



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO

ROSIMEIRE APARECIDA DA SILVA MARRA

**ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO
CONJUNTO PAIS-CRIANÇAS EM SERVIÇO
AMBULATORIAL**

**UBERLÂNDIA
2005**

ROSIMEIRE APARECIDA DA SILVA MARRA

**ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO
CONJUNTO PAIS-CRIANÇAS EM SERVIÇO
AMBULATORIAL**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE PSICOLOGIA

MESTRADO

PSICOLOGIA CLÍNICA

2005

ROSIMEIRE APARECIDA DA SILVA MARRA

**ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO
CONJUNTO PAIS-CRIANÇAS EM SERVIÇO
AMBULATORIAL**

Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do grau de mestre em
psicologia, área de concentração em
psicologia clínica. Orientador Profº Doutor
João Luiz Leitão Paravidini.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE PSICOLOGIA
MESTRADO
PSICOLOGIA CLÍNICA
2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE PSICOLOGIA
MESTRADO
PSICOLOGIA CLÍNICA

BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ORIENTADOR: Profº Doutor João Luis Leitão Paravidini

MEMBROS:

1. _____

Maria Cecília Pereira da Silva

2. _____

Maria Inês Baccarin

3. _____

Maria Jose Ribeiro

Curso de pós-graduação em Psicologia, área de concentração em Psicologia
Clínica da Universidade Federal de Uberlândia.

UBERLÂNDIA, 2005.

Aos grandes amores da minha vida:
Hugo e Julia;
Ao meu avô que me chamava de
Meroça;
Àqueles que me deram a vida: Gonçalo
e Sibonei;
Ao meu grande mestre e amigo João
Luis;
À minha companheira de jornada
Sandra Abadia;
À Rosa, Bianca, Adriana, Juní e
Wellington por seus amores.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pequenos pacientes e familiares por suas contribuições incomparáveis.

A Elayne, Dagnaldo, Wanicléria, Fernando, Marcos, Adilson, Claudia, Letícia, Laís, Bruna, Laura e Camila pelo amor que me fortalece.

A Viviana, Cristiane, Hélvia, Helga , Adriana, Claudia Lino, Joaquim, Claudia Pacheco, Sandra, Márcio, Zeza, Felipão e Regina Celsa pela força e carinho.

Àqueles que direta ou indiretamente ajudaram a fazer este trabalho: Ludmila, Isaura, Verônica, Marineide, Maria do Carmo, Susimar, Niltinho e Maria Clara.

SUMÁRIO

	RESUMO.....	vii
1.	INTRODUÇÃO.....	08
1.1	Percurso analítico.....	09
1.2	Teoria, método e técnica psicanalítica.....	15
1.3	Psicanálise infantil.....	26
1.4	Teorias e técnicas na psicanálise infantil.....	35
1.5	Modalidades de atendimento.....	44
1.6	O lugar dos pais na psicanálise infantil.....	47
1.7	Da observação da relação mãe-bebê às intervenções conjuntas pais-filhos.....	60
2.	OBJETIVOS.....	80
3.	ANÁLISE DOS CASOS CLINICOS.....	81
3.1.	Caso Alice.....	82
3.1.1	A mãe de Alice: primeiras vivências.....	84
3.1.2	O pai de Alice: primeiras considerações.....	88
3.1.3	O encontro através da aplicação da ficha de acompanhamento do desenvolvimento infantil – F.A.D.I.....	92
3.1.4	O tratamento de Alice e de seus Pais.....	97
3.2	Caso Sara.....	123
3.3	Caso Antônia.....	146
4	DISCUSSÃO DOS CASOS CLÍNICOS.....	168
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	184
6	SUMMARY.....	190
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	192
8	ANEXOS.....	198

RESUMO

Este trabalho foi realizado em uma clínica escola da Universidade Federal de Uberlândia, teve por objetivo efetuar a análise das ressonâncias produzidas em três grupos familiares de crianças que apresentavam quadros graves de adoecimento emocional, através da aplicação de intervenções psicoterápicas conjuntas pais-crianças, dentro de um serviço ambulatorial. Procurou-se discutir as diferentes concepções sobre a constituição do psiquismo e a formação da subjetividade na psicanálise, abordando o conjunto familiar a partir da articulação desejante entre pais-crianças. Através da discussão das diferentes modalidades de atendimento psicoterápico à criança, se buscou, também, analisar o lugar dos pais dentro das teorias e técnicas psicanalíticas. Esta pesquisa teve, como finalidade última a ser alcançada, a busca de meios de atendimento, dentro de um curto espaço de tempo, que auxiliassem na produção de relações afetivas parentais que se encontravam, nesses casos, estagnadas, precárias ou quase inexistentes. Para isso foram atendidos e analisados três casos com quadros de autismo, debilidade/deficiência mental e psicose infantil, numa modalidade de tratamento psicanalítico inspirada na técnica psicoterapêutica conjunta “pais-crianças”. Evidenciou-se assim que, a partir do conjunto de elementos aplicados, as figuras parentais principalmente, puderam se rearticular em seus mundos desejantes, o que possibilitou tomar a criança como sujeito do seu próprio desejo, promovendo um corte no circuito desejante materno e paterno, dando à mesma o direito de se constituir em sua subjetividade.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

*“Amigo é coisa pra se guardar
Do lado esquerdo do peito
Dentro do coração
Assim falava a canção...”*

Milton Nascimento

1.1. PERCURSO ANALÍTICO

Foi a partir de uma prática de 13 anos com crianças, sendo boa parte dela desenvolvida dentro de um ambulatório público, que questões me ocorreram e começaram a permear meu modo de pensar a prática com crianças.

No princípio do meu trabalho, pela minha formação basicamente Kleiniana, preocupava-me em apenas olhar para a criança e procurar tratá-la tão somente considerando sua dinâmica intrapsíquica. Confesso que, já no princípio, me questionava se aquela situação de tomar a criança em atendimento sem inclusão direta da família não seria propiciadora da falta de responsabilização por parte dos pais de suas participações na sintomatologia da criança. Isto porque, só agora me é claro, não conseguia considerar que uma criança viesse a ter complicações em sua formação psíquica apenas devido a questões constitucionais, tais como a intensidade da pulsão de morte e seus derivativos como inveja, sadismo, agressividade. Era-me de alguma forma visível à participação de um conjunto que não apenas fazia parte do mundo interno da criança, mas que também estava inserida e implicada em um conjunto maior, ou seja, sua família, seu ambiente. Sua constituição psíquica seria fruto dessas interações e não dado por aspectos apenas constitucionais, mas também relacionais. A partir dessas considerações e depois de um período de estudo e busca de melhores fundamentações para minha prática-clínica, passei a considerar mais de perto a participação da família na produção sintomatológica, sem com isso invalidar a existência de um mundo intrapsíquico que fosse, em certa medida, determinado por aspectos constitucionais. Minha tentativa era a de não desconsiderar o mundo intrapsíquico, mas também não deixar de considerar que a criança sofre as influências do mundo relacional em que se encontra e não só de seu mundo de objetos internos. Nesses anos, o trabalho clínico provocou-me reflexões críticas através das quais é possível reconhecer a importância de se fundamentar técnica e

metapsicologicamente a prática, principalmente com crianças portadoras de graves patologias emocionais.

Assim, considerando esse conjunto de elementos presentes na formação psíquica da criança, ou seja, que seu mundo emocional é resultante do intrapsíquico, do interpsíquico e por que não dizer do transgeracional, do intergeracional, que se optou pela utilização da técnica pais-criança, além do fator ambulatorial que delimita o espaço e o tempo de trabalho. Buscou-se assim uma ferramenta técnica que pudesse abarcar tanto o que é produzido a partir do mundo interno da criança, como também de seu entorno e que o psicoterapeuta pudesse ter acesso mais abrangente à problemática que não se restringe apenas à criança que nos é trazida como a causa-queixa. Dessa maneira, tentar viabilizar, no curto espaço de tempo ambulatorial, medidas que pudessem ter alcance maior e com maiores chances de progresso em seu quadro de dificuldades. Isto é o pressuposto utilizado por nós quando do uso da técnica conjunta pais-filhos: maiores possibilidades de ver e vivenciar junto às famílias suas dinâmicas intrínsecas que de outra maneira poderiam nos serem vetadas: pelo distanciamento em que nos encontraríamos.

Os assinalamentos sobre diferentes teorias evidenciam que a modalidade técnica depende da forma como se compreende a formação da subjetividade. Uma revisão teórica sobre os diferentes desenvolvimentos dessa questão será analisada no capítulo I. É importante considerar que, qualquer que seja ela, essa não esgota a complexidade do tema, não dando conta das exigências colocadas no cotidiano dessa prática-clínica.

Lembro-me de muitas famílias que procuraram o serviço, quase sempre encaminhadas por um médico-pediatra, neurologista, pela escola ou por alguma outra instituição solicitando um diagnóstico psicológico sobre o problema da criança.

Impressionante era a forma como a solicitação era feita, ou seja, quase sempre a família parecia não entender o porque da solicitação, com certo ar de estranheza diante da situação. Suas idéias normalmente se remetiam a pensar

tratar-se de questões orgânicas e, quando do encaminhamento para um profissional de saúde mental, surge o estranhamento e a sensação de nada saber, de estarem diante de um filho-desconhecido e estranho a eles.

Normalmente se tratam de crianças que já passaram por avaliações e que não foi possível fechar diagnóstico pela ausência de sinais que pudessem ser identificados por profissionais sem formação ou conhecimento específico que os capacitasse para tal gravidade dos sintomas.

Quase sempre são famílias que se apresentam imersas em um mundo, onde os aspectos emocionais e afetivos não são considerados, uma vez que o cotidiano, suas lutas e a própria formação da família coloca tais questões tão distantes, que não se dão conta delas. São normalmente famílias que conhecem bem o significado das patologias do corpo, oriundas do aspecto orgânico.

Assim, estamos diante de conjuntos familiares onde o sentido de mundo emocional, afetos, relações afetivas, sentimentos, é um terreno árido e ermo.

A inauguração de conversas sobre a possibilidade de remeter o sofrimento psíquico ao seu mundo de emoções e, portanto, de suas relações afetivas, é sempre permeada por momentos de grande tensão devido à inexistência de uma vinculação parental, familiar, a este outro mundo existente.

A minha prática clínica não só no serviço ambulatorial, mas também em consultório particular, remeteu-me a pensar intensamente não só na criança e seu adoecimento, mas também em suas famílias como co-partícipes desse sofrimento.

Indaguei-me com frequência sobre a qualidade desse sofrimento, seu entorno, sua significação, sua existência.

Estar diante de patologias graves nos coloca quase sempre frente a situações onde vivenciamos na pele sensações de grande impotência, devido à severidade da situação, como também do contexto no qual estamos inseridos. Quando estamos dentro de um serviço ambulatorial, diferentemente de um serviço realizado em consultório particular, essa angústia em muitos momentos é intensificada. Em primeiro lugar a contextualização ambulatorial determina as regras do jogo a ser iniciado, ou seja, teremos alguns jogadores em campo e

alguém que não está dentro deste campo, determina, a priori, a forma como o mesmo deverá transcorrer. Assim, temos o horário de início da partida, seu tempo de duração, os intervalos a serem respeitados e o horário final da partida, todos determinados por quem não está em campo, mas que com certeza encontra-se sujeito a outras regras.

Temos então as famílias e suas crianças adoecidas que buscam ajuda, temos a instituição com suas regras, as quais têm suas determinantes em um macro-contexto sócio-político-econômico e cultural, os profissionais com suas formações específicas e um campo a ser mais bem conhecido, que será produto destes elementos todos.

A característica da demanda, ou seja, crianças que sofrem de graves patologias de ordem emocional, nos remete a ter que pensar constantemente nosso arsenal não só teórico-técnico, mas também nossas condições de poder oferecer o atendimento que essas famílias requerem dentro das limitações contextuais nas quais nos encontramos imersos.

Não estamos lidando com casos onde as complicações ocorridas em termos do desenvolvimento psíquico possam ser removidas em curto espaço de tempo, nem tampouco revertidas por algumas entrevistas, devido a sua própria estruturação que se encontra tão cristalizada na maioria dos casos que procuram pelo serviço.

Normalmente trata-se de casos onde grandes dificuldades já se instalaram e que necessitam de atitudes e medidas cautelosas, para não provocarem mais estragos. É nesse panorama institucional que situo esta pesquisa, ou seja, situações em que o profissional de saúde mental, especificamente o psicólogo, precisa dispor de elementos, ferramentas úteis a este tipo de população dentro das regras que são previamente estabelecidas, sendo capaz de oferecer algum alívio a esses conjuntos familiares.

Normalmente, nossas formações psicanalíticas nos levam as atuações junto à população onde tentamos aplicar o modelo do consultório particular no serviço público, sendo grande a frustração quando os resultados obtidos quase

sempre são aquém do que esperávamos. Tentamos incutir na população ambulatorial nossa técnica de atendimento individual, com acompanhamento dos pais, mas logo o profissional atento percebe a inadequação de seu método de trabalho, ou melhor dizendo, a insuficiência de sua técnica de trabalho.

Sofremos pela não evolução do quadro sintomático, pela falta de participação e envolvimento da maioria das famílias, pelas faltas às sessões, pelo distanciamento e frieza com que muitas famílias nos tratam, como se o mal estivesse alojado em nossas figuras e não em suas relações afetivas. Há aqui uma reprodução do que é vivido pela criança em seu âmbito familiar. Somos assim arremessados a um mundo em que muitas vezes também nos parece estarmos adoecidos, enfraquecidos e necessitando de algo que nos sustente para não afundarmos e levarmos junto essas famílias que nos demandam.

Constantemente temos que rever nossas posturas técnicas, nossas ferramentas de trabalho, nossos aportes teóricos, nossas disponibilidades internas. Trabalhando no contexto ambulatorial-público e com esta demanda grave, fruto de um serviço que foi criado para abarcar crianças pequenas portadoras de grave sofrimento psíquico e que tivesse assim, além do caráter de intervenção, a possibilidade de intervir o mais precocemente possível, trabalhando a prevenção de futuras patologias que pudessem assim ter seu curso desviado. Para isso é que serviço foi criado¹.

O trabalho, então, consiste em receber crianças encaminhadas por outras instituições profissionais ou procura espontânea, que tenham algum indicativo de que algo não vai bem com elas e que necessitem serem avaliadas por um profissional de saúde mental. Assim, as questões iniciais que nortearam esse trabalho foram: que modalidades de serviço se podem oferecer a uma demanda tão específica, tão jovem, ou seja, crianças com grande porcentagem de dificuldades, inclusive motoras, ou que ainda não alcançaram independência física na função de locomoção; que tipos de modalidades intervencionistas seriam

capazes de produzir algum efeito de mudança nesse conjunto familiar; o que poderíamos oferecer a essas famílias em curto espaço de tempo, que pudesse provocar alguma ressonância propiciadora de mudança em seus elementos?

Foram tomando em consideração estes elementos em seu conjunto que a pesquisa ganhou corpo e seu desenho foi se constituindo.

Nesta contextualização, optamos por aplicar a técnica conjunta pais-criança proposta por Mélega, inspirada no modelo de observação da relação mãe-bebê de Esthér Bick sem, no entanto, nos prendermos à função indicada pela mesma o que será detalhado no capítulo-1. Essa técnica da psicanálise infantil inclui na sala de atendimento, no trabalho de psicoterapia, os pais da criança. O trabalho é realizado conjuntamente. Os pais participam do trabalho durante todas as sessões, do início ao fim do tratamento. Aqui, porém, não se trata de entrevistas diagnosticadas (como no modelo de Mélega acima citado), mas de sessões de atendimento psicoterápico.

Nas sessões de atendimento psicoterápico nenhum dos membros é privilegiado em detrimento de outro. O olhar do psicoterapeuta é dirigido para todos ao mesmo tempo. Ele busca observar o que acontece na interação entre os sujeitos, isto é, o que a fala, o gesto, o olhar, a atitude, a expressão, a manifestação corporal provoca no outro ou outros. O trabalho consiste em atender de forma conjunta a criança e os pais, desde as entrevistas iniciais até o final do período de tratamento. Dessa forma, os pais ou apenas um deles sempre está presente durante o atendimento, fazendo parte do conjunto. Também faz parte do cenário técnico a presença de uma aluna estagiária do curso de psicologia, habilitada para a função específica de escriba (aluna estagiária devidamente treinada para desempenhar a função de observar, sem necessariamente intervir). O papel da mesma consiste em registrar, através da escrita, todos os movimentos, falas, gestos, manifestações corporais que ocorrem durante as horas de atendimento.

¹ Serviço destinado a crianças de 0 a 4 anos na clínica escola da faculdade de Psicologia, em funcionamento desde o ano de 1992 que tem como objetivo a prevenção e intervenção em casos que apresentam sinais de

Toda a pesquisa é estruturada a partir das análises realizadas através das intervenções feitas pela psicoterapeuta, dentro desse *setting*, contexto e campo psicopatológico específico. Tais análises serão apresentadas no capítulo III.

1.2. TEORIA, MÉTODO E TÉCNICA PSICANALÍTICA

A psicanálise começou com pesquisas sobre histeria, mas, com o decorrer dos anos, estendeu-se muito além desse campo. Os estudos de Breuer e de Freud em 1895, são os primórdios da psicanálise. As primeiras tentativas psicanalíticas de tratamento foram feitas com o auxílio do hipnotismo. Posteriormente, este foi abandonado e o trabalho foi efetuado pelo método da ‘associação livre’, com o paciente em seu estado normal (vigília). Esta mudança impôs que se estabelecesse uma técnica para entender as idéias expressas pela pessoa que estava sendo investigada. Assim, houve a necessidade de uma técnica especial para compreensão dos conteúdos do paciente (interpretação). Compreendeu-se que as dissociações psíquicas apresentadas na histeria não eram originárias de uma ‘degeneração congênita hereditária’ como acreditava Janet e sim devido a conflito interno que conduziu à repressão do impulso subjacente sendo mantidas por resistências internas.

Embora teoria e metapsicologia habitualmente sejam entendidas como sendo sinônimas, estabelecem-se uma distinção entre elas. Teoria refere-se a um conjunto de idéias que objetivam explicar determinados fenômenos clínicos, que podem ou não ser comprovados pela experiência clínica. Metapsicologia (o prefixo grego “*meta*” quer dizer “*para além de*”) tem uma natureza transcendental, serve como ponto de partida para conjecturas imaginativas, as quais dificilmente poderão ser comprovadas na realidade (por exemplo: a pulsão de vida). Freud formulou claramente três pontos de vista que são característicos da

risco de grave adoecimento mental.

metapsicologia: o topográfico (consciente, pré-consciente, inconsciente), o dinâmico (id, ego e superego) e o econômico (quantidade de catexia libidinal).

Os trabalhos metapsicológicos de Freud não obedeceram a nenhuma sistemática ao longo de sua obra e por vezes contrapõem-se e aparecem espalhados e com sucessivas transformações.

Como grande investigador dos processos que regem o funcionamento mental, a importância dada à construção teórica de seus achados e em busca de técnicas que pudessem aliviar suas pacientes histéricas, tornou-se possível a Freud importantes descobertas relativas à sintomatologia psíquica.

Freud demonstrou que os sintomas patológicos em todos as neuroses, são na realidade, produtos finais de conflitos, que conduzem à repressão e à divisão da mente, redundando na dissociação psíquica.

De acordo com Freud (1913[1911]),

“Os sintomas são gerados por mecanismos diferentes:(a) seja como formações reativas das forças reprimidas, seja (b) como conciliações entre as forças repressoras e reprimidas, seja (c) como formações reativas e salvaguardas contra as forças reprimidas” (p.266-267).

A psicanálise pode comprovar através do curso de seu desenvolvimento , que não existe diferença fundamental, mas apenas de grau, entre a vida mental das pessoas normais, dos neuróticos e dos psicóticos. Assim uma pessoa normal passa pelas mesmas repressões e tem que lutar com as mesmas estruturas substitutas, sendo que a diferença é que ela lida com estes acontecimentos com menos dificuldade. Considerando a extensa aplicabilidade do método é que Freud (1913[1911]) faz a seguinte afirmação:

“O método psicanalítico de investigação pode, por conseguinte, ser aplicado igualmente à explanação dos fenômenos psíquicos normais e tornou possível descobrir o estreito relacionamento existente entre produtos psíquico patológicos e estruturas normais, tais como os sonhos, os pequenos erros da vida cotidiana, e fenômenos tão valiosos como chistes, mitos e obras da imaginação” (p.268).

Freud jamais deixou de integrar técnica (formulada como recomendações) com teoria; ao contrário, sempre procurou respaldar uma na outra, de modo a que pudessem se fertilizar reciprocamente. Assim, inúmeros artigos sobre a técnica, bem como outros que aludem indiretamente à técnica e a prática foram escritos por Freud, como por exemplo os casos clínicos. No artigo “*Sobre a psicoterapia*”, Freud fala da famosa metáfora que ele toma de Leonardo da Vinci, apontando a diferença entre a técnica analítica e a técnica sugestiva. Assim, Freud faz uma analogia entre a arte e a forma de tratamento dos transtornos emocionais, afirmando que esta última comporta duas concepções na aplicação prática. Segundo ele,

“(...) a técnica sugestiva busca operar ‘per via di porre’; não se importa com a origem, a força e o sentido dos sintomas patológicos, mas antes deposita algo – a sugestão – que ela espera ser forte o bastante para impedir a expressão da idéia patogênica. (...) funciona ‘per via di levare’ (...) A terapia analítica, em contrapartida, não pretende acrescentar nem introduzir nada de novo, mas antes tirar, trazer algo para fora, e para esse fim preocupa-se com a gênese dos sintomas patológicos, cuja eliminação é sua meta” (Freud, 1989, p.244).

Classicamente, são quatro as propostas de Freud para o tratamento: regra da livre associação de idéias, a da abstinência, a da neutralidade e a da atenção flutuante.

A regra da livre associação de idéias também é denominada de regra fundamental. Essa terminologia se deve ao fato de que não se considerava, naquela época, que o analista pudesse ter acesso ao inconsciente de outra maneira que não fosse por uma contínua verbalização.

Esta técnica foi alcançada por Freud em sua experiência, ao longo de muitos anos, após ter abandonado outros métodos que lhe ofereceram poucos resultados. Freud procurou deixar claro que a técnica que propunha era a única apropriada a sua individualidade, ressaltando que não negava que outros

analistas, com diferentes formações, poderiam adotar atitudes diferentes em relação a seus pacientes e à tarefa que se lhes apresentava.

Referente a técnica em seu artigo *“Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”* Freud a descreve:

“A técnica, contudo, é muito simples. Como se verá, ela rejeita o emprego de qualquer expediente especial (mesmo o de tomar notas). Consiste simplesmente em não dirigir o reparo para algo específico e em manter a mesma ‘atenção uniformemente suspensa’ (como a denominei) em face de tudo o que se escuta” (Freud, 1989, p. 149-150).

Esta regra de estar atento a tudo sem selecionar, é a contrapartida da exigência que se faz ao paciente de que comunique tudo o que lhe ocorre, sem crítica ou seleção. Freud define da seguinte maneira a regra imposta ao analista:

“Ele deve conter todas as influências conscientes da sua capacidade de prestar atenção e abandonar-se inteiramente à ‘memória inconsciente’. Ou para dizê-lo em termos puramente técnicos: Ele deve simplesmente escutar e não se preocupar se está se lembrando de alguma coisa” (Freud, 1989, p.150).

Segundo Freud , estas regras servem para colocar o analista em fazer uso de tudo que lhe é dito para fins de interpretação e identificar o material inconsciente que se encontra oculto:

“ele deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente. Deve ajustar-se ao paciente como um receptor telefônico se ajusta ao microfone transmissor” (Freud,1987, p.154).

Freud alerta quanto ao envolvimento afetivo entre paciente e analista no emprego do método, assinalando que isto dificulta a solução da transferência, criticando este tipo de técnica que para ele se aproxima do tratamento por sugestão e se afasta dos princípios psicanalíticos. Para ele, são os fenômenos da ‘resistência’, da ‘transferência’ e a ‘interpretação’ que compõe o tripé fundamental

da psicanálise e que permite a diferença entre ela e as demais formas de psicoterapia.

Utiliza uma metáfora para retratar qual deve ser a postura do analista no emprego do método: *“O médico deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não lhes mostrar nada, exceto o que lhe é mostrado”* (Freud, 1987, p. 156).

Podem ser destacados vários trabalhos de Freud relativos às recomendações para aqueles que quisessem empregar o método psicanalítico [por exemplo; Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise (1912)].

Apesar de todos os seus estudos sobre técnica, entretanto Freud jamais deixou de insistir que um domínio apropriado do assunto só poderia ser adquirido pela experiência clínica e não por livros. Experiência que Freud relacionava principalmente a análise do analista, constituindo a necessidade fundamental de todo psicanalista praticante.

Zimerman (1999, p. 291), assinala que a psicanálise transitou por três fases marcantes, que permanecem válidas e se entrelaçam. A primeira é denominada de ‘psicanálise pulsional’ (ênfase na pessoa do analisando, no embate entre suas pulsões e defesas). A segunda é chamada de ‘psicanálise objetal’ (atenção ao mundo das relações objetais do paciente, com suas fantasias, defesas e ansiedades). O terceiro período, o atual é denominado de ‘psicanálise vincular’ (o que importa não é tanto o que se passa no analista ou no analisando, mas nas diversas possibilidades de vínculos que possam se estabelecer a partir da interação entre ambos).

Dentro desta concepção atual do processo analítico Zimerman (1999), esclarece que a palavra ‘interpretação’ encontra-se totalmente coerente com sua definição:

“particularmente, creio que o termo ‘interpretação’ está bem adequado, desde que se leve em conta que o prefixo inter designa uma relação de vincularidade entre o analista e o analisando, o que é muito diferente daquela idéia clássica de que caberia ao paciente trazer o seu ‘material’ sob a forma de livre associação de idéias e,

ao psicanalista, a tarefa única de decodificar e traduzi-las para o analisando” (Zimmerman, 199, p.378).

Essa noção de ‘vincularidade’ implica em contínua interação entre analista e analisando, onde o analista deixa de ser somente aquele que observa, passando a ser também um participante ativo, sendo que as influências soam recíprocas no campo da análise.

Atualmente, o analista não é mais um decodificador dos conteúdos trazidos pelo analisando; a transferência não é mais entendida como uma simples repetição do passado, de modo que a interpretação também deve levar em conta outros fatores, inclusive a pessoa ‘real’ do analista. Assim, o campo da psicanálise atual concebida como vincular, vem sofrendo mudanças significativas, positivas, deixando de ser um campo de decodificação e transformando-se em um campo de construção. O ato interpretativo forma-se aquém e além das palavras, sendo que a grande riqueza deste ato, consiste, dentro deste paradigma atual (vincular), na possibilidade não mais de ‘conhecer sobre’, mas, sim, a de ‘promover no’ paciente ‘transformações’ em direção a um ‘vir a ser’.

Todas as construções e possíveis transformações a serem efetivadas, através da interpretação no campo da psicanálise, dar-se-ão mediante a transferência estabelecida entre analista e analisando. Desde Freud até a atualidade, o estabelecimento da transferência é considerado condição *‘sine qua non’* para o trabalho psicanalítico.

Historicamente, a transferência sofreu mudanças quanto à maneira de ser entendida pelo analista. O desejo de que a transferência pudesse ser estabelecida e que assim se pudesse trabalhá-la nem sempre ocorreu.

No início quando Freud e Breuer em 1893 (1897a), principiavam a psicanálise, ela era vista como obstáculo ao trabalho e somente no Posfácio ao Caso Dora é que Freud (1905), traz a idéia de que ela é um precioso aliado da análise. Trabalhá-la, para Breuer, foi tarefa impossível, o que configurou o abandono do caso ‘Anna O.’. Freud, no entanto, não sucumbiu diante dos fenômenos transferenciais e buscou desvendá-los, possibilitando o conhecimento

que temos hoje. Tudo começou com as histéricas, mas sabemos que não é fenômeno só do campo da histeria e sim de qualquer quadro psicopatológico ou de relações cotidianas.

Lidar com o transferido do paciente é tarefa árdua e exige consistência teórico-clínica do analista, pois ao serem reativados os processos mentais do paciente, algo também será despertado no analista, criando um campo de forças muito específico. Estarão em jogo tanto fenômenos psíquicos do paciente como do analista. A transferência é fenômeno que abre caminho ao inconsciente, mas que traz em seu âmago aspectos também de resistência ao desconhecido. Para Mezan, a transferência *“ela é fenômeno derivado do jogo de forças que organiza a sessão, forças que tendem à busca da representação reprimida e forças que se opõem a esta busca”*.

De acordo com Freud (1912), se a transferência não puder ser avaliada como algo que se presentifica na relação com a pessoa do analista mas que faz parte do seu passado vivido com as figuras parentais, a situação de análise estará ameaçada, podendo levar a atuações do analista, inclusive promovendo a sua interrupção. Ao longo de sua obra Freud muda o vértice da valoração da transferência: de obstáculo a auxiliar do trabalho analítico. Assim, a transferência tornou-se, a partir dos protótipos infantis, o fator estruturante do tratamento e uma aliada do analista.

Klein em 1946, ao introduzir o conceito de identificação projetiva, modifica e amplia a concepção de transferência até então vigente entre os psicanalistas. Com a definição do mecanismo de identificação projetiva, é descrito um processo através do qual a projeção de partes cindidas do self (que contém sentimentos e/ou até funções mentais) para dentro do objeto modifica sua identidade do ponto de vista da percepção de quem projetou. Ao projetar para dentro, 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 desenvolve seu processo mental.

A interpretação contínua e minuciosa desse processo de transferência como situação total, ou seja, incluindo elementos da vida mental do paciente que são comunicados de forma não-verbal, nos permite conhecer como os objetos internos e o sistema defensivo foram construídos.

Segundo a teoria kleiniana, o conceito de transferência tornou-se indissolúvelmente ligado à noção de contra transferência.

Birman-Pick (0000), sugere que é impossível acolher a experiência de um paciente, sem passarmos nós mesmos por uma experiência. Qualquer elemento proveniente de uma projeção do paciente, necessariamente interage com aspectos da personalidade do analista. Essa constatação implica na necessidade de se interessar pela questão da elaboração da contratransferência.

Para Barros (1991), na Psicanálise contemporânea o encontro analítico passou a ser observado e estudado como uma relação entre duas pessoas, sendo que a qualidade dessa interação independe de suas motivações conscientes. Esse encontro produz impacto emocional mútuo- um encontro dentro do qual ocorrem trocas de informações, isto é, comunicações em nível verbal e não-verbal, intencional ou não. Pode-se considerar que o trabalho do analista se assemelha ao trabalho do criptolinguista diante de uma língua estrangeira. Ele precisa descobrir uma gramática generativa (Barros,1991).Ampliando o conceito freudiano de transferência, Bion (1994), abre caminho para que se possa tomar a relação analítica como algo que pertence a um campo específico, com suas leis de funcionamento, e que deve ser vista como resultado da interação de duas pessoas. Ambos, analista e paciente, são considerados causa e, ao mesmo tempo, sofrem os efeitos deste campo.

O analista já não é mais visto como alguém que servirá apenas de espelho para as projeções do paciente, mas como alguém que reagirá conforme o que for reativado de seu mundo inconsciente.

Os conceitos de identificação projetiva e contratransferência vêm colaborar com a prática clínica na medida em que postulam que o analista não é o analista

que Freud desejava que existisse, ou seja, de uma neutralidade insuspeita, e sim de que algo pode e deve ser sentido pelo analista.

E importante para a compreensão da transferência e conseqüente interpretação que se possa que o analista conheça o 'campo' onde se encontra e as regras nele contidas. É sabido, que a transferência não é um fenômeno que se apresenta somente na situação analítica. Ela está presente em todos os relacionamentos. Entretanto, sua especificidade na situação analítica está na natureza da resposta do analista frente a questionamentos trazidos pelos pacientes. Fora da situação de análise, as pessoas vão responder a essas questões de uma maneira consciente, baseados na realidade concreta, objetiva, do mundo no qual estão inseridos. Na análise importará a realidade consciente e inconsciente, onde o sentido inconsciente da comunicação é buscado através da aplicação do método psicanalítico (a interpretação). Interpretação que só pode ser dada porque está contida em um campo, chamado 'campo psicanalítico'.

Segundo Baranger (1992):

“A interpretação psicanalítica, contrariamente às interpretações silvestres com que se pode brincar na vida cotidiana, não se produz ao acaso ou de modo pontual. Ela se inscreve em- e faz parte de- um contexto cujas coordenadas são dadas pela demanda do paciente, as expectativas do analista e o contrato que define a situação analítica.” (Baranger, 1992, p.574)

Campo quer dizer que existe uma estrutura e esta é produto de relações intersubjetivas.

Baranger (1992) em seu trabalho, *“A mente do analista: da escuta à interpretação”*, descreve que campo é diferente de falar de contratransferência juntamente de transferências e também diferente até mesmo de se falar de transferência-contratransferência como unidade. Ainda, segundo o autor, o campo é uma estrutura diferente da soma de seus componentes, como uma melodia é diferente da soma de suas notas. A vantagem de poder pensar os fenômenos em termos de campo está no fato de que a dinâmica da situação analítica se depara,

inevitavelmente, com muitos percalços sendo estes que resultam não só da resistência do paciente ou do analista, mas que manifestam a existência de algo que é específico dessa estrutura. O trabalho nesse caso, de acordo com o autor, utilize ele ou não o conceito de campo, muda de centro: um segundo olhar dirige-se ao mesmo tempo para o paciente e para si próprio funcionando como analista. Não se trata somente de se considerar as vivências contratransferenciais do analista, mas de reconhecer que tanto as manifestações transferenciais do paciente como a contratransferência do analista tem origem na mesma fonte: em uma 'fantasia inconsciente básica' que, como criação do campo, tem suas raízes no inconsciente de cada um dos participantes.

Essa fantasia inconsciente básica denominada por Baranger (1969), remete ao conceito kleiniano de fantasia inconsciente e ao que Bion (1962), fala de suposto básico e *"luta e fuga"* em seus trabalhos sobre grupos. Seria uma fantasia resultante que faz parte somente do campo psicanalítico e que não pertence a qualquer outra relação extracampo; não existindo em nenhum dos participantes fora dessa situação. Diante da hipótese da existência dessa fantasia no campo, é possível arriscar a dizer que tanto o sucesso, quanto o insucesso de um trabalho analítico repousa não *"sobre, mas entre sujeitos"*. A relação transferencial-contratransferencial é ativada e posta a trabalhar, mas a tônica dar-se-á, na intersecção entre a transferência e a contratransferência e será a partir disso que será possível verificar qual a fantasia inconsciente que estará presente no campo, possibilitando compreensão e conseqüente interpretação analítica.

A noção de campo faz parte do corpo conceitual da *"Teoria dos Campos"*. Para Herrmann (1993), o trabalho do analista se situa dentro do que ele denomina *"campo transferencial"*. Para ele, transferência é um campo de escrita. Faz a seguinte definição para campo transferencial:

"Campo transferencial numa aproximação é o que revela um homem diverso daquele cotidiano que entrou no consultório, um homem desconhecido de si mesmo, todavia profundamente verdadeiro. Nossa clínica é algo semelhante aos brinquedos infantis onde se cria

uma situação de ‘mentira’ para que a criança possa experimentar verdades de outra forma inatingíveis ainda : ser mãe, ser bandido, ser morto, nascer de novo, etc.” (Herrmann, 1993, p.23)

Esse homem diverso que surge, produto do campo transferencial, é o que ele denomina de *“homem psicanalítico”*; que revelará a verdade do cliente, a concatenação lógica de suas emoções, seu sentido desconhecido até então. Ele será criado e desfeito com a análise, tratando-se de uma criação transferencial, possibilitado pela operação do método psicanalítico (interpretação).

Ainda de acordo com Herrmann, o campo transferencial, na medida em que cria o homem psicanalítico, nosso objeto de conhecimento, nos dará informações sobre quem é o sujeito que estamos tratando; isto é, a psique do sujeito a partir do qual se cria e que o pode modificar e curar; enfim, que o campo transferencial proporciona uma teoria essencialmente clínica, dispensando-nos de construir hipóteses acerca do que é anterior ou exterior à sessão.

Dessa maneira, o que venha surgir de um sujeito que nos chega será possível compreender porque temos um método (método psicanalítico) e um campo (campo transferencial), onde algo novo, diferente, mas essencialmente humano estará habitando, por um tempo determinado, com ou sem divã, com a moldura possível (setting).

Herrmann (2001), afirma que:

“Campo significa uma zona de produção psíquica bem definida, responsável pela imposição das regras que organizam todas as relações que aí se dão; é uma parte do psiquismo em ação, tanto do psiquismo individual, como da psique social e da cultura. Assim sendo, e não havendo para o sujeito consciência possível do campo em que está, equivale ao inconsciente; o inconsciente freudiano é um campo, ou, a rigor, uma série de campos, interconectados teoricamente. Numa palavra: campo é uma generalização do conceito psicanalítico de inconsciente” (Herrmann, 2001, p.38).

Toda a construção teórica aqui efetivada é para evidenciar que em toda relação intersubjetiva, a transferência necessariamente se fará presente. No trabalho analista-paciente (adulto), conhecimento teórico, manejo técnico e operação metodológica são elementos imprescindíveis. No trabalho de psicanálise de crianças e de suas famílias, além dos fatores mencionados, faz-se necessária uma visão mais abrangente para dar conta de um campo que é formado por elementos da ordem do intrapsíquico, do interpsíquico e do transgeracional. Façamos uma breve caminhada pela história da psicanálise infantil.

