organizado na Clínica de Psicologia da UFU. Atendem-se crianças pequenas em estado de sofrimento psíquico, articulado ao serviço municipal de saúde mental e ao programa de graduação do Instituto de Psicologia da UFU. Assim, percebo que este nome não diz da totalidade do serviço, sendo necessária realizar esta reflexão.

O nome já usado para dizer do serviço é: Psicanálise da primeira infância: intervenções conjuntas pais-crianças. Por meio dele está sendo dito que há um serviço em saúde mental e um grupo de estudos e pesquisas, relacionado a este serviço. Mas, como poderíamos repensar esta dualidade entre um serviço e uma proposta clínica?

O Atendimento Psicanalítico Conjunto Pais-Crianças pode ser realizado em outros âmbitos que não somente neste serviço ambulatorial específico, definindo-se como proposta técnica, teórica e metodológica de tratamento a primeira infância. Já o serviço organizado na Clínica de Psicologia, que utiliza como instrumento de intervenção clínica o modelo dos Atendimentos Psicanalítico Conjuntos Pais-Crianças, pode ser compreendido em uma maior extensão.

Trata-se de um serviço existente desde 2002 cuja proposta é oferecer tratamento em saúde mental às crianças de zero a três anos em estado de sofrimento agudo e grave. Realizar

também o estudo e pesquisas sobre este complexo campo de interfaces entre as questões da primeira infância, as configurações familiares e funcionamento parental, a prevenção em saúde mental infantil, enfim, um vasto campo de conhecimento difícil de ser circunscrito. E, ao estar inserido no programa de graduação do Instituto de Psicologia da UFU, possibilita, além da responsabilidade com a produção de conhecimento por meio das pesquisas, o compromisso com a formação clínica dos estagiários.

Pensando nesta abrangência do trabalho faço a sugestão do nome: **Serviço de Atendimento Psicanalítico Conjunto Pais-Crianças: pesquisa e intervenção em saúde mental na primeira infância.**

Estamos tratando de um vasto campo investigativo, que com certeza não se esgota neste trabalho. Assim, finalizo minha trajetória com o convite para que mais questões possam ser lançadas e investigadas, ampliando nossas possibilidades de compreensão e intervenção no campo da Psicanálise e da Primeira Infância.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, M. M. (2008). Transferências: transpondo novas fronteiras? Inquietações a partir da clínica psicanalítica dos estados primitivos da mente. Jornal de Psicanálise, 75 (41).

Barros, E. M. R. (1991). O conceito de transferência: uma síntese do ponto de vista kleiniano. In A. Slavutsky (Org.) Transferências (pp 125-150). São Paulo: Escuta.

Bernardes, G. C. Parentalidade e dinâmica transferencial no atendimento conjunto pais-crianças. (2008) 150f Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia no Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2008.

Bernardino, L. M. F. (2004). Estética e ética na clínica psicanalítica com bebês. In: C. M. Fernandes (org.). A ética na atenção do bebê: psicanálise, saúde e educação. (pp 79-88). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. In: M. Harris & E. Bick (org). Collected papers of Martha Harris and Esther Bick. London: The Rolland Rarris Education Trust.

Chaves, L. S. (2007). Atendimento Psicoterapêutico Conjunto Pais-Crianças em serviço ambulatorial: uma reflexão teórica, técnica e metodológica. Monografia de especialização em Clínica Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, MG. Brasil.

Crespin, G. (2004). A clínica precoce: o nascimento do humano. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Dolto, F. (2005). A causa das crianças. São Paulo, SP: Idéias & Letras.

Dutra, F. G. (2004). Qual é o bebê do psicanalista? In: R. O. Aragão (org.). O bebê, o corpo e a linguagem. (pp. 113-120). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fernandes, C. M. (2004). A clínica com o bebê e sua ética. In: C. M. Fernandes (org.). A ética na atenção do bebê: psicanálise, saúde e educação. (pp. 89-94). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Figueiredo, L. C. (2001). Modernidade, trauma e dissociação: a questão do sentido hoje. In: B. Bezerra Jr. & C. A. Plastino (org.) Corpo, afeto e linguagem: questão do sentido hoje. (pp. 219-243). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Freud, S. (1895). A psicoterapia da histeria. (Jayme Salomão trad.). Edição Standart Brasileira (vol. 2, pp. 39-57). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado 1895).

Freud, S. (1901). Fragmento da análise de um caso de histeria. (Jayme Salomão trad.). Edição Standart Brasileira (vol. 7, pp. 15-108). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado 1905).

Freud, S. (1912). A dinâmica da transferência. (Jayme Salomão trad.). Edição Standart Brasileira (vol. 12, pp. 109-111). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado 1912).