1.3. PSICANÁLISE INFANTIL

Historicamente, a psicanálise com crianças teve seu primeiro intento realizado através de Freud em 1908 na análise do pequeno Hans, filho de um colega de profissão e que também havia sido paciente dele. A análise se deu através do pai de Hans seguindo orientações dadas por Freud, o qual teve apenas um único contato com a criança. Até então o que se sabia do mundo interno infantil era baseado em observações e escuta do mundo adulto através da análise de seus pacientes. O trabalho obteve êxito com o desaparecimento dos sintomas fóbicos de Hans, entretanto, nenhuma sistematização técnica foi elaborada, visto que, tratou-se na época de uma urgência a ser trabalhada para alívio dos sintomas de Hans e não a busca por uma forma de atendimento de crianças, na realidade de uma improvisação que em certa medida deu certo.

Foi possível neste momento Freud ver, ao vivo, todas as teorias sobre o desenvolvimento, sobre a sexualidade infantil, Édipo e assim por diante, que tinham sido inferidas da análise de adultos e que poderiam agora ser estudadas em “status nascendi”, fornecendo a confirmação direta das próprias teorias muito

relevantes para nós. Freud nos forneceu o primeiro modelo de análise de uma criança na medida em que abriu a possibilidade de se ter acesso à linguagem pré-verbal de uma criança (semelhante às associações livres), ao desenho, aos sonhos, às fantasias que lançariam as bases de uma técnica da psicanálise infantil. À medida que os aspectos conflitantes e os temores de Hans encontram explicitação e esclarecimento, chegou-se ao desaparecimento da fobia.

Nessa primeira tentativa de tratar uma criança por meios analíticos, ele contou com a colaboração do pai do menino. No citado artigo Freud (1909) afirma:

“... o próprio tratamento foi efetuado pelo pai da criança, sendo a ele que devo meus agradecimentos mais sinceros por permitir publicar suas observações acerca do caso (...). Ninguém mais poderia, em minha opinião, ter persuadido a criança a fazer quaisquer declarações como as dela; o conhecimento especial pelo qual ele foi capaz de interpretar as observações feitas por seu filho de cinco anos era indispensável; sem ele as dificuldades técnicas no caminho da aplicação da Psicanálise numa criança tão jovem como esta teriam sido incontornáveis. Só porque a autoridade de um pai e a de um médico se uniam numa só pessoa, e porque nela se combinava o carinho afetivo com o interesse científico, é que se pode neste único exemplo, aplicar o método em uma utilização para a qual ele próprio não se teria prestado, fossem as coisas diferentes” (Freud, 1909, p.15).

Assim temos o protótipo da futura sistematização técnica que adviria com outros estudiosos interessados.

Depois de Freud, a tentativa de analisar crianças foi levada adiante pela Doutora Hermine Hugh-Hellmuth (1910) que foi assassinada pelo sobrinho, (o qual ela havia atendido em análise quando pequeno) que não nos deixou nenhuma sistematização do seu modo de trabalhar por meio do jogo. Em 1921 ela publicou o artigo “A técnica da análise de crianças”, que na verdade parece restringir o atendimento de crianças a uma abordagem educativa.

A partir da década de vinte duas psicanalistas começam a atentar para a sistematização de um método de análise infantil com toda envergadura teórico-prática. São elas Anna Freud e Melanie Klein, cujas obras diferem acentuadamente.

Foram Anna Freud (1927) e Melanie Klein (1932) que publicaram os primeiros dois livros que iriam permitir a sistematização da análise de crianças.

Anna Freud valorizava o aspecto pedagógico na atuação do psicanalista. Acreditava que era necessário um período preparatório para a análise por não acreditar que poderia estabelecer com a criança uma relação puramente analítica, sendo necessário um período de treinamento anterior ao trabalho analítico propriamente dito. Valorizava a utilização do sonho, das fantasias diurnas e dos desenhos e limitava a utilização do jogo, não permitindo que aspectos agressivos pudessem emergir, considerando que tais impulsos agressivos deveriam ser corrigidos, educados para melhor desenvolvimento da criança. Seria necessária uma ação pedagógica constante do analista, por ter a criança um superego imaturo. Dessa forma ela se preocupava em saber do mundo externo da criança dando aos pais orientações, conjugando na pessoa do analista a função de educar e analisar. Posteriormente, Anna Freud abandona o período preparatório para a análise, introduzindo a criança diretamente na situação analítica. Colocava em primeiro plano o consciente e o ego da criança atribuindo importância primordial à situação externa e valorizando intensamente a realidade. Afirmava que as crianças não teriam a capacidade de transferência por não terem ainda desatado as suas ligações externas originais, não poderia, portanto, haver uma segunda edição enquanto a primeira não tivesse sido esgotada.

Anna Freud não acreditava que a criança poderia desenvolver a neurose de transferência. Em 1927, A. Freud, faz a seguinte orientação:

“Nas crianças, as tendências negativas dirigidas contra o analista, apesar de freqüentemente reveladoras em muitos aspectos, são essencialmente inconscientes e deve-se reduzi-las e debilitá-las o mais rápido possível. É, em sua relação positiva com o analista que

se realizará sempre um trabalho realmente valioso” (apud Ferro,1995).

Melanie Klein é que na realidade vai provocar uma revolução e uma formulação plena de um modelo de análise infantil. Klein torna plenamente possível uma efetiva análise infantil, livre de qualquer intenção pedagógica, ao introduzir o material de jogo e o brincar. Klein utilizou como fundamento para a técnica lúdica, a mesma maneira com que Freud ensinou para compreender os sonhos, concebendo o brincar como forma simbólica de expressão de desejos e fantasias e que, assim como nos sonhos, os símbolos deveriam ser analisados na relação com o todo.

Melanie Klein desenvolve a técnica da psicanálise infantil através do jogo, do brinquedo, do recorte, procurando preservar todos os princípios da Psicanálise de adultos, com a diferença que os meios técnicos empregados se adaptam às mentes das crianças. Critica qualquer intervenção educativa do analista e afirma que *“uma verdadeira situação analítica só pode ser produzida por meios analíticos.” (Melanie Klein: 1970, p.198).* Trabalha principalmente com o inconsciente, conferindo uma importância quase exclusiva aos processos internos e dedica-se à exploração da fantasmática infantil. Trata-se na verdade da análise infantil seguindo estritamente os princípios da análise de adultos. Para Klein importa o funcionamento do mundo interno e os fatos psíquicos que nele se passam. Toda vida psíquica aparece dominada pela atividade fantasmática, isto é pelo jogo das fantasias inconscientes e das defesas a elas conectadas. Para ela são importantes as angústias mais primitivas, ligadas à agressividade, ao instinto de morte, à destrutividade, ao sadismo, à voracidade e à inveja.

Diferentemente de Anna Freud, Melanie Klein considerava como factual a possibilidade de transferência da criança, definindo-a da seguinte maneira:

“Transferências são novas edições ou fac-símiles das tendências e fantasias despertadas e tornadas conscientes durante o processo de análise. Possuem, no entanto, uma peculiaridade característica de sua espécie: substituem uma pessoa anterior na pessoa do médico.

Em outros termos, conjuntos completos de experiências psicológicas são revividos, não como algo que pertence ao passado, mas que se aplica ao médico no presente momento.” (Melanie Klein: 1970, p.107).

O trabalho do analista é, neste modelo, o de trabalhar com o mundo fantasmático da criança que se presentifica na relação analítica, devendo-se interpretar também a transferência negativa considerando e atribuindo valor aos aspectos ligados ao sadismo e à destrutividade, mergulhando nos aspectos primitivos do psiquismo. A interpretação da transferência é referente à atualidade da relação.

Para Klein (1952), a transferência origina-se nos estágios mais primitivos do desenvolvimento e nas camadas mais profundas do inconsciente. Daí pensar no que é revivido na situação de análise como algo que pertence ao passado podendo ser reativado através da pessoa do analista e, se compreendido, levar o paciente ao crescimento e desenvolvimento psíquico. Deste modo, nosso campo de investigação cobre tudo aquilo que se situa entre a situação presente e as primeiras experiências:

“Na realidade, é impossível obter acesso às mais antigas emoções e relações objetais, a menos que se examine sua vicissitude à luz dos desenvolvimentos mais recentes. Somente através da ligação continua das experiências mais recentes com as mais anteriores e vice-versa- e isso significa um trabalho árduo e pacientemente explorando consistentemente sua atração recíproca é que o presente e o passado podem se aproximar na mente do paciente” (Melanie Klein, 1970, p.115).

As duas psicanalistas se tornam rivais no seio Sociedade Britânica de Psicanálise. Melanie Klein permanece ali de 1926 a 1960 e Anna Freud de 1938 até 1982, sendo que esta rivalidade propicia uma série de críticas de ambos os lados, levando também à formação de seguidores nos dois grupos antagônicos.

Contemporaneamente, Bion (1994) amplia alguns pressupostos teóricos de Melanie Klein sua antiga analista, que considerava que o que se produz na sessão é fruto da fantasmática do paciente na relação com o analista, Bion introduz o analista nesta relação como co-produtor do que emergirá. Para ele a relação analítica dar-se-á a partir da construção do par analítico, importando também o mundo interno do analista. Bion retrata a relação com o outro como condição básica para que uma criança se humanize e não permaneça em um estado selvagem de não-mente.

Segundo seu pensamento, o bebê necessita diretamente de suas primeiras relações objetais para se constituir como sujeito. Dessa maneira, ele enfatizou que toda análise é um processo de natureza “vincular” entre duas pessoas que vão enfrentar muitas angústias diante dessas verdades, e isso impõe que o analista possua o que Bion denomina como “condições necessárias mínimas”. Outras condições também são enumeradas por ele, tais como; o analista estar em permanente estado de “descobrimento”, capacidade de ser “contínente”, aliado a uma “função-alfa”, “capacidade negativa” (ou seja, uma condição de suportar dentro de si o não-saber), uma “capacidade de intuição”, “um estado de ‘paciência’ e de empatia”, a necessidade de que, na situação analítica a mente do analista não esteja saturada por desejo, memória e ânsia de compreensão imediata e por último, o reconhecimento de que o analista também é importante como “pessoa real” e que ele serve como um novo modelo de identificação para o analisando.

A função analítica em sua essência pode ser relacionada à função materna que também proporcionará para o paciente o desenvolvimento de aspectos de seu mundo interno a partir da relação estabelecida, possibilitando ou não seu desenvolvimento emocional.

Bion, faz a seguinte citação retratando o papel da mãe:

“Uma das condições que afetam a sobrevivência do bebê é a sua própria personalidade. Geralmente, é a mãe quem maneja a personalidade do bebê e outros elementos do meio. A comunicação entre a mãe e o bebê se dá predominantemente, por identificação

projetiva (conceito cunhado por Melanie Klein) onde descreve o fenômeno de descarga de sentimentos insuportáveis 'dentro' do outro (a mãe, no caso do filho, ou o terapeuta, na situação analítica). A condição para o desenvolvimento do aparelho psíquico do bebê dependerá da interação possível entre a identificação projetiva e a capacidade de 'reverie' da mãe (é o órgão receptor, da colheita de sensações que o bebê, através de seu consciente, experimenta em relação a si mesmo)" (Bion; 1994, p.134).

Sem uma relação com um outro que contenha angústias e ansiedades primitivas projetadas do bebê, a não integração psíquica inicial não evolui para a integração necessária ao desenvolvimento. É inovador na obra de Bion o valor dado à vida mental do analista durante a sessão. Ele reescreve a metapsicologia segundo modalidades que incluem, no campo da observação, a experiência do analista. Para ele é de extrema importância também se analisar como a mente do analista, o seu funcionamento e suas disfunções entram em campo. Em sua visão, vai estar presente nas sessões não só a vida mental do paciente, mas a do analista com todo o peso atual da sua vida mental. Cruzar-se-ão identificações projetivas que não mais são vistas como atitudes perturbadoras e evacuatórias do paciente em direção ao analista, visto serem consideradas como modalidades da mente humana para se comunicar, assim como no bebê.

Dentro desta vertente é necessário considerar a contínua interação entre analista e paciente, ao determinar todo e qualquer desenvolvimento e resultado de um percurso analítico.

No modelo bioniano, a relação de análise é pensada em termos de "par", Assim o que conta não é o quanto possa fazer o paciente ou o analista, mas os dois.

Também outros nomes vão surgindo no cenário da psicanálise infantil. Na França, em 1939, surge o nome de Françoise Dolto tendo em seus estudos certa influência dos primeiros ensinamentos de Lacan. Dolto lança as bases de um método psicanalítico para o tratamento de crianças centrado na escuta do

inconsciente, e inclui a posição parental no tratamento. No entanto, não pensa o campo da análise infantil como produtor de medidas educativas. Ela, em sua obra, deixa evidente o valor revelador dos fantasmas e do estudo das projeções fantasmáticas dos pais, remontando a até três gerações. Apesar da consideração dada ao contato e a escuta dos pais, ela marca bem a diferença entre a atuação do psicanalista e a dos pais ou educadores afirmando que:

“...estes últimos mantêm a realidade social da criança, e impõem. As crianças estabelecem, muito bem, (como os adultos em tratamento psicanalítico) a diferença entre o trabalho psicoterápico e a realidade das relações humanas na vida social” (Dolto e Násio, 1991, p.73).

Françoise Dolto pertence à segunda geração de psicanalistas franceses e é reconhecida, por muitos autores, pelo seu talento clínico.

Surge na terceira geração o nome de Maud Mannoni, sendo outro talento de destaque. Sua formação como psicanalista de crianças deve-se a Dolto, e a Lacan a elaboração teórica de sua experiência. Para ela o campo em que o analista opera

“...é o da linguagem (mesmo se a criança ainda não fala). O discurso que se processa engloba os pais, a criança, o analista: é um discurso coletivo que se constitui em torno do sintoma apresentado pela criança” (Mannoni, 1971, p.9).

Muitos outros psicanalistas foram fazendo acréscimos ao trabalho com crianças como Esthér Bick (1964) pelo desenvolvimento de um método psicanalítico de observação da relação mãe-bebê, que tem sido importante tanto para a pesquisa como para a formação psicanalítica e Francis Tustin (entre 1972 e 1990), pelos seus estudos com crianças autistas.

Dentro deste cenário, não poderia deixar de mencionar Donald W. Winnicott com sua riqueza conceitual e beleza humana, ao valorizar acentuatadamente a importância da presença da mãe para o bebê e também do papel do ambiente no desenvolvimento da função materna. O conceito de holding, a expressão mãe

suficientemente boa, a importância dada ao brincar em conexão com a realidade, deixam marcas da sensibilidade de Winnicott que grandemente enriqueceu e influenciou a psicanálise com crianças, por permitir a saída de um modelo intrapsíquico para um modelo relacional, abrindo possibilidades de novas formações de setting. Sua técnica do jogo do rabisco, as consultas terapêuticas por ele utilizadas lançam um novo vértice de possibilidades de ter a psicanálise um maior alcance social.

Winnicott quando se refere ao valor das consultas terapêuticas diz:

“Existe uma vasta demanda clínica por psicoterapia que não se acha relacionada de maneira alguma à oferta de psicanalistas e, portanto, se houver um tipo de caso que pode ser ajudado por uma ou três visitas a um psicanalista isso amplia imensamente o valor social do analista e ajuda a justificar sua necessidade de efetuar análise em plena escala, a fim de aprender seu ofício” (Winnicott, 1984, p. 25).

Anne Alvarez (1992) é outra grande psicanalista que tem sua importância atribuída pela valorização que dá às atitudes do psicoterapeuta diante da criança gravemente perturbada.

Também a importante psicanalista Argentina Arminda Aberastury, de quem dentre muitas de suas contribuições, temos o reconhecimento da importância do trabalho com os pais das crianças em atendimento. É uma das pioneiras nesta área.

Como se vê no cenário da psicanálise infantil encontram-se grandes pesquisadores. É claro que cada um busca sua fundamentação dentro de sua teoria formadora e/ou constitutiva. Cada um trazendo sua contribuição, o que só veio enriquecer ,incrementar a psicanálise com crianças. Entretanto, nenhuma construção teórica-técnica é capaz de abarcar a complexidade que a clínica infantil nos impõe. Lidamos continuamente com situações que nos coloca de frente com certas insuficiências, principalmente quando estamos no campo das patologias de grave adoecimento emocional. O arsenal teórico muitas vezes nos apazigua, nos dá condições para entender a dinâmica de cada psiquismo que se

nos apresenta, mas nem sempre nos traz o mesmo conforto quando temos que efetivar nossa prática. Acentua-se ainda mais esta dificuldade quando estamos inseridos em um contexto de serviço público-ambulatorial e diante de crianças com grave adoecimento psíquico. Todas as teorias como que tecendo uma colcha de tear nos permite ir elaborando compreensões acerca do sintoma e seu entorno: mas o fio que guiará a prática (técnica) a ser efetivada precisa ser buscado, desenhado, com cada criança e seu conjunto familiar.

Para melhor nos situarmos no cenário da psicanálise infantil, faz-se mister o conhecimento do que já se acha constituído e preconizado.

1.4. TEORIAS E TÉCNICAS NA PSICANÁLISE INFANTIL

No cenário da psicanálise com crianças temos diferentes modalidades de atendimento, desde o atendimento individual com a criança, até modelos em que a família é inserida no trabalho. Essas diferentes modalidades de atendimento são sustentadas por diferentes concepções sobre a constituição do psiquismo, da subjetividade e de seu entorno.

Neste cenário, temos o modelo inspirado em Anna Freud, Melanie Klein, Françoise Dolto, Maud Mannoni, Donald W. Winnicott, Lacan, Bion e outros, sendo os mencionados aqueles que são bastante utilizados por psicoterapeutas de crianças.

Observa-se que os alicerces em que se assentam os trabalhos psicanalíticos com crianças se polarizam em vertentes que vão desde a supra consideração ao mundo interno e suas decorrentes relações objetais, como em Klein, à valorização do pólo intersubjetivo, como em Lacan, ao papel do ambiente, como em Winnicott, à participação dos pais na formação sintomática, como em Dolto e Mannoni, até Bion que irá valorizar a importância da relação que irá se

estabelecer entre analista e paciente, sendo esta uma das determinantes do trabalho.

A teoria Kleiniana apresenta um aparelho psíquico constituído desde as origens. O inconsciente sobre o qual ela teoriza é formado por representações fantasmáticas que nada mais são que os representantes mentais dos instintos, marcados pelo inato. Trata-se de um inconsciente que traz consigo um EU incipiente, produto das primeiras identificações projetivas e introjetivas, articuladas por mecanismos de defesas (dissociação, projeção, negação, onipotência) frente à angústia que o bebê põe em funcionamento contra o medo de aniquilamento (Rosenberg, 1994).

Para Anna Freud o aparelho psíquico deve seu funcionamento entre a dinâmica que é estabelecida entre o id, ego e superego. A libido e a agressão estão em constante movimento. *“O ego da criança pequena tem a tarefa desenvolvimentista de dominar, por uma parte, a orientação no mundo externo e, por outra parte, os caóticos estados emocionais que existem dentro dele”* (Anna Freud, 1987, p.35).

Ela postulava que a tarefa do analista de crianças seria aumentar o controle do ego sobre os impulsos provenientes das exigências do id e que isto levaria também a uma ampliação da consciência da criança. Afirmava que a criança possuía um superego frágil, pouco desenvolvido e que cabia assim, quando a criança estivesse em processo analítico, a ‘educação’ de demandas provenientes desta instancia. Ainda acreditava na função educativa da análise de crianças, isto é, como procedimento que poderia evitar certos distúrbios no desenvolvimento infantil, conjugando a tarefa de educar e analisar em sua pessoa. Também mantinha contato com os pais a fim de orientá-los quanto à maneira de educar seu filho.

Winnicott no princípio de seus escritos ainda influenciado por Melanie Klein, propõe que todo bebê nasce num estado de *“não-integração”* (que não é a mesma coisa que desintegração e nem dissociação), na qual ele está numa condição de *“dependência absoluta”*, apesar da sua crença mágica em possuir uma *“absoluta*

independência”. Segundo Winnicott, o desenvolvimento normal desse período leva à aquisição de um esquema corporal integrado da criança. A mãe tem o papel de ajudar seu filho a sair deste estado de subjetividade total e provê-la com os elementos da realidade objetiva, de tal forma que a criança possa evocar aquilo que realmente está disponível. Nesse período Winnicott afirmava que todo bebê era dotado de uma carga genética portadora de certa dose de agressividade e que esta se volta muitas vezes contra ela mesma e que vem acompanhada da fantasia de ter danificado a mãe. Entretanto ele também enfatiza os aspectos da agressividade e a esperança que a criança tem de que sua mãe lhe compreenda, a ame e sobreviva a seus ataques.

Posteriormente, Winnicott define mais claramente o papel da mãe no desenvolvimento emocional do filho, descrevendo o estado que denominou de preocupação (ou devoção) materna primária (capacidade para atingir um estado de sensibilidade aumentada, quase uma ‘doença’ e recuperar-se dele). Desenvolve também a noção das funções na mãe de “ego auxiliar”, até que a criança consiga desenvolver as suas capacidades inatas de pensamento, integração, ou seja, como uma função de “holding” (colo) que sustente a criança tanto física como emocionalmente, a fim de garantir-lhe uma “continuidade existencial”.

Winnicott se aproxima sensivelmente das proposições de Bion por valorizar e sustentar a posição de que qualquer bebê necessita de um outro ser humano para a passagem de um estado de não – mente para estado de mente. Ratifica assim a importância que é dada ao ambiente e a esse outro(s) que permearão a formação psíquica do ser-bebê em estado de construção. Bion irá acentuar o papel desenvolvido pelo outro na constituição do psiquismo humano, por descrever e desenvolver a teoria sobre o pensar, que seria fruto da capacidade do bebê para uso das funções do ego em constante interação com o ambiente. Bion considera que a função de continente para o bebê será um dos elementos para desenvolver o pensar. Dessa forma, o ambiente é de suma importância ao lado de funções internas do bebê. Bion afirma a existência rudimentar de um

‘psiquismo fetal’, onde haveria uma interação com os estímulos e respostas fisiológicas providas da mãe gestante. Essas sensações primitivas somadas às experiências emocionais vivenciadas pelo feto vão ter influências na vida adulta. As sensações primitivas ficam impressas no ego sob a forma de representações, sendo que Bion descreve um tipo de angústia muito intensa que ele denomina de “terror sem nome”. Sua concepção original é de que há na vida psíquica desde o nascimento, a existência contínua de interação entre um ‘continente (a mãe como alguém que conteria as necessidades e angústias do bebê ‘- conteúdo’). Quando as necessidades básicas do bebê não são compreendidas e satisfeitas pela função materna, há um incremento da pulsão de morte e o ego ainda pouco desenvolvido tem dificuldades para lidar com essa carga, levando ao surgimento de fortes e insuportáveis angústias de ‘aniquilamento’. Para Bion, a forma com que a criança irá lidar com a frustração, que é inevitável e ao mesmo tempo indispensável para a estruturação do psiquismo infantil, dependerá tanto de seus aspectos constitucionais quanto da forma que seu ambiente lidou com uma determinada frustração.

Bion trabalha com o que ele denomina de ‘reverie’ materno considerado de fundamental importância para a relação mãe-bebê e faz a seguinte definição: *“A capacidade de ‘reverie’ da mãe é o órgão receptor da colheita de sensações que o bebê, através de seu consciente, experimenta em relação a si mesmo”* (Bion, 1994, p.134). Assim as falhas na condição de ‘reverie’ materno faz com que a criança além de não se sentir gratificada, ainda experimente forte angústia ao receber de volta o que projetara, acrescido das angústias da mãe. Para exemplificar esta situação utiliza o exemplo da criança que pode estar experimentando a sensação de estar morrendo;

“Dá-se um desenvolvimento normal se a relação entre o bebê e o seio permitir que o bebê projete, na mãe, a sensação, digamos, de ele estar morrendo e que o bebê reintrojete essa sensação, após a permanência no seio ter feito com que a mesma se torne suportável para sua psique. Se a projeção não for aceita pela mãe, o bebê

sente que se retirou da sensação dele, de estar morrendo o significado que esta possui. Consequentemente, reintrojeta não um medo de morrer, agora tolerável, mas um pavor indefinível, sem nome” (Bion, 1994, p.134).

Assim, para Bion, a relação a ser estabelecido pela criança na interação com seu primeiro objeto será determinante na sua constituição psíquica, sendo que falhas nesta função de reverie da mãe poderão acarretar danos futuros ao estado emocional do sujeito.

Lacan, por seu lado, aponta para o papel da mãe, como encarnação do outro, como aquela que veicula num primeiro tempo, junto ao bebê, a lei simbólica da cultura e que lhe fornece o primeiro espelho, através do qual ele ao mesmo tempo se aliena e se constitui. Lacan formula o chamado “*estádio do espelho*”, que se ordena a partir de uma experiência de identificação fundamental, durante a qual a criança faz a conquista da imagem do seu próprio corpo sentido, até então como alguma coisa dispersa. Inicialmente, tudo se passa como se a criança experimentasse uma confusão entre si e o outro, ou seja, a imagem de seu corpo é percebida como a de um ser real de quem ela procura se aproximar ou apreender. Segundo Lacan,

“É esta captação pela imago da forma humana (...) que, entre seis meses e dois anos e meio, domina toda a dialética do comportamento humano da criança em presença de um semelhante. Durante todo esse período, registraremos as reações emocionais e os testemunhos articulados de um transitivismo normal. A criança que bate diz ter sido batida, a que vê a outra cair, chora.” (Lacan, 1986, p.97).

No segundo momento desse processo identificatório, a criança é discretamente levada a descobrir que o outro do espelho não é um outro real, mas uma imagem. Seu comportamento indica agora que ela sabe diferenciar a imagem do outro da realidade do outro.

Um terceiro momento dialetiza as duas etapas anteriores. A criança não só está segura que o reflexo no espelho é uma imagem, mas que essa imagem é sua, reconhecendo-se através dessa imagem. Esses três momentos em consonância serão os responsáveis pela constituição do “eu” do *infans*.

Lacan identifica o momento do estágio do espelho como inaugural do Édipo. Ao sair dessa fase identificatória, a criança permanece numa relação de indistinção quase fusional com a mãe, suscitada pela posição particular que a criança mantém junto à mãe, buscando-se identificar com o que supõe ser o objeto do desejo da mãe. Esse é considerado por Lacan o primeiro tempo do Édipo, caracterizado pela tentativa da criança de “ser” o falo da mãe. Falo que não é sinônimo de pênis, mas sim que deve ser entendido como símbolo do poder, ou seja, é esse objeto susceptível de preencher a falta do outro (mãe).

O segundo momento do Édipo se caracteriza pela entrada em cena da castração paterna (aqui o conceito de castração não significa uma privação ou corte do pênis, mas, sim, é uma alusão à função do pai como o portador da lei que interdita e normatiza os limites da relação diádico-simbiótica da mãe com o filho). A aceitação dessa “lei do pai” permite a criança a entrada no registro simbólico, que corresponde ao chamado declínio do Édipo. Nesse momento a criança vê abalada a sua crença não só de que não pode se constituir enquanto objeto do desejo do outro (mãe), como também de que não possui tal objeto. Sua busca pelo falo o leva a reconhecer, dessa maneira, que um terceiro o possui (o pai).

Só resta a criança, num terceiro momento, se identificar, no caso dos meninos com o suposto possuidor desse falo (poder), ou nas meninas, com a suposta não ter, que pode lhe ensinar onde buscá-lo. Essa identificação é determinante da estrutura (neurótica, psicótica ou perversa) que gerenciara o desejo desse sujeito.

Para Lacan o que determina o sentido e gera as estruturas da mente é a linguagem. Assim, afirma que o inconsciente não é um lugar ou uma coisa. Ao mesmo tempo em que a linguagem é estruturante do inconsciente, esse também é estruturado como uma linguagem (igual à estrutura gramatical – metáfora e

metonímia – dos sonhos), embora primordialmente não esteja constituído por palavras, mas, sim, por imagens, como se fossem hieróglifos a serem decifrados.

Para Françoise Dolto o ser humano é, também, um ser de linguagem, que a fala humaniza e que o lactente, desde o nascimento, está pronto para receber a linguagem, necessitando de palavras desde a vida fetal. Segundo a formulação de Dolto, as palavras que recebemos doam o viver. As palavras são portadoras de presença, reconhecimento e sentido. As palavras ordenam, distinguem e presentificam o humanizado (LEDOUX,1990, p.30). A criança torna-se humana desde o nascimento através das vocalizações e da fala materna, que lhe são símbolos de reconhecimento. As palavras são assim para a criança uma forma de comunicação, de reconhecimento, instauram sentido e promovem desenvolvimento.

Para Ledoux :

“Esse outro primordial, a pessoa que presta cuidados maternos, é concebido como um verdadeiro marco, criador de raízes e quase detector da identidade do lactante, em processo de formação. É preciso que haja uma única pessoa que sirva de relação eletiva do bebê a fim de que ele possa centrar-se dentro de si mesmo, mas é também preciso que, desde o início, essa pessoa seja mediadora das demais” (Ledoux, 1990, p.35).

Para ela, o *infans* não consegue suportar a solidão. A falta de trocas autêntica e de um sentimento compartilhado, bem como a falta de palavras consoantes com as emoções experimentadas, (o *infans* precisa de elementos que façam sentido para um outro-), acarretam uma auto-simbolização da criança num código estranho e pessoal. Os elementos perceptivos mais próximos à criança são apoderados por esta, visto que a função simbólica está ali pronta para funcionar, ou seja, o bebê alimenta-se de elementos insensatos e não humanos (um barulho, o ruído de um carro, etc). Na falta da presença humana, as sensações não são simbolizáveis, ficando o sujeito alienado a elas, ou então, a

função simbólica liga essas crianças a um mundo cósmico, à natureza ou a alguns objetos.

Esse é o momento de constituição do duplo, esse outro em nós mesmos, que segundo Dolto,

“constrói-se desde a primeira infância segundo uma dialética do outro, em geral a mãe, nos olhos da qual a criança se mira como estando conforme ao que a mãe espera dela. Com efeito, a criança começa a desejar vendo o rosto da mãe. Para a criança, o duplo é o ‘eu-tu’. A princípio, o rosto do bebê é o rosto da mãe” (Dolto 1985, p. 188).

Assim como Dolto, Maud Mannoni coloca a ênfase da constituição do sujeito no campo da linguagem. Desta maneira, o sujeito depende do psiquismo materno, como fonte de significantes, para significar o vivido. À criança que não é dada a possibilidade de sentidos possíveis para experienciá-las, tem interdita a sua inclusão no registro da cultura.

A gênese do sujeito parte da própria situação de precariedade humana (no sentido biológico). Porém, ele não é efeito desta realidade externa sobre si mesmo. O exterior não está lá fora, mas no interior do sujeito, o outro (a mãe) está nele. Ou ainda, só existe exterioridade, ou sentimento de exterioridade, porque inicialmente o sujeito recebe em si mesmo essa antecipação ilusória de um ‘eu’ que, a partir de então, comandará toda sua relação com a exterioridade real.

Segundo Mannoni,

“a criança deve passar por conflitos que lhe são necessários. São conflitos identificatórios, e não conflitos com o ‘real’; e, seu mundo exterior é sentido pela criança como benévolo ou como hostil, sabemos que não se trata de uma situação biológica, ou animal, de luta pela vida, mas de uma situação ‘imaginária’, que deve pouco a pouco se ‘simbolizar’.” (Mannoni, 1983, p. 29).

Em suas relações com as figuras parentais, a criança deve evoluir de uma situação dual com a mãe, para uma ordem ternária, ou seja, estruturar o complexo

de Édipo, o qual não poderá se dar sem a sua entrada na ordem da linguagem (ordem dos significantes).

Observa-se, analisando as proposições pelos autores já citados que há convergências em alguns pontos de suas formulações teóricas. Não se pode falar apenas em diferenças, visto haver similaridades em alguns recortes de suas formulações . Em todos eles a atribuição dada ao papel do 'outro'-sujeito humanizante- na constituição do psiquismo, pode ser considerado como fundamental. Não há qualquer possibilidade de alguém se constituir sem essa interação de mundos. O mundo interno é passível de desenvolver-se desde que haja presença desse 'outro' que o invista libidinalmente e que lhe traga sensações de que é um ser desejado. O sujeito psíquico é assim resultante para todos eles da intersubjetividade dos componentes do cenário humano, mesmo que para algum deles o peso maior seja dado ao mundo intrapsíquico que ao interpulsivo. É nessa confluência de pensamentos sobre a psique que vemos que desde Freud até os autores mais recentes, não há qualquer possibilidade de pensarmos a 'humanidade' sem a presença física e emocional de um outro que dê ao bebê as impressões mínimas necessárias de que ele faz parte de um mundo que o deseja e, portanto, pode investi-lo e reinvesti-lo sempre que necessitar.

1.5. MODALIDADES DE ATENDIMENTO

De acordo com o pensamento de Anna Freud e tomando-se em consideração a forma como preconiza a análise com crianças, isto é, valorizando a situação externa e a realidade restringindo o campo de manifestação da criança durante o tratamento, o trabalho do psicoterapeuta terá uma característica onde conjuga a função de educar e analisar.

Se nos guiarmos pelos pressupostos de Melanie Klein, que confere uma importância quase que exclusiva aos processos internos, ao tratarmos a criança pela Psicanálise devemos, se necessário, encaminhar os pais a outro analista para entrevistas de orientação e ficarmos somente com a criança em atendimento.

Dentro dos pressupostos de Françoise Dolto e Maud Mannoni , que atribuem grande importância à construção fantasmática dos pais na formação do sintoma da criança, o trabalho do psicoterapeuta deverá ter espaços de escuta dos pais em entrevistas, sendo que o objetivo não será de orientá-los mas, ao contrário, de ajudá-los a redimensionar os problemas do filho e a se re-situarem em relação aos próprios problemas e à própria vida.

Winnicott, que atribui grande importância ao meio ambiente da criança e às relações que nele se desenvolvem, tem uma postura muito mais livre para circular entre a família de seus pacientes. A sua forma de intervenção psicoterapêutica depende do contexto no qual se achasse inserido, ou seja, se um hospital ou em sua clínica privada. O que é invariante, no entanto, em sua postura clínica, é o fato de trabalhar com os pais investigando, detalhando o surgimento do sintoma da criança, conversando com a mesma e também oferecendo orientações aos pais. Sua perspicácia clínica é tamanha que desenvolve o jogo dos rabiscos aplicado em suas consultas terapêuticas. A respeito das consultas terapêuticas Winnicott diz: *“a técnica para esse trabalho dificilmente pode ser chamada de técnica. não há casos iguais e há um intercâmbio muito mais livre entre o terapeuta e o paciente do que num tratamento psicanalítico puro”* (1967, p.45).

É preciso esclarecer que “consultas terapêuticas” não significam o mesmo que o jogo dos rabiscos. O jogo dos rabiscos é um meio que Winnicott utiliza como instrumento de se conseguir entrar em contato com a criança. O que acontece no jogo e em toda entrevista depende da utilização feita da experiência mútua, levando-se em consideração o desenvolvimento emocional da criança e o relacionamento desta com os fatores ambientais.

É possível verificar quando da utilização por Winnicott do jogo dos rabiscos, que são provocadas reações tanto nele quanto na criança que está sendo sua

parceira. Aquilo que parece a princípio sem caminho delineado, praticamente se deixando levar por moções inconscientes, vai ganhando forma e a dupla vai conhecendo muito mais do funcionamento mental daquele que está sendo submetido à avaliação. A impressão de estado de “cegueira inicial” vai ganhando luz e as motivações inconscientes que levaram a formação do sintoma em questão vão sendo trazidas à tona e passam a fazer parte da consciência, podendo ser ‘vivenciada’ ao mesmo tempo em que é nomeada pelo analista. É fantástica a forma como Winnicott consegue através do jogo dos rabiscos evidenciar não só para a criança ou adolescente investigado, como também para os pais, as formações inconscientes subjacentes à formação sintomática. O desenho é assim propiciador para o conjunto (o analista e a criança/adolescente-pais) do surgimento de fantasias, desejos, angústias e ansiedades que se assentam na base da formação dos sintomas. A surpresa normalmente é o elemento que mais se afigura nesse campo de entrevista/tratamento, visto que ao ser iniciado não se sabe o ‘desenho final’ e a que campos desconhecidos (inconscientes) poderá levar.

Winnicott recomenda a sua utilização em casos em que haja uma boa constituição ambiental.

Para ele, há uma categoria de casos em que essa espécie de entrevista psicoterapêutica deve ser evitada: *“Não diria que com uma criança muito doente não é possível se fazer um trabalho eficaz. Mas diria que, se a criança sai da consulta terapêutica e retorna para uma situação familiar ou social anormal, então não há provisão ambiental alguma da espécie necessária e que eu julgaria admissível”*(Winnicott 1955,p.16).

Bion traz fortes consequências para o cenário da psicanálise. Considera que a relação que se estabelece no *setting* analítico é fruto da interação entre o par analítico e não, como se pressupunha até então, como fruto apenas do mundo interno do paciente. É inovador na obra de Bion o valor dado à vida mental do analista durante a sessão.

Dentro da vertente Lacaniana, onde a formação da subjetividade advém inteiramente do campo do outro, o acento é posto no pólo intersubjetivo. O analista trabalha tecnicamente de forma diferente, visto que peso nenhum é colocado sobre o intrapsíquico, levando-o a considerar importante o trabalho com o adulto responsável. Dentro desta concepção metapsicológica, pouco ou nada resta para trabalhar com a criança, visto que sua saúde ou doença situa-se no desejo do outro.

Sob o enfoque de Lacan é necessário considerar a continua interação entre analista e paciente, determinar todo e qualquer desenvolvimento e resultado de um trabalho.

Tomando-se em consideração o que vem sido exposto, ou seja, a complexidade da clínica psicanalítica com crianças é necessário que repensemos nossas tarefas práticas, que nos obriga a grandes esforços no sentido de dar continuidade ao fazer clínico. Necessitamos continuamente incrementar nossa técnica e buscar novas vias de abordagem.

As atuações em instituições públicas e no serviço privado ao tratar de patologias mais graves, tais como autismo, psicose infantil, anorexia, bulimia e os chamados *boderlines* leva-nos a inventar e reinventar a clínica, para que nossa ferramenta de trabalho-o método psicanalítico- mantenha sua validade.

Nesse trabalho contínuo de buscar um meio de tratamento à criança em sofrimento psíquico dentro de uma instituição pública, que trouxesse bons resultados, é que chegamos à técnica conjunta pais-criança.

Mélega (1998) propõe a técnica de *“Intervenções Terapêuticas conjuntas pais-Filhos”*, como modalidade a ser aplicada com fins de avaliação diagnóstica. Esta abordagem psicológica inspira-se no modelo de observação da relação Mãe-Bebê, método Esthér Bick. Para Mélega, esta técnica é eficaz para diagnosticar com a participação de todo o grupo, as situações-problemas que motivaram a procura do especialista, promovendo a comunicação e compreensão entre seus membros. Antes porém, de nos aprofundarmos na técnica de Mélega, faz se necessário acompanhar os desenvolvimentos teóricos em relação a posição dos

pais nas diferentes teorias, visto que estas determinam por sua vez o *setting* e a técnica utilizada.

1.6. O LUGAR DOS PAIS NA PSICANÁLISE INFANTIL

No princípio da psicanálise infantil (Kleiniana), era normativo que os pais deveriam manter-se fora da sala de análise, ficando assim uma relação exclusiva entre a criança e o analista. Quaisquer encontros com eles, poderiam ser considerados como invasão do espaço de escuta da criança e poderia causar-lhe o surgimento de fantasias persecutórias o que poderia atrapalhar o curso do tratamento e contaminar a mente do analista, deixando em perigo a abstinência em relação a fatos externos da vida da criança. Naquela época Klein compreendia que as dificuldades ou sintomas das crianças era fruto de seu mundo fantasmático, movimento intrínseco à criança. O que dizia respeito aos pais era apenas o contrato a ser feito tais como honorários, dias das sessões, ficando assim os encontros com eles ou reduzidos ou dispensáveis. Não se trabalhava as transferências que eram estabelecidas entre analista e pais das crianças, por ser objeto de investigação a mente da criança em sua dimensão intrapsíquica.

À luz de novas teorizações, principalmente a partir de Bion, o campo da análise infantil e de adultos, passou a ser visto dentro de uma outra perspectiva. No campo da análise infantil, algumas evidências que até então não eram consideradas, ganharam grande importância para interessados nesta prática. Por exemplo, às fantasias, expectativas, dúvidas e incertezas, desconfianças, esperanças, angústias, receios que serão projetados sobre o psicoterapeuta através de movimentos transferenciais. Há uma diversidade de transferências que circundam o espaço clínico do tratamento e que não é só fruto de fantasias da criança, estando os pais presentes e não só como aqueles responsáveis pelos honorários.

Freud, já sugeriu que os pais fossem “incluídos” na situação de análise:

“As resistências internas contra as quais lutamos, no caso dos adultos são, na sua maior parte, substituídas, nas crianças, pelas dificuldades externas. Se os pais são aqueles que propriamente se constituem em veículos da resistência, o objetivo da análise- e a análise como tal - muitas vezes corre perigo. Daí se deduz que muitas vezes é necessária determinada dose de influência analítica junto aos pais.” (p.146)

O que vem a ser essa influência analítica? Orientação informativa, orientação pedagógica dos pais, psicanálise dos pais em relação à problemática do filho, psicanálise de cada um dos integrantes, terapia vincular, terapia familiar? Freud não explicita o que seria para ele o influxo analítico, mas deixa claro que há um nexos estrutural entre as resistências da criança em análise e as resistências dos pais. A experiência de Freud, já em 1909 com o caso de Hans, nos fornece o exemplo da influência que os pais têm sobre o funcionamento da análise de um filho.

Podemos entender esta ‘dose de influência analítica sobre os pais’ como a possibilidade que tem o analista de incluir dentro de sua leitura do campo analítico (de acordo com o conceito de Baranger) os nexos existentes e em dupla direção, entre a conflitiva intrasubjetiva do paciente e a relação intersubjetiva parental.

Objetiva-se desfazer a trama identificatória que se forma entre o mundo de desejos da criança e o mundo desejante dos pais, em que há certa trama de enganos e cumplicidades inconscientes.

Kancyper, sugere que o mesmo analista de crianças, também mantenha um contato maior com os pais:

“Indicaria que o mesmo analista que analisa o filho entreviste os pais, o número de sessões necessárias, com a finalidade de criar espaços mentais discriminados na economia libidinal dos pais, para função do analista de crianças e de adolescentes liberar os pais e o analisando do cativo narcisista em que ambas participam e padecem, através de entrevistas psicanalíticas com ambos os pais,

com ou sem a participação do filho, segundo a singularidade de cada caso” (Kancyper, 1994, p.160).

Esta abordagem psicoterapêutica visa à decifração das inibições, sintomas e angústias no exercício da maternidade e da paternidade. Articular o sintoma da criança dentro da dinâmica narcisista e edípica de cada um dos pais, do casal e da família leva-nos a uma visão mais abrangente sobre a dinâmica do caso aumentando as possibilidades da intervenção.

É importante também que se tenha em mente que a relação pais-criança é uma relação dialética sempre atuante e que não só os pais, com sua fantasmática inconsciente, entrarão na determinação da formação de sintomas mas há uma parte, não menos importante, de responsabilidade que é da criança e que se deve trabalhar, senão corre-se o risco de tratá-la como vítima dos pais desconsiderando sua individualidade e co-participação na determinação de seu sofrimento psíquico.

A presença dos pais no trabalho de psicanálise infantil tem como precursora Anna Freud, a partir do momento em que enfatizou que a criança não pode ser isolada das relações com as pessoas que a circundam. O psicoterapeuta concebe a subjetividade como resultante da relação do indivíduo com o mundo externo, não se limitando ao mundo intrapsíquico, olhando o ambiente no qual o paciente encontra-se inserido. Anna Freud assim nos diz:

“A tarefa dos pais consiste em ajudar o ego do filho a superar as resistências e os períodos de transferência negativa, sem por de lado a análise. O analista é importante se eles falharem nessa tarefa e, em vez de o ajudarem, colaborarem com as resistências da criança. Em períodos de transferência positiva, os pais agravam, freqüentemente, o conflito de lealdade entre o analista e o pai ou a mãe que surge, invariavelmente, na criança” (1987,p.48). Para ela, não é no ego do paciente mas na razão e compreensão dos pais que o tratamento terá seu início, sua continuidade e sua conclusão.

Para Anna Freud, o ego da criança terá um papel de suma importância em seu desenvolvimento. A autora trabalha com uma visão desenvolvimentista da

formação psíquica, ou seja, para ela o psiquismo é fruto de um jogo entre instancias psíquicas (id ego e superego) sendo que a resultante dependerá da força do ego para lidar cada vez mais com a tensão criada. Os pais, para a referida psicanalista, têm um papel importante nesta estruturação:

“o recém-nascido começa a vida não isento de leis mas com suas reações governadas por um dominante princípio interno, segundo o qual ele acolhe favoravelmente as experiências agradáveis, rejeita as desagradáveis e se esforça por reduzir a tensão”.

Anna Freud considera que:

“o bebê é incapaz de satisfazer as suas próprias necessidades mediante suas próprias ações, o princípio de prazer, apesar de ser uma lei interna alojada na própria criança, tem de ser implementado exteriormente pela mãe zelosa, que fornece ou nega satisfação. Por força dessa satisfação , ela se torna não só o primeiro objeto (anaclítico, supridor de necessidades) da criança, mas também o primeiro legislador externo” (1987, p. 150).

Se nos guiarmos pelos pensamentos de Anna Freud, que valoriza a situação externa e a realidade, quando tratamos a criança, precisamos entrevistar os pais para colher informações e se necessário orientá-los na educação dos filhos, ou seja, intervindo na realidade da vida em comum.

Para Melanie Klein, a questão dos pais não faz parte de seu foco de atenção, por considerar que a constituição do psiquismo infantil é produto da fantasmática inconsciente, resultante do jogo pulsional, a qual poderá ser incrementada por suas relações objetais. Limitava-se ao atendimento exclusivo da criança, sendo que em 1936, Klein faz recomendações bem específicas às mães sobre o comportamento que deveriam ter em relação ao oferecimento do bico de seio, ao desmame, a regularidade da amamentação, ao uso da chupeta, ao chupar do polegar, a masturbação, enfim sobre os cuidados que uma mãe deve ter sobre sua criança. E conclui:

“É evidente que um bom relacionamento humano entre a criança e sua mãe, na época em que os conflitos básicos se iniciam e são largamente elaborados é da mais alta importância. Devemos lembrar que no período crítico do desmame, a criança, por assim dizer, perde seu objeto ‘bom’, isto é, perde aquilo que ama. Qualquer coisa que torne menos dolorosa a perda de um objeto bom externo e diminua o medo de ser punido, ajudará a criança a preservar a convicção em seu bom objeto interno” (1936. p.43)

Se nos guiamos pelos pressupostos de Melanie Klein, que confere uma importância quase que exclusiva aos processos internos, ao tratarmos a criança pela Psicanálise, devemos, se necessário encaminhar os pais a outro analista para entrevista de orientação.

Sua postura em relação à família das crianças que atendia psicanaliticamente, era de excluir os pais quase totalmente da intimidade do tratamento das crianças, por considerar que os pais que importavam eram os pais da fantasia e não como objetos do real.

Já em Winnicott verifica-se uma tentativa de ampliar o campo da terapêutica psicanalítica. Não se dispondo a trabalhar sob regras rígidas, o autor tem uma abertura para o eventual atendimento dos pais no tratamento dos filhos, por considerar que a subjetividade é resultante da interação da criança com o meio ambiente. Winnicott procurava conciliar referencial teórico Kleiniano com uma postura freudiana que tinha como característica a ausência de uma rigidez técnica, devendo o analista deixar-se guiar pelo paciente. No manuscrito sobre o livro “Piggle” por exemplo lêem-se anotações que revelam a sua flexibilidade na busca de caminhos alternativos à forma de trabalhar com os pais. Suas anotações incluem frases tais como: “dividir o material com os pais- terapia de família não – estudo do caso não - psicanálise compartilhada”. Entretanto, não se tem relatos em que é possível encontrar mais claramente o desenvolvimento dessas idéias.

Winnicott preconiza a importância da relação da criança com a mãe na constituição da subjetividade de seu filho, do ambiente e das características de

personalidade da mãe. De fato, para Winnicott, o cuidado materno é parte indispensável para a saúde psíquica do bebê.

Encontram-se no referencial teórico-prático-clínico de Winnicott modalidades de atendimento denominadas “consultas terapêuticas”, onde os pais fazem parte do cenário de atendimento. Tais consultas tinham o caráter de entrevistas, constituindo-se não só como técnica de entrevista, mas também de tratamento, na medida em que conjuga na situação de entrevista possibilidades de resolução de sintomas devido ao meio empregado de se abordar o inconsciente. A diferença que pode ser ressaltada com relação ao atendimento clássico, diz respeito ao tempo de trabalho que é estipulado em poucos encontros, deixando que a família possa solicitar a marcação de novos horários assim que julgar necessário. Não há nesse tipo de modalidade de entrevista/atendimento tempo para elaboração a longo prazo de materiais que venham ser transferidos, o que se considera indispensável em uma análise classicamente efetivada. Trata-se muito mais de intervenções que visam o desaparecimento de sintomas ou a possibilidade de enunciação do sintoma, para que possa ser tratado em uma análise em longo prazo.

Winnicott utilizava dessa técnica fazendo uma ligação com o jogo dos rabiscos, desenhos produzidos em parceria terapeuta-criança. Este procedimento consistia em se começar um desenho e pedir ao paciente que o fosse completando à medida que se fala a respeito e se associam fatos, pensamentos e sentimentos, numa experiência que conduza a um clima de confiabilidade e onde se favoreça que experiências traumáticas possam emergir. O material obtido era apresentado no contexto das entrevistas terapêuticas aos pais, permitindo-lhes ter acesso ao conhecimento de seus filhos na atuação especial da consulta, o que seria mais real do que em relato do terapeuta.

Dentre os franceses importantes considerações são feitas a esse respeito, sendo que é possível observar, de modo geral, a preocupação com a eficácia da proposta clínica.

Para C. Athanassiou (1999) em seu texto *“As consultas com crianças pequenas autistas e psicóticas”*, o analista, a fim de que possa apreender em sua mente a situação das primeiras de modo global, deve saber que a dinâmica que se instala nesses momentos é essencialmente inconsciente. Deve o analista compreender que receberá de modo intenso o mal estar familiar. Para a eficácia de seu trabalho, deverá evitar cair em duas armadilhas: considerar apenas a patologia da criança, independentemente do investimento feito pelos pais e abandonar a própria organização intrapsíquica da criança considerando apenas o investimento parental. O referido autor trabalha dentro de um contexto particular onde permite assumir tanto a criança quanto os pais. Entretanto, o tratamento é centrado na criança.

“Nessa perspectiva, em geral, proponho aos pais que estabeleçam o seguinte quadro: a criança é recebida regularmente em um certo numero de sessões por semana, como em um análise clássica. Mas, além disso, proponho a cada um dos pais que venham individualmente com seu filho de modo regular, todavia menos restrito que o tratamento deste. Nesta sessão a criança não recebe seu material de jogo habitual, de modo que não considera no início que se trata de uma de suas sessões na qual seu genitor se intrometeria (...) O que é visto nessa sessão é retomado na sessão individual com o próprio genitor (...) Organizo essas entrevistas com cada genitor de maneira regular e espaçada e revejo os pais juntos para uma entrevista que reagrupa, em nível do casal, o que foi evocado em nível individual” (Athanassiou 1999, p.46).

Trabalhando nesta perspectiva em que se considera o conjunto familiar, R. Debray (1999), sugere estas consultas psicoterapêuticas com a tríade pai/mãe/bebê em casos com distúrbios somáticos, sejam das grandes funções como o sono e/ou a alimentação, sejam distúrbios mais especificamente somáticos como: eczema, asma, infecção otorrinolaringológica de repetição, distúrbios digestivos, etc.

S. Lebovici (1999), propõe a utilização de “*consultas psicoterápicas*” para o atendimento de crianças com quadros de distúrbios não estruturados (distúrbios do sono ou do adormecer, distúrbios do apetite, com ou sem vômitos, distúrbios psicossomáticos) e que tenham uma situação parental onde não haja ansiedade e/ou depressão expressiva e que não represente uma patologia grave. Essas consultas psicoterápicas são realizadas com o conjunto pai/mãe/bebê, onde o analista os entrevista ao mesmo tempo em que observa as reações emocionais do bebê. Busca estar, em um segundo momento, observando-os através de um espelho sem fundo para posteriormente conversar com os pais, para situá-los a respeito do que possa estar acontecendo no conjunto que esteja trazendo dificuldades que se manifestaram no bebê. Há uma flexibilidade por parte do analista em deixar que os pais o procurem quanto lhes convier, deixando a família livre para decidir o momento de uma posterior consulta e sua data.

Lebovici utiliza como aporte teórico de sustentação do trabalho de consultas psicoterápicas a teoria da transgeracionalidade. “*Apelamos, como se viu, ao estudo do destino da criança pela identificação de seu mandato transgeracional, o que permite a identificação de seu genograma que preferimos intitular sua ‘árvore de vida’*” (Lebovici, 1999, p. 70). Esse conceito de transgeracionalidade será discutido no capítulo II.

O autor ressalta que essa técnica pode ser utilizada em outras faixas etárias, mas revela sua clareza em um bebê nos braços de sua mãe, ainda que os efeitos possam ser percebidos nos tratamentos psicanalíticos e nas psicoterapias que inspira.

Se nos valermos dos pensamentos de Françoise Dolto e Maud Mannoni, que incluem a posição parental no tratamento da criança, precisamos muitas vezes escutar os pais em entrevistas com o objetivo não de orientá-los mas, ao contrário, de ajudá-los a redimensionar os problemas do filho e a se re-situarem em relação aos próprios problemas.

Quanto à Arminda Aberastury, embora baseie seu trabalho na teoria kleiniana inicialmente, acredita que alguma medida deva ser empreendida para ajudar os pais a lidarem com seus filhos.

No primeiro momento procura orientar os pais com conselhos, mas chega à conclusão de que esses conselhos têm eficácia transitória. Em um segundo momento, porém, passa a indicar às mães a participação em grupos denominados por ela de *“grupos de orientação”*, sendo que, na verdade e pelos seus escritos, trata-se de um grupo terapêutico, já que esta se recusa a dar conselhos e orientações. Trabalha o manejo de fantasias inconscientes dos pais, ou seja, nos grupos de mães, exercita a técnica psicanalítica. Vê-se assim a nítida demarcação que é feita por Aberastury em relação à técnica kleiniana ao considerar de importância fundamental a atenção a ser dada aos pais das crianças em atendimento.

Para Sigal (2001), a postura adotada por Aberastury tinha como objetivo funcionar como continente para os pais, visando a continuidade do tratamento:

“Sua inquietação decorria das dificuldades que estes impunham ao andamento da terapia, e suas intervenções junto aos pais tinham como objetivo escutá-los para impedir que invadissem o espaço analítico”.

Quanto à abordagem que Aberastury instituiu, ou seja, a da orientação, abandonou-a por perceber; que tem o risco de criar na mãe uma relação de extrema dependência, deixando-a frustrada por se sentir insegura em sua atuação sem se reportar à analista, o que, por sua vez, a faz sentir-se perseguida pela terapeuta (Aberastury, 1962, p.231).

A partir daí, reconheceu a importância do trabalho com grupo de mães nos quais fosse possível interpretar e usar a transferência bem como analisar os conflitos ao invés de dar conselhos. Este trabalho era realizado fora do espaço de tratamento da criança e se compunha de mães que tinham filhos em tratamento e o terapeuta não era necessariamente, o analista deles. Trabalhava-se com as implicações de se ocupar o lugar de mães que tinham problemáticas em comum.

É possível recortar na teoria freudiana momentos em que Freud parece antever dificuldades que adviriam para aqueles que fossem trabalhar com crianças. Em 1920, no texto *“Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina”*, um dos poucos em que faz referência direta ao trabalho com crianças, diz o seguinte:

“às vezes são os pais que demandam a cura de um filho que se mostra nervoso e rebelde. Para eles uma criança sadia é uma criança que não cria dificuldades e só provê satisfações. Quando o médico consegue o restabelecimento da criança, depois da cura esta segue seus próprios caminhos, mais decididamente que antes, e os pais ficam mais descontentes” (Freud, 1920, p. 144).

Comungando desta assertiva de Freud, isto é, se os pais não se modificarem dificilmente teremos a cura e haverá o fracasso do trabalho, é que Sigal, afirma:

“Se os pais não se modificam, verão a cura como fracasso. Portanto, nesse caso, sua inclusão é imprescindível, visando que acompanhem e compartilhem mudanças na criança e que, por sua vez, se modifiquem. Incluídos no contexto da análise, os pais se oferecem na transferência e recriam-se no encontro- fantasia primitivas sobre estes pais atuais que são, e não os originários” (Sigal, 2001, p.158).

Outra psicanalista brilhante em sua forma de conceber a psicanálise com crianças no Brasil e particularmente a forma como concebe o sintoma da criança, é Alicia Beatriz Dorado de Lisondo. Com sua sensibilidade e perspicácia analítica e como grande investigadora, considera que o diagnóstico de qualquer criança que apresente algum tipo de sofrimento não pode ser realizado sem a presença dos pais. Nos relembra que esta postura já fazia parte de valiosos trabalhos da escola francesa também mencionados neste trabalho e que é Luis Kancyper 1994, no primeiro Congresso Latino-americano de psicanálise de Crianças e Adolescentes ilumina o campo da psicanálise de crianças incluindo também os pais. Para a

referida autora os pais são considerados como fazendo parte do campo da análise infantil, sendo que suas presenças, não podem ser negadas. É preciso que o analista se aproxime tanto quanto possível da realidade psíquica experimentada pelos pais nesta fase diagnóstica e em fases posteriores que requeiram uma maior aproximação. Lisondo enfatiza:

“É preciso uma sólida postura analítica e não pedagógica para saber com que estado mental dos pais estamos falando naquele momento para modular o timing e a dor para ser tolerada, com paciência, humildade, delicadeza artística para conquistar a confiança portal da esperança e para encontrar a nossa interpretação tendo em conta que os pais são pacientes, mas não os nossos pacientes” (Alicia Lisondo, 19, p. 5).

Alerta-nos para que ao invés de tratarmos os pais como obstáculos para o processo analítico e colocá-los no banco dos réus, devemos ter uma postura mais criativa e buscar sensibilizá-los para estar no trabalho ajudando no desenvolvimento de seu filho e simultaneamente desenvolvendo a maternidade e paternidade. Dentro da sua concepção do trabalho com crianças e adolescentes, o dogmatismo, a rigidez e purismo arrogante que muitos analistas utilizam colocando fora de contato os pais e o analista do filho tem servido apenas para negligenciar a realidade da clínica. Para ela, é nosso trabalho criar um envolvimento, um compromisso com o desenvolvimento da criança e que para alcançar tal objetivo deve o analista fazer quantas entrevistas de diagnóstico com os pais quando julgar necessárias, *“o timing psíquico não obedece ao tempo cronológico” (Lisondo, p. 13).*

Para Prizskulni, a psicanálise francesa inspirada em Lacan fornece suporte considerável sobre a questão do lugar dos pais no tratamento da criança. Dentro da perspectiva de inspiração lacaniana, quando se está diante de pais que procuram ajuda para seu filho também se está diante da problemática de cada um deles *“Pais e filho constroem uma história cujo enredo os enreda inevitavelmente” (Prizskulnik, 1995).*

Para Lacan,

“... o que constitui o fundo de todo drama humano (...) é o fato de haver liames, nós, pactos estabelecidos. Os seres humanos já estão ligados entre si por compromissos que determinaram o lugar deles, o nome deles, a essência deles...”
(Lacan, 1985, p.248)

Estando de acordo com esta formulação Prizskulnik, afirma:

“é precisamente a constatação dos liames e dos pactos estabelecidos entre os pais e o filho que impõe a questão de escutar os pais em entrevistas durante a análise da criança. Se os pais estão implicados no sintoma do filho precisamos, também, ajudá-los a começar um certo questionamento de suas dificuldades. As entrevistas com os pais podem ser esporádicas e o objetivo delas não é em hipótese nenhuma de orientá-los ou fazer sua psicoterapia”
(Prizskulnik, 1995, p.99).

Ressalta que o pedido de ajuda dos pais , muitas vezes, pode ser indício de que algo em suas próprias vidas necessita de entendimento e que o analista deve ouvi-los e ter uma escuta acurada para determinar qual o seu sentido. Reforça que o analista deve ter cuidado no entendimento desta escuta,

“pois não raramente se verifica que os pedidos freqüentes para falar do filho, na realidade tratam-se de uma solicitação de análise para os pais. É preciso que se tenha cautela ao indicar uma análise para os pais, para que esta não seja justificada usando-se a problemática do filho”.

Mannoni, em concordância com este ponto de vista afirma que:

“Se dissermos a um adulto, ‘precisa de uma análise por causa de seu filho’, caminhamos no sentido de uma perversão da relação pais-filhos. Se a criança deve aprender a viver por sua própria conta, acontece o mesmo com os pais que têm de assumir a sua vida e a sua análise em seu próprio nome” (Mannoni, 1977, p.127).

Ana Maria Sigal (2001), propõe-nos que se trabalhe na intersecção dos campos desejante entre pais e filhos. Adota esta forma de abordagem para não cair na postura exclusivista de atender ou só a criança como em Klein ou só os pais como proposto em um trabalho de Durval Chechinato (s/d). Desta maneira, a autora fundamentada em sua considerável experiência psicanalítica tem a seguinte opinião:

“a proposta é que os pais circulem, se necessários no espaço analítico da criança. Os pais são convocados para serem interpretados aí, no ponto exato de intersecção em que seu desejo aprisiona a criança em uma sintomatologia que se cristaliza, impedindo-a de realizar os movimentos necessários para encontrar seu próprio desejo” (Durval Chechinato, s/d, p. 161).

Trabalhar a criança e os pais dentro do espaço analítico da criança, se viabiliza para que o analista possa interpretar a dificuldade que se apresenta na relação. Esclarece ainda que a postura técnica a ser adotada dependerá da singularidade de cada caso, sendo que algumas situações exigem longas intervenções junto aos pais antes que se veja a criança, ao passo que em outras é indicado que se comece o trabalho com a criança, sem convocar os pais.

Parece claro que qualquer conduta clínica a ser adotada deverá estar embasada em pressupostos teóricos. O campo da psicanálise infantil já possui certa estruturação teórica e técnica. No entanto, novas práticas se fazem necessárias na contemporaneidade devido à presença de quadros psicopatológicos cada vez mais circulantes em nosso meio e que não ficam mais asilados como outrora. Recuperar práticas que nos foram oferecidas acrescidas de novas investigações podem resultar em novas perspectivas positivas.

É importante destacar o nome de Esthér Bick e o legado que nos deixou do método de conhecimento da psique sobre a observação dos bebês. Trata-se a observação da relação de poderoso instrumento na formação do psicanalista, técnica para avaliação e de método de tratamento quando aliado à interpretação/intervenção.

1.7. DA OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ ÀS INTERVENÇÕES CONJUNTAS PAIS-FILHOS

A prática de observação de bebês foi incluída por Esthér Bick, em 1948, como parte do curso para psicoterapeuta de crianças na Clínica Tavistock, em Londres (Harrys,1987). Em 1960 foi incorporada ao plano de estudos no Instituto de Psicanálise de Londres como parte do primeiro ano de formação analítica do candidato, dos seminários e supervisões (Sanches,1989).

No Brasil, a Observação da Relação Mãe-Bebê, passou a ser em alguns cursos de formação psicanalítica, parte obrigatória da Formação Analítica de Crianças e em outros ainda é oferecida como disciplina optativa. Em São Paulo, existe o Centro de Estudos da Relação Mãe-Bebê-Família, que promove cursos em todo país para interessados nesta experiência de observação.

A técnica da ORMB (Observação da Relação Mãe-Bebê), consiste em o observador fazer uma visita à casa da família, com duração de uma hora e frequência semanal no primeiro ano e quinzenal no segundo ano, anotar com o maior número de detalhes que for possível o que observar e depois relatar no grupo de supervisão, cujo objetivo é descrever o desenvolvimento da relação entre o bebê, sua mãe e o meio ambiente que os cerca. Além disso, o observador deve tentar compreender os aspectos inconscientes do comportamento, padrões de comunicação, e os sentimentos despertados durante esta observação nele próprio.

A inter-relação mãe-bebê-família-ambiente é o aspecto mais importante descrito pelo observador e discutido em grupos, buscando ver as inferências

teóricas, práticas e clínicas desta inter-relação. Uma das dificuldades mais verbalizadas nos seminários diz respeito à manutenção da postura de observador. A orientação é que ele deva encontrar a posição mais neutra possível, evitando ao máximo a interferência e atitudes que de alguma forma prejudiquem a tarefa de observar ou que produzam modificações no ambiente. É difícil para o observador manter-se em uma posição reflexiva e não ativa, separando-se do que acontece em sua volta, durante sua observação. Ele tem seu papel na relação observador-dupla-mãe-bebê e precisa lidar com as ansiedades que são-lhes despertadas sem interferir na relação, tentando ser continente dele mesmo e, assim, poder até ser continente da mãe. Espera-se do observador que vá se situando na família, de uma maneira que possa participar da situação emocional sem se ver obrigado a satisfazer as expectativas dos pais. Ele deve se introduzir na família, sem, contudo afirmar-se como um membro dela e sem sentir que perdeu sua individualidade.

A forma com que se aprende a tolerar e observar como as mães cuidam de seus filhos e encontram suas próprias soluções faz, de acordo com Esthér Bick (1987) com que o observador perca idéias pré-concebidas sobre a melhor e a pior forma de lidar com o bebê, fazendo com que emergja nele a noção da qualidade única de cada par e a apreciação de que cada criança, mesmo muito pequena, tem um jeito próprio de desenvolver sua relação com a mãe.

A importância de detalhes nos relatos das observações é exaustivamente enfatizada por dois aspectos. O primeiro diz respeito às descrições superficiais que levam a uma distância dos acontecimentos, bloqueiam o entendimento dinâmico do processo e geram suposições nem sempre verdadeiras. O outro diz respeito aos aspectos de valorização de fatos, gestos e linguagens aparentemente banais. Percebe-se que, muitas vezes, o observador fica com a impressão de que só são importantes os “*grandes acontecimentos*” tais como: banho, higiene, choro. Porém, aos poucos, verifica-se que pequenos gestos indicam uma tentativa de comunicação do bebê, um sentimento emergente na mãe e até sinais simples de como o bebê descobre o mundo.

A variedade das experiências vividas com a observação e as discussões surgidas nos seminários é grande, o que dá aos participantes a dimensão de quanto podem ser diferentes e únicas as primeiras relações de uma pessoa.

Esther Bick (1987) enumera uma série de argumentos para ressaltar a importância que atribui à observação de bebês, tais como: a) auxílio na compreensão da experiência infantil; b) na compreensão não-verbal e na compreensão do brincar do bebê e da criança; c) desenvolver nos terapeutas em formação a capacidade para entender melhor as informações que a mãe fornece sobre a história de seus filhos; d) treinamento para os terapeutas em formação, da capacidade de perceber conscientemente como se iniciam e evoluem as relações do bebê com sua mãe e família; e) aprendizagem acerca de generalidades e idiosincrasias sobre o comportamento do bebê e fonte de coleta de dados e construção do conhecimento científico.

Segundo Sanches (1989), a técnica de ORMB desenvolvida por Bick, baseava-se nas concepções Kleinianas acerca do desenvolvimento precoce do psiquismo e apoiava-se em princípios da técnica analítica, como por exemplo, a atenção flutuante e a neutralidade. Para Bick, a observação de bebês deveria ser feita desde o início na casa do bebê, para captar cedo e *“in loco”* o fenômeno que se desenrola no ambiente familiar, pois, para ela, a psicanálise é parte do mundo real e da sociedade sendo a casa do bebê é um aspecto vital.

A psicanálise, acreditava Bick, podia ser ensinada a partir da história natural da vida, como, por exemplo, a partir da história da relação mãe-bebê, em que se criasse para tal um método de ensino e uma maneira de supervisionar. Bick ainda reforça que o estado de ausência de julgamento é uma pré-condição para aprender com a experiência da ORMB. Sendo a observação um método baseado em uma metodologia analítica, os sentimentos despertados no observador são pontos muito importantes no momento de entrar na relação de um bebê com sua mãe e seu ambiente. Na Sociedade Psicanalítica Britânica, a reação frente à Observação da Relação Mãe-Bebê é usada para avaliar se o candidato tem condições de iniciar sua primeira análise supervisionada, observando através dos

sentimentos despertados, sua capacidade de ser continente, transferência e contratransferência. Mélega (1987) acrescenta que se um observador age durante uma visita por um impulso que não conseguiu conter, no seminário poderá refletir a respeito, podendo compreender a sua dificuldade de conter certas transferências, sendo diferente de apontar um “erro técnico” que um observador levasse para a sua análise pessoal.

Segundo Bick (1987) a observação vai fazer com que nos desprendamos de idéias pré-concebidas sobre o pior ou o melhor método de lidar com o bebê, aproveitando para aprender a qualidade de cada relação, como cada mãe-bebê se encontram e acham juntos uma solução.

Assim também poderá ser pensado cada caso clínico, ou seja, tomando-se em consideração a particularidade de cada sujeito e do conjunto familiar a que pertence. Isto permitirá que se desvencilhe de generalizações sobre a subjetividade e incorra no erro de adotar um único modelo de atendimento psicoterápico.

Mélega com acentuada perspicácia psicanalítica propôs como técnica de investigação diagnóstica: as INTERVENÇÕES CONJUNTAS PAIS-FILHOS, considerando a riqueza da Observação da Relação Mãe-Bebê e sólidas pesquisas sobre a formação do psiquismo.

Segundo Mélega:

“intervenções terapêuticas conjuntas pais-filhos pretende nomear uma abordagem psicológica inspirada no modelo de Observação da Relação Mãe-Bebê, método Esthér Bick, aplicada em contexto clínico, com o intuito de avaliar e aclarar, com a participação de todo o grupo familiar ‘situações problema’ que motivaram a procura do especialista, e promover comunicação e compreensão entre seus membros” (Mélega, 1992, p. 119).

A avaliação diagnóstica que inclua a observação do grupo familiar permite ter acesso às interações que existem entre os seus membros e a dados considerados mais fidedignos do que as narrativas dos pais durante as entrevistas

de diagnóstico, normalmente com informações parciais ou incompletas. Uma outra vantagem ao se usar essa abordagem é a de promover a responsabilidade e a participação de todos envolvidos nas situações-problema. Um enquadre em que o psicoterapeuta e família estão juntos no campo de observação permite ao primeiro comunicar os conteúdos emergentes usando o método analítico em toda a sua amplitude. A história do grupo e os lugares que cada membro ocupa na família são expressos nas interações que vão surgindo, em linguagem verbal, pré-verbal, lúdica ou por atuação, mostrando os conflitos que, pela impossibilidade de encontrarem soluções, se repetem nessas relações. Neste tipo de abordagem o que está em foco é a interação parental.

Mélega, ao processar esse tipo de abordagem psicoterapêutica pautou-se em Esthér Bick em sua prática como supervisora da observação da relação Mãe-Bebê. Sua compreensão é de que a presença do Observador Psicanalítico promove na família visitada um campo de atenção e de observação. Comprovou que a mãe usava da experiência da observação como um modelo de funcionamento, o que se podia verificar através de condutas e verbalizações desta com o bebê.

Para Mélega,

“ao usarmos o termo ‘Aplicação do Modelo de Observação de Esthér Bick’, estamos nos referindo ao trabalho clínico que privilegia um conjunto de atitude de mente para observar: ser receptivo, ‘estar’ no clima emocional do objeto da observação, lidar com as próprias emoções despertadas pela função de observar e não intervir ativamente no objeto de observação” (Mélega, 1992, p. 120).

Ainda segundo a autora, ao se aplicar o Modelo de Observação de Esthér Bick ao contexto clínico, introduz-se uma variável que moverá o psicoterapeuta da função de apenas observar para a de promover ativamente comunicação e pensamento entre os membros do conjunto familiar. É considerado terapêutico o ato de se promover comunicação e pensamento entre eles.

Sua fundamentação teórica vem das contribuições de Bion ao trabalho com grupos, do qual retirou as bases da aplicação do método analítico ao grupo familiar.

Bion utilizou a perspectiva analítica da observação, ou seja, levar em conta a intuição e as emoções despertadas no observador para compreender a dinâmica grupal instalada. Verificou que participantes de um grupo, apesar de possuírem satisfatória capacidade de resolução de problemas, ao estarem inseridos neste grupo, apresentavam empobrecimento na qualidade de suas respostas. O mesmo não foi verificado fora do grupo, podendo-se assim, remeter a problemática à situação de tensão experimentada quando colocado o mesmo sujeito em grupo.

Para Mélega, fundamentada em Bion, as intervenções consistem em *“observar e descrever para o grupo as situações criadas pelo próprio grupo, e que estejam se opondo a realização da tarefa ou ao encaminhamento ou solução da situação-problema”* (Mélega, 1992, p.121).

A autora utilizou também de estudo feitos por D. Meltzer e M. Harris quanto à noção de organização familiar e que repercutiram no trabalho de intervenções terapêuticas conjuntas pais-filhos acerca da leitura a ser feita após cada sessão afim de que o terapeuta possa refletir sobre os impedimentos que o grupo possa ter para aprender da experiência.

Lembrando que a psicanálise se ocupa da expressão e da representação e que estas não se limitam apenas à linguagem verbal, mas também à não-verbal, vê-se a grande contribuição de M. Klein ao descobrir na criança, que o jogo, o brincar, as manipulações, os desenhos e as dramatizações são comunicações de seus estados de mente e de suas fantasias inconscientes. A compreensão do psicoterapeuta dessa linguagem durante as sessões familiares amplia e promove a comunicação e compreensão entre os membros do grupo.

Outro pilar considerado fundamental para a autora no trabalho clínico, é a compreensão do fenômeno da identificação projetiva realista, conceito formulado por Bion, que diz respeito à comunicação que se estabelece entre mãe e bebê onde o segundo projeta partes angustiadas dele na mãe e esta, ao acolhê-las e

podendo pensá-las devolve-as em condições de serem sonhadas e pensadas pelo bebê, desde que possa internalizá-las.²

Mélega, atribui grande importância à contribuição de Susan Isaacs em seu artigo *“Natureza e função da Fantasia”* onde descreve o modo de se ter acesso aos processos mentais (observação do contexto em que ocorrem, observações da consequência de condutas e observação dos detalhes da conduta) e acrescenta a observação dos *“Derivados transferenciais e contratransferenciais”* em que escreve:

“Privilegia-se a escuta, a observação, a continência emocional do profissional diante da transferência e contratransferência, considerando serem estes instrumentos que favorecem a aproximação à realidade psíquica e promovem um clima em que o pensar acontece” (Mélega, 1992, p.122).

Trata-se de um conjunto de atitudes do psicoterapeuta as quais somadas às suas intervenções poderá servir como exemplo de funcionamento mental para o grupo.

No trabalho de sessão conjunta, a função de intervir não é exclusiva do psicoterapeuta, ficando todos os participantes livres para também realizá-la. Entretanto ressalta-se que o psicoterapeuta deverá ter o papel de coordenador do trabalho e ter atitudes que promovam a autonomia e não a dependência dos membros com relação a ele.

Mélega, faz a seguinte recomendação ao profissional que pretenda utilizar este tipo de abordagem psicoterapêutica

Espera-se que o profissional que vá usar a abordagem de Intervenções Terapêuticas Conjuntas Pais-Filhos, tenha tido uma formação consistente em Observação da Relação Mãe-Bebê e certa

² O conceito de I.P. foi introduzido por M. Klein em 1946, e descreve uma fantasia onipotente segundo a qual o indivíduo evita percepção de dependência, separação ou sensação de perda, raiva, inveja, etc. Bion expande o conceito ao demonstrar que a identificação projetiva, pode ser usada como modo de comunicação. A identificação projetiva por definição significa colocar partes do self para dentro do objeto.

experiência em atendimento clínico da infância e adolescência (Mélega, 1992, p. 45)”.