Freud, S. (1914). Recordar, Repetir e Elaborar. (Jayme Salomão trad.). Edição Standart Brasileira (vol. 12, pp. 137-160). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado 1914).

Freud, S. (1914a). Observações sobre o amor transferencial. (Jayme Salomão trad.). Edição Standart Brasileira (vol. 12, pp. 175-192). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).

Freud, S. (1922). Dois verbetes de enciclopédia. (Jayme Salomão trad.). Edição Standart Brasileira (vol. 18, pp. 251-276). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).

Herrmann, F. (2001). Introdução a teoria dos campos. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Herrmann, F. (2001a). Andaimes do real: o método da psicanálise. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Klein, M. (1952). As origens da transferência. In: M. K. A obra de Melanie Klein (vol 3, pp 48-56). Londres.

Landin, D. C. B. Psicanálise e saúde pública: cuidados básicos para os estados de sofrimento psíquico na primeira infância. (2008) 165f Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia no Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2008.

Lebovici, S. (2004). Diálogo Leticia Solis-Ponton e Sergue Lebovici. In: M. C. P. Silva (org.)

Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio (pp. 21-27). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Lebovici, S. Solis-Ponton, L. & Menendez, J. A. B.(2004). A árvore da vida ou a empatia metaforizaste, o enactment. In: M. C. P. Silva (org.) Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio (pp. 41-45). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Ledox, M. H. (1991). Introdução à Obra de Françoise Dolto. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.

Lowenkron, T. S. (2004). O objeto da investigação psicanalítica. In: F. Herrmann & T. S. Lowenkron (org.) Pesquisando com o Método Psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Maia. M. S. (2001). A questão do sentido na clínica psicanalítica. In: B. Bezerra Jr. & C. A. Plastino (org.) Corpo, afeto e linguagem: questão do sentido hoje. (pp. 263-284). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Maia. M. S. (2003). Extremos da Alma. Rio de Janeiro, RJ: Garamond.

Mannoni. M. (1999). A criança sua doença e os outros. São Paulo, SP: Via Lettera Editora e Livraria.

Marra, R. A. S. Atendimento psicoterapêutico conjunto pais-crianças em serviço ambulatorial. (2005) 198f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Psicologia no Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.

Mélega, M. P. (1998). Intervenções terapêuticas conjuntas pai-filhos. Jornal de estudos psicodinâmicos. São Paulo. 2.

Meireles, C. Mapa de anatomia: o olho. <http://www.revista.agulha.nom.br/ceciliameireles.html> (visitado em 17/09/10).

_____, C. Despedida. <http://www.casadobruzo.com.br/poesia/c/despedita.html> (visitado em 17/09/10).

_____, C. Ou isto ou aquilo. <http://www.casadobruzo.com.br/poesia/c/despedita.html> (visitado em 17/09/10).

_____, C. Herança. <http://www.casadobruzo.com.br/poesia/c/despedita.html> (visitado em 17/09/10).

_____, C. Timidez. <http://www.casadobruzo.com.br/poesia/c/despedita.html> (visitado em 17/09/10).

_____, C. Interlúdio. <http://www.casadobruzo.com.br/poesia/c/despedita.html> (visitado em 17/09/10).

_____, C. No mistério do Sem-Fim. <http://www.casadobruzo.com.br/poesia/c/despedita.html> (visitado em 17/09/10).

_____, C. Assim moro em meu sonho.

<http://www.casadobruxo.com.br/poesia/c/despedita.html> (visitado em 17/09/10).

Mezan, R. (1991). A transferência em Freud: apontamentos para um debate. In A. Slavutsky (Org.) Transferências (pp 47-78). São Paulo: Escuta.

Ogden, T. H. (1996) Os sujeitos da psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Palhares, M. C. A. (2008). Transferência e contratransferência: a clínica viva. Revista Brasileira de Psicanálise. 1 (42).

Paravidini, J. L. L. (2008). Fundamentos teóricos-metodológicos das intervenções conjuntas pais-crianças. In I. B. Güntert & C. G. Colas (Eds.). O olhar e a escuta para compreender a primeira infância (pp. 217-224). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Perfeito, H. C. C. S. Os impasses nas Funções Parentais: Da Clínica Psicanalítica do Precoce às Transformações Sócio-Histórico-Culturais. 2007. 216f Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia no Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2007.

Santos, B. S. (2006) Um discurso sobre as ciências. São Paulo: Cortez Editora.

Segal, H. (1982). A obra de Hanna Segal. Rio de Janeiro: Imago.