Para melhor nos apercebermos do que nos indica Mélega em sua concepção técnica vejamo-la em ação.

No primeiro encontro, o psicoterapeuta informa à família que o objetivo será o de avaliar as situações-problema e que fica livre a participação dos membros da família. Se houver crianças no grupo, deverá ser oferecido material de desenho e brinquedos de acordo com sua idade, a fim de observar suas expressões.

A princípio o psicoterapeuta deverá manter-se na atitude de observar os movimentos de interação que ocorrem entre os membros, estando atento à transferência e contratransferência que vai se instalando. Suas intervenções deverão ser feitas apenas em momentos que a presença de alguma ansiedade mais intensa, resultante da interação dos membros, ameaçar a continuidade da sessão.

As intervenções do psicoterapeuta têm a finalidade de esclarecer, ajudar a pensar e colher conteúdos que possam ganhar algum significado no grupo. Assim, busca-se oferecer ao grupo, em forma de hipóteses novos olhares sobre sua dinâmica, que poderão ou não ser aceitos pelo grupo.

A relação freqüentemente conhecida onde o psicoterapeuta tem o poder e incumbência de ouvir e interpretar dando o significado de conteúdos ao paciente, está totalmente distante dos preceitos desse referencial de trabalho.

Dentro desta abordagem há a possibilidade de se redistribuir autorias e responsabilidades entre os elementos do grupo familiar e uma conscientização sobre a situação-problema ou suposto sujeito-problema, evidenciando que o emergente ou o conflito é fruto de um desencontro interno no grupo familiar.

Trabalhando dentro desta perspectiva onde a observação e o oferecimento de um clima emocional favorável para a manifestação e expressão do grupo, faz-se mister que o psicoterapeuta esteja constantemente atento aos seus derivados contratransferenciais.

É essencial que a transferência e a contratransferência sejam observadas, mesmo que não utilizadas para intervir, a não ser em momentos em que se julgue ser propiciadoras de entendimento de situação de impasse ou não compreensão do que possa surgir.

Esclarece ainda que as intervenções por parte do psicoterapeuta devem ater-se a momentos que esclareçam mal entendidos, situações que expressem que alguma mentira está sendo veiculada e nenhum dos membros faz a denúncia, quando os pais não conseguem entender o significado do brincar da criança e quando a situação transferencial com o terapeuta está sendo atuada dentro ou fora do contexto de atendimento.

O terapeuta nesta abordagem, funcionará como observador, da transferência e da contratransferência como um facilitador para a família que ao interagir não consegue esclarecer sentimentos e condutas. Frequentemente, uma das dificuldades vividas pelo psicoterapeuta nesta abordagem é conseguir situar-se a uma distancia que lhe permita viver a situação sem formar par com nenhum dos participantes, ficando assim livre para observar e intervir na situação total do grupo.

Para Mélega *“a essência deste trabalho é criar condições para que os pais percebam que eles próprios têm recursos para lidar com seus filhos”* (Melega, 1992, p.128).

Pode o psicoterapeuta deparar naturalmente com situações de resistência à mudança e estabelecimento de transferências negativas no grupo e cabe a ele a condição de compreender e capacidade para trabalhar os conteúdos que são emergentes.

Destaca-se que esta abordagem não tem como princípio a interpretação mas transferência e a contratransferência que acompanhadas pelo psicoterapeuta fornecerão os elementos para compreensão do que está sendo vivido, não requerendo nenhuma interpretação.

É enriquecedor perceber o quanto a abordagem em que está presente todo o grupo familiar (pais-crianças), pode auxiliar a aproximação entre o mundo

adulto e o infantil. As crianças trazem novos elementos à conversa dos adultos e estes reagem à linguagem expressiva infantil, observando os significados que vão atribuindo. O psicoterapeuta pode ajudar a conter algumas ansiedades dos pais ao esclarecer os significados das comunicações infantis.

Buscando articular o modelo de observação da relação mãe-bebê com a inspiração na técnica conjunta pais-filhos e pontos que se interseccionam é que a construção deste trabalho assentou-se.

Esta construção pautou-se primeiramente na formação da autora na observação da relação mãe-bebê com a supervisão da Dra. Marisa Pélela Mélega do Centro de Estudos da Relação Mãe-Bebê-Família de São Paulo.

A autora aproveitou sua experiência de observadora para inseri-la na prática clínica do serviço ambulatorial, colocando-se o que chamamos de escriba na posição de observador das relações que foram estabelecidas nas sessões de análise. Chamaremos de escriba diretamente ao observador psicanalítico de Esthér Bick. Seu papel predominante será de estar na sessão sem necessariamente intervir ficando sujeito à transferência e contratransferência que serão discutidas em tempo posterior, no espaço de supervisão conjunta com outros psicoterapeutas e escribas (observadores psicanalíticos).

A observação pormenorizada/detalhada neste contexto ambulatorial, em que se dispõe de curto espaço para o trabalho clínico, vem enriquecer e ampliar o olhar que é lançado sobre este campo.

O psicoterapeuta tem, assim como a mãe no contexto de observação da relação mãe-bebê, um “outro”(escriba), que observa e pode estar atento aos menores movimentos, gestos, manifestações verbais e/ ou, às interações que ocorrem, aos movimentos transferenciais e contra transferenciais que surgem. Ele é um aliado impar do trabalho de psicoterapia circunscrito neste tipo de modalidade psicoterapêutica.

O enquadre desde o início é feito com presença do escriba, sendo que os pais são informados de sua presença. Observamos que sua presença não é questionada, o que pode ser verificado quando se queixam de sua ausência.. Esse

escriba, assim como o observador psicanalítico, funciona como depositário de fantasias, projeções, angústias como poderá ser melhor exemplificado no material clínico.

Neste enquadre a função terapêutica fica bipartida entre psicoterapeuta e escriba, residindo a diferença no momento da intervenção que é realizada pelo primeiro. A forma de atendimento conjunto familiar requer que se disponha de recursos que se mostrem capazes de oferecer uma visão mais ampla do que ocorre no campo de análise, devido ao número maior de participantes.

O trabalho com crianças gravemente adoecidas requer que se tenha maior poder de alcance sobre o campo de análise, visto não se dispor de muitos recursos tanto por parte da criança como de sua família.

A junção do modelo de observação, vai propiciar um olhar de maior alcance para o que se passa na relação. Cabe ressaltar que um dos grandes ganhos do trabalho de psicoterapia conjunta é a possibilidade que se tem de observar em suas minúcias, mas não na totalidade, o que se passa entre as pessoas do campo sem se ater a nenhum aspecto em particular, nem priorizar nenhum deles. A técnica conjunta pais filhos permite que se veja em interação toda a família, com seus encontros e desencontros. É a mola propulsora do trabalho realizado pela autora.

A inspiração na técnica conjunta serviu como modelo para um trabalho de curta duração, pois como já foi explicitada esta modalidade é aplicável em trabalhos de curto prazo, não se caracterizando primordialmente como técnica para tratamento.

Falamos em inspiração na técnica conjunta pais-filhos, por considerarmos que se está tratando efetivamente as crianças juntamente de suas famílias, intervindo não só para resolver impasses surgidos, mas principal e primordialmente nas possíveis relações que estão estabelecidas, a fim de promover a construção subjetiva da criança em devir

Nossa vivência clínica nos mostra que diante de graves patologias que estejam circunscritas em serviço ambulatorial, é necessário que se disponha de um arsenal clínico que dê conta de oferecer ajuda à criança e sua família, para não cair

no modelo de atendimento clássico de longa duração, o que por certo não é possível.

Não se trata de um campo de fácil acesso ao inconsciente como se pressupõe na neurose, mas de um campo em que formações psíquicas geralmente encontram-se confundidas, misturadas, em que a possibilidade de se conhecer as subjetividades de forma clara é difícil. Temos, um inter cruzamento de subjetividades, pouco tempo para realização do trabalho de análise e uma demanda que necessita de ajuda urgente. O intento da autora neste trabalho não é para desmistificar sintomas, aclarar dificuldades, ou promover conhecimento sobre a criança e seu entorno simplesmente, mas principalmente para a constituição de subjetividades que não puderam advir ou que tiveram seu curso de desenvolvimento interrompido.

O profissional está, assim, inserido em um contexto que vai na contramão do que é preconizado para este tipo de clientela, ou seja, tratamento a longo prazo. Entretanto, não se despreza sua valoração, apenas não se dispõe deste dispositivo em nosso contexto.

O psicoterapeuta e seu arcabouço mental, assim como o escriba servem como instrumentos utilizados pela criança e sua família para constituição do ausente ou do interrompido.

Uma outra articulação possível dentro deste trabalho é relacionada ao trabalho proposto por Lebovici com bebês e suas famílias. Sua proposição teórico-técnica se baseia em tratar bebês com distúrbios que ele denomina de não-estruturados, ou seja, distúrbios do sono, da alimentação principalmente. Propõe que se faça poucos atendimentos com todo o grupo familiar buscando conhecer a história do bebê e de seus pais, pormenorizando a história dos pais com seus antecessores. Busca-se, a aliança entre o que é apresentado pelo bebê em termos de dificuldades que são relatadas pelos pais e suas histórias pessoais, tentando identificar a origem de seus desejos e possíveis projeções e presentificações dos mesmos na relação estabelecida com o bebê.

Apresenta claramente em seu trabalho a ligação entre os distúrbios dos bebês e fenômenos que são transgeracionais em que identifica o que cada um dos

progenitores traz como herança psíquica e que esteja presente na relação com o seu filho.

Lebovici, assim como Mélega, propõe a técnica para casos em que a rede de impasses na relação possa ser nomeada e clarificada pelo terapeuta em conjunto com toda família. Também tem o caráter de ser de curto prazo evidenciando seu trabalho principalmente nos casos em que a configuração das relações familiares não está gravemente adoecida e que dispõem de condições mínimas de compreensão por parte dos pais do que esta ocorrendo com seu filho. Pressupõe-se assim a existência de relações que foram estabelecidas e que se encontram na realidade impossibilitadas de funcionarem em sua plenitude e não de relações intersubjetivas que não se constituíram ou foram drasticamente interrompidas, como nos casos de psicose e de autismo infantil.

A presença do tema da transgeracionalidade, (herança psíquica) tem sido veementemente vinculada às origens de patologias graves como fator de causalidade que está impressa no psiquismo dos pais e que podem atravessar gerações sem que tenha seu curso interrompido.

A pesquisa destes aspectos no psiquismo parental tem sido objeto de investigação por parte de vários analistas de crianças e tem se encontrado nessas investigações resultados significativos que comprovam sua existência nos psiquismos parentais, atravessando uma cadeia geracional.

Temos grandes analistas-pesquisadores como no caso de René Kaës. Haydée Faimberg, Micheline Enriquez, Jean José Baranes e Maria Cecília Pereira da Silva no Brasil. Esta, empreendeu uma longa e sistemática pesquisa sobre os aspectos da herança psíquica em sua prática clínica, abordando o tema investigado de forma clara e consistente, o que se permite identificar claramente o quanto estes aspectos não só são formadores do psiquismo do sujeito como sua incursão poderá interferir no curso de uma história de construção da subjetividade. Não são aspectos que possam ser negligenciados em nossa clínica contemporânea por apresentarem ao analista compreensões e possíveis

abordagens da história do sujeito que favorecerão o tratamento clínico, muitas vezes interrompendo certos circuitos enlouquecedores.

Para João A. Frayze-Pereira (2003), a questão da herança psíquica é central na Psicanálise, desde Freud “basta pensarmos na própria noção de complexo de Édipo” com todas as suas implicações, no tocante à sexualidade, à castração – noção sem a qual não haveria psicanálise propriamente dita -, para considerar o caráter nuclear (...) apenas para lembrar, sabemos que a problemática do Édipo, no plano da tragédia, é transmitida através das gerações desde o pai de Laio, avô de Édipo (...) aliás essa questão da herança transgeracional e intergeracional é um aspecto próprio das tragédias clássicas, que são sempre trilogias, desenvolvidas a partir de um mesmo núcleo- o crime terrível no interior da família e que exige vingança, sem a possibilidade de findar a sucessão dolorosa das mortes (p.11)

Pensar na questão da herança psíquica na clínica psicanalítica implica não só uma reflexão teórica, mas também prática, tendo em vista que, a partir de sua concepção teórica sobre os fundamentos do psiquismo humano, o analista concomitantemente vê-se implicado em atuações e intervenções que consideram tal herança.

Conteúdos que serão verbalizados ou atuados serão advindos do psiquismo que, indiscutivelmente, carrega outras constituições e seus sabores e dissabores. Não temos assim uma “pureza psíquica”, livre de influências como se desejaria. Somos resultantes de encontros e desencontros de outras gerações que nos constituíram e deram forma ao nosso existir.

A forma como cada um poderá administrar em sua vida presente e futura essa herança dará a possibilidade ou não de uma construção de saúde ou de doença. Claro que isso não é tão fácil devido a própria fragilidade do ser humano que depende do outro de forma às vezes tão avassaladora para seu self

(organização dinâmica que possibilita ao indivíduo se tornar uma pessoa e ser ele mesmo) impedindo-o de ser, permanecendo assim no vir -a-ser.

É nesse “fazer-se” junto de um outro/outros que a subjetividade encontra-se muitas vezes barrada de se constituir em seu aspecto saudável, ficando contaminado por vivências e histórias que delimitarão e formatarão nosso ‘eu’. Nessas dinâmicas psíquicas, fazem-se necessárias intervenções psicanalíticas para barrar e interromper uma cadeia de significantes que interditam o sujeito em suas construções particulares.

Silva fala a respeito: *“Várias patologias da vida psíquica tomam o mesmo destino no imaginário materno ou paterno e são transmitidas através das gerações, difíceis de ser transposta sem uma intervenção psicanalítica”* (Silva, 2003, p.16).

Nas situações clínicas revelam-se os elementos transgeracionais que são transmitidos por identificações que podem adoecer o sujeito que está em constituição, por trazer consigo elementos que não foram digeridos por mais de uma geração.

Para Silva,

“a descoberta desses fenômenos, transgeracionais e intergeracionais – transformadores e reveladores de uma dimensão histórica do ser humano-torna-se enriquecedora para a compreensão do sofrimento psíquico, pois é possível integrar na vida mental dos pacientes os seus aspectos enigmáticos, secretos, ocultos ou sem representação psíquica”(Silva, 2003, p.16).

A herança psíquica parental não é em sua plenitude, um elemento negativo, há também o aspecto positivo uma vez que se transmite elementos que auxiliarão o sujeito em seu desenvolvimento individual. Há o que se poderia chamar de ‘

contribuição positiva', que são aspectos transmitidos que contribuirão e não criarão obstáculos para o desenvolvimento do 'eu'.

Deverá ficar claro que se está tratando de um sujeito e que seu mundo será remetido ao intrapsíquico com contaminações de um outro ou mais-de um- outro e que isto se manifestará na produção de intersubjetividades.

Estamos contemporaneamente tratando do mesmo sujeito do princípio da psicanálise, mas com uma necessidade mais premente de considerar sua herança psíquica na formação de seus sintomas e não como sendo resultante de repressões e recalques advindos de seu mundo interno, mas que está em constante interação com um outro/outros.

O desafio que é colocado é definido no enunciado por Kães (2001) "Como conceber e tratar o sujeito como sendo 'um fim para si mesmo', segundo a formulação de Freud, e herdeiro?"(Kães, 2001, p.9).

Kães, considera o sujeito do inconsciente como sujeito da herança e mais genericamente, como sujeito do grupo.

Dessa forma, o que está em jogo em termos psicanalíticos no tocante a transmissão é a formação do inconsciente e dos efeitos sobre a subjetividade que são produzidos na intersubjetividade. O que é considerado o tempo todo na formulação de autores que consideram e trabalham com a influencia da herança psíquica é a presença do grupo que precederá o sujeito. Dessa forma, o seu inconsciente é carregado de outras vivências e impressões que fazem parte de um outro psiquismo e que antecede sua concepção.

Silva, observou que para alguns pacientes, a herança parental criava obstáculos para constituição de um psiquismo. O que, por sua vez, demandava uma intervenção psicanalítica singular para que transformações psíquicas pudessem ocorrer. Tratava-se de compreender, pelo relato de alguns pacientes que nem tudo era fantasia ou sonho.

Para elucidar este aspecto Silva observa:

"No material clínico apareciam situações intrigantes, áreas secretas que não faziam sentido, que não podiam ser faladas, aspectos ocultos

que não podiam ser desvelados, aspectos identificatórios e projetivos que inundavam o mundo intrapsíquico, resultando em áreas com atividade psicótica, ora impedindo que o paciente tivesse um psiquismo próprio, ora o atormentando, o enlouquecendo” (Silva, 2003, p.26).

Não se trata apenas da interpretação de fantasia constituída desde as origens mas de fatos reais em sua história e que o constituem e perpassam.

A autora pode identificar em alguns de seus pacientes que havia certa indiscriminação entre o que era pertencente ao mundo interno e externo, ao dentro e o fora, ao sujeito e ao objeto. Que não se tratava de quadro alucinatório por parte dos pacientes, mas sim de interferências provindas de outros psiquismos que deviam sua manutenção à certos processos identificatórios. Observou-se que em casos em que estavam presentes transtornos emocionais mais graves, isto poderia levar a morte psíquica ou ao impedimento de que algum psiquismo pudesse nascer. Essa ou essas transmissões que são efetuadas de uma geração para outra ou entre gerações é claramente definida pela autora para que se possa ter maior compreensão sobre o transmitido e assim quem sabe poder determinar o grau de influência e possíveis atuações. Assim as define:

“A transmissão transgeracional refere-se a um material psíquico inconsciente que atravessa diversas gerações sem ter podido ser transformado e simbolizado, promovendo lacunas e vazios na transmissão, impedindo uma integração psíquica”.

Portanto, uma herança transgeracional é constituída de elementos brutos, transmitidos, marcados por vivências traumáticas, não-ditos, lutos não-elaborados. Por não terem sido elaborados pela ou pelas gerações precedentes, esses elementos brutos irrompem nos herdeiros, atravessam o espaço psíquico sem apropriação possível “(Silva,2003, p.30-31). Quanto à transmissão intergeracional assim a define:

“A transmissão intergeracional engloba tudo aquilo que é transmitido de uma geração para outra, acompanhado de algumas modificações ou transformações. Então, uma herança intergeracional é constituída de vivências psíquicas elaboradas: fantasias, imagos, identificações, que

organizam uma história familiar, uma narração mítica da qual cada indivíduo pode extrair os elementos necessários à constituição de sua história familiar individual neurótica” (Silva, 2003, p.31).

Como se pode perceber a clínica encontra-se permeada, contaminada, intersticiada por elementos que se fazem presentes, que remetem à busca de novas compreensões e aprofundamentos sobre a constituição do psiquismo e conseqüente subjetividade.

A clínica infantil com patologias graves, que são da ordem do incognoscível em um primeiro momento, nos remete para a necessidade de se buscar entendimentos que auxiliem em intervenções que sejam significativas. O trabalho de curto prazo exige compreensão mais ampla para subsidiar possíveis atuações, visto não se dispor de tempo, como em análises longas, para esperar pelo aparecimento de antigas formações do psiquismo e que podem ter levado à formações patológicas.

Essas considerações teóricas não levarão necessariamente à intervenções diretas no sentido de interromper certas cadeias de transmissão transgeracional ou intergeracional, mas com certeza dá substrato à certeza de que não estamos diante de simples processos identificatórios mas, de identificações que estão arraigadas em outro/outros e com isso se tornam ainda mais difíceis de serem removidas.

Portanto, conhecimento teórico não quer dizer necessariamente intervenção na mesma direção mas possibilidade de compreensão de certos fenômenos que perpassam o sujeito de nossa clínica demandando consideração ao seu surgimento.

No trabalho ambulatorial de curta duração é premente um maior arcabouço teórico-prático, por se estar diante de casos que requerem atendimentos breves e com resolutividade. Sendo assim, quanto mais recursos se dispuser, maiores serão as possibilidades de ajuda.

O conhecimento teórico auxilia o prático, mas cabe analisar em cada caso sua aplicabilidade, sendo que o contexto também é importante a ser considerado na hora de se traçar o planejamento. É imprescindível ainda dizer que conhecer sobre a herança psíquica na formação da subjetividade servirá como aporte para o trabalho

clínico, mas não necessariamente as intervenções tenham que se dar na interpretação do que vem sendo transmitido através ou entre gerações. Serve sobretudo, para não intentarmos mergulhar no mundo do outro sem considerar os outros que o constituíram. Assim, o trabalho conjunto permite a vivência de mais de um outro de forma viva e se atentarmos a ouvir sua própria história individual se conhecerá muito mais do que se prendesse ao intrapsíquico, levando a alçar vãos panorâmicos sobre as subjetividades e suas intersecções.

Cabe ressaltar, como já foi dito, que nem sempre é possível o alcance desejado pelo analista, visto estar em jogo diversos fatores que são tanto da ordem do paciente e sua família como da ordem do analista e também da própria instituição.

Muitas vezes não é premente que se intervenha nesses pontos que se interseccionam, mas que se considere que o sujeito que é colocado como 'doente', tem sua vida e história mascarada e marcada por outras histórias e que estas o constituíram tal como se apresenta.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

*“Que vai ser quando crescer?
Vivem perguntando em redor.
Que é ser?
É ter um corpo, um jeito, um nome?
Tenho os três.
E sou?
Tenho de mudar quando crescer?
Usar outro nome, corpo e jeito?
Ou a gente só principia a ser
quando cresce? É terrível ser?
Dói? É bom? É triste...”*

Carlos D. de Andrade

OBJETIVO GERAL

Analisar as ressonâncias produzidas num conjunto familiar quando da realização de intervenções psicoterápicas conjuntas pais-crianças, em quadros infantis de grave perturbação emocional, dentro de um serviço ambulatorial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar na psicanálise infantil os principais construtos através e um delineamento histórico, teórico e técnico.

Discutir as diferentes concepções psicanalíticas sobre a constituição do psiquismo e a formação da subjetividade.

Analisar o lugar dos pais nas teorias psicanalíticas, articulando o mundo de desejos da criança e o de seus pais assim evidenciando se diferentes modalidades de atendimento em psicanálise infantil.

Apresentar uma modalidade de tratamento psicanalítico inspirado na técnica conjunta pais-criança, para crianças com grave adoecimento emocional em um serviço ambulatorial.

CAPITULO III

ANÁLISE DOS CASOS CLÍNICOS

*“Os pais primos-irmãos
avós dando-se as mãos
os mesmos bisavós
os mesmos trisavós
a mesma voz
o mesmo instinto,
o mesmo
fero exigente amor
crucificante
crucificado
a mesma insolução
O mesmo não
Explodindo em trovão
Ou morrendo calado.”*

Carlos D. de Andrade

Para que se possa visualizar em que consistiu esta pesquisa de mestrado passamos agora a apresentar três casos clínicos por nós trabalhados na Clínica psicológica da Universidade Federal de Uberlândia.

3. ANÁLISE DOS CASOS CLÍNICOS

Fundamentada nessa concepção de formação do psiquismo, ou seja, o sujeito é constituído a partir de diferentes relações combinatórias dos fatores (interpsíquico – intrapsíquico - transgeracional), é que se segue a apresentação de 3 casos clínicos em que o grupo familiar e suas fantasmáticas estarão em cena.

O primeiro caso é de uma família encaminhada à Clínica Psicológica da Universidade Federal De Uberlândia por outra instituição da cidade. Trata-se de uma família composta pela mãe (dona de casa), grávida de cinco meses, pelo pai (Licenciado em Letras) e Alice de 2 anos e 4 meses. Alice foi encaminhada ao serviço da clínica por profissionais da instituição solicitante, os quais disseram aos pais que sua filha não se enquadrava em seus critérios e que esta precisava de acompanhamento psicológico. A mãe relata que Alice nasceu com uma perfuração pulmonar e com uma fissura no lugar do ânus, o que lhe trouxe muitos sofrimentos. Segundo a mãe, foi a avó materna quem percebeu que havia algo “errado” com Alice, o que os levou a procurar ajuda médica. Alice foi submetida a uma cirurgia para abertura do ânus aos 6 meses, tendo feito uma colostomia. Teve assim dificuldades para se alimentar e para evacuar. No entanto, hoje relatam que está tudo normal. A mãe diz ter se entristecido ao ouvir de uma profissional da outra instituição que talvez sua filha tivesse “problema mental”. Ela acredita que foi depois da cirurgia que Alice passou a ter problemas em seu

desenvolvimento, que antes estava tudo normal, uma vez que engatinhava e falava papai e mamãe.

Nas primeiras sessões compareceu toda a família e a mãe, mesmo sem ser perguntada disse-nos que não poderia vir sozinha com Alice pois não conseguia carregá-la. Era “muito pesada”, o que prejudicava sua coluna porque já sofria de problemas.

A mãe é quem mais se apresentou falando; o pai permaneceu bastante calado estando mais atento à Alice, que ficou próxima a ele. Relatou que Alice estava fazendo fisioterapia e que já estava conseguindo dar alguns passos e que, quanto à linguagem verbal, só falava papai e mamãe de modo geral quando estava “brava”. Alice apresentava várias estereotipias, entre elas o balanceio.

Nestes primeiros encontros com o conjunto familiar foram observados os lugares ocupados por cada um, até mesmo seus lugares físicos. Estava atenta para perceber qual o lugar que os pais representavam na formação sintomatológica de Alice, como também observar onde se sentavam o pai, a mãe e onde a criança era colocada. Interessava-me ver como Alice ficava no colo, ou seja, se deitada, sentada ou se, quando colocada no chão, se estava de costas para os pais, se estava encostada em suas pernas, ou qualquer outra posição. Também ver onde os pais se sentariam, visto que tínhamos cadeiras colocadas em variadas posições, e quais seriam suas preferências.

Já no primeiro encontro observou-se que haviam fantasias referentes ao “problema” de Alice, ficando explicitado pela mãe que este só poderia ser pensado como consequência de algo ocorrido com seu corpo. A mãe se identificava com a fala do cirurgião que a operou, ou seja, a de que Alice sofria de um “trauma pós-cirúrgico” e que necessitava de estímulos e de um trabalho que lhe tirasse o “medo”.

3.1. CASO ALICE

3.1.1. A MÃE DE ALICE - PRIMEIRAS VIVÊNCIAS

Havia significativo investimento no aspecto da patologia física, afastando-se qualquer possibilidade de se dimensionar as dificuldades de Alice no mundo emocional. A mãe mostrava-se nestes encontros desanimada e triste quando perguntada sobre a gravidez atual. Deixava claro que não estava tranqüila com a gravidez, tanto pelo medo de que este bebê também tivesse problemas como pelo fato de achar que o marido não estava gostando de ter um segundo filho:

CENA (1ª sessão) Terapeuta: Você está grávida?

Mãe: Pois é (faz uma cara de tristeza, olha para baixo e fica por alguns instantes de cabeça abaixada, como se estivesse pensando em algo preocupante).

Diante da expressão de seu rosto e de sua resposta tão “estranha” a nós já que se espera mais entusiasmo de alguém que está para ter um bebê, então eu lhe perguntei: “E essa cara?”. A mãe tentou explicar a sua expressão, dizendo que tinha muitas preocupações quanto ao bebê que esperava. Falou-me que olhava para Alice, que tem tantos problemas, e que tinha medo que o bebê que esperava os tivesse também. Relatou que como eles não sabiam o que teria acontecido para que Alice ficasse do jeito que ficou, a dúvida sobre se outro bebê também herdaria os mesmos problemas permanecia em sua mente. Ainda dizia que estava muito angustiada por não estar sentindo o bebê se mexer e que no mesmo tempo de gestação de Alice, esta já se mexia. Assim, ficou esclarecido que ela tinha muito medo de ter outro filho como Alice e que a crença de que a filha sofria de um trauma pós-cirúrgico não se sustentava verdadeiramente para ela. Deixava claro que não entendia o que tinha acontecido para Alice ficar como ficou. Realmente, era muito difícil entender como alguém poderia nascer aparentemente bem e depois, com o passar do tempo, transformar-se em uma criança tão

diferente da maioria. Além disso, acreditava que seu marido poderia não estar feliz com esta nova gravidez. Isto não foi verbalizado por ela, mas por ele, o que é confirmado por Ana Manuela ao ouvi-lo, balançando constrangidamente a cabeça:

Cena (1ª sessão) *Terapeuta: E o bebê, é para quando?*

Mãe: É para daqui a cinco meses, mas com uma cara desanimada ou triste.

Terapeuta: Porque ela fala com essa cara? Olhei para o pai.

Pai responde sorrindo: “Não sei, acho que ela acha que eu não vou gostar desse”.

Com o decorrer das entrevistas são evidenciadas algumas questões referentes a esta dinâmica e estrutura familiar. A mãe dizia-se muito nervosa e intranquã, não sabendo a quem ouvir se ao marido ou a outras pessoas, que lhe diziam o tempo todo como deveria agir em sua vida, principalmente vizinhos. Comentou que o marido era muito paciente e calado e que isto a deixava muito “brava”. Neste silenciar-se do pai, de acordo com a visão da mãe ele a deixava sozinha em suas angústias sobre o que sentia em relação à Alice. Disse-lhe que lhe era difícil não ter com quem conversar a respeito do que pensava e era por isso que, às vezes, ouvia tanto os vizinhos, o que acabava por incomodá-lo. Diante da fala da esposa, o pai não demonstrou nenhuma grande reação, dizendo apenas que ela era muito preocupada com o que as pessoas pensavam e que para ele isso seria sem sentido. De acordo com o olhar materno, o pai ocupava um lugar privilegiado, deixando-a sozinha e à mercê de suas angústias, de suas frustrações, gozando de um lugar que, para ela, não era sofrido já que não precisava tanto quanto ela falar sobre o que pensava ou sentia. Dizia-me que ela é quem colocava limites em Alice, já que o pai fazia tudo que a filha desejava. Ocupava assim, na prática e em seu imaginário, o lugar da Lei e que deveria ensinar-lhe o que é certo e errado colocando-a em seu lugar de filha que lhe devia obediência. Observei que, em seu silêncio, o pai acabava por deixar a mãe de Alice, em alguns momentos, na “linha de frente” das situações e que atualmente essa posição era ocupada por ele, numa relação oscilante entre a dupla. Parecia haver no silenciamento certo pacto velado em que se revezavam quanto ao papel

a ser desempenhado. Observei assim que havia trocas de posições e que provavelmente, por motivações inconscientes, isto era vivenciado pelo casal criando acordos e ao mesmo tempo satisfazendo seus pontos frágeis. Não havia definição de lugares a serem ocupados e muito provavelmente, o que os determinava eram as circunstâncias vividas em consonância com o que era sentido por eles dentro da experiência. Ficou explícito dentro deste movimento entre o casal o quão frágil era a relação estabelecida entre a tríade (pai, mãe e Alice). A mãe ainda relatou-nos que sempre foi muito nervosa e que teve início de paralisia de causa “desconhecida” no passado, sendo atribuída a seu estado “nervoso”. Percebi olhando para seu semblante e pela tonalidade da voz que se alterava em determinados momentos aos quais ela tentava suavizar com o riso, que na verdade, seu estado emocional do passado (nervoso), ainda lhe era marcante. Neste contexto familiar Alice se encontrava fazendo parte da montagem parental. A questão da mudança na linha de frente pode ser observada no segundo encontro quando pai falou que a esposa ficou em casa por sugestão sua. Perguntou-me se ela deveria vir às próximas sessões, ou seja, tentando excluí-la de sua participação no trabalho a ser realizado em favor de sua filha. Havia assim, certa disputa em relação aos cuidados com Alice, sem que ambos percebessem que ela precisava de pai e de mãe e não de alguém que se revezasse no cumprimento de seus cuidados. Foi assim que os vi no começo do tratamento, isto é, como pessoas que buscavam ajuda aqui e ali para Alice, mas que não percebiam que para ela, como para qualquer criança, a experiência de ter um pai e uma mãe com desempenhos diferentes seria de suma importância para sua constituição psíquica.

Foi nessa dinâmica indiscriminada que Alice nos chegou, deixando que entrevistássemos que os pais não sabiam o que deveriam ou não fazer com aquela filha que era tão “estranha” e diferente provavelmente de tudo que conheciam ou imaginavam sobre uma criança.

Dentro deste panorama particular, Alice foi apresentada a mim e à escriba como um bebê, sendo carregada no colo pelo pai. A mãe andava a seu lado

caminhando lentamente, e mostrando dificuldades para respirar. Já estando na sala de atendimento foram feitas várias tentativas de colocar a criança para andar, mas ela não se “sustentava” em suas pernas. Suas falas sobre Alice retrataram e desenharam um bebê, sendo que a mãe não valorizava qualquer forma de comunicação ou de linguagem que não fosse a falada. Sua queixa girava em torno da ausência de fala e da marcha. Certas manifestações de Alice eram interpretadas pela mãe, tendo como referencial pensante o que se passava em seu mundo emocional na relação com Alice, o que, com certeza, lhe provocava muita estranheza, como o ocorrido no primeiro encontro:

Cena (1ª sessão): - *A analista estende os braços para que Alice se movimente em sua direção. Esta se agita mexendo o corpo, a cabeça, os pés, fazendo sons com a boca, movimentando-se para frente chegando a sair do lugar. A mãe diz: “Ela está te assustando.”*

Acredito que esta fala da mãe, sua tentativa para que eu não me aproximasse muito da Alice pudesse causar o “pânico” que realmente se sente quando se está de frente com um bebê que reage dessa forma aberrante às pessoas. O “susto” aludido não se trata de fantasia do psiquismo materno, mas da realidade que ela conhece “na carne”, sabendo o que o contato com a filha provoca no(s) outro(s) com que se deparava. Notou-se claramente que Alice tinha suas manifestações comportamentais interpretadas já dentro de um mundo de significações dado pela mãe e, que de certa maneira, estavam a serviço de medidas defensivas necessárias para manutenção do seu equilíbrio emocional que a mãe desejava tanto que existisse. Penso que havia o medo que eu não dispusesse de recursos emocionais para lidar com esta realidade que realmente é impactante e me paralisasse diante do contato com Alice. Para ela a distância facilitaria nossa relação com a criança para que eu não desistisse de estar com ela. A mãe mantinha-se distante fisicamente de Alice ficando esta ao encargo do pai, que a colocava de “costas” para ele e que parecia “desconfiado”, tendo uma postura mais observadora. Entretanto, as observações de Ana Manuela sobre Alice vão na contramão do desejo de apresentá-la como “normal com atrasos”o

que tentou, quando nos momentos iniciais do nosso primeiro contato, disse-me que tinha procurado meu serviço em busca de atendimento fonoaudiológico, que ela já estava dando alguns passos e que só faltava falar. Penso que, na realidade, ela sempre esteve em uma postura de negação de tudo que era visto e sentido, por causar-lhe provavelmente sofrimento e impotência para ajudar a filha. Mantinha-se no lugar de cuidadora, o que lhe protegia de vivenciar com o caos experienciado quando em contato com tamanho comprometimento.

3.1.2. O PAI DE ALICE - PRIMEIRAS CONSIDERAÇÕES

O pai calado revelou-se falante quando, no segundo encontro, a mãe não compareceu a pedido dele que lhe disse para ficar em casa alegando que se cansaria e depois iria reclamar. Evidenciou-se neste momento os desencontros do casal quanto a problemática de Alice, em que o pai relata que a mãe estava presa ao modelo físico de patologia e que ele tinha outra percepção, ou seja, verificava em Alice seu comportamento de “indiferença” em relação ao meio. Explicitou que havia momentos em que Alice fazia escolhas, que se apresentava saindo do isolamento e que em seu entendimento isto ocorria quando ela desejava, mencionando que chegava a pensar que sua indiferença tratava-se de uma “brincadeira”. Relata-me que seu pensamento sofria oscilações, “ora ele pensava uma coisa, ora ele pensava outra”. Pode-se pensar isto se devia ao fato de que ele não conseguia ficar o tempo todo em suspensão da realidade vivida com Alice e que não era uma brincadeira, mas infelizmente a mais dolorosa realidade.

Ao observar as estereotipias da filha, o atraso no desenvolvimento, o pai se confrontava com o que havia de mais real na filha, causando-lhe entristecimento ,

o que se podia sentir no decorrer das sessões. Seu tom de voz era lento, como se seus pensamentos fossem liberados com cuidado porque que parecia ter medo de se ouvir falando. Mencionou o fato de Alice ter se submetido a uma cirurgia muito precocemente, o que poderá ter-lhe causado prejuízos ao desenvolvimento, mas acreditava que a “superproteção” da mãe não deixava Alice se desenvolver normalmente.

Acreditamos que suas medidas de superproteção tinham o intuito de não revelar as dificuldades para ser mãe de Alice e o provável ressentimento por não ter uma filha que andasse, falasse e que não chamasse tanto a atenção negativamente dos vizinhos, da família e de pessoas por onde transitasse. Antecipar-se à Alice superprotegendo-a permitiu-lhe assim que tamponasse as falhas da filha e as dela também, livrando-a de possíveis sentimentos de culpa, oriundos de seu desejo de ter um bebê “saudável”, sem anormalidades. Protegia a filha e a si mesma do contato com outros, tão sofrido, acreditando-se culpada por ter um útero “nervoso”, que produziria bebês “nervosos”. Exemplo disto pode ser visto na fala da mãe de Alice na 1ª sessão em que relata que, se não se faz o que ela quer, Alice bate e cospe.