Sigal, A. M. (2001). Transformações na clínica psicanalítica: uma nova forma de abordar o trabalho com os pais. Psyché: revista de psicanálise, 5 (8).

Silva, M. E. L. (1993). Uma aventura: a tese psicanalítica (entrevista com Fabio Herrmann). In: F. Herrmann (org.). Formas de subjetivação. (pp. 133-157). Campinas: Papiros.

Slavutzy, A. (1991). Transferências. São Paulo: Escuta.

Solis-Ponton, L. (2004). A construção da parentalidade. In: M. C. P. Silva (org.) Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio (pp. 29-40). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Timi; M. S. R., Braga, L. R. M., Mariotto, R. M. M. (2004). Um bebê não existe sozinho: considerações sobre a clínica psicanalítica com bebês. Psicologia Argumento, 22 (36), 49-56.

Violante, M. L. V. (2000). Pesquisa em psicanálise. In: R. A. P. Filho, N. C. Junior & M. D. Rosa (org.). Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise. (pp. 109-117). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Zornig, S. A. J. (2004). Estética e ética na clínica psicanalítica com bebês. In: C. M. Fernandes (org.). A ética na atenção do bebê: psicanálise, saúde e educação. (pp. 73-78). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Zornig, S. A. J. (2008). A criança e o infantil em psicanálise. São Paulo: Escuta.

Zornig, S. A. J. (2008a). Transferência na clínica psicanalítica com crianças. Jornal de Psicanálise, 75 (41).

ANEXO A

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Nome: _____ Nasc.: _____ Data: _____

1 - NUNCA 2 - ÀS VEZES 3- SEMPRE

01 – DE ZERO AOS SEIS MESES	1	2	3
A- Até o terceiro mês			
1- Interage com a mãe, através do olhar, enquanto mama.			
2- Sorri diante dos rostos dos familiares.			
3- É responsivo à aproximação das pessoas, buscando-as com os olhos, movimentando os braços e pernas.			
4- Demonstra reconhecer as vozes do pai ou da mãe, através de balbucios, movimentos corporais e choramingos.			
B- Dos três aos seis meses			
5- Manifesta alegria diante das pessoas (movimentos de pernas, vocalizações).			
6- Manifesta reações diante de sua imagem no espelho, tentando pegá-la, tocando a si mesmo, apontando para a imagem.			
7- Vocaliza várias sílabas definidas.			
8- Percebe os objetos que estão próximos, tentando alcançá-los e tocá-los.			
9- Distingue os rostos familiares dos rostos estranhos.			
10- Faz uso de várias entonações de voz com a finalidade de comunicar-se.			
11- Já se senta com o apoio de um adulto.			
02 - DOS SEIS AOS NOVE MESES	1	2	3
1- Brinca de jogar os objetos no chão ou de esconde-esconde.			
2- Reconhece as expressões faciais de raiva, alegria e aprovação das pessoas que o rodeiam			
3- Solicita ser pego no colo, estendendo os braços ou inclinando seu corpo em direção ao corpo do adulto			
4- Faz imitações ou gestos simbólicos, como dar adeus.			
5- Busca consolo quando se machuca.			
6- Mastiga alimentos sólidos.			
7- Engatinha.			
8- Senta-se sozinho.			
03 - DOS QUINZE AOS DEZOITO MESES	1	2	3
1- Brinca de faz-de-conta com objetos.			
2- Compreende o que as outras pessoas querem lhe expressar.			
3- Chama pelas pessoas.			
4- Beija e abraça o pescoço de quem o segura no colo.			
5- Aponta com o dedo para as coisas que quer.			
6- Mantém-se concentrado nas suas brincadeiras por tempo prolongado			

7- Colabora na sua alimentação ajudando com a colher.			
8- Aceita diferentes tipos de alimentos.			
9- Desenvolve-se bem na fala			
10- Desenvolve-se bem no andar.			
04 - DOS VINTE E QUATRO MESES AOS TRINTA MESES	1	2	3
1- Sabe dizer não com a cabeça.			
2- Fala seu próprio nome.			
3- Constrói frases próprias com várias palavras.			
4- Utiliza os pronomes pessoais – eu, tu ou você.			
5- Fala enquanto brinca, repetindo cenas vistas ou vividas.			
6- Interessa-se por histórias infantis.			
7- É capaz de reproduzir, em parte, as histórias infantis que lhe são contadas.			
8- Compartilha seus brinquedos com outras crianças.			
9- Desenvolve-se bem em suas capacidades corporais através de movimentos como pular, correr, dançar, subir, descer.			
10- É capaz de ajudar em pequenas tarefas domésticas.			
11- Alimenta-se sozinho.			