O pai denomina no 2º encontro essa atitude da mãe de “paternalista”, que descreve como sendo atos de “querer dar tudo na boca”, se antecipando à Alice e não permitindo que ela se movimente. Este “ato falho” do pai, revela o lugar que ele ocupa na família, isto é, deixando que a esposa sustente a parte ativa da relação como um grande pai que cuida de Alice, cuida dele, cuida de tudo, isentando-o, colocando-o numa posição passiva, colaborando para que o circuito de não desenvolvimento das funções materna e paterna não se interrompa. Fica assim como um pequeno-homem que será cuidado e que não terá que crescer e assumir o papel de pai, para também cuidar. Ainda acrescentou que a mãe se preocupa com questões estéticas de Alice, como por exemplo, o desejo de que a criança se submeter à uma intervenção cirúrgica para retirada de uma pinta na parte anterior da língua. Colocou que a mãe ficou presa a detalhes (medo de a filha ficar com estrabismo, de ranger os dentes) e mesmo ele discordando, temia

confrontá-la e dizia: “Ela é muito nervosa”. Podemos sentir o quanto para ele era difícil se deparar com a possibilidade de remeter-se às dificuldades de Alice ao campo da afetividade, buscando agarrar-se ao pensamento e percepção da esposa, sentindo ser essa uma armadura frágil, que não suportava o confronto com os fatos concretos observa dos em Alice conjuntamente com a psicoterapeuta. Estava diante de um terreno que precisava ser pisado com muita delicadeza para não promover rachaduras, o que iria provocar muita dor nos pais. Notei o pai refugiando-se na mãe e esta, por sua vez, refugiando-se no cirurgião; a terapeuta refugiando no lugar de suposto saber e Alice, que não tinha em quem se refugiar, visto que não podia ser olhada senão “por trás”(problema todo centrado em sua questão anal e suas conseqüências).

Ao descrever o desenvolvimento inicial de Alice, a mãe relatou que teve sérias dificuldades para amamentá-la e que foi a presença de uma terceira pessoa (a pediatra) que a auxiliou e promoveu para que as mamadas se iniciassem comentando: “O problema que tive é que não sabia amamentar. Ela chorava porque queria mamar e eu não dava conta”. Acrescentou que no primeiro mês ela chegou a dar-lhe leite na chuquinha, mas a pediatra “danou” e ela parou. Comentou que ficava muito “nervosa” e que depois foi se acostumando com Alice, mas que neste princípio a filha perdeu peso. Não seguiu as orientações da pediatra para o desmame, fazendo a retirada do seio quando estava com 1 ano e 4 meses espontaneamente.

Uma fala da mãe que se repetiu foi sobre seu “estado nervoso” e que se apresentava desde solteira. Comentou que certa vez lhe foi recomendado que fizesse tratamento psicológico devido a uma paralisia sofrida que não tinha causa orgânica e acrescenta: “acho que quem tem que fazer tratamento com psicólogo sou eu”.

No decorrer das sessões a mãe passou a falar em tom queixoso que acreditava que Alice “gostava mais do pai, era mais apegada a ele”, perguntando-nos inclusive se seria necessária sua presença no trabalho, pois tinha dificuldades

para vir e problemas na “coluna”. Foi percebido que a mãe de Alice não discriminava entre a função de cuidadora e a materna, e que tinha fantasias de ser desnecessária para Alice, para o pai e para nós, do serviço. Argumentava que Alice sempre gostou de qualquer colo e que achava que a filha não gostava dela, que não se importava com sua presença ou ausência. Vê-se aqui o quanto há de presença do psiquismo materno na produção dessas fantasias que são projetadas sobre Alice como se lhe pertencessem, não tendo as possibilidades até então de se re pensá-las.

Relacionava os comportamentos de Alice quase sempre aos aspectos hostis sugerindo que a filha sabia o que estava fazendo, como ocorrido no terceiro encontro em que, após Alice acordar, a mãe diz para esperar um pouco, pois quando acorda está mal humorada e precisa de tempo para melhorar. Isto nos pareceu nova projeção materna determinando a relação com Alice ao deixá-la mais tempo no colo e não a colocando no chão. Em um destes encontros a mãe tentou aproximar-se de Alice chamando-a pelo nome, convidando-a para brincar, ao que esta não respondeu. As diferentes reações de Alice em relação a ela creditam ao comportamento do pai, mais calado, não permitindo assim que a filha perceba tom de desaprovação na voz como a mãe, às vezes, demonstra. A criança poderia não entender o que ouvia, mas com o coração sentia a dor de ver no olhar materno a dor por não ser o objeto de seu desejo. Entretanto, com uma frequência alta Alice “interagia” com o pai, mesmo que fosse por breves momentos, chegando até a ensaiar um beijo. Senti que o convite da mãe para Alice se achegar era dissociado de afeto. Sua voz parecia automática, fria como de uma educadora que só se preocupa com o conteúdo a ser dado, não importando se quanto à forma que o transmitirá. Parecia-me que era mais uma representação para que não pensássemos que ela não se interessava por Alice. Este pai “permanentemente bom”, que não reclamava dor, que estava sempre presente e que ora excluía a mãe desfrutava de grande prazer em silêncio, pois conseguia alcançar uma posição com Alice em que se fechavam em dupla,

gozando fantasisticamente de um estado de prazer inalcançável caso houvesse a presença de um terceiro interditor, castrador.

3.1.3. O ENCONTRO ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DA FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL - F.A.D.I.

Temos como parte do processo diagnóstico a aplicação de um instrumento construído pelo professor responsável pelo serviço de intervenção precoce da clínica psicológica da Universidade Federal de Uberlândia sob o título de F.A.D.I., o qual poderá ser utilizado no momento em que o profissional julga mais adequado dentro desta fase diagnóstica.

Considereei que o encontro para aplicação da Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil (3ª sessão) constituiu-se em um momento sagrado para este trabalho no sentido de desmistificação do quadro de Alice. Toda a sustentação anterior de que Alice era uma criança que teve um desenvolvimento normal até a cirurgia foi posta à prova, quando se verificou que a filha não teve o desenvolvimento por eles anteriormente mencionado. É impressionante o que se passa neste campo no momento em que há a intervenção da terapeuta sobre a permanência do quadro de Alice. A observadora tem uma crise de tosse e não consegue permanecer na sala, precisando ausentar-se para depois retornar. Creio que o momento foi de muita tensão e Alice assume o mal-estar dos pais, que apresentam certo entristecimento ao concordarem conosco como podemos ver:

Cena (3ª sessão): Pai se inclina para beijar Alice, ela faz um som gritado parecendo som de animal. A terapeuta continua fazendo perguntas do instrumento. A mãe é quem responde mais as questões e o pai fica mais mobilizado com Alice. Ele a pega, tirando-a da posição deitada e colocando-a no colo. Senti neste momento que minha intervenção lhes tinha tocado profundamente, estando o pai mais sensibilizado, com ar de desânimo. Após estes momentos contundentes a mãe de Alice pareceu entrar em contato com seu mundo interno e pode falar do quanto se sentiu inadequada à filha, por não lhe oferecer uma posição mais propícia para amamentá-la, prestando mais atenção à televisão. Começou a observar que Alice estava ficando “zarolha” e procurou por um especialista que, segundo ela, levou-a a pensar que Alice estava ficando com os olhos tortos porque queria ver a televisão virando a cabeça para trás. A mãe se culpou neste momento dizendo: “Erro meu, tinha que prestar mais atenção nela”. Provavelmente, momentos depressivos da mãe fizeram com que ela se ligasse mais na televisão que ao bebê. Alice, na ausência de um objeto que pudesse olhá-la, busca uma fonte de luz (televisão) para se agarrar, como o movimento descrito por Esthér Bick em que diz que o bebê, em suas primeiras semanas, busca um ponto para fixar-se para não sentir-se flutuante, solto no espaço. Observou-se que o colo para Alice era um colo que não a continha, levando-lhe à sensações provavelmente muito assustadoras, de desmantelamento. Isto tudo resultou em que Alice desistisse da busca do olhar materno da mãe, afastando e se postando em “outro mundo”, um mundo solitário, mas também o único que lhe restava.. Foi se delineando o quadro histórico de Alice: um bebê que nasceu com duas perfurações, isto é, fissura e perfuração pulmonar; que sofreu privação de leite, de possibilidades de movimento (após colostomia não foi mais posta no chão, o que favoreceu seu enrijecimento) e, finalmente, privação do olhar materno, do contato afetivo, o que a conduziu para o mundo do autismo. Como se sabe um bebê só faz a conversão do dois olhos quando é “olhado”. Aprende a olhar no olhar do outro. Outro que não se apresentou para Alice e que a deixou sem a possibilidade de se sentir desejante nesse olhar. Consequentemente, ficou sem investimento

narcísico que a auxiliasse na constituição de seu mundo psíquico. Alice permaneceu não vista na sua posição de sujeito, não desejada, não fazendo parte do circuito desejante de um outro, ficando ligada ao mundo das coisas, em lugar de pessoas, o que resultou na utilização de defesas autísticas, como já evidenciado.

Alice era uma criança que fisicamente assemelhava-se a um bebê de aproximadamente um ano e que estaria começando a dar os primeiros passos. Deixava clara sua preferência de estar no chão a estar no colo do pai. Segundo os pais, se deixassem, ela passaria o dia todo no chão sem reclamar. Acredito que o chão-superfície dura e fria possibilitava que se sentisse mais segura, sem perigo de “vazar do colo”. Vejo aqui que havia certa movimentação psíquica coincidente entre os pais e a filha, ou seja, eles buscando-se agarrar algo concreto (trauma pós-cirúrgico) e ela, por sua vez, a superfícies concretas, mais passíveis de serem encontradas. No princípio das sessões até praticamente à aplicação do instrumento, os pais de Alice mantinham-se em uma postura de tentar a qualquer preço principalmente a mãe, acreditar que as dificuldades da filha eram devidas a vários fatores externos (cirurgia, falta de crianças para brincar, colostomia). O pai tentou introduzir possibilidades para pensar se algo diferente não se passava no mundo interno de Alice, o que leva a mãe entrar em uma posição defensiva, como na terceira sessão:

Cena (3ª sessão): *Pai comenta sobre o fato de Alice não chamar por ninguém.*

Mãe: fala que ela não chama por ninguém, mas beija até sem pedir, não beijando às vezes, quando se pede.

Vejo que a mãe trava uma luta consigo mesma e com o marido, para manter sua “crença” que tem uma filha com leves problemas.

O interesse manifesto de Alice é por objetos inanimados como tomadas e parafusos do sofá, sendo que pega outros brinquedos e os lança aleatoriamente

sem ligar-se a eles. A mãe, em concordância com o pai, significa as tomadas como sendo “carinhas” e que é por isto que a filha gosta. A criança vê “cara” onde não existia e não encontrava onde haveria de ter. Para os pais trazia o “insuportável”, que era ver uma criança que nasceu duplamente “furada”, imperfeita. Aqui percebo os rudimentos da desistência de Alice do mundo dos seres vivos, prendendo-se a um mundo frio, desvitalizado mas que era constante e poderia tranquilizá-la. Diferentemente do humano, que a tratava de forma distante e fria, não lhe oferecendo espaço suficiente para estabelecer relações afetivas. O aspecto da desistência de Alice de ser uma criança “viva” não é pertencente apenas ao mundo emocional da mãe, mas também ao do pai, só que este se apresentava mais velado:

Cena (2ª sessão): *Pai levou João-Bobo para Alice dar tchau. Alice abre a boca fazendo que vai morder o boneco, mas não morde. Pai comenta que se for para Alice dar tchau, vamos ficar esperando o dia todo (tom de brincadeira, sorrindo), mas que acreditamos ser a verdade de seus pensamentos não assumidos publicamente. Parece que para o pai, a filha era alguém que para se ter qualquer produção exigia grande tolerância, pois era lenta, e qualquer investimento poderá não ter retorno.*

Foi percebido que nesta família, se algo pudesse ser vivido pelo casal, se repercutiria diretamente em Alice e que os três teriam assim as mesmas sensações.

Cena (2ª sessão): *Mãe fala que parece que quando ela e o pai estão brigando Alice se assusta e que quando estão felizes ela parece feliz. Fala que é o tom de voz que assusta Alice e comenta sobre uma vizinha, de quem Alice não gosta, porque fala alto. Diz que é baiana. Pai neste momento fala sorrindo para a mãe que ela é baiana. Também pareceu que ele tinha a fantasia de que a filha não gostava de sua origem e daquilo que lhe era originário, como por exemplo, a tonalidade da voz. Sua fala soou-nos como se estivesse falando sobre o quanto a*

mãe não se aceita, estando sem desejos, desvitalizada apesar de estar gerando outro bebê.

No nosso décimo terceiro encontro, ao final, a mãe nos relata parte de seu sofrimento e de sua história:

Cena (13ª sessão): *A mãe estava falando-me sobre as angústias que vem tendo nesta 2ª gravidez, comentava que já fez vários ultra-sons e que apesar de todos estarem normais continuava com medo. Relatou-me que ficava muito sozinha, e que não tinha ninguém para conversar. Nesse momento, Alice balançou a cabeça, fez o som de garganta, olhou a terapeuta, olhou a observadora. Terapeuta perguntou para a mãe neste momento o que ela pensava a respeito de Alice. Ela respondeu que não pensava mal, só pensava que ela estava demorando a falar e a andar. Comentou que ela é mais brava, que ela “dana com a filha, que o pai não faz isso”.*

Terapeuta conversa com Alice falando que parecia que havia duas mulheres para se entenderem e deitou-se no chão na mesma posição em que Alice se encontrava, ficando assim enquanto a mãe prosseguia. Ana Manuela falou que já tinha sido encaminhada para tratamento psicológico, só que não foi. Contou que na época em que trabalhava na creche ficava muito com as crianças e sentia muita tristeza, depressão. Relatou que seu pai era alcoólatra, era muito ausente e que ela só ficava com a sua mãe. O pai parou de beber quando foi alertado por um médico sobre seu alcoolismo. Falou que cresceu revoltada e triste e que até hoje sofre, até mesmo com noticiários de televisão. Comentou sobre a notícia do casal que foi morto e estava sendo investigado para ver se foi o filho que matou, disse que chora com este tipo de notícia.

Considero que, apesar de intervenções já terem sido feitas nas sessões iniciais, foi a partir da quarta sessão conjunta logo após a aplicação do instrumento, que pudemos inaugurar uma nova etapa. Nas sessões que se seguiram semanalmente, houve momentos importantes em que os pais de Alice puderam vivenciar, conhecer e atuar junto a sua filha, tendo algum conhecimento

de seu mundo emocional. A nossa tônica inicial era, através do momento de diagnóstico, evidenciar o quadro psicopatológico grave de Alice e mostrar-lhes possibilidades de entrarem em contato com outra lógica que não a racional, mas a emocional. Criamos para tal um *setting* em que foi permitindo que aos poucos pudessem apresentar todas suas fantasias, angústias e ansiedades, dispondo de um continente que tentava sustentá-los. Creio que pela primeira vez os pais foram remetidos a um contexto completamente desconhecido, sendo que ninguém no campo(sentido de Baranger), sabia, a priori, o que poderia advir do cruzamento de mundos emocionais distintos (o do pai, da mãe, de Alice, o meu e o da observadora).

3.1.4. O TRATAMENTO DE ALICE E DE SEUS PAIS

O objeto de interesse de Alice era um boneco João-bobo que estava colocado no fundo da sala. Desde o primeiro encontro faz movimentos para descer do colo e engatinha-arrastando-se até onde ele está, tentando abocanhá-lo ou deitar-se sobre ele. Todos percebemos sua predileção e a atenção do pai que a incentiva a relacionar-se com o boneco. Ela passou as 3 primeiras sessões praticamente em contato com o boneco. De vez em quando olhava rapidamente para a terapeuta.

Observei também que nosso tom de voz, assim como alguma palavra despertava-lhe a atenção fazendo-a parar e nos observar. Houve um momento que falei o nome de seu pai e ela rapidamente nos olhou prestando a atenção:

Cena (2ª sessão): *O pai estava conversando com a terapeuta, falando sobre a atitude de superproteção da mãe de Alice e que segundo ele, percebia a filha queria independência. Neste momento a terapeuta aleatoriamente pegou um*

telefone de plástico que estava sobre a mesa ao lado e colocou no chão na frente da criança. Ela olhou, colocou a mão no rosto, mas não se esticou para pegá-lo. A terapeuta estava percebendo que havia alguma coisa na sua fala que chamava a atenção de Alice. No início julgava que era o tom cantado da sua fala ao se dirigir a ela, mas neste momento, começou a testar para ver se ocorria quando ela falava o nome de seu pai (Valdir). Ela percebeu que Alice a olhava por alguns instantes quando falava “Valdir” e pontuou este fato para Alice, que segundos depois desviou o olhar e se isolou.

O pai não tinha uma postura definida com relação ao entendimento de Alice mas quando desta cena, perguntando se ele achava que ela está entendendo o que se passava, ele responde que sim e em seguida dirigiu-se a filha, oferecendo-lhe um telefone de brinquedo, dizendo ser da cor que ela gostava. Diante da ausência de resposta por parte de Alice, o pai assinalou que ela às vezes demora a fazer as coisas. Analiso, pelo material descrito, que há momentos em que Alice está quase que completamente alheia ao contato humano, ligando-se fugazmente e retornando para seu mundo. Acredito que há certa determinação psíquica que obedece a uma ordem de coisas que a retira autisticamente de contato.

Alice inicialmente quase não fazia nenhum contato visual com a terapeuta nos primeiros encontros, mas isto se alterou à medida em que nos ocorria as sessões semanais. Não se tratava de um bebê e sim de uma “menininha” que tentava comunicar-se, mas isto era grosseiramente ignorado particularmente pela mãe que não atribuía valor a nada que não estivesse previsto dentro da “normalidade”, ou seja, uma criança que fala, anda e que não assusta pessoas por sua aparência e comportamentos bizarros. Alice reagia à fala em seu entorno, respondendo de forma positiva ao meio solicitante, como por exemplo em um dado momento:

Cena (2ª sessão): *Estávamos no segundo atendimento conversando com o pai sobre o desenvolvimento de Alice, sobre suas estereotípias. Eu estava sentada*

na cadeira. Observei que de vez em quando ela me olhava furtivamente. Levantei-me e sentei no chão de frente para ela. Disse-lhe em tom maternal: “Agora você me viu né?” e “Vai mandar um beijo molhado (cuspe)?”. Alice parece parar por pequeno tempo e olhar para a terapeuta.

Outro momento que consideramos significativo aconteceu quando Alice demonstrou um aumento no tempo que olhava para mim, parecendo curiosa.

Cena (4ª sessão):*a terapeuta começa a dizer “bom dia” para Alice repetidas vezes em tom maternal. A terapeuta repara que ela estava olhando intensamente e nomeou isto para Alice que fixa o olhar, mais que em sessões anteriores.*

Alice começou a apresentar já na 4ª sessão mudanças em seu repertório comportamental, ou seja, passou a explorar novos brinquedos em movimentos de expansão, brincando com um balde. A mãe comenta que ela já não se interessa tanto pelo Valdir Bobo, brinquedo que ocupou todo seu campo de interesse até a sessão anterior. Parece que o boneco era como a imagem de Alice refletida no espelho, ele balança e é endurecido como ela, balança mas não sai do lugar, paralisado movimentando-se apenas quando alguém o arrasta. O mesmo se passa com Alice quando sua mãe solicita que seja colocada de joelhos no chão porque senão não sai do lugar. Alice é vista pela mãe como um boneco, sem desejo, inerte e sem vida, necessitando ser movimentada, arrastada de um lado para o outro. A mãe expressa claramente que não acredita na iniciativa de Alice:

Cena (4ª sessão): *Valdir, logo no início da sessão, olha para o boneco e mostra-o para a filha. Aproxima-o de Alice e a mãe sugere que ele coloque a filha de joelhos para alcançá-lo. A terapeuta questiona se ao colocar Alice sentada ela não engatinharia e a mãe responde que sim, mas demoraria a conseguir virar-se e “engatinhar”. Valdir coloca a filha de joelhos e a ajuda a se dirigir para o boneco. Ao alcançá-lo, Alice se debruça, não se trata de uma brincadeira. Alice o prefere ao colo.*

A relação que Alice mantinha com o boneco era de que parecia querer “incorporar”, “colocar” para dentro abocanhando, solicitando-o como para se encostar, se escorar:

Cena (4ª sessão): *Alice coloca os braços sobre o boneco, encosta o rosto nele, abre a boca como se fosse mordê-lo, encosta a boca nele, solta e volta para o balanceio e faz barulhos altos com a boca, repetindo isto várias vezes.*

Percebo que não só Alice se sentia como o João-bobo, mas os pais também, ao me dizerem que estavam cansados de irem de um lado para o outro sendo “empurrados” por profissionais distintos. Havia uma grande confusão em torno de Alice e de seus pais. Diante desse emaranhado de dúvidas, foi lhes explicado que Alice tinha sério agravante psicológico e que necessitaria de trabalho psicoterápico conjunto. Tudo foi dito em presença da criança e neste momento Alice fez sons altos com a boca (sons de garganta) e sons gritados. A mãe volta a falar de sua culpa naquele período já mencionado da amamentação. Acrescenta que sentiu muita raiva do pai dizendo que achou que ele não gostava de Alice e por isso não lhe dava atenção. Trata-se de comportamentos que se sucedem em cadeia, ou seja, o que a mãe desejaria e não recebeu ela também não ofereceu para a filha. Falar do mundo emocional da criança permitiu que entrasse em cena o mundo emocional da mãe e que esta pudesse falar do que estava faltante.

Momentos como estes nos foram angustiantes por sentir que Alice, neste contexto ambiental, ficou impedida de mostrar suas fragilidades e incompetências, tendo que recorrer a defesas autísticas.

Apesar da percepção de que algo deu errado com a filha e que poderia ter sua participação, a mãe não aceitava nada que vinha de Alice que não correspondesse ao seu desejo de ter uma filha normal.

Em consequência, houve tentativas por parte da mãe para invalidar qualquer posição que considerasse não só a linguagem verbal como forma de comunicação que poderia promover entendimento.

Parecia ter se instalado uma forte barreira recíproca entre mãe e filha, sendo que tudo que advinha do campo de Alice era desvalorizado e vice-versa, como na 5ª sessão.

Cena (5ª sessão): *“A mãe a chama pelo nome, bate palmas mostra brinquedos e esta permanece inerte, como se tivesse sido estabelecido um pacto de silêncio em que havia exclusão mútua entre elas”.*

Para a mãe, o existir de Alice enquanto um ser de emoções, dependia de sua capacitação para falar, sendo que nada diferente disto podia ser significado por ela.

Cena (5ª sessão): *Outra cena que se complementa: Estávamos conversando sobre o fato da mãe ficar ouvindo comentários dos vizinhos em relação à filha e não ouvindo o marido. A terapeuta se remete à Alice como em tradução simultânea dizendo-lhe que a mamãe ouvia os vizinhos quando falavam dela. Alice faz muitos barulhos altos, grita. Todos param. Falo que ela também vai conversar. Minha fala é direcionada por eles para outro lugar que não aquele que estávamos vivendo e passam a contar que ela “conversa” com os bichinhos de seu berço.*

Um rudimento de mudanças quanto a acreditar em Alice se insinua na postura da mãe evidenciado na 5ª sessão:

Cena (5ª sessão): *“O pai enche um balde de brinquedos e por varias vezes a criança derruba, esvaziando-a. A mãe sorrindo diz: “só está faltando falar”. Alice insiste muito nessa brincadeira e o pai então compreende seu desejo e o testa demorando-se para encher o balde ao que ela reage ficando inquieta, fazendo barulho e mexendo a mão. Basta o pai atendê-la que ela repete a brincadeira.*

Houve aqui uma pequena aposta de que a filha poderia não ser um “ser inanimado”, mas “ser humano”.

Apesar da “trama circular de exclusão” que se articulou nessa família, um princípio, surgia de dar uma “brechinha” para Alice existir, apesar de suas faltas e

insatisfações geradas em seus pais. Ainda que a filha não falasse, parecia haver no ensejo materno esta possibilidade ao dizer que só faltava falar, fazendo-nos pensar que outras faltas então já estavam preenchidas no seu desejo. A constituição familiar de Alice era peculiar e intrigante, pois haviam os pares de opostos (passivo e ativo) presentes e funcionantes em todos e inclusive na terapeuta que passou a fazer parte em alguns momentos dessa dinâmica. Ao mesmo tempo em que a mãe se desvalorizava, ela era desvalorizadora; o pai ao mesmo tempo era silencioso e silenciador; Alice era ao mesmo tempo evacuada e evacuadora, cuspidora e cuspidora e a analista era salva e salvadora, como já foi descrito em cenas anteriores.

A mãe não participava da brincadeira, preferia conversar e passou a comentar de seu relacionamento com o marido, que discordava quanto aos cuidados com Alice e que, quando discutiam, a menina gritava e parecia ficar “brava” com eles. Durante a sessão observava que a mãe falava sorrindo o tempo todo e o pai parecia irritado, mas não se pronunciava.

O pai diante da presença da mãe apresentava uma fala “embolada” e com muita dificuldade deixava transparecer seus pensamentos. A mãe “falava” em nome do casal e dizia se parecerem com Tom e Jerry, que viviam brigando.

Este modelo de funcionamento familiar e do casal desenhado pela mãe remeteu à possibilidade de desencontro vivido pelo par que repercutia e incidia sobre o desenvolvimento de Alice. Relatou que seu marido parecia não haver gostado de seu primeiro bebê, e o quanto isto a aborreceu, deixando-a insegura para lidar consigo mesma e com o bebê. O pai a ouvia em silêncio nos levando a pensar que talvez Alice se identifique com essa quietude. É assinalado o quanto esta postura silenciosa do pai é marcante, verificando-se até no lugar físico por ele ocupado na disposição da sala, isto é, sempre sentava inicialmente de frente para a observadora, que também permanecia o tempo todo em silêncio havendo identificação silenciosa. A mãe já buscava estar mais próxima à terapeuta, sentando-se perto.

A questão da fala permeia essa estrutura familiar, onde a mãe é a porta voz, como se a linguagem verbal fosse a única possibilidade de desenvolvimento, e quando isso não ocorreu, fecharam-se as portas para o crescimento de Alice. Frente às manifestações de desistência familiar com relação à Alice seguimos na direção contrária à dos pais, acredito em suas possibilidades, e como em um grande desafio coloco-me a trabalhar nesse campo de mortos-vivos. Apresento-me como uma “**companhia viva**” para Alice, falando, brincando, buscando estar atenta a cada gesto seu, a cada mudança de olhar e ao mesmo tempo buscando concentrar nas falas e atitudes de seus pais que se revezavam nos atendimentos. A cada sessão senti que Alice responde às minhas intervenções, aumentando seu tempo de contato comigo, como já na quarta sessão:

***Cena (4ª sessão):** Mãe fala que a filha não está mais tímida, que já se acostumou com as caras (da terapeuta e da observadora). Pai comenta que na fisioterapia ela já se interessa por outras coisas que não só tomadas. Dizemos que ela está olhando mais as coisas em sua volta e ao começar a guardar os brinquedos comentamos que ela é “bagunceira”. Havia acabado de encher o balde com os brinquedos esparramados e ela o derruba, olhando-nos por várias vezes esperando a nossa reação e depois volta ao circuito de balanceio.*

Dentro desta dinâmica familiar na qual a exclusão permeia a movimentação entre os participantes, mesmo tendo assumido uma direção contrária à deles, também me foi inevitável em certas circunstâncias não me identificar na trama com o papel daquele que exclui. Sem que percebesse, na quinta sessão assumi o lugar daquela que sabia o que deveria fazer e excluí os pais, invalidando suas presenças e possibilidades de ajuda para Alice.

Onipotentemente coloco-me como aquela que sabia que Alice precisava de alguém que estivesse vivo, e identificada com a criança, assumindo o lugar daquela que “mata” os pais por acreditar que esta seria a possibilidade de sobrevivência para Alice.

Cena (5ª sessão): *Terapeuta fala: “Hoje nós vamos brincar” e aos pais que poderiam ficar à vontade para fazer o que desejassem.*

Assumi totalmente a condição de ajudar Alice e pedi-lhes que se afastassem, talvez pensando em suas nocividades.

Incrível como não notei que alguém está sempre ocupando o lugar de desejo de matar o outro. A sorte foi que Alice interagiu comigo mas não excluía o pai,

buscando de vez em quando seu olhar, ao que ele correspondia. A mãe estava morta para Alice, suas tentativas de aproximação quando em presença do esposo eram sempre através dele, ordenando que fizesse isso ou aquilo. É uma mulher que invalida a posição masculina, dizendo-lhe o tempo todo como proceder ao mesmo tempo em que se desvaloriza também. Esta posição está relacionada ao pai silencioso, formando um par gozoso como o já aludido “Tom e Jerry”. Os olhares de Alice para o pai fazem com que perceba a minha arrogância e busque inseri-los nos campos, convidando-os para participarem das brincadeiras:

Cena (5ª sessão): *Alice está sentada no chão, faz balanceio e olha para os lados. A terapeuta ri para Alice e fala: “você não sabe com quem quer brincar. Primeiro eu tenho que pensar o que eu quero. Tá tudo aqui, você que vai pegar”. (fala num tom mais baixo e carinhoso).*

Continua dizendo que acha que já sabe o que ela quer e diz: “Acho que ela não quer mais o Valdir Bobo. O que você acha, Ana Manuela?”. A mãe fala que acha que ela quer o boneco, mas não está dando conta de pegar, então fica nervosa. A terapeuta questiona, perguntando quando ela achou que Alice estava nervosa. A mãe fala que era quando estava sendo segurada pelo pai e queria sentar. O pai concorda. A terapeuta pontua dizendo que Alice estava nervosa, então era porque queria ir para o chão e pergunta em tom maternal: “o colo do papai tem espinho?”. Pai fala que ela prefere o chão a ficar no colo. Dá o exemplo

do ônibus, que ela gosta de ficar sentada sozinha. Mãe faz um comentário dizendo que Alice acha que é gente grande (fala isso rindo).

É notória a relação estabelecida entre mãe e filha em que parece ter havido um curto-circuito afetivo relacional:

Cena (5ª sessão): *A mãe bate palmas, chama Alice que rapidamente olha para o pai. Pai comenta que Alice estava gostando do boneco ou dos brinquedos e a mãe fala que ela está é dando atenção para a terapeuta e não para os brinquedos. A mãe fala num tom interrogativo, mas como constatação: “não quer dar papo pra mim”.*

Terapeuta: em tom maternal diz: “O que será que aconteceu dentro da sua cabecinha que você não quer a mamãe?”. Pai coloca os brinquedos no balde e Alice vira como o jogo que estabeleceu anteriormente.

Terapeuta: o que o papai coloca ela derruba. “Ela tira e você coloca”.

Mãe: Mostra um trenzinho de brinquedo para Alice e ela não se interessa, olha mas não fixa o olhar.

Terapeuta: “Porque o da mamãe você não quer? Só o do papai?”

Acredito que a desistência da mãe foi sentida na carne por Alice, que por sua vez desistiu da mãe, incorrendo na constituição de uma relação circular adoecida. Alice parecia não existir para sua mãe, não podendo alimentar seu orgulho narcísico.

A melhora quanto ao contato visual com Alice me surpreendeu depois dos primeiros encontros, por exemplo, como o ocorrido na quinta sessão:

Cena (5ª sessão): *A terapeuta havia cantado uma música infantil e depois, enquanto conversava com os pais notou que Alice prestava muita atenção ao que então ela dizia “ela só olha para mim”. O pai chama Alice repetidas vezes pelo nome e ela não olha, fixando-se na terapeuta. Esta a chama pelo nome, começa cantar e Alice vai lentamente aproximando seu rosto do da terapeuta, fixando o*

olhar por um tempo maior. No momento em que a terapeuta começa a cantar a criança cessa os barulhos que estava fazendo.

As mudanças foram sendo percebidas pelos pais de que Alice não é apenas um “bicho cuspidor que assusta pessoas”, mas uma criança capaz de interagir com um outro. Isto, contudo, não é devidamente valorizado pela mãe, que se encontrava vinculada a um bebê sem defeitos, sem bizarrices, assumir uma relação real com esta filha seria ferir profundamente seu narcisismo frágil. Em determinado momento do trabalho, a criança brinca de encher e esvaziar o balde com o pai ou com a analista e a mãe tentando desmerecer diz “ só está faltando falar”. Esta brincadeira de Alice não é uma estereotipia e sim o que acredito ser um princípio de estabelecimento de objeto onde projeta e espera o retorno do que foi projetado, como num jogo de pergunta e resposta, onde há uma troca possível.

A cada encontro era oferecida, dentro das minhas limitações nossa parte viva. Tentava mostrar aos pais, para que eles acreditassem que se alguém não mostrasse vida, Alice ficaria num mundo silenciado, o do autismo. Também mostrar a eles que Alice desejava e conseguia comunicar-se; que não era um apenas o “bicho cuspidor”, era uma menina, que “cuspi sua dor” e necessitava ser vista de frente, nos olhos. Surgiram no decorrer do trabalho outras diferenças do casal, que, segundo a mãe sempre se fizeram presentes por terem desejos diferentes. Como, por exemplo, quando da gravidez de Alice o pai desejava ter um menino e a mãe uma menina. Agora, na segunda gestação, o pai queria uma menina para ser companhia para Alice e a mãe desejava um menino. Outro fator a ser mencionado é que o pai diz que ele não gosta que a mãe coloque brinco e passe perfume em Alice e a mãe argumenta que, na verdade, ele não gosta de perfume e diz ser a filha. Pai gosta de sair para passear, ir a festas, nadar. Mãe diz estar sempre cansada, tem medo de água e que prefere dormir. Fica nítido o desacordo. Entretanto, sentimos que tudo foi dito de maneira muito cautelosa,

como se temessem seus lados ligados aos sentimentos de ódio, que poderiam assustar-nos.

Toda essa dinâmica foi sendo por mim incorporada e me identifico com os aspectos odientos deles, projetados, cindidos e assumo, transferencialmente, um lugar muito perigoso de fazer conluio com pai, valorizando-o, e desprezando a mãe.

Cena (6ª sessão): *A terapeuta mostra o Valdir-bobo e fala que o boneco teve saudades e que ela também deve ter sentido saudades . Alice passa a mão no boneco e a terapeuta a incentiva a passar mais a mão no Valdir-bobo. Incentiva-a também a conversar com o boneco, falando com ele. Alice faz barulhos altos ih, ih, cospe, torce a língua (a impressão dada é que as duas estão conversando com o boneco) Alice olha muito para a terapeuta. O pai vira o Valdir-bobo dizendo que Alice gostava mais do coelho-pernalonga (referindo-se aos dois desenhos que tem no boneco-pernalonga e taz). Alice demonstra mais interesse ao virar o boneco. A terapeuta pontua que o papai de Alice entende , sabe o que ela gosta e que a mamãe não. Pai comenta da cortina do quarto de Alice, dizendo que nela também tem o desenho do coelho, Ana Manuela discorda falando que só tem o piu-piu e o frajola, que não reparou se tem o pernalonga. Ficou um clima tenso neste momento da sessão.*

Da mesma forma que Alice, acredito que havia no pai algo que poderia assegurar, assim como à mãe, que mostrava dependência com relação a ele, mas que nem por isso deixava de agredi-lo e desvalorizá-lo. No entanto, sabia que o pai não tinha condições, de forma alguma, de suprir a ausência da formação do vínculo originário mãe-criança, posto que é a mãe quem se vê neste lugar sem conseguir desenvolvê-lo. Analiso a partir de toda a vivência analítica que tive neste campo em que o pai não conseguia ser para a filha nada muito distante de uma “babá”-“mãe provisória”, enquanto a mãe ainda não podia vir a sentir as dores, sofrimentos pela psicopatologia de Alice. Também nos era sabido que ele não poderia ir além dos próprios recursos de que dispunha em seu psiquismo

paterno. Minha postura foi assim, em alguns momentos contaminada provavelmente pelos fantasmas de ter que nos agarrar em alguma coisa ou alguém para sobreviver, agarrava-me ao pai, a Alice ou à mãe.

Estar com Alice e sua família não era tarefa fácil, pelo contrario, era necessária a cada encontro forte dose de ânimo para não desistir. A vontade de não ir para a sala de atendimento alternava 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 que não estar sozinha ali, naquele mundo desolador. Graças a esse outro corpo presente e a esse “olhar companheiro”, continuava o corpo e a mente para Alice e sua família.

Nessa tarefa exigente de minhas mais profundas forças psíquicas e por forças inconscientes que fazem parte do campo analítico, coloquei-me às vezes, em posição de quem seria a salvadora da pátria. Acordei graças a tudo (supervisão, olhar de Alice, olhar da observadora, análise pessoal) e descobri que não era nem pai, nem mãe de Alice e que meu papel era estar no conjunto e não em uma relação dual, filial, que às vezes era tão difícil. Acho que deixei tão evidente esse desejo de torná-la “sujeito” que incitei a competição, como se segue:

Cena (6ª sessão): O pai mostra um brinquedo para Alice e fala: “Olha, Alice, um pingüim!”. A terapeuta fala: “pingüim Valdir, é golfinho”.

Outra Cena (6ª sessão): Alice na posição de engatinhar olha o balde de brinquedo que está a sua frente, “sorri” vira a língua cuspindo e parece estar escorregando.

Terapeuta: “Você quer o balde e ninguém te dá, nem o papai, nem a mamãe”.

A todo o momento estava tentando desenvolver nos pais possibilidades de exercerem suas funções materna e paterna e dar-lhes esperança para investirem

na constituição da subjetividade de Alice; ali onde haviam vestígios claros de que o trabalho emocional da referida constituição subjetiva houvera se estancado.

Cena (9^a sessão): *Pela primeira vez Alice segura o balde por algum tempo e a terapeuta aponta o progresso de Alice, que antes não segurava nenhum objeto.*

Pai: Observa e busca ampliar o campo de objetos para a filha, oferecendo-lhe bolinhas que estão próximos a ela.

Senti mais dificuldades com relação à mãe da criança e acabei por desafiá-la o que pode ser analisado como sendo uma atuação contratransferencial, o que provocava irritação na mãe:

Cena (11^a sessão): *Alice range os dentes, fazendo barulho desagradável. Mãe pede para o pai colocar o bico em sua boca. Pai fala que ela não gosta de bico, mãe insiste e ele coloca. Passado alguns segundos Alice cospe o bico longe.*

Terapeuta: Pontua falando que Alice está conversando, que a mamãe não esta entendendo, porque a criança está acostumada a falar só a nossa língua.

Mãe: Sorri, sem achar graça e diz que entende a filha.

A analista foi identificada, em certos momentos, com o papel de alguém que assume a função de excluir um ou outro participantes do campo transferencial.

Gradativamente, percebemos que não só Alice, mas também seus pais vão assimilando o trabalho e passam a ser mais ativos, particularmente o pai.

Isto não significa que a mãe não tenha também tentado, só que suas tentativas não tocam Alice como as nossas e as do pai. Parece que a mensagem de que Alice não é aceita por ela em suas limitações tivesse sido “encarnada” pela criança nas profundezas de seu psiquismo e isto determinasse seu comportamento com relação à mãe. Busquei auxiliá-la para que pudesse acreditar em constituir com a filha uma relação em que pudesse acreditar e constituir com ela uma relação, como pode-se ver na 9^a sessão:

Cena (9ª sessão): A mãe a partir de questionamentos da terapeuta, fala que não gosta de comentários dos vizinhos, que ficam comparando Alice com outras crianças, dizendo que crianças da mesma idade já conseguem segurar a colher e comer e Alice não consegue. Ela fala que tenta , incentiva Alice a segurar, fica triste em ver que ela não consegue. Fala que tem pessoas que fazem questão de mostrar que Alice tem problema e que dá “ruindade”, agonia nela. Ela menciona que pensa que não vai dar conta e que reza e pede a Deus para ajudá-la. Angustuada, fala que se magoa com os comentários e nos diz que uma amiga lhe disse que não adiantaria um bebê ser amigo de Alice, porque ela não brinca. A terapeuta falando com a criança diz que a mamãe precisa da ajuda dela. Ela ainda diz para a mãe o que até aquele momento tinha conseguido e que iria continuar conseguindo. A mãe, parecendo fortalecida, diz que tem conseguido, que não poderia perder a esperança e que gostaria de ter mais tempo para a filha, mas que seus afazeres domésticos não permitem. A terapeuta então passa a pensar com ela alternativas e ela passa a refletir se não estaria muito exigente com ela mesma.

A mãe tem a possibilidade de ver, em várias sessões, que a filha compreende o que se passa ao seu redor. Como um bom exemplo apresento o seguinte:

Cena (6ª sessão): Mãe faz a menção de falar sobre Alice estar cuspidando muito e o pai já entende que quer que ele coloque o bico na boca da filha, como se já soubesse o que a mãe estava querendo com aquele comentário (fala rindo). Ana Manuela responde que “dá gastura nela esse ranger dos dentes”. Neste momento Alice balança a cabeça como sinal de não. A terapeuta ri e pergunta se todos já entenderam que ela não quer o bico. Continua falando do fato de Ana Manuela colocar e fazer as coisas que Alice não gosta. Ana Manuela menciona o fato de que é só conversar sobre ela não gostar que Alice coloque a mão no queixo (comportamento repetitivo), que ela coloca. Logo após Ana Manuela ter feito este comentário Alice coloca a mão no queixo. A terapeuta e a mãe

percebem que ela colocou a mão no queixo e apontam o fato. A terapeuta fala que Alice está, entendendo a conversa e está se comunicando, só não sabe “falar”.

No momento em que a mãe fala da “gastura” do ranger dos dentes de Alice, a observadora relatou que para ela também estava muito difícil suportar. Observa-se neste ocorrido o movimento contratransferencial da observadora que diretamente tem as mesmas sensações, em certas circunstâncias, identificando-se com um dos personagens do campo transferencial.

Alice foi evidenciando o lugar que ocupa os seus movimentos estereotipados em sua dinâmica psíquica. Ficou nítido que o balanceio, que era o mais freqüente, instalava-se quando solicitava algo do meio e não era atendida, servindo como preenchimento do espaço vivencial não simbolizado. Faltavam-lhe as condições básicas para viver tais situações, quer seja evacuando-as, projetando-as ou acolhendo-as, livrando-a de sensações assustadoras para um bebê que sente o medo de despedaçar-se, por não ter vivido o estado de integração.

Cena (6º sessão): *Alice olha para o pai e faz sons que fazem parecer que ela está brava com ele, chamando sua atenção. Valdir não olha e permanece quieto. Alice pára, olha novamente para Valdir e começa o balanceio.*

Outra cena (8ª sessão): *Havia na sala uma cortina de fantoches que tem uns ursos desenhados e Alice se interessou por ela. A terapeuta e a mãe tinham percebido seu interesse. A mãe ofereceu o baldinho. Eu a incentivei, dizendo que brincaria também. Fiquei na frente da cortina atrapalhando sua visão e então ela inicia o balanceio, entorta a língua e baba muito.*

A tensão entre o casal surgiu também no nosso sexto encontro, deixando entrever como estavam na possibilidade de construção objetal de Alice: Cena (6ª sessão) Valdir começa a brincar com Alice se escondendo e perguntando cadê o papai. Depois pede para Alice falar “papai” e menciona que ela esta quase falando. 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 na posição entre Ana Manuela e Alice mas que é claro também remetia à distancia emocional. Mãe fala sobre Alice dormir grudada em seu pai, penso ser um recurso defensivo utilizado por Ana Manuela nesse momento, devido à dificuldade de estar perto de Alice.

É importante ressaltar que não trabalhamos com esse tipo de criança e sua família num *continuum* desenvolvimentista ascendente. Assim falas são retomadas, posições são repetidas vezes assumidas, queixas ressurgem, ou seja, são movimentações que não se esgotam em um único momento.

A mãe retomou o discurso de que não era necessária para a filha, que não se sente reconhecida como uma “mamãe”. Havia nela muita resistência, apesar da percepção já existente de que Alice se modificava, estando mais viva, o que pudemos verificar quando do encerramento da sessão:

Cena (6ª sessão): *Valdir limpa a mão de Alice e fala para ela pegar os brinquedos e colocar no balde.*

Alice pega outro brinquedo e solta rapidamente. Pareceu demonstrar que queria corresponder ao que lhe foi solicitado.

Outra cena (6ª sessão): *A terapeuta brinca e fala “Acorda João- bobo, eu cheguei, como se fosse a criança”. Alice olha a terapeuta e faz um sorriso diferente do seu comportamento habitual estereotipado sorriso (parece ser algo mais leve, não muscular).*

As possibilidades mais significativas para a mudança da mãe ocorreram quando o pai não pode comparecer as sessões. Dessa maneira, não tinha mais o marido como extensão dela, não podia mais se ancorar nele, tendo que efetivamente apresentar-se.

Também ficou claro com a nova mudança na dinâmica o desejo da mãe e os de Alice. Apareceram os pontos conflitivos entre mundos desejantes se configurando em novo momento do trabalho:

Cena (7ª sessão): *Terapeuta enche o balde e Alice derruba. A terapeuta bate palmas e fala: “muito bem”, incentivando Alice. Enche novamente e ela derruba. Alice derruba e em seguida olha para a terapeuta, esta fala que não fica brava, permitindo Alice a derrubar todas as vezes que quiser e dando significado para o olhar de Alice. Alice vira o rosto olha para a mãe. A terapeuta pergunta se Ana Manuela fica brava (em relação ao balde) e ela fala que não. A terapeuta enche o balde.*

Ana Manuela fala para Alice pegar com as duas mãos , coloca as duas mãos da filha em volta do balde.

Alice inicia o balanceio, vira o rosto para os lados, coloca os dedos em cima do outro, faz um som alto (grito) range os dentes (som de garganta).

A terapeuta pergunta para Alice: “O que aconteceu que você foi para longe?”.

Obtive com esta passagem a visualização de uma mãe que busca uma filha diferente(que segure o balde com as duas mãos, que abrace o Valdir bobo, que engatinhe). Alice não conseguindo corresponder ao desejo materno se isola em seu mundo autístico, mas que, com os movimentos corporais, busca não se desmanchar por falta de continente. Percebi que diante do desejo idealizado da mãe, a ausência de significação é sentida por Alice, que se isola autisticamente.

Senti em Alice certa angústia e porque não dizer, tristeza e frustração por constatar o quanto que a mãe não pode simbolizar e significar os atos de dela fora de seu campo narcísico de filha ideal-mãe ideal. Encontrava-se ligada totalmente ao concreto e sensorial, não deixando à filha muitas saídas, senão a de refugiar-se em seu mundo autístico.

Dentro desta dinâmica do campo é passível que várias identificações na transferência possam se dar e que não diz respeito só à analista, criança e os pais, também com a observadora:

Alice surpreendia a cada dia e nos víamos em situações difíceis de serem contornadas. Admiti que adotei desde o primeiro momento a criança e meu entusiasmo com ela aumentava a cada encontro.

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 confusas 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:

Cena (8ª sessão): *Alice faz o balanceio e sons com a boca, olhando a terapeuta. A terapeuta fala com Alice que não sabe o que ela está querendo dizer com seus comportamentos e pergunta para Ana Manuela se ela sabe. Ana Manuela fala que é “ansiedade com alguma coisa”. A terapeuta fala que não sabe o que é. Ana Manuela chama Alice: “Alice olha a mamãe! Aqui o baldinho! (balança o balde que está no chão). O tom de voz da mãe torna-se maternal.*

A mãe pela primeira vez procurou não antecipar a nomeação, aguardando e permitindo que a filha existisse em seu mundo desejante. Alice não queria o balde e sim estar próxima à cortina com desenhos de ursos, o que é confirmado pela mãe.

Minhas dificuldades em relação à mãe, apesar da percepção de que a excluía em certos momentos, tendiam a retornar e cheguei a invalidar uma

percepção a respeito do que a filha desejava e que pude confirmar, apesar da desvalorização que fiz (8ª sessão). Felizmente, em alguns momentos percebia a tempo minha conduta superegóica, dando-lhe a importância devida, saindo do lugar de filhinha 'magoada' e agindo analiticamente. Isto ocorreu após ter percebido que a mãe entristeceu-se, aparentando muita angústia em lugar da risada costumeira (8ª sessão)".

Cena (10ª sessão): *Estávamos conversando sobre o fato de Ana Manuela entender ou não Alice. Ela inicia dizendo que conhecia bem a filha, mas aos poucos vai se deparando com um certo não-saber, com dúvidas a respeito do funcionamento dela. Acaba dizendo que não sabe nada, que não entende porque por exemplo ela coloca a mão no queixo. Comenta em tom que parecia triste que gostaria que a filha fosse diferente do que é.*

Angústia, aspecto emocional surgiu na mãe e ela pode expressar o quanto sofria por não entender a filha e sua instabilidade emocional. Expressou ciúmes da minha relação afetiva com a filha (sentido pela observadora), que me mandou beijos (8ª sessão)

Cena (10ª sessão): *A mãe fez um comentário de que a filha estava nos últimos dias mais próxima dela. A terapeuta então pergunta: "será que a mamãe está gostando de você ficar mais pertinho dela? Eu não sei! Pergunta para ela!". Alice olha para a terapeuta enquanto ela fala". A mãe fala: Alice vê aqui para a mamãe te responder. Alice permanece onde está e olha para a terapeuta e esta fala que a mamãe é quem estava chamando. Alice parecendo que ignorava olhou para a terapeuta e mandou-lhe um beijo, que desta vez fez som de estalo de beijo, não era os "beijos molhados" de antes o que deixou a terapeuta feliz. A mãe pareceu ter ficado com ciúmes, o que pode ser percebido pelos olhares tristes.*

A evidenciação de uma relação confusa entre a mãe e Alice denotando o não desenvolvimento de subjetividades que estivessem separadas é tão marcante que Ana Manuela projeta suas sensações em Alice, falando que a filha estava

com sono, quando na realidade era ela quem tinha manifestações a respeito, visto que estava sentada, e não se movimentava em relação a filha:

Cena (8ª sessão): *Ana Manuela empurra o balde para Alice e fala que ela tem preguiça de buscar as coisas. Alice derruba o balde. A terapeuta questiona se Alice tem preguiça ou não dá conta de buscar o balde. Ana Manuela reafirma que é preguiça. A terapeuta enche o balde e fala que ela pode derrubá-lo um milhão de vezes que ela enche. Alice derruba e a terapeuta enche. Se a terapeuta não coloca todos os brinquedos no balde ela não derruba. A mãe irritada nega as limitações da filha ao ver que a criança que tem no seu psiquismo não corresponde ao real.*

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 outro da conjunção.

Repercussões vão surgindo em todos nós que estávamos no trabalho conjunto. A mãe passou a falar de si, de seus temores, de suas angústias na convivência com Alice. Analiso que esta possibilidade de se ter um espaço de escuta não só para a criança e sua história, mas para o conjunto familiar, como o ocorrido, foi propiciador para que a mãe pudesse expressar-se em sua dinâmica psíquica-emocional.

Alice, da total indiferença frente à separações, manifesta-se diferente, reclamando quando fica sozinha. Como por exemplo, quando o pai se ausenta conforme cena abaixo:

Cena (9ª sessão): *Ana Manuela comenta uma situação na igreja que Alice só gosta que fiquem sentados no banco ela e o pai, e que a mãe tem que se sentar em outro banco. A terapeuta fala: “Que menina gulosa! Quer todo mundo pra ela”. A mãe diz: “É o jeito dela se manifestar. De dizer que gosta ou não gosta”. Comenta que porque o Valdir está mais ausente, quando ele chega ela “fecha a cara, emburra”.*

A mãe falou de sua angústia ao pensar em separar-se de Alice para ter o bebê, esclarecendo que apesar do pai cuidar bem da filha, prefere não deixá-la com ninguém (9ª sessão).

Os momentos depressivos pelos quais passou anteriormente no trabalho conjunto mobilizaram-na para que pudesse falar de si, apesar de não acreditar que para a filha sua presença como mãe, e não como cuidadora, fosse importante.

Suas fantasias são remetidas a seu colo, que diz ter mudado porque está grávida:

Cena (9ª sessão): Ana Manuela comenta que acha que seu colo mudou, que Alice gosta de ficar bem aconchegada no colo e agora a barriga empurra. A terapeuta conversa com Alice sobre o colo ter mudado e fala que Alice sente raiva, nomeando seu sentimento. Alice vai engatinhando até a terapeuta. Mãe: “você viu? Ela quer atenção só para ela”.

Acredito que se tratava em alguns momentos de duas meninas que se sentiam desamparadas quando o “papai” estava fora e que nenhuma das duas gostava de sentir-se excluída, devido à dor causada.

Aos poucos Alice evoluiu em sua fala de “grunhidos” para sílabas, mas a mãe não se apercebeu. Também não pode valorizar quando fez pontuações sobre sentimentos:

Cena (10ª sessão): Ana Manuela conversa sobre a noite anterior em que estava chovendo muito e Alice estava com Valdir fora de casa. Trovejou muito e ela ficou com muito medo. Enquanto Ana Manuela conversava com a terapeuta sobre o ocorrido, Alice fazia sons de ih, ih, olhava para Ana Manuela, fazia som ta, ta, parecia se espremer, contraindo os músculos, cuspidando, olhando a observadora e voltamos a olhar para a mãe, chamando a atenção para ela. Ana Manuela falava com a terapeuta sobre o medo que sentiu e do alívio quando Valdir chegou com Alice. Foi aí que percebeu que a filha estava chamando sua atenção. A terapeuta perguntou se esta atitude de Alice não podia ser devido ao

assunto que Ana Manuela estava falando, que envolvia a angústia de Alice estar na chuva, com barulhos, trovões e com saudades da mãe. Enquanto a terapeuta falava dessas suposições, Alice olhou para ela.

O trabalho com Alice aos poucos parecia que ia ajudando na constituição de algum objeto dentro dela. Como nos disse a mãe, ela estaria se interessando por “caras humanas”, aumentando seu círculo relacional. Sentia que em certos momentos eu empolgava, acreditava e acreditava na construção do sujeito, qualquer estado em que estivesse. No entanto, isto não obedecia com Alice a nenhuma linearidade. Apesar desta ser desejada, sofriamos na realidade várias oscilações, obedecendo a movimentos ascendentes e descendentes. Sofriamos no campo da inconstância de Alice.

A estranheza em Alice era tanta que lançava seus pais para o campo do incognoscível. E estar neste é estar inseguro, apreensivo, é não saber a causalidade dos fatos. Isto assustava seus pais, a nós, a observadora e, particularmente, sua mãe. Por ser o objeto originário de todo bebê, a mãe fantasia que suas características funcionais lhe são devidas. Trata-se de uma relação de ímpar intimidade, onde os fantasmas maternos se apresentam. É uma relação direta de criatura e criador. E é neste contexto que surge em uma de nossas últimas sessões uma questão que considero importante, que se refere ao imaginário materno.

Cena (11ª sessão): *mãe diz que Alice é igual a ela, sente calor diferente das outras pessoas. A terapeuta pontua, tentando aproximá-las, que elas eram parecidas. A mãe parecendo não gostar diz que “herdar coisas dela é ruim”.*

Isto me leva a pensar que ela não acreditava ter boa herança para a filha e que dentro desta lógica de transmissão, era melhor para Alice não se vincular a ela. Aqui se podia hipotetizar certa nuance da psique materna que se projetava em forma latente sobre a relação com Alice.

A marcha também entra em processo de desenvolvimento com o passar do tempo. A mãe comenta que é só oferecer-lhe apoio que ela se movimenta (10ª sessão):

Cena (11ª sessão): Ana Manuela pega Alice e levanta seus bracinhos, brinca com Alice, tentando 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 Ana Manuela desiste e a deixa em pé.

A terapeuta comenta que é muito melhor ver o mundo de pé, que Alice realmente está dizendo que não quer ficar no chão e que prefere ficar perto da mamãe. Mãe sorrindo diz: “Viu, ela quer andar! E não o meu colo” (parece aliviada).

A percepção da mãe sobre a filha aumentou significativamente e ela fala: “É, ela não gosta de brinquedos, gosta de brincar com pessoas. Se tiver alguém falando com ela, ela adora! (10ª sessão)”.

Busquei aproximá-la de Alice ajudando no desenvolvimento da função materna que considerei inexistente o início do tratamento, mostrando-lhe a vinculação da criança à mãe, na tentativa de produzir novas subjetivações (mãe e filha) conforme pode ser verificado.

Houve na história pessoal da mãe de Alice muitas dores passadas e relatadas por ela. Reclamou de solidão sentida, de sofrimentos (nervoso). Comentou ter sido encaminhada para terapia, só que não foi possível; que trabalhava com crianças em uma creche e que sentia muita tristeza e depressão. Relatou-me seus medos atuais de ter outro bebê com problemas, lembrando-se de uma vizinha que não abençoou o seu bebê e ele nasceu doente. Evidenciou-se que na fantasmática materna algo “estranho”, “doente”, estava contido em seu ‘útero-mente’, que dava à luz bebês-problemas. Acredito que a mãe estava em seu mundo psíquico identificado a bebês que foram abandonados, não cuidados

devidamente por suas mães (creche), fazendo-a sentir-se só, presa ao bebê interno, não tendo condições de cuidar de outro. Esta mensagem foi veiculada à Alice, fazendo com que não sentisse possibilidade de ter um olhar materno que fosse desejante e que lhe investisse de vida. A mãe não evoluiu, não se desenvolvia. Ficou presa em estágios muito primitivos em que se sentia completamente abandonada e entregue às suas fantasias aterrorizantes, de morte, filha de uma mãe que também teve problemas de sustentação-coluna (sessão 13ª).

Foi particularmente interessante o retorno do pai de Alice ao trabalho. Comparando Alice à Macunaíma, explica-nos que Macunaíma era um índio que tinha 11 anos e que não fazia nada (não falava) e quando a mãe enfezou e o levou para a selva, a criança gritou: *mãe!. Assinala que se der o brinquedo na mão de Alice ela não faz nada, não se interessa, mas se não der ela anda na casa toda* (17ª sessão).

Nesta mesma sessão Alice nos surpreendeu ao pegar o balde com as duas mãos e virá-lo, quase gritando: “ Oh! Você usou as duas mãos, está diferente!”

Algo se passou após minha exaltação e Alice pegou novamente o balde só com uma das mãos, sorriu e fez sons e então comentei: *“ parece que ela não quer empolgar ninguém. Se ela ficar muito esperta ninguém vai olhar para ela!”*

Associei que Alice tinha medo do abandono tão veiculado pelo psiquismo materno. Senti que o trabalho que estávamos fazendo com a mãe no sentido de sensibilizá-la para algo do mundo interno dela e da criança, precisava ser feito com o pai. Ele relacionou balanceios de Alice à música que ela gosta, estando vinculado ao sensorio também como a mãe anteriormente (18ª sessão).

Alice vinculou-se cada vez mais a mim, gritando quando chegava e tinha que aguardar na recepção:

Cena (20ª sessão): Alice balanceia e faz sons de garganta, lembrando “grr,grr”. A terapeuta olhando para Alice: “sabe o que eu acho?” Alice olha para a terapeuta.

Terapeuta: “ah! Você quer saber?” (comentando o olhar de Alice). “ Você estava reclamando da demora! Eu estava escutando você reclamar da outra sala, para eu vir”. Pai fala que foi só Alice ver os brinquedos que ela melhorou.

Interessante foi observar esta fala do pai que, ainda como no início, regrediu à idéia de que a filha prefere objetos a pessoas, o que é plausível dentro da movimentação oscilatória já discutida.

Para nós o que acalmou Alice foi o conjunto de fatores (*setting*, presença da observador e a terapeuta) que serviam-lhe de continente para a angústia sentida quando da ausência. Associamos que Alice já tinha instalado algum rudimento de objeto que não estava tão incipiente, vazio, no seu mundo interno, como no princípio.

Alice deu mostras de presença do objeto, tanto que buscou ampliar seu campo relacional, buscando olhar para a observadora e participar da conversa:

Cena (21ª sessão): Alice olha para a observadora, torce a língua, faz sons de garganta, sons de ranger os dentes, olha para o pai e depois para a terapeuta... enquanto a terapeuta e o pai conversam Alice balança, faz som que parece um “oi”, faz outros sons mais altos e olha para a terapeuta.

Foi perceptível a oscilação circulante entre o pai e a mãe de Alice quanto ao quadro da criança. Pude perceber que as fantasias da mãe concernentes ao medo de desagradar ao marido não eram produtos apenas do mundo intrapsíquico, mas produzido na relação com ele. O pai a responsabilizava pelos atrasos de Alice (super-proteção, paternalismo). Deixou implícito o desejo de um bebê ideal, sem problemas, sendo o mundo interno da criança de responsabilidade materna(24ª sessão).

Alice sentia na relação com Valdir a presença idealizada do bebê imaginário de seu pai e evade-se em alguns momentos. O pai buscava que a filha se ligasse nele e quando não conseguia passava a ser o pai “cuidador”, que cuida da alimentação, do seu intestino, do seu joelho. Não tolera a impotência e defensivamente colocava-se a trabalhar nesse outro campo.

Fiz algumas intervenções junto ao pai mas devido ao tempo dedicado à pesquisa não dispus de mais tempo para trabalhar em conjunto, deixando a família ao encargo da observadora que assumiu a função de terapeuta.

Nosso último encontro aconteceu com a presença de toda a família (mãe, pai Alice e o bebê). Alice olhava-me bastante. Mãe parecia ressentida e pai calado.

O trabalho com Alice continuou na clínica-escola e também em outra instituição que agora já tinha condições de freqüentar.

3.2. CASO SARA

O segundo caso por mim analisado é de uma menina de 4 anos. Seu nome é Sara.

Na época em que dei início ao atendimento, Sara já era atendida anteriormente neste serviço por outros profissionais psicólogos da Clínica de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

O quadro de Sara foi percebido quando ela tinha 2 anos de idade. O seu diagnóstico era de hidrocefalia. Foi submetida a uma cirurgia 6 meses depois. Foi diagnosticado também que Sara tinha 75% de perda auditiva no ouvido direito e 25% no esquerdo. Também tinha pouca acuidade visual, tendo que usar um óculos de 7 graus.

O diagnóstico atual dela no serviço da clínica-escola era de hiperatividade acompanhado de grande atraso no estabelecimento da fala.

A transferência de profissionais se deu devido à saída da psicoterapeuta anteriormente responsável pelo caso. Assim, iniciou-se o trabalho de psicoterapia conjunta, em que compareceram a mãe e a criança.

O início do trabalho foi marcado por uma expressão marcante da mãe de Sara, porque, ao mesmo tempo em que se apresentava séria e impaciente com a filha, também sorria para Sara, tendo uma expressão marota. Sua expressão era de alguém que estava cansada de tanto lutar para que a filha se desenvolvesse e pudesse ser vista como uma criança de sua faixa etária. Entretanto, apesar do visível cansaço, havia o desejo de continuar lutando para ajudar a filha, ficando evidente que havia entre mãe e filha uma cumplicidade que a fazia estar ali conosco e em outros atendimentos que Sara demandasse.

Tratava-se de uma mulher que a vida havia imposto muitos desafios dentre eles, amar e cuidar de uma menina que não parava quieta sequer para comer ou brincar. Sara tinha muitos comportamentos hiperativos, o que fazia com que sua mãe dispendesse grande investimento não só emocional, mas até físico pois tinha que andar o tempo todo atrás dela para impedir que estragasse coisas, quebrasse ou até mesmo se machucasse. Esta menina exigia de sua mãe atenção vigilante o tempo em todo que estava acordada, Laura só podia cuidar de seus afazeres domésticos, somente quando ela dormia. Sara era uma criança que deixava sua mãe exausta, fazendo com que toda sua atenção se voltasse para ela. Até mesmo sua outra filha, que era mais velha, ficava relegada a segundo plano. A rotina diária da mãe incluía levar a filha para receber atendimento de fonoaudiologia na APAE, ao neurologista e ao nosso serviço. A mãe de Sara, Laura, não tinha ajuda de nenhum familiar para cuidar de suas filhas, estando separada do marido há 2 anos. Seu relacionamento com o ex-marido era de constantes conflitos por causa da guarda das filhas o que lhe deixava muito desgastada pelas constantes ameaças que sofria. Laura vivia nervosa tanto pelas dificuldades que eram advindas da problemática de Sara quanto pelas brigas que tinha com o ex-marido, em que era acusada de não cuidar bem das filhas. Todo esse empenho de Laura às vezes parecia deixá-la em dúvida se valia a pena tanto esforço por Sara. Sua sensação, segundo relatou-nos, era de que parecia que nada se transformava em sua filha, que ela insistia e os resultados esperados não ocorriam. Em determinado momento a mãe utilizou algumas expressões que marcaram seu estado emocional perante a filha “Sara não obedece”. “Sara vive estragando os óculos”. “Estou cansada de falar e não adianta”. “Ela não me escuta”. “Eu não vou mais insistir com a Sara para ela usar os óculos”. Era visível seu sofrimento, seu estado de angústia por não conseguir que Sara a ouvisse e que pudesse assim ter para com a filha uma verdadeira relação de troca. Aqui era apenas a mãe que se oferecia de corpo e mente para a filha, a fim de que pudesse tornar-se uma menina com melhores recursos para adaptar-se ao mundo externo.

Nas sessões Laura parecia querer descansar um pouco do visível desgaste que tinha com a filha, deixando-a ao encargo da psicoterapeuta para que esta pudesse ocupar-se de Sara, possibilitando-lhe um pouco de liberdade. Era como se ali na sessão ela tivesse alguém para contar nos cuidados de sua filha, oferecendo um continente não só para a criança, mas também para ela. Parecia que sentia nosso espaço como um colo para ela, em que podia ser ouvida e ajudada em suas dificuldades com Sara e com a vida, que não lhe era fácil. Estávamos diante de uma mulher jovem de aparência sofrida, mas que esboçava, apesar disso tudo, o desejo de continuar ajudando sua filha pois era evidente seu apaixonamento por ela.

Parecia difícil para Laura em alguns momentos acreditar que Sara poderia se transformar em uma criança mais tranqüila, capaz de ouvi-la e ter uma relação menos tumultuada com ela. Sara às vezes a deixava tão desesperançosa que seu olhar para a filha ficava contaminado, achando que todos tinham a mesma visão que ela ao olhar para a filha. Em dado momento da sessão a psicoterapeuta pergunta à mãe como ela vê Sara. Ela diz: “Deste jeito que você está vendo”. Isto era dito em um tom de tristeza que cremos ser fruto de todo o investimento sem resultado que a mãe fazia, mas que não era uma sentença fechada em seu psiquismo materno: ela estava lá conosco em mais uma tentativa.

No outro domínio estava Sara, que andava de um lado para outro completamente “perdida”, “desorganizada”, tentando buscar alguma coisa ou alguém para “agarrar-se”, como poderá ser evidenciado no movimento das sessões.

Desde a primeira sessão Sara manifesta notadamente o que se passa em seu mundo interno/externo tão precário e desorganizado, apresentando-se inquieta, dispersa, sem ligar-se à nenhuma brincadeira, circulando pela sala e ora buscando a mãe, a mim, ora até mesmo a observadora. Observamos que não se trata apenas da possibilidade de uma disfunção neurológica, mas também de uma desorganização afetiva que se dá no campo relacional entre mãe e filha, que

se manifesta na fala e expressões faciais da mãe e na movimentação constante de Sara. Tínhamos, assim, diante dos nossos olhos uma mulher e uma criança que não se conheciam intimamente quanto aos seus aspectos positivos, convivendo e se entrelaçando apenas na superfície em que apareciam somente seus pontos difíceis, prejudicando a convivência entre elas. Não estava sendo possível para a mãe naquele momento reconhecer em sua “cria” sinais que a fizessem sentir-se gratificada em seu desejo materno. Seu olhar era como o de quem está diante de alguém em que não se reconhece ainda o que pode haver de semelhança entre elas. Laura parecia olhar para a filha com muita ternura, mas também com desapontamento devido a inquietude da criança. A mãe de Sara pareceu-nos ter efetivado consigo mesmo um acordo que lhe permitia cuidar da filha tornando seu estar com ela menos sofrido para ambas. Seus contatos se davam de forma não profunda, não permitindo assim, que mãe e filha pudessem estar juntas em sintonia e que pudessem transformar em algo mais verdadeiro a relação. Isto poderia ser pensado devido a outra demanda que Sara tinha e que se fazia mais premente para a mãe, que era de cuidar do seu aspecto físico, visto que não se poderia esquecer que Sara teve um quadro de hidrocefalia e não se sabia até então quais as conseqüências. A criança fazia uso diário de medicamentos tanto para prevenir possíveis crises neurológicas como para ajudá-la a dormir e ser menos inquieta.

No princípio do trabalho a mãe se apresentava na relação conosco como se estivesse em outro lugar, com olhar vago, pensativa não interagindo com o que estava ocorrendo no momento da sessão.

Acredito que lhe era difícil iniciar nova experiência de trabalho pois já tinha deixado explícito que a filha parecia não amadurecer, comportando-se como um bebê de 1 ano de idade. De fato em alguns comportamentos relatados pela mãe isto se evidenciava. Por exemplo, adorava pegar suas panelas para brincar, passava margarina na cama e no cabelo, derrubava cremes e xampus espalhando pela casa, puxava as roupas do varal sugando a água, entre outros.

Até então, o que estava estabelecido para a mãe era de que tinha uma filha que nasceu com hidrocefalia tendo sido operada aos 2 anos e 6 meses, não tendo desenvolvimento infantil satisfatório e que se comportava como uma criança de 1 ano de idade trazendo muitas dificuldades em seus cuidados exigindo-lhe atenção constante. Houve uma fala da mãe que tentou dizer-nos como via a filha:

Cena (1ª sessão): A mãe relata: *“A mentalidade dela é de uma criança de 1 ano de idade, agora é que ela está descobrindo as coisas. Ela fala as palavras papai, mamãe, Bia, tchau, ela não sabe fazer cocô, xixi...ainda usa fralda”.*

Desta maneira, a conduta da mãe era em muitos aspectos tratar a filha como um bebê que ainda não desenvolveu suas competências para independe-se, mas não se restringia a isto. Cobrava que Sara se modificasse, dizendo-lhe que estava cansada de ter um bebê de 4 anos. A conquista de mudanças em sua filha acreditamos que, de certa maneira, eram dificultadas pelo fato da mãe não perceber sua responsabilidade e potencialidades para o desenvolvimento da filha, colocando-se na postura de esperar mais passivamente que algum profissional ou medicamento pudesse dar conta sozinho das mudanças, julgando-se incapaz para ajudá-la.

Sara na primeira sessão pareceu expressar sua fantasia a respeito de como é vista e sentida pela mãe, deixando manifesto seu desejo ambivalente de sair da posição de um bebê para tornar-se uma menina, mas ainda de forma muito insegura:

Cena (1ª Sessão): Sara se dirige rumo à mãe, à terapeuta, bem como à caixa de brinquedos, sendo que a genitora retira desta um nenê e entrega para a criança, já que a mesma estava procurando algo. Sara então joga o nenê no chão e posteriormente puxa a terapeuta pelo braço sinalizando que queria brincar de “janelinha”, deixando o bebê para trás.

Outra Cena (1ª sessão): Posteriormente, Sara estava com o nenê nas mãos puxa a terapeuta rumo à janela e concomitantemente manda beijo para a

mãe. A terapeuta lhe pergunta: “Por que você está me puxando e mandando beijo para a mamãe?” Depois a terapeuta lhe interroga deixando entender que buscava fazer uma analogia entre o comportamento de Sara e o de um bebê e usa a seguinte expressão: “Como nenê?” Sara joga imediatamente o nenê no chão.

Penso que aqui Sara explicita que se sente como um bebê que precisa ser pega ao colo, mas que quando se sente acolhida em suas condições-bebê pode “jogá-lo fora” e por em seu lugar uma menina “sapeco” que de fato em muitos momentos o era.

A criança para constituir-se como sujeito dono do seu próprio desejo, com suas características próprias e peculiares e sem sentir-se rejeitada, necessita invariavelmente de um olhar que possa dar-lhe elementos para sentir-se desejada. Qualquer ser para sair de uma condição de não-sujeito para sujeito requer um olhar desejante. Sara em sua pequenez expressava sua angústia frente ao olhar materno, que mostrava dificuldades para entendê-la e ajudá-la na superação de sua problemática e que portanto, não era capaz em alguns momentos, até então, de oferecer-lhe “*holding*”. Entretanto, era visível o quanto Laura queria entender a filha, seus desejos, suas necessidades.

Evidenciou-se desde o começo que havia entre mãe e filha um funcionamento psíquico que se assemelhava em certas circunstâncias, deixando-as num mesmo plano emocional, como se segue:

Cena (1ª Sessão): *Sara puxa novamente a terapeuta pelo braço rumo à “janelinha”. A terapeuta então, desencosta a janelinha da parede, a abre, mas Sara se desinteressa, desiste, afastando-se da terapeuta e da brincadeira. Sara fica de longe olhando (olhar vago) a terapeuta. A terapeuta fala: “Sara você está desistindo, não quer brincar.” No mesmo momento a mãe mostrava-se ausente daquilo que se passava na sessão, considerando que seu olhar estava distante .*

Observou-se assim, a similitude psíquica funcional estabelecida entre Sara e a mãe, ficando as duas em alguns momentos como se fossem a mesma pessoa

e tivessem, então, semelhantes impressões, sensações e vivências emocionais. Haviam momentos como esse que davam a impressão que naquele instante as duas partilhavam de uma mesma experiência talvez sensorial, identificando-se. Vimos a partir da relação manifesta entre elas o quanto havia de imbricação nesta dupla e o quanto necessitavam de um terceiro que pudesse intervir para possibilitar uma melhor individuação, tanto para mãe como para a filha, em se pudessem reconhecer suas potencialidades.

A relação estabelecida e observada era de que não havia criado entre Sara e a mãe um laço emocional que permitisse à criança sentir-se segura emocionalmente, havendo por parte da mãe muitas dúvidas quanto ao manejo da filha, sua agonia frente a instabilidade da criança, o que a levava algumas vezes ao surgimento de sentimentos hostis, conforme o trecho a seguir: “Estava perguntando à mãe sobre a expressão facial dela estar desanimada e irritada. A mãe disse que tinha levantado cedo e trabalhado bastante. Que antes de sair de casa tinha que deixar todo o trabalho pronto, para que quando chegasse em casa tivesse tempo suficiente para levar Sara à APAE. Vendo que estava enfadada, foi-lhe perguntado se também parte de seu cansaço não era por causa do trabalho que a filha lhe dava, obrigando-a a cuidar de seus afazeres com tranquilidade somente quando dormia:

Cena (1ª Sessão): Mãe: *É porque ela fica mais comigo do que com ele (referindo-se ao pai).*

Terapeuta: Mas será que não é porque ela precisa mais de você?

Mãe: Pode ser, mas também pode não ser.

Terapeuta: E você acha bom?

Mãe: É bom. (ela responde em tom de desanimada)

Terapeuta: Não parece! Mãe: Por que não parece?

Terapeuta: Você fala que é bom com uma cara cansada.

Mãe: É bom, mas é que por ela ser desse jeito (aludindo a agitação da filha). À noite a gente não dorme bem... ela me chama muito.

Laura estava visivelmente abatida e com raiva do ex-marido, que lhe trazia muitos aborrecimentos, cobrando sempre que ela, aos seus olhos, cuidasse melhor de Sara.

Sua fala era de que ele só sabia “botar defeito nela”, e que ele ficava somente o final de semana com ela. Dizia: “queria ver se ele no meu lugar iria dar conta dela, ela não dorme, não para quieta, queria ver “.

Sara estava assim nesse fogo cruzado de acusações e defesas, o que, pensávamos, a deixava insegura, buscando alguém ou algo para fixar-se.

Observei que Sara era uma criança que diante das dificuldades familiares, utilizava como recurso defensivo freqüente à sedução e a manipulação. Era impressionante como Sara reagia diante das solicitações da mãe para que se comportasse de maneira adequada e pertencente à sua faixa etária. Sara reagia à fala da mãe não acatando as suas solicitações. Assim, para amenizar o resultado do que tinha feito a forma encontrada por Sara era seduzir as pessoas em cena mandando beijos e às vezes dando abraços ou oferecendo largos sorrisos, o que sentíamos que nos abrandava, pois era possível perceber que sua irreverência era uma defesa que utilizava frente à angústia sentida com relação ao ambiente familiar, quer estivesse com o pai, ou a mãe. Assim era sua manifestação de desapontamento com as figuras parentais:

Cena (1ª Sessão): *Sara pega um copo sujo que estava na pia e o leva a boca. Mãe adverte firme: “Não coloca isto na boca.” Sara se aproxima da terapeuta, manda beijos para a mãe e a desafia levando o copo à boca, fazendo com que a mãe se levante e o tome colocando no lixo.*

Havia o desejo manifesto da mãe de ter com quem dividir os cuidados com Sara e que o fato de ter que cuidar dela sozinha a deixava na maior parte do tempo insatisfeita. Reclamava que tudo era ela quem tinha que fazer por Sara,

que o pai achava que pelo fato dela receber a pensão da filha do INSS, a responsabilidade com ela era quase totalmente sua. Ela dizia: “Ele só pega sábado e domingo e para passear”. Tivemos um momento expressivo, no qual pode-se vislumbrar o que se passava no imaginário materno com relação à filha:

Cena (1ª Sessão): *Sara senta na beirada da caixa de brinquedo e a mãe dá um leve empurrão nela mencionando que iria fechá-la dentro da caixa, ao que a terapeuta diz: “A mamãe está querendo deixar a Sara aqui!” Sara mostrando-se irritada, bate o telefone na terapeuta.. E pouco depois joga a cadeira no chão.*

Não acredito que Laura realmente desejasse deixar a filha para trás e ir embora, mas diante da intensa angústia e cobrança que sentia, poderia sim em alguns momentos, ter o desejo de ter a filha em seu ventre materno(caixa), pois assim só ela cuidaria sem que ninguém pudesse julgá-la. Laura sentia-se injustiçada pelo ex-marido e alguns familiares que estavam sempre lhe dizendo que deveria cuidar melhor da filha. A nosso ver, essa mãe fazia tudo o que estava ao seu alcance e mostrava-se desejosa de ter mais ganhos com Sara.

Sara ouvia o que era dito, qual a angústia veiculada no ato e expressão da mãe o que a deixava também muito angustiada, determinando seu comportamento irado. É passível a compreensão do que uma criança pequena sente diante da instabilidade emocional do objeto no qual busca se vincular. Sara apresentava um rudimento de objeto e buscava, em suas tentativas altamente ativas, uma constituição mais sólida de uma relação objetal. Como se sabe, um bom estabelecimento de um objeto no mundo interno da criança, lhe permite satisfatória organização psíquica e conseqüente adaptação ao mundo externo no qual acha-se inserida. No caso de Sara e sua mãe, verificou-se na cena mencionada que havia não manifestamente o desejo de que Sara pudesse ficar em uma posição uterina, em que mãe e filha pudessem ser uma só com vivências de “paraíso alcançado”. Essa posição onde Sara não seria vista por ninguém protegia a mãe de críticas tão costumeiras, visto que ninguém veria o resultado daquilo que ela poderia julgar como sendo produção só dela, o que certamente

seria um engodo. Isto porque, de acordo com o olhares materno, paterno, familiar, o que vinha da criança era indesejável, difícil de se conviver e, portanto, não podia ser aceito dentro dos seus ideais e ideal provavelmente de qualquer pai ou mãe – que era o de ter uma filha “comportada” e que não desarranjasse o ambiente conforme cena abaixo:

Cena (3ª sessão): *Ao entrar para a sala de atendimento, a mãe coloca a criança no colo para por o tênis. Nesta ocasião a paciente diz : “Oi! (ri), a mãe parecendo irritada com Sara porque ela não parava quieta, fala.” “Não adianta falar oi, você tem que ser comportada”.*

“Ser comportada” expressava o desejo de que a filha não fosse tão inquieta e “bagunceira”, como ela denominava, que conseguisse sentar, fixar-se em uma brincadeira e que pensamos lhe trouxesse maiores prazeres em estar com ela, porque ela cansava com quem estivesse, o que foi vivenciado também por nós.

Claramente Sara representava suas insatisfações para com o mundo e as pessoas que a cercavam. Isto era expresso pelo choro, pela ira e pelos beliscões freqüentes que administrava em quem a frustrasse ou a impedisse da realização do que buscava. A mãe nos contava do alto índice de beliscões que a filha lhe dava e que segundo ela, às vezes, era aleatório, sem que nada tivesse acontecido. Entretanto, nem sempre era assim. Às vezes tudo começava com uma situação em que Sara não conseguia realizar o seu intento. Os beliscões às vezes pareciam totalmente desconectados de sentidos. Podemos analiticamente pensar que nenhum ato é sem sentido, mas que o difícil às vezes é captá-lo.

Cena (5ª sessão): *Sara vai até a caixa de brinquedos para abri-la, mas não consegue então senta na cadeira e desiste. A terapeuta diz: “Sara eu te ajudo” e abrem a caixa. Sara pega o balde cheio de peças de lego retirando-o da caixa e colocando nas mãos, vai até a mãe e a belisca. A mãe parece não entender o porque e fala: “Não me belisca não! O que eu estou fazendo com você?”*

Sara parecia enunciar o desejo de que o objeto materno pudesse sempre compreendê-la atendendo suas necessidades e que, quando não era possível, fazia com que a mãe sentisse dor, por talvez ser o que ela sentia frente a angústia de não ser entendida. Entretanto, observamos que quando ela “queria”, era mais clara em seus objetivos, não dificultando tanto; como por exemplo nas diversas vezes que nos pegava pela mão para levá-la até a janela, pegá-la no colo e atos afins. A criança parecia estar em busca na relação de um continente que lhe fosse abarcador e seguro para suas projeções. De fato, Laura manifestava-se instável em sua função, sentindo-se vigiada pelo ex-marido, o que de fato também acontecia, deixando-a confusa e insegura com relação às suas reais possibilidades de ser mãe dessa menina tão “custosa”.

Observei que nem sempre Sara sabia o que desejava fazer, muitas vezes, parecia que desejava era verificar a capacidade e o quanto de espaço disponível ela tinha dentro das pessoas que estavam com ela. Houve momentos que ela circulava pela sala, andando de um lado para outro, passando pela mãe e a beliscando, sem que houvesse nenhuma demanda para realizar explícita. Sara estava em busca de algo que consideramos que mãe e a filha desconheciam, e que assim, estavam imersas em um grande caos em que suas subjetividades estavam comprometidas que o “beliscar” era a forma encontrada por Sara para comunicar a “dor” sentida e “tocar” o outro:

Cena (5ª sessão): *Sara está brincando na pia e bebê um pouco de água e molha a roupa. A mãe fecha a torneira. Sara tenta abrir e não consegue. Olha para a mãe, dá tchau. Em seguida belisca a mãe e deixa seu braço roxo.*

A mãe de Sara parecia no início do trabalho tão perdida em sua função materna e como sujeito humano que ao receber os beliscões da filha, não reagia, apenas tirava sua mão em silêncio, ao que a criança olhava e sorria parecendo também não entender. Laura tinha várias marcas pelos braços. Dizia que não adiantava falar com a filha porque ela continuava. Parecia que as sentenças que eram feitas à mãe de sua “incompetência” faziam com que Laura, com o passar do

tempo, estivesse acabando por identificar-se, mostrando-se impotente frente às agressões de Sara. Reagia como se já não fosse mais um sujeito capaz de pensar e ter desejos próprios, permitindo que se fizesse com ela o que se queria.

Desde o princípio, a criança buscou reconhecer no trabalho conjunto em que terreno estava transitando. Desta maneira, também tentou beliscar-me por várias vezes. Aproximava-se da observadora, tomava sua caneta, puxava seu caderno e pegava sua mão. Foi importante desde o começo a minha atitude de ser pontual, firme, com Sara, não lhe permitindo que a dor que creio ser sentida por ela, fosse atuada em meu corpo.

Aos poucos foi se instalando em nosso *setting* de trabalho uma definição de papéis e funções, fazendo com que Sara se apercebesse melhor no território por onde circulava. Isto culminou em que Sara aos poucos também fosse tendo atitudes, comportamentos mais concentrados. Verifiquei que Sara logo nas primeiras sessões buscava aproximar-se o tanto quanto possível de mim e ao mesmo tempo tentava trazer a mãe para junto de nós, para trabalharmos efetivamente em conjunto.

Repetidas vezes, me convidava para que a pegasse no colo e lhe mostrasse o “mundo” através da janela da sala onde nos encontrávamos. Junto disto, também chamava a mãe, que a princípio, perdida na sua função, buscava não sair do seu lugar cativo (banco encostado na parede). Esta, no “real”, era a disposição física ocupada pela mãe de Sara e que refletia imaginariamente o lugar ocupado por ela na vida, isto é, de alguém que estava um tanto quanto desvitalizada provavelmente por estar tão desinvestida por outrem, “escorada” em sua frágil subjetividade. A criança, assim, utilizava-me como possível modelo para o pleno desenvolvimento da função materna que até então se encontrava instável em suas expressões, o que pudemos analisar como sendo resultante da ausência de um outro que também pudesse reconhecê-la e significá-la enquanto tal.

Cena (6ª sessão): *Sara solicita à terapeuta que a leve até a janela pegando-a no colo e Sara observa os seus brincos. Depois olha rapidamente para*

a mãe esboçando seu desejo de que ela também fosse até elas. A mãe olha e permanece sentada. A terapeuta intervém dizendo: Mamãe não gosta, Sara. A mãe pára, observa à distância e depois se levanta, ficando junto das duas. Começa a chover forte e a mãe comenta com a filha: “Chegamos mais cedo que a chuva”. Ainda permanecem uns tempos próximas à janela e depois voltam para o centro da sala.

Como se sabe, o desenvolvimento ou não da função materna depende de um conjunto de elementos pertencentes ao mundo emocional da mulher em interação com o mundo externo em que esta se encontra. Para que o desenvolvimento desta função possa se dar, torna-se primordial que a mulher possa estar em acordo com o seu bebê interno para dar conta de receber o bebê advindo do mundo exterior. Também é necessário, que disponha de um outro que a reconheça e possa validá-la na sua função. Desenvolver a função materna, é assim, algo que depende de uma conexão favorável entre o que vem do mundo intrapsíquico com o meio-ambiente.

No caso da mãe de Sara vários fatores intervíram para confundi-la como por exemplo a relação difícil relação que dizia ter com o pai da filha durante o casamento, bem como depois da separação até o presente momento. Segundo a mãe, a separação se deu porque não se entendiam, por serem pessoas muito diferentes, tendo sido ela que solicitou que se separassem. Seus pais e familiares moram no norte do Estado, o que dificulta muito o contato e do que ela reclama por estar sempre muito só, sem ter com quem contar. Relatou-me que às vezes pensava em retornar para junto de sua família nuclear, mas que não teria trabalho por lá para sustento de sua família atual.

Como se pode perceber, um conjunto de elementos além dos que são intrínsecos à mãe, intersticiam seu contato com a filha, deixando-a “ressentida”, “desanimada” em suas relações.

No nosso trabalho, Sara em sua pouca idade apercebia-se das dificuldades maternas existentes. Sabiamente, utilizava-me como referencial não só para ela,

mas também como para mãe tentando incluí-la em vários momentos das sessões transcorridas, como já retratado. Em quase toda sessão, ao pedir me para levá-la até a janela depois de alguns instantes fazia sinal com a mão para a mãe, convidando-a para que se achegasse a nós. Inicialmente a mãe não aceitava os convites, recusando-se a levantar de seu lugar de “desistência” e “paralisia”. No entanto, acreditando que identificada com o desejo de Sara de ter um continente que pudesse receber seus conteúdos projetados, dispus-me a pegá-la ao colo, a dar-lhe a mão, em momentos que me solicitava. Paralelamente a isto, também percebia que a mãe necessitava de um “outro” que lhe servisse como para a filha, de um continente em que pudesse não só projetar-se mas derramar-se nas suas dores, angústias, ansiedades e também desistências, as quais eu compreendia e aceitava. Assim, ao mesmo tempo em que buscava tentar entender o que Sara solicitava e demandava, buscava dentro das minhas possibilidades não deixar a mãe de fora, “buscando olhar em seus olhos”, conversando e perguntando como estava se sentindo. Minhas intervenções tinham como objetivo apresentá-la para uma parte dela mesma, competente, rica em afeto que acreditava estar soterrada por críticas negativas que recebia do mundo externo e que provavelmente se somavam às suas culpas imaginárias de ter tido uma filha com disfunção cerebral, tentando fazê-la experimentar uma outra posição que não a que se encontrava. Sentíamos forte o desejo de estar com ela e sua filha, estabelecendo ótima relação transferencial. Naquele “barulho” e “agito” todo da sessão, também era possível “escutar” que uma bela relação poderia ser estabelecida entre mãe e filha, pois víamos “paixão” em seus olhares e isto nos alimentava semanalmente. Discutíamos em supervisão que o laço emocional que era frouxo entre elas poderia ser fortalecido e acreditamos que isto, fazia com que nos empenhássemos, mesmo quando estávamos também desanimados. Recebíamos assim da supervisão grupal, vários olhares sobre nós, que nos mostravam nossos “nós” e possíveis atuações para desatá-los. A supervisão servia como o “beliscão” de Sara, ou seja, doía ao ver nossas limitações para intervir no desejo do outro, mas ao mesmo tempo nos tocava para vermos além de nossos olhos. Dava-nos a

possibilidade de visualizarmos o campo transferencial e pessoas. Assim nos víamos na relação com outros e não em relação a outros, o que denotaria estratos dentro de um campo.

Com o decorrer do trabalho a mãe ao ser ouvida, solicitada, passou a se achegar, numa postura, a princípio tímida, mas que aos poucos foi se ampliando, estando mais falante e ativa durante as sessões. Graças principalmente a Sara, mas não só, que apresentava uma movimentação inicial excessiva, observei que na sala tínhamos um *quantum* de vida que necessitava ser compreendido e valorizado. Desta forma, sentindo-me como uma parceira limitada de Sara e da mãe, buscamos auxiliá-las para que pudessem se expressar mais livremente e se permitissem apresentar o que havia de mais belo e também sofrido em suas, tentando ajudá-las na implementação de suas subjetividades.

Dentro deste contexto de tentativas de mudanças no conjunto familiar, buscamos evidenciar para a mãe que todo seu sofrimento e angústia com Sara nos eram compreendidos e que lhe éramos empáticos. Acreditávamos que muito havia por ser esclarecido entre aquilo que era do real e o que era do imaginário materno que se encontrava contaminado por percepções alheias, somadas à sua própria história de vida e que não permitiam que uma relação criativa pudesse emergir em seus contatos. A criança apresentava sinais de constituição ainda frágil, mas ficou claro que possuía um vestígio de objeto, podendo viver momentos como se segue:

Cena (7ª sessão): *Sara estava sentada no colo da mãe quando a mãe levanta-se para colocar o cesto de lixo sobre o armário, Sara levanta-se e tropeça na cadeira. Terapeuta pega uma outra cadeira e oferece para ela. Sara senta-se e começa a brincar com isso a mãe se entusiasma dando um grande sorriso e aplaudindo-a, parabenizando-a pelo feito. É um momento muito agradável.*

Notava que Sara ao mesmo tempo em que manifestava querer crescer, ficando satisfeita quando era aplaudida, também se irritava quando buscávamos atualizá-la na relação que se estabelecia:

Cena (7ª sessão): *Sara solicita que a terapeuta a leve até a janela e isto não acontece imediatamente. Sara começa a chorar como bebê e isto lhe é dito. Ao ouvir isto Sara sorri. A terapeuta pergunta para a mãe quantos meses ela tem. Em voz alta a mãe diz: 36 meses. A terapeuta comenta: “isso é bebê, mãe?”. Sara vai até a terapeuta e a belisca.*

Nesse momento percebemos que a mãe não hesitou para falar com a filha, saindo da posição que inicialmente ocupava no campo de tratar Sara como bebê.

Como se vê, a ambivalência frente ao crescimento, que é fator natural no desenvolvimento humano, se apresentava nos movimentos de Sara. Avaliamos que o medo sentido da mudança pelo crescer e independe-se era mais acentuado na vida dela pelas dificuldades que encontrava na relação com os pais, em que havia um certo jogo entre eles para ver com quem ela ficaria, deixando-a insegura para dar novos passos.

Tudo isso que vinha se produzindo na relação conjunta ia ajudando Sara a desenvolver uma certa dose de continência interna, o que a princípio apresentava-se muito incipiente. Estas mudanças em Sara nos ajudava cada vez mais a acreditar que seu quadro diagnosticado de “HIPERATIVIDADE” tinha como um de seus determinantes a falta de um continente relacional em que pudesse vincular-se, sem a sombra do medo de perda do objeto, podendo estar de fato com um outro, tal como a seguir:

Cena (9ª sessão): *Terapeuta pega uma boneca que está a seu lado no banco e coloca em seu colo, passando a balançá-la e diz: “Olha o bebê”. Sara repete: “Olha”. A criança sai da cadeira e vai a direção da terapeuta e começa a brincar de tirar a roupa da boneca e fica por um tempo bem maior nesta brincadeira.*

Houve momentos que não foram tão tranquilos assim, momentos em que eu me indispunha a brincar atendendo a demanda da criança, demorando-me a levantar da cadeira-refúgio, porque Sara além de demandar disposição afetiva, era

intensa e rápida nas mudanças de objetos e de tentativas de brincadeira. Estar com uma criança como ela requeria de nós um giro muito rápido pelo campo transferencial devido às suas mudanças repentinas.

Cena (9ª sessão): *Sara me pede para pegá-la no colo e levá-la até a janela e eu respondo para que espere, que logo eu irei, demorando-me um tempo maior para ir e perguntando para Sara : “Sua mãe não vai?”*

Este tipo de identificação no campo transferencial pode ocorrer por estarmos inseridos em um campo onde projeções são feitas os tempos todo e eu então, por identificação projetiva, acabo respondendo do meu lugar na forma de indisposição com Sara, repetindo o mesmo funcionamento das suas figuras parentais, tentando “jogá-la” para alguém.

Apesar de que parecia que se evidenciava mudança no conjunto familiar, havia, como há em qualquer mudança, um movimento contrário em aceitá-la.

A terapeuta comenta com a mãe que estava percebendo mudanças quanto a organização da sala, que estava com poucos brinquedos espalhados, sendo confirmado pela observadora. *Anteriormente a sala ficava inundada de brinquedos, com muitos objetos espalhados, o que demorava um tempo para depois serem guardados. A mãe diz em tom de desmerecimento: “Ah! Você acha mesmo...a sala está bagunçada”. Está bagunçada do mesmo tanto”. A sala está menos bagunçada porque nós chegamos atrasadas”. Diante disto eu lhe falo: “É difícil para você reconhecer que a Sara está mais calma, para você todo dia é igual ao outro, é uma canseira”.*

Essa mudança em Sara felizmente parecia ser algo que tinha sido introjetado da ordem de uma possibilidade de organização interna, fazendo com que não esparramasse quase a caixa toda pela sala. Dessa forma pegava algumas peças do lego que tinham caído sobre o banco e colocava dentro do balde, o que era inusitado visto que sempre jogava tudo no chão.

Tivemos um momento que consideramos belíssimo quando em determinado momento eu estava montando um objeto com o lego e Sara se aproxima, olha, senta-se ao meu lado, tenta tirar as meias de seus pés, consegue tirar uma e a outra não. Se irrita e joga todas as minhas peças e o que eu estava montando no chão. Eu digo-lhe que ficou com raiva porque queria ser ajudada sem pedir, ajudo-a a tirar o outro pé e reinício minha montagem. Ela pede o objeto que eu estava montando e eu lhe peço para esperar um pouco cochichando em seu ouvido. Ela acha graça e passa a brincar de cochichar também com a mãe tornando nosso momento de muito deleite. A mãe parecia experienciar algo novo com a filha, mostrando-se também mais tranqüila, com o semblante mais leve. O que se passava nesse campo diretamente nos afetava, sendo que o trânsito entre a observadora e eu se dava ao nível do olhar, em que buscávamos nos fortalecer indo para o segundo momento em que tínhamos o olhar do grupo de supervisão. Lá podíamos como Sara e sua mãe experienciar algo novo, o que quase sempre também nos era inusitado e portanto nos surpreendia.

Como já foi falado, toda mudança traz em seu âmago o seu oposto, ou seja, o desejo da imutabilidade. Assim Laura dava-nos a impressão de que tinha certa dificuldade em aceitar a independência que poderia advir da filha, convidando-a em alguns momentos a permanecer em sua posição de bebê:

Cena (10ª sessão): *Sara estava andando sobre o banco de madeira colocado na sala. Mãe a pega pelo braço dizendo-lhe que iria cair. Digo-lhe que a filha sabia a distância que tinha até o chão e não se arriscaria. A mãe esboça um sorriso de descrédito, sobre o meu comentário. Digo-lhe que ela não estava acreditando que a filha tinha noção o perigo, ela ri ao que eu complemento dizendo-lhe que eu e Sara iríamos esperá-la acreditar.*

Sentíamos que estávamos transitando por um terreno muito arenoso e que deveríamos ter cuidado, mas não recuar em nossa postura de acreditar na relação de Sara com sua mãe, na possibilidade de as ajudar no fortalecimento de seus psiquismos. Sentia que a mãe necessitava de um olhar que a acolhesse em sua solidão e angústia de ser mãe de duas meninas, sendo que uma delas tinha

disfunção neurológica e a outra começava a apresentar dificuldades de comportamento e na aprendizagem. Nossa crença era de que um continente para a relação entre elas promoveria melhoras em suas condições subjetivantes.

Sara em sessões posteriores começou a dar-nos indícios de que tinha dentro de si uma relação objetual que poderia aprimorar-se. Demonstrava-nos que precisava que aquela que estava adquirindo ganhasse significados novos e não permanecesse dentro de um circuito fechado. Isto exigia-nos grande esforço para não atuar contratransferencialmente já que, às vezes, a forma como se expressava nos causava sentimentos desagradáveis e nos impunha que fôssemos firmes:

Cena (10ª sessão): *Sara coloca um pedaço de giz na boca e se aproxima da observadora. Esta o retira da boca, ela resmunga e chora. Eu lhe digo que ninguém morre por ouvir um não e que ela ficou brava porque não foi feito o que ela queria. Convido-a para uma brincadeira de avião (feito de peças do lego) passando sobre a cabeça, ela aceita, vai até a caixa de brinquedos pega o avião de plástico e repete o brincar, depois pega um telefone de plástico e brinca de telefonar para a irmã.*

Nesse meio de campo surgiram também conflitos que perduram e que demandarão tempo para serem mais bem entendidos pela mãe de Sara que ainda não acredita muito em suas possibilidades de se posicionar perante a filha dentro de sua função materna e a exercendo. Surgiram “brigas” entre elas:

Cena (11ª sessão): *Sara desafia a mãe ,fazendo vários movimentos que a deixavam em posição difícil, pegava o cesto de lixo e colocava sobre a cabeça, a mãe tomou-lhe e ela então ameaçava tirar o short, isto tudo sempre olhando para a mãe em tom de desafio. Eu intervi perguntando-lhe o que se passava em sua cabeça que precisava brigar com a mamãe. A mãe comenta que Sara tem beliscado menos somente quando está em sessão conosco, referindo-se a agressividade da filha. Ao ouvir este comentário que se passa entre a mãe e a terapeuta a criança busca refúgio na observadora, deitando a cabeça em seu colo.*

Acredito que Sara no trabalho dispunha de continente para suas fantasias, podendo projetar-se, colocar suas angústias sem que se sentisse ameaçada, já podendo metabolizar psiquicamente as experiências sem necessidade de atuá-las no corpo do outro. A mãe ainda parecia desconfiada de suas possibilidades de se afirmar perante Sara, mas sua fala de que conosco era diferente denotava para nós que ela estava começando a sentir sua relação com a filha sob olhares diferentes, mais amena e receptiva, ia se modificando. Não era mais o tom de desesperança que antes sentíamos. Tinha um desejo de que também fora do *setting* psicoterapêutico as mudanças passassem a existir.

Pensamos que percebendo que o olhar materno a sustentava um pouco a criança começou a utilizar seus próprios recursos diante de situações em que antes solicitava a mão da mãe ou da terapeuta, ou ainda chorava e manifestava sua raiva pela frustração sentida.

Cena (11ª sessão): *Sara pega uma boneca de plástico e senta-se em cima dela ao que a mãe diz: "Isto não é sofá". Na seqüência, Sara cai da boneca, depois tenta se levantar sozinha e consegue. Ela antes de se levantar havia olhado para a mãe para pedir-lhe ajuda, mas resolve tentar e consegue e a terapeuta pontua para a mãe que a filha está "se virando sozinha" ao que a mãe responde com sorriso.*

Ainda permanecia na mãe certa resistência para ver em Sara não só a filha que a cansava, mas que poderia transformar a relação das duas em algo prazeroso. A mãe fala que o único momento que a filha está mais quieta e portanto lhe é menos difícil é quando está "estragando" alguma coisa. Era difícil para Laura ver em sua filha algo que não fosse da ordem da "bagunça", como ela mesmo chamava, o que para nós é entendido que esta mulher estava sozinha em sua construção como mãe de uma menina problemática, sem um outro olhar que pudesse significar a relação entre elas. O olhar que lhes era conhecido, particularmente o do pai de Sara, era um olhar acusatório e perseguidor que lhes causavam inquietudes.

Nós acreditávamos no nosso conjunto que tinha se constituído e investíamos pontuando, mesmo que fosse por breves momentos, quando a mãe de Sara tinha atitudes de firmeza e segurança perante à filha. Acreditávamos que elas necessitavam de um terceiro que pudesse olhar para ela para a filha sem culpabilizá-las pelas dificuldades que se apresentavam entre elas. Assim é que, quando a mãe em determinado momento ao ver a filha pegar o cesto de lixo para por na cabeça, não se antecipa e ficando onde estava diz para a filha que não podia fazer o que pretendia e esta recua e então eu digo a Sara: “Esta mãe está mudando” e ela sorri, parecendo ‘encabulada’ com o meu comentário de reconhecimento.

Depois que saímos dessa sessão no corredor até a recepção a mãe me confidenciou que percebeu que não poderia continuar a colocar as coisas no alto para a filha não pegar e diz: “ Eu não vou continuar fazendo isto...daqui uns dias eu que vou parar no teto...para ela não me beliscar”.

A mãe estava assim demonstrando que era possível abarcar em seu psiquismo as projeções da filha e tentar transformá-las, sem necessariamente ter medidas concretas para lidar com seus cruzamentos emocionais. Nascia assim a possibilidade de pensar as experiências, de ser criativa.

Passamos a viver no conjunto momentos muito ricos, produtivos em que brincávamos os três de construir objetos com peças do lego, abrindo possibilidades de uma relação mais criativa entre elas, menos confusas:

Cena (11ª sessão): *Sara pega peças de lego do balde coloca no colo da terapeuta. Depois passa as peças para o colo da mãe, que também começa a montar objetos. Sara senta-se perto da terapeuta e ficam as três trabalhando juntas. Sara começou a ficar inquieta depois de algum tempo e a terapeuta canta “parabéns para você”, a mãe a acompanha, criança gosta e passa a dar gargalhadas.*

Iniciamos uma nova fase em nosso trabalho conjunto. A mãe ficou mais participativa, conversando, confidenciando sua vida afetiva, os problemas vividos com o pai de Sara e com a filha mais velha, trazendo suas dificuldades. Ficou

mais à vontade, para falar da raiva que sentia do ex-marido por tratar Sara nos finais de semana (período que ficava com ele) como bebê, colocando-a inclusive em carrinho de bebê.

Certo dia, quando já estávamos próximos do final do tratamento, a mãe chegou contando-nos que tinha passado a guarda das filhas para o pai, por estar cansada de ouvir que ela não cuidava direito das meninas. Foi um dos momentos mais angustiantes que passamos com elas porque Sara choramingava andando de um lado para o outro, deitava no meu colo, no da observadora, deixando-nos muito angustiadas. A mãe também estava triste apesar de inicialmente deixar transparecer apenas a raiva. Aos poucos fui lhe mostrando como a filha estava, o quanto estava sofrendo e o quanto necessitava de seu colo. Ela comunicou-me que seria a última vez que traria Sara ao atendimento e eu intimei-a a vir na próxima semana, não aceitando, dizendo-lhe que depois se não quisesse não precisaria mais vir. Ela chorou e em tom ainda amargurado disse que queria fazer isso para que o ex-marido pudesse sentir na pele o que ela passava.

Nesse momento pudemos verificar toda a angústia que Sara sentia por transitar no sentido concreto e também no desejo dos pais que se efetivava e o quanto estava completamente transtornada, como também estava a mãe. Pautamo-nos na relação que vimos se construindo entre elas e resolvemos tentar não deixar que se perdesse. Nos seguramos na relação transferencial positiva da mãe para conosco e foi daí que fizemos a convocação de sua presença, não permitindo a desistência de sua condição maternante, agora que já estava melhor constituída. Sofremos juntos naquele momento em que sentimos o quanto aquelas duas se identificavam e necessitavam uma da outra. Fomos para o momento de supervisão chorosas, pedindo também que alguém nos ajudasse a suportar o medo que estávamos sentindo de sermos abandonadas pela mãe. Tivemos a oportunidade de sermos naquele momento trabalhadas em nossa onipotência de acharmos que somos donos do desejo do outro, ouvimos que tínhamos feito o que nos era possível e que tínhamos agora a oportunidade de sentir na “pele” o que Sara e sua mãe viviam constantemente, ou seja, a ameaça.

Na semana seguinte e nas próximas, para nossa felicidade, a mãe continuou a trazer a filha às sessões nos dizendo que o pai não tinha feito nada para pegar as filhas e ela também não. Pudemos perceber que a mãe não desejava entregar suas filhas para o pai, era “apaixonada” por elas e que o que tinha feito era um ato de coragem, que serviu para colocar limite nas ameaças e cobranças do pai. A mãe parecia estar se reconhecendo em sua função materna e como dona do seu desejo e seus conseqüentes desfechos.

Sara voltou a brincar, nós voltamos a brincar juntas. A mãe de Sara começou a buscar outro emprego como forma de aumentar sua renda, pedindo conselhos sobre o que lhe apareceu.

Passou a falar da possibilidade de namorar e solicitou-me que lhe indicasse uma forma de conseguir uma análise para ela, pois sentia-se muito só e precisava de alguém para conversar, assinalando que percebia que a filha tinha dificuldades que seriam melhoradas com o tempo, que já tinha mudado bastante e que percebia que agora as maiores dificuldades eram dela. Assim, coloquei seu nome na lista de espera da clínica-escola e disse-lhe para aguardar, ao que ela ficou agradecida.

Pensamos que a possibilidade de oferecer um “colo” para ambas possibilitou que a relação que tinha apenas vestígios de instalação, pudesse nascer de forma mais produtiva, permitindo crescimento para ambas. Sara, no princípio do trabalho, freqüentava a APAE apenas para atendimento em fonoaudiologia uma vez por semana. Quando do término de nosso trabalho estava participando além desse atendimento, de um grupo de psicomotricidade, pois agora já tinha alguma concentração.

Analizamos que nesse caso a falta de um continente, de um novo olhar sobre a dupla mergulhou mãe e filha num mar de confusões e que quando chegaram ao serviço estavam se afogando, possuíam condições para, ainda que precariamente, se mantivessem à tona, o que nos proporcionou recursos para “salvá-los”.

3.3. CASO ANTÔNIA

Antônia é uma menina de 3 anos e 6 meses que chegou ao serviço de psicologia da clínica-escola, encaminhada por uma instituição da cidade por acreditarem que seu quadro era de autismo e assim não se enquadrava na demanda daquela.

A primeira vista Antônia se parecia com um bebê de aproximadamente 2 anos. A mãe tinha aparência física de uma “mocinha”, devido à sua formação corpórea, ou seja, corpo pouco desenvolvido para uma mulher de 24 anos.

Antônia nasceu de parto prematuro era a fala da mãe e de que ela não tem “caixa” para gerar bebês até o final do período gestacional o que faria com que tivesse parto a termo (caixa se refere ao corpo pouco desenvolvido de Clara, mãe de Antônia).

Clara tem três filhos, sendo que a última é uma menina e tem 6 meses.

Nosso primeiro contato aconteceu com a presença de uma prima materna porque, segundo a mãe, ela não poderia carregar Antônia pois tinha se submetido recentemente à uma cirurgia de esterilização. De acordo com a mãe, o médico disse que ela não poderia ter mais filhos, pois colocaria em risco sua vida e a do bebê. Todos seus 3 filhos nasceram 7 de meses.

Quando Antônia nasceu, a mãe não sabe dizer ao certo, mas ouviu rumores de que havia faltado oxigênio e que a criança necessitaria ter ficado em uma incubadora. O hospital em que nasceu não dispunha de tal equipamento, o que levou à demora em receber os cuidados devidos, tendo sido transferida para outro hospital. Quando estava falando a respeito do acontecido, a mãe utilizou a seguinte expressão: “Acho que para ela faltou foi recurso”.

Clara falou-nos que a filha era muito nervosa, não dormia a noite e que era totalmente dependente dela.

Antônia, desde o principio do nosso trabalho mostrou-se como uma criança que, com alta frequência, “brincava” de maneira aleatória, não parecendo ter

nenhuma intenção na manipulação dos brinquedos. A mãe disse que chegou a pensar que a filha era surda, pois a chamava repetidas vezes e ela não esboçava nenhuma reação, como se não estivesse ouvindo.

Pude constatar juntamente com a observadora, que haviam momentos em que Antônio parecia alheia ao que estava acontecendo ao seu redor com relação a pessoas, não demonstrando interesse.

Seu foco de atenção eram brinquedos que estavam lá colocados. Apesar disso, algo em seu comportamento quando eu falava com ela, chamou a atenção desde o início de nossa “conversa”, como o que ocorreu logo no primeiro encontro:

Cena (1ª sessão): *A mãe e sua acompanhante sentam-se uma de frente para outra. A psicoterapeuta começa a conversar com elas. A criança, inicialmente fica sentada no chão, mexendo em alguns brinquedos que ali se encontram. A psicoterapeuta vira-se para Antônio e diz: “Oi Antônio, tudo bem com você? Você não falou nada para mim, será que eu vou ter que abaixar para lhe ver? Bom dia menina! Quem é essa menina gostosa?” A criança não responde, nem lhe demonstra nenhuma reação. A psicoterapeuta continua: quem é essa que está lhe segurando? A pessoa que segura Antônio fala seu nome. A psicoterapeuta continua a falar com a criança: “Ah! Você olhou para ela! (para a pessoa que a segura), cadê a mamãe?” a criança aponta para a mãe. Parece nervosa.*

Diante da qualidade da resposta de Antônio, analisei que ela entendia quando estávamos falando com ela, que compreendia o que estava sendo perguntado, mas que para se manifestar e sair do seu estado de afastamento, dependia de algo na relação que eu não sabia o que era.

Outra cena em que é possível observar as reações de Antônio:

Cena: *A mãe estava fazendo comentários de que a filha durante a sessão não havia estado nervosa e que também não tinha comido papel, o que segundo a mãe era hábito da filha quando o tinha à sua disposição. Afirmou que isto se deu porque na sala haviam brinquedos. A criança estava deitada no chão, quieta, parecia esperar algo. A psicoterapeuta então falou: “Mamãe eu não to querendo*

comer papel aqui”. A mãe se aproximou da criança e falou com ela de maneira infantilizada. A criança olhou, prestou atenção, se virou e depois colocou o papel na boca.

Percebemos também, com a cena descrita, que Antônia estava ligada ao que provinha da fala materna e expressava o entendimento quando a mãe lhe falava. Esta conhecia os comportamentos de sua filha e procurou contar-nos de como, às vezes, eram absurdos, como também era para nós, depois que os vimos acontecer.

Tivemos consideráveis dificuldades para estar com a mãe e a criança. Alguma coisa em nós era despertada, fazendo com que tivéssemos sensações que faziam com que quiséssemos ficar um pouco distantes, numa posição de “arquibancada de campo de futebol”.

Parecia estarmos diante de um quadro sem cor, pálido e que para colorir precisaria de tinta especial, não esquecendo nenhuma figura desenhada a não ser rabiscos sem sentido. Encontrá-los nas manifestações de Antônia que pudessem repercutir na constituição relacional entre ela e o mundo subjetivado era o nosso desafio, mas algo era sentido na relação transferencial com a mãe que parecia dificultar nosso contato. Sentíamos certa indisposição para nos aproximar mais da criança e a mãe também não manifestava muito interesse no princípio do tratamento. Não sabíamos o que estava acontecendo mas essas tinham sido nossas primeiras sensações. Suas aparências físicas me incomodaram ainda por um certo tempo, não desaparecendo gradual e lentamente. A criança e a mãe não tinham uma higiene pessoal que me agradasse, evidenciando odores de urina e suor. Assim, certos elementos presentes no campo não me “cheiravam bem” (a mãe, a criança, a minha interação com ambas). Nesse campo salvava-se apenas a observadora, que estando à parte, me confortava e incentivava com seu olhar de interesse, não parecendo jamais desanimada. Posteriormente, a supervisão de grupo me auxiliava, tentando pensar que cheiro era esse, de onde provinha e o que faria.

Ficou claro em nossos primeiros contatos que Antônia era vista pela mãe como um bebê que começou a se arrastar, falando com ela de forma infantilizada, o que me “cheirava” ao estabelecimento de alguma ordem funcional psíquica determinante. Claro que não se pode negar o fato de que Antônia tinha aspecto infantilizado, mas a forma que a mãe falava e olhava para ela denotavam que parecia ver nela tão somente um bebê, que havia crescido no tempo, se relacionando com ela de fato como se fosse um bebê.

Cena (1ª sessão): *A prima da mãe conta que quem cuida de Antônia é outra pessoa. A psicoterapeuta pergunta porque. A mãe responde que é por causa dos outros filhos. A psicoterapeuta diz: “A mamãe anda sumida né Antônia?” A mãe fala com a criança de uma maneira infantilizada: “É, mas não é o que a mamãe queria, né Antônia?”*

Psicoterapeuta: “Por que você está falando com ela como se fosse um bebê?”

Mãe: “É o bebêzinho da mamãe...”

Psicoterapeuta: “Quantos anos ela tem?” Ela tem 3 anos e meio, quando é que vai crescer? A mãe parece ficar desconcertada.

A fala da mãe com Antônia remetia ao bebê que era visto por ela. O que havia acontecido nesta relação em que Antônia não se apresentava correspondendo à sua faixa etária e a mãe, por seu lado, parecia não saber de fato com quem estava se relacionando: se com uma menina ou com um bebê.

Isto se evidenciou claramente na relação transferencial que foi estabelecida no campo analítico. A observadora no momento da supervisão disse que não via Antônia como eu, ou seja, minha visão era de um bebê e a dela de uma menina “sapecada” que brincava e fazia cara de “custosa”, como quem sabe o que está provocando. Nesse momento ficou claro para nós que talvez estivéssemos diante de alguém em que a parte bebê e a parte menina estavam desarticuladas, em trânsito. Isto será em cenas posteriores demonstrado.

Inicialmente Antônia engatinhava pela sala batendo o balde no chão, batendo as mãos na porta e a mãe a olhava com uma expressão interrogativa,

como de alguém que não sabia o que estava se passando com o outro e que aguardava para saber. Antônio parecia não discriminar o que era da ordem dos objetos para brincar dos da ordem para utilizar para outros fins, que não a brincadeira. Assim, buscava o cesto de lixo como quem está pegando uma boneca. A mãe nestes momentos “corria” para impedi-la dizendo que a filha era “custosa”. E isto realmente se fazia necessário até para que não se colocasse em situações de perigo. Assim, a parte bebê de Antônio é nesse momento tomada por uma interpretação que remete ao mundo de menina e não mais ao de bebê, mostrando que há no psiquismo materno uma confusão quanto ao que a filha realmente é. A mãe parece não ter uma posição definida a respeito do funcionamento da filha. Há a presença de certa movimentação psíquica oscilatória, levando-nos a crer que o psiquismo materno parecia estar invadido por certas fantasias e angústias que permeavam o olhar dirigido à Antônio. Nossa questão era de que parecia haver no olhar materno certos aspectos que denotavam que, na relação com a filha, ela possuía dúvidas quanto as reais potencialidades da criança, sentindo-a como uma “idiota” que necessitava de medidas intervencionistas de urgência para impedi-la de se portar como um “bicho”.

Avaliamos que ter uma criança como Antônio de fato é “custoso” no sentido de que “custa” muito caro a uma relação essa confusão estabelecida, em que não é possível uma nítida demarcação do que é ou não pertencente a determinado sujeito. A indiscriminação mental, como sabemos, tem alto custo catexizante para sua manutenção e estabelecimento. É possível que custava muito para mãe e filha a manutenção desse estado de indeterminação psíquica, mas que ao mesmo tempo lhes era possível até então: viver um duplo como uno. Uma fala que se repetiu na mãe era de que não entendia o que se passava com Antônio e que era apenas naquele momento de suas vidas em que estava indo para a clínica psicológica é que estava podendo entender alguma coisa. Faz-se necessário esclarecer que quando Antônio passou a ser atendida por mim já tinha sido submetida à avaliação diagnóstica por um outro colega do serviço, que a

encaminhou para iniciar o tratamento. Nesta oportunidade a mãe relatou-nos que a filha já havia apresentado sinais de melhora desde que começou o trabalho e que, no principio, ela apresentou dificuldades, inclusive não querendo ficar na sala. Antônia chorava muito, “grudada” na mãe, o que foi trabalhado anteriormente pelo colega que entreviu satisfatoriamente. A mãe acrescentou ainda que só agora estava podendo compreender um pouco Antônia expressando da seguinte maneira seu pensamento: “É só agora que eu tô começando a aprender com a Antônia, a entender o que ela quer “. Esta expressão da mãe de Antônia expressava o que para nós era suscitado, de que havia entre elas” certo intercruzamento psíquico funcional “em que o desejo da filha e o dela se misturavam, deixando-as na posição de unicidade inquestionável até virem à clínica. Tínhamos assim a visão de que provavelmente tinha se constituído entre elas um campo relacional em que a mãe foi significando as demandas da filha por aquilo que estava inscrito em sua mente, não sabendo como “ouvir” o que era do campo desejante de Antônia.

Nesse âmbito indiscriminatório a mãe parecia invalidar em certos momentos, sua posição possível. Ficava mergulhada em inseguranças, particularmente quando se referia ao que seus pais haviam comentado sobre a Antônia e suas condutas para com a filha. Parecia nesses momentos uma “menina” ao lado da filha, tendo uma expressão pensativa, como de alguém que se indaga sobre quem é de fato aquele ser que estava diante dela. Víamos que a dúvida se instalava, mas que não havia até então forças suficientes para reverter sua posição duvidosa e afirmar-se em um novo lugar, mais claro. Havia hesitação em seu olhar, em seus atos, em suas palavras, o que poderia ser representado pela maneira indefinida com que tratava Antônia, ou seja bebê e menina; custosa e deficiente.

Cena (1ª sessão): *A psicoterapeuta havia evidenciado que Antônia precisava de cuidados, inclusive psicológico; que ela não era da forma que se apresentava por uma escolha “consciente” e que haviam outros determinantes em suas condutas. A mãe parece concordar e refere-se à avó materna como alguém*

que tem uma forma de ver a filha de maneira muito diferente, dizendo que Antônia deve ser tratada como uma criança que não tem nenhum problema e nos fala: “Igual eu falei para minha mãe, tem que ter paciência com ela”.

Assim, em nossos encontros a mãe de Antônia levou-me a indagar se filha de fato existia em seu psiquismo. Fazia-nos pensar que a filha existente em sua mente era um ser que ela não sabia se via a partir de sua própria percepção ou a partir do olhar de seus próprios pais, ficou-me evidente que isto a deixava insegura e interferia na constituição relacional com Antônia. Nos momentos da sessão em sua maioria, a mãe falava da filha como um bebê e quando eu pontuava, dizendo-lhe que Antônia era uma menina, ela passou a concordar, o que talvez seria o mesmo comportamento frente aos avós maternos, isto é, de concordância, por não ter estabelecido dentro de si propriedade quanto ao senso perceptivo, agarrando-se momentaneamente à minha fala, mas que não permanecia, visto que logo voltava a falar como se estivesse o tempo todo diante de um bebê. Acredito que foi muito mais pela “autoridade” que ela atribuía minha posição ocupada de “doutora”, do que por uma mudança de perspectiva com relação à filha. Sua postura era de se invalidar perante qualquer outro que apresentasse uma opinião nova, o que era perceptível e a angustiava. A mãe se postava na relação como alguém que precisava “aprender”, que não se sentia firme com o lugar assumido diante de Antônia. Parecia estar diante de uma filha que lhe era um enigma, que lhe deixava confusa, não só pelo quadro estranho de Antônia, mas que porque tinha tantos cruzamentos de opiniões sobre a filha que isto a deixava confusa e insegura no seu manejo com ela. Diante do emaranhado confusional gerado em torno de Antônia, a mãe expressava da seguinte maneira o que havia ficado em sua mente e que denotava certo paradoxo: “Quem olha para Antônia não vê que ela tem problema, é esperta”.

Essa era sua questão ela teria uma filha “idiota” ou “esperta”? Qual registro prevaleceria?

Cena (2ª sessão): Clara conta que o sogro disse que Antônia é muito esperta para o problema que ela tem. A psicoterapeuta pergunta para a mãe: “O

que você acha?”. Mãe responde que, apesar do problema de cabeça da filha, ela realmente é muito esperta e sapeca.

Fica clara a confusão em torno da problemática de Antônia, paradoxos constante nas falas, sendo a criança realmente uma grande incógnita para todos, que parecia que a mãe era a representante das percepções familiares constituídas. Parecia haver para todos dúvidas sobre o que de fato a criança tinha, qual a extensão de seu problema. Antônia deixava todos imersos num mar de incertezas porque, ao mesmo tempo em que parecia deficiente mental, reagia inesperadamente de forma que eles denominavam de “sapeca”, ficando claro que não tinha se paralisado, estancado numa única posição, reagindo ao olhar que poderia sentenciá-la como idiota, denotando assim que algo se passava em seu psiquismo que necessitava compreensão. Esta foi a possibilidade de Antônia não ter mergulhado num mundo autista, de isolamento, haviam nela desejos de ser vista, tocada, entendida dentro de seu mundo desejante, que não correspondia a um único determinante imaginário, pois trazia dúvidas para todos.

Clara demonstrava sentir que alguma coisa teria sido articulada entre ela e a filha da ordem do estrago e que parecia ter tido seu prenúncio em suas vidas em tempos passados, o que lhe trazia angústia e incertezas. Ela nos diz:

“Eu não tive culpa do que aconteceu com ela, era minha primeira filha, eu não sabia de nada”.

Esta fala da mãe remetia-se à sua visão consciente quanto ao fato de ter demorado tanto para perceber que a filha estava tendo atrasos no desenvolvimento infantil, só percebendo quando o outro filho começou a andar e que pode, segundo ela, ter um modelo comparativo. Assim, analisamos que Antônia viveu um grande período em que foi investida como um bebê, ficando sujeita a certa “imobilidade” física e emocional, estancada em um mundo primitivizado. Não havia até então a possibilidade de ser lançada para um novo lugar, em que pudesse ser significada como uma menina. Havia um interdito materno que repercutia e interferia na relação entre elas, não possibilitando a

construção do olhar materno livre da culpa que carregava, fazendo com que se relacionasse com Antônia como bebê quase sempre.

Clara não sabia discriminar dentro do repertório comportamental da filha o que era da ordem que seu desejo determinava e o que era da filha, levando-a a não perceber que certos atos de Antônia já não eram pertinentes ao mundo bebê, mas de alguém já “crescidinha”. Em determinada sessão isto se mostrou quando falamos que a filha estava fazendo uma birra. Pareceu-me que a mãe se surpreendeu com o fato, sendo algo que não era concebido por ela. Tudo em Antônia era na ordem do significado materno, infantilizado e obscurecia a possibilidade de visão mais abrangente e com novos registros. Antônia, inscrita na ordem do psiquismo materno como bebê manipulava seu ambiente com as birras, principalmente a mãe que, por ausência de novos significantes para o fazer de Antônia, referendava os momentos de grande tensão com a filha a seu “estado nervoso”:

Cena (2ª sessão): *A mãe e a psicoterapeuta conversam sobre os outros filhos. A criança anda, pega o balde e começa a batê-lo com força, parece querer chamar a atenção.*

Mãe: “Achou o barulho de novo”.

Psicoterapeuta: “É o que ela gosta né?. A mãe concorda”.

Mãe : “Vai quebrar o balde”.

Psicoterapeuta: “Fala para a mamãe que não quebra. A mamãe não gosta que você faz barulho”. A criança joga os brinquedos e se irrita. A mãe vai conte-la e diz: “Mamãe tá aqui”. E comenta que a criança está nervosa.

Psicoterapeuta: “Ela está dando birra”.

Mãe: “É birra não, ela está nervosa”.

Psicoterapeuta: “Vamos deixar ela dar birra, será que você consegue?”. A mãe se levanta. A criança dá mais birra, joga os brinquedos. A psicoterapeuta tenta distraí-la, e ela se acalma muito pouco. Começa a se morder. A mãe a pega e diz que ela deve estar querendo mamar. A psicoterapeuta pergunta se ela já

mamou e a mãe diz que a criança não costuma mamar de manhã. A criança rejeita a mamadeira, anda pela sala e se acalma.

Mãe: “Calou”.

Psicoterapeuta: “Antônia, você conseguiu o que queria. Foi só mamãe pegar”. A psicoterapeuta pega as mãos da criança e anda com ela pela sala, dizendo que ela está nervosa porque a mãe a trata como bebê. No início, a criança ouve irritada, parece que vai chorar, depois presta atenção, olhando para a psicoterapeuta e se acalma.

Acreditamos que as “birras” de Antônia não se davam ao acaso, mas que tinham o intuito de comunicar a precariedade interna vivida por ela que necessitava ser projetada e acolhida. Notamos que a mãe não podia em seu circuito afetivo utilizar os recursos que dispunha, como quando se tem um bebê que chora de fome e damos-lhe leite. Entretanto, parece que a fome de Antônia era de ser vista e sentida dentro de sua própria perspectiva.

Para a mãe parecia que tinha também faltado uma “incubadora” em um período necessário para que pudesse constituir autonomamente seu próprio psiquismo e que este lhe fosse sustentável, o que repercutia na insegurança para ser o que ela havia, em certa medida, demandado. Assim, não conseguia situar-se firme em sua função materna, expressando suas dificuldades quando não conseguia estar com todos seus filhos ao mesmo tempo, necessitando dividi-los com outras pessoas no seu dia-a-dia. Quando estava com Antônia deixava os outros filhos com os avós.

Observei pela sua expressão facial, pelo seu olhar, pela sua postura corporal, que a mãe não conseguia ser criativa com Antônia, e que se relacionava com ela como uma marionete, que executava o que lhe falavam. Pude observar no trabalho conjunto que estava sempre esperando que eu fizesse uma brincadeira com Antônia para que então ela participasse. Sentíamos no nosso campo que não havia também de nossa parte inventividade, nossas brincadeiras eram repetitivas, barulhentas, causando-nos as vezes irritação. Analisamos que havia momentos que repercutia em nós fagulhas da relação entre elas, que era da

ordem da repetição, sem mobilidade. Clara chegava, e eu sentia que ela me entregava a filha para que eu fizesse o que considerasse que era melhor (sentava Antônia na minha frente e ficava mais afastada). Não havia de sua parte nenhum questionamento ou objeção aos nossos atos e pontuações. Sempre concordava, não se opunha, dizendo que estava bom. Quando não se tem um limitador psíquico que nos seja sentido como referência e de constituição própria, agarramos ao olhar do outro para preencher o vazio que fica.

Acredito que por não saber como e a que dimensionar as dificuldades da filha, a mãe não sabia se estava diante de uma menina que seria capaz de compreendê-la ou diante de um bebê que tudo teria que ser ensinado de forma totalmente passiva. É como se o psiquismo materno estivesse intersticiado de “fantasmas”, o que a impediu de ter tido “caixa” para gerar conhecimento entre elas e que seria construído a partir da relação. A maneira como a mãe a tratava, creio ser idêntica à forma como Clara era tratada pelos outros, isto é, como “deficiente”, “deficitária”, alguém sem mente, sem psique. Era nos pertinente pensar na identificação entre mãe e filha, em que a mãe projetava seus conteúdos psíquicos interferindo e obstruindo a constituição psíquica de Antônia. No entanto, não o era em sua totalidade pois com seu “nervoso” mostrava que havia nela outro mundo desejante que se articulava ao materno e que não se restringia a este fazendo com que não se entregasse ao afastamento, apesar de que haviam momentos de desistência, que duravam pouco. Havia assim um mundo desejante que precisava ser significado de outro vértice, articulado na relação e que pudesse romper com o já estabelecido para Antônia na sua constituição subjetivante.

Antônia se apresentava nas sessões iniciais como uma criança literalmente débil, sem fala, com alguns balbucios, quase o tempo todo engatinhando, fazendo pouco contato visual, choramingando e demonstrando o que foi chamado pela mãe de “nervoso”. Movimentava-se bastante pela sala, olhando tudo e todos que estivessem presentes na cena do dia.

Ela veio praticamente a todas as sessões acompanhada da mãe. Em uma sessão a mãe resolveu trazer seus dois irmãos maiores, argumentando que achava que ela gostaria de ter mais pessoas para brincar. Essa sessão foi altamente trabalhosa para mim, para a observadora e para a mãe. Para Antônio acredito que tenha sido angustiante, visto que demonstrou haver gente demais onde só ela queria estar, dando indícios de sentir que seu espaço tinha sido invadido, ficando muito “irritada”:

Cena (5ª sessão): *A criança chega mais cedo, como na sessão anterior. Está acompanhada pela mãe e por dois irmãos, uma menina, que parece ter por volta de sete anos, um menino que é mais novo que Antônio. Antônio parece nervoso pela espera, anda, se debate, grita. A mãe tenta contê-la. Já na sala, a terapeuta cumprimenta a todos: “bom dia!. Antônio joga a tartaruga no chão e o brinquedo desmonta. A terapeuta diz: “Por que você está brava?” O irmão mais novo diz algo e a observadora não consegue entender. A mãe fala que ele fala de tudo e que se chama Raul. A psicoterapeuta então diz:” a Antônio também fala, estava gritando na recepção“. A mãe fala que achava que ela estava querendo brincar, mas que elas estão ali e ela continua nervosa. A criança continua agitada. Deita-se, a terapeuta deita-se junto dela e diz: “ A Antônio está nervosa, acho que ela está querendo falar. Você queria brincar e os irmãos não estão querendo brincar com você. A criança balbucia, grita, se vira, começa a dar birra, joga os brinquedos. A terapeuta tenta acalmá-la , canta, a criança pára um pouco, parece prestar atenção nela, recomeça a birra. A terapeuta diz: “Que será que é?” “Será que é porque seus irmãos vieram?” A mãe diz que Antônio está nervosa porque os irmãos vieram e que não vai trazê-los mais.*

Nossa compreensão era de a mãe de Antônio pretendeu mostrar-nos que suas “deficiências” não se alargavam para tudo e para todos. Tinha 2 filhos que iam bem, eram espertos e inteligentes. Isto pode ter sido consequência de algo vivido na relação transferencial com a psicoterapeuta que de certa maneira, em alguns momentos, parecia ter assumido como muitos na vida de Clara de apontar sua função faltante, não reconhecendo o esforço da mãe e que, de fato, nem

todos seus filhos tinham problemas. Acreditamos que na sessão, algo pode ser vivenciado no campo pela mãe que repercutiu em seu psiquismo, fazendo com que considerasse que a filha não tinha os mesmos desejos que ela. Antônio não quis a presença dos irmãos. A mãe então fez a consideração final. Antônio explicitou claramente que a vinda dos irmãos evidenciava novamente que ela ocupava um lugar no psiquismo materno de indiferenciação entre ela e a mãe, trazendo-lhe vivências de não poder ser dona de seu próprio desejo, o que a levou aos atos relatados e que eram manifestações de seu desespero.

Percebemos que aos poucos a mãe aos poucos foi saindo de uma posição ocupada de não saber para quem dar Antônio, fixada na idéia de que a filha necessitava de outros para existir que não ela, para um lugar que assumia a filha, e, portanto, podia dizer que achava que era melhor que Antônio estivesse com ela e não com a avó materna.

Cena (7ª sessão): *A mãe estava falando sobre o período que ficou longe de Antônio por estar no hospital com a outra filha que tinha sido internada e que a tinha deixado com a avó materna. Estava queixando-se sobre o estado de nervoso da filha, desde que havia voltado para casa. A psicoterapeuta pontua que talvez Antônio estivesse brava porque sentiu sua falta. Ana Maria fala para a filha que tem 3 filhos e que precisa cuidar dos três. Vira-se para a psicoterapeuta e diz que estava pensando que Antônio ficou nervosa porque realmente sentira sua falta. Conta que a avó materna, na casa de quem a criança ficou, não tem muita paciência com ela. Antônio estava sentada perto da psicoterapeuta, de costas para ela, brincando com algumas peças. Joga os brinquedos. A terapeuta diz: “Então, a mamãe tá falando que te entende melhor que a vovó, mas Antônio não quer saber disso. Mãe contou que Antônio não dormiu direito na casa da avó e que ela reclamou disso, mas quando a levou para casa, a filha dormiu normalmente. Completa dizendo que é melhor para Antônio ficar com ela do que com a avó”.*

Houve aqui um prenúncio de modificação no psiquismo da mãe com relação à imagem anterior de sua auto-representação, podendo se ver como um

objeto de valor para a filha, podendo reconhecer-se como alguém de quem a filha dependia para estar bem. Que não era só oferecer-lhe um litro de leite, necessitava do colo disponível e que não poderia ser qualquer um.

A mãe que tentava a princípio dizer que tudo entendia da filha (movimento defensivo), entrou em uma nova dinâmica relacional aproximando-se da psicoterapeuta, a fim de colocar no campo o que a incomodava e que guardava como segredos, deixando latente o desejo de ressignificar sua experiência consigo mesma.

Confidenciou-me que não queria mais mentiras para ela e para a filha, relatando como a filha era tratada fora do espaço psicoterapêutico.

A mãe foi apesar das minhas resistências a princípio em aceitá-la, desenvolvendo uma relação de confiança para comigo, revelando-me certos fatos. Pensamos que nosso desejo corretivo de ter uma mãe parecida com o nosso desejo que possivelmente se “escorava” no campo mas não se “fundava” lá, levou-nos à rejeição que felizmente pode ir sendo compreendida na supervisão semanal em grupo. Assim, relatou-nos da seguinte maneira o que se passava em seu psiquismo e no da família:

Cena (4ª sessão): *“Não adianta mentir”. Começa a contar que seu pai gosta muito de Antônia, e que não deixa que a coloquem no chão, nem permite que tirem os sapatos. A psicoterapeuta diz: “Ele a trata como um bebê”. Ana Maria comenta que quer trazê-lo para a psicoterapia, que seria bom se ele viesse. A psicoterapeuta lhe diz que o espaço estaria aberto. Nesse momento que falavam da família, Antônia começou a chorar. A mãe oferece-lhe a mamadeira segurando com sua mão. A psicoterapeuta pergunta-lhe porque Antônia não utiliza suas mãos. A mãe novamente volta a falar de mentira. “Não adianta mentir”, e completa a frase dizendo que as vezes perde a paciência ao dar a mamadeira para Antônia porque se não segurar, ela joga longe. A mãe dá a mamadeira para Antônia segurar e ela segura por um bom tempo.*

Esta cena fez-me pensar que o psiquismo materno estava entupido de vivências que não puderam ser digeridas quando de suas ocorrências, deixando-a

na situação de criar outras mentiras para viver (filha que não segurava mamadeira) porque esta era sua forma encontrada para enfrentar as situações em que não sabia como superar as violências que sofria. Dessa forma, a mãe também inconscientemente tinha feito um acordo com suas figuras parentais e que se repetiam na situação transferencial colocando-nos em muitas situações a julgá-la, tentando ensinar-lhe a ser mãe. Assim faltava à Antônia investimento narcísico suficiente para constituir-se como sujeito do desejo de alguém, ser humanizada, saindo da condição de “bicho”.

A expressão da vivência de estar um “bicho” (criança que era deficiente e ao mesmo tempo custosa) surgiu em determinado momento em que Antônia estava batendo com força o balde de brinquedo no chão e a mãe disse: “Esse barulho dela é o bicho”. Viu-se o quanto Clara estava tomada pela impressão de que Antônia era estranha a ela em suas manifestações. Entender que o barulho de fato nos era de fato ensurdecador em vários momentos, na realidade, era a forma que Antônia encontrava de automanter-se num mundo que sentia desintegrado. O barulho também lhe servia como forma de manter-se isolada do contato com o outro que lhe parecia fragmentado e a tornava por consequência “estranha”, porque ela era diferente de fato da maioria das crianças, causando fortes sentimentos de rejeição.

Antônia era agressiva em seus atos mas não demonstrava que tinha intenção de ferir alguém, o que pode por nós ser compreendido posteriormente: que se tratava, na verdade, de uma reação frente às situações que possivelmente se sentia ameaçada, trazendo-lhe angústias importantes.

Acreditamos o “nervoso” de Antônia era a expressão de sua angústia, fruto do que se passava na relação que tinha com as pessoas, resultante da conjunção entre os diferentes psiquismos em ação na sua vida. Expressava a falta de introjeção de um objeto que pudesse ser sentido pela criança como contensor de suas angústias, de suas projeções, e que fosse capaz de significar seus sentimentos dentro de seu referencial e não do outro, num sistema de pré-interpretação.

A raiva projetada de Antônio mobilizava o ambiente, que ia a seu encontro, mas de forma estereotipada já tendo significados que se alicerçavam dentro de outros significantes que não o seu. O nervoso e aqui também incluímos como correlato a “birra”, também poderia ter o sentido de conseguir mesmo que de forma insuficiente “um olhar”. Ela irritava, assustava, mas conseguia alguma atenção para ela. Tratavam-se de medidas defensivas à sua existência emocional, mesmo que esta se apresentasse de forma tão rudimentar e não-estruturada, como um bebê que não sabe falar, esta era forma de manter um “diálogo” com a mãe.

Cena (7ª sessão): *Antônia está de costas para a terapeuta, bate o balde no chão, com força, joga-o na irmã. Pega um brinquedo e o coloca na boca, rola no chão. A mãe fala que ela começou a ficar brava de novo e diz : “Será que é alguma coisa?” A psicoterapeuta responde que ela está querendo falar alguma coisa. A mãe coloca Antônio no colo e a birra aumenta, a menina grita mais forte. Clara fica perguntando o que é, o que está acontecendo. A psicoterapeuta pergunta se Antônio havia comido naquele dia. A mãe responde que sim. A mãe coloca Antônio no chão. Ela se deita e continua gritando, pega um balde e rola com ele. A terapeuta pega o balde, enche de coisas. Antônio pára e presta atenção. Volta a dar birra. Pega o balde e bate. A mãe pede para Raul dar um beijo em Antônio, e ele o faz. Antônio murmura algo, a terapeuta diz que ela está falando mamãe, e pergunta o que ela quer com a mamãe. Clara chega perto da filha e a abraça e ela pára de gritar. A mãe chama a atenção dos outros filhos, que estão mexendo no armário. A terapeuta fala: “Os irmãos entraram”. Antônio grita. A terapeuta pergunta à mãe o que ela estava achando de tudo que estava acontecendo. Ela fala que não estava entendendo porque acreditou que ela estava com saudade, e que agora que estava lá, continuando brava. A terapeuta diz que acha que a filha estava brava por causa da presença dos irmãos. A mãe fala que eles se dão bem em casa e que aqui é que Antônio ficou brava com a presença deles. Fala de maneira infantilizada para a filha que estava entendendo, que aqui na psicologia era só dela. Antônio grita, bate a cabeça e chora muito. A*

terapeuta diz: “ai, ai, ai...hoje ela chorou!”. Mãe tira a mamadeira da bolsa e dá para a filha que mama por pouco tempo e se acalma.

Assim, mesmo que tivesse que ter uma grande descarga emocional, Antônia não havia desistido totalmente de investir no ambiente e buscar ser “olhada” em seu desejo.

Na medida em que fomos recebendo cuidados da “caixa-supervisão”, fomos nos esforçando para também desenvolver uma “caixa psíquica” para Clara e para Antônia. Assim algumas possibilidades de mudança na criança se anunciaram. Antônia andava mais do que engatinhava, começou a comer com as próprias mãos. A mãe diz que “ela é uma caixinha de surpresas”, que já estava por exemplo comendo fruta sozinha e se interessando em pegar a colher.

Também ficou evidente o aumento do contato visual de Antônia, que passou a olhar mais atentamente a psicoterapeuta, a ouvir com mais atenção quando a mãe lhe solicitava. No entanto, era evidente e compreensível a dificuldade de Antônia para querer sair de sua condição de bebê para a condição de menina. Ela reagia violentamente em relação à minha pessoa quando eu lhe dizia que ela não era bebê. O que pensamos era devido à vivência que tinha de um objeto materno frágil, que não lhe possibilitava se sentir segura para efetivar o trânsito de uma passagem para outra.

Cena (5ª sessão): *A mãe estava falando que a filha tem apresentado mudanças que têm sido significativas como por exemplo o seu interesse despertado de comer com colher. A terapeuta então fala com a criança: “Então quer dizer que agora você faz coisas que não fazia antes? Sozinha? A mãe explica que ela tem conseguido comer tomate e banana sozinha. Antônia está no meio da sala, com o balde de ferramentas. Uma está em sua boca. A terapeuta lhe diz:” quer dizer que você não é mais bebê?”A criança joga o balde na terapeuta, o que não foi sem intenção”.*

Não só a mãe apresentava dificuldades às vezes para permitir que sua filha saísse de um mundo já significado de possível debilidade, constituído a partir de suas próprias experiências maternantes, mas também as crianças não possuíam

em seu domínio psíquico, até então, subsídios suficientes para constituir sua subjetividade. De certa maneira, a debilidade protege contra maiores investimentos que não são da ordem do cognitivo apenas, mas principalmente do emocional, e que para algumas crianças que têm uma grande fragilidade egóica, isto se torna uma ameaça às suas existências, como o vivenciado nos quadros de psicose infantil. A criança psicótica pode usar o déficit cognitivo como forma de se defender do contato frustrante com um outro por quem não se sente reconhecida. Tivemos um momento significativo em que mãe e filha estavam próximas: a mãe oferece uma boneca para a filha, Antônia segura a boneca e depois, com uma expressão curiosa, arranca a cabeça da boneca e a joga longe. Depois entrega a boneca sem cabeça para a mãe, ficando inquieta, pronunciando algumas sílabas e começa a “nadar” pela sala. Perguntamos para a mãe se ela entendia o que estava se passando. A mãe responde que era o nervoso de sempre. Perguntamos se ela acreditava que a filha sabia onde estava a cabeça. A mãe diz que sabia sim. Antônia continuou irritada andando e nós pontuamos que ela queria a cabeça da boneca. A mãe ainda demora mas depois acabou colocando-a de volta. Antônia parou de “resmungar”. Antônia provavelmente ficou em pânico quando saiu a cabeça, identificando-se com sua condição existente, ou seja, de alguém que lutava a ter o direito a uma “cabeça”, e que a mãe retarda em oferecer-lhe, possivelmente por não perceber a condição fusional entre elas.

O quadro psicopatológico de Antônia não permitiu que houvesse uma linearidade comportamental, nem tampouco uma ascendência. Experimentávamos idas e vindas que não era provenientes só de sua parte, mas também de sua mãe que oscilava em seu desejo, ora relacionando-se com ela como um bebê, ora com uma menina:

Cena (6ª sessão): *Antônia havia batido a cabeça no armário e a mãe tinha lhe perguntado se havia machucado. Antônia tem um semblante de dor. Senta. Brinca, deita de bruços, com a cabeça em cima das mãos cruzadas e fica olhando a cena. Está sapeca. A mãe a chama, pedindo para ela engatinhar. A terapeuta pergunta: “Engatinhar?”, e a mãe conserta: “Anda, Antônia, vem nadando (forma*

que ela tinha de se arrastar de barriga no chão). A criança se arrasta para perto da mãe”.

Avaliamos que esta inconstância do desejo materno, deveu-se ao fato da mãe estar experimentando diferentes lugares, que estavam comprometidos em sua constituição subjetiva, levando-a a se sentir insegura em muitos momentos no exercício da função materna.

Foi para nós angustiante o relato da mãe, de que desde que a filha nasceu, foi desacreditada por todos a seu redor. O marco do não-reconhecimento dela como alguém que poderia cuidar de Antônia se deu no hospital, após o período de incubadora, quando lhe foi informado que para que pudesse ter o direito de levar a filha para casa teria que levar até o hospital uma lata de leite “nan” para provar condições de sustentá-la. Havia e há na família Clara uma condição sócio-econômica e cultural baixa. Durante o tratamento do conjunto familiar foi liberada a aposentadoria de Antônia, o que segundo a mãe foi muito bom pois assim poderia oferecer mais conforto à filha.

Acreditamos que uma precária condição econômica foi interpretada pela mãe, como também sendo uma frágil condição afetiva, levando-a a atuações tão confusas com Antônia. Diante de um outro que encerre mãe e filha em algum circuito de desvalia é difícil resistir e não cair nesta trama invalidante e paralisadora. A mãe necessita de um outro que seja capaz de alimentar seu narcisismo, a fim de que possa sentir-se capaz de alimentar psiquicamente o seu bebê.

Parece ter havido na história dessa dupla não só o elemento faltante, ou seja, alguém que a reconhecesse em sua função materna, mas também a presença de um elemento anulatório, que a tornou incapacitada em alguns aspectos da função, tornando-a débil.

Antônia vinha se desenvolvendo nesse ambiente instável e tornou-se por sua vez uma menina de muitas oscilações, mas havia algo nela não mudava tão rapidamente. Referimo-nos à condição de perceber o que estava acontecendo à sua volta, ora reagindo agressivamente com as pessoas, ora se auto agredindo.

Isto ficou mais transparente em momentos em que não era compreendida, frustrando-se e reagindo de maneira que provocava sentimentos angustiantes na mãe, que buscava satisfazê-la imediatamente, dentro de seu mundo de significantes. Com o passar do tempo, nos foi possível oferecer um continente para a mãe exercitar-se em sua função materna, se resignificando, pois acreditamos que nós recebíamos uma “caixa através da supervisão e olhar da observadora” que nos ajudaram a superar nossas próprias “birras” com relação a mãe de Antônia.

Pensamos que se morder, chorar, rolar pelo chão era a expressão que Antônia encontrava até então para contar da dor que sentia por não ser compreendida em seus desejos, sendo tratada quase sempre como deficiente mental .

Entretanto, sabemos que romper com registros que se fizeram há muito e promover novas inscrições psíquicas não é tranqüilo, quando a dinâmica egóica está pouco assentada.

É plausível o receio que sentimos diante do novo, do diferente. Também vivíamos isso na pele com Antônia e sua mãe, víamo-nos na posição superegórica, criticando-a, tentando ensiná-la a cuidar da filha, como se nós soubéssemos o que era melhor para a filha que ela. Não nos era fácil estar com a mãe de Antônia, e ter que mudar nossa configuração maternante para recebê-las.

No trabalho, a condição precária para lidar com a “sujeira”, surgiu em cenas que Antônia, segundo a mãe, estava com o intestino preso. No entanto, chegava à sessão e evacuava. Naquele momento a mãe ficava paralisada não tendo iniciativa de efetivar o asseio. Isto estendeu-se para o campo todo. Ficamos sem tocar no assunto, como se o mau cheiro nos nos tivesse inundando. Tratamos como se nenhum elemento tivesse surgido e ficamos como a mãe, a sentir sem falar. Nossos pensamentos não foram na direção de nossos atos, ficamos impactados e optamos por simplesmente sentir, sem nada fazer.

Podemos analisar que nós, no campo transferencial, assim como a mãe no campo da maternagem, “escolhemos” um lugar de imobilidade, pois a situação

exige que se movimente em nós o que há de mais primitivo, às vezes aquilo que não nos cheira muito bem (nossas incompetências para ser).

No campo transferencial isto nos trouxe muitos desconfortos em que tínhamos o desejo de não estarmos ali com tantas “fezes” para serem simbolizadas e dar à dupla a condição subjetivante.

As discussões em grupo (supervisão) foram nos ajudando na construção de nossas caixas psíquicas para recebê-las e auxiliá-las na articulação singular de seus desejos.

Ao final do trabalho a mãe repetia várias vezes que agora ela podia perceber a filha de maneira diferente, que entendia que todos os comportamentos da filha tinham significados e que eram diferentes do que ela acreditava, até então: *“Agora a mamãe já sabe, né Antônio, o que você quer, a mãe já entende, é tão bom te entender.”*

Para nós, que estávamos diretamente inseridos no campo transferencial, foram momentos que inauguraram novas possibilidades para nos situarmos em relação ao outro de uma nova forma, ou seja, acolhendo “o cheiro” do outro, que não pode e não deve ser igual ao “nosso cheiro”.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS CASOS CLÍNICOS

*“Eu posso dizer que a
repugnância e o horror
são o princípio do meu
desejo.”*

Bataille

4. DISCUSSÃO DOS CASOS CLÍNICOS

Tentamos mostrar com os casos de Alice, Sara e Antônia o que se evidencia quando trabalhamos com crianças gravemente adoecidas e em contextos em que dispomos de tempo abreviado para realizar um trabalho de intervenção que obtenha alguma modificação na dinâmica psíquica familiar.

As crianças e suas famílias tiveram um número de sessões que variaram de nove a vinte encontros realizados.

Nos três casos atendidos compareceu pelo menos um membro da família nuclear da criança, sendo que o mais comum foi ter um dos pais em cena, ficando mais raro o contato com ambas figuras parentais. Tivemos apenas um caso em que foi possível trabalhar com a figura paterna e materna simultaneamente.

No caso de Alice tínhamos uma menina que apresentava barreiras autísticas que, como se presume, nos colocava diante da incógnita se poderíamos manter ou não contato com ela. Alice em seu estado de isolamento autístico não expressava quase nenhum interesse pelas coisas ao seu redor, não se relacionando com as pessoas em geral. Essa criança evitava o contato visual, não falava, apenas apresentava alguns “grunhidos”, e se mantinha defensivamente distante, preferindo o chão ao colo.

Seus pais também apresentavam uma dinâmica expressiva quanto às posições ocupadas por eles em relação à filha, o que denotava suas condições emocionais.

Diríamos que Alice apresentava certas características do quadro autístico de encapsulamento descrito por Tustin, que se desenvolve para envolver e imobilizar a parte danificada da personalidade que diz respeito ao compreender (1990,p.27). Para Tustin, a criança encapsulada desenvolve o que ela denominou de concha imaginária, que teria como função proteger suas superfícies que são hipersensíveis dos choques hostis e perigosos de experiências que são provenientes do “não-eu”, sendo a principal a experiência com a mãe. Trata-se de

estados primitivos da mente que se caracterizam pelo reino da sensorialidade em que a condição de mente é o grande desafio a ser conquistado.

Sabe-se que esse estado de sensorialidade se inicia ainda no útero, período de início da vida mental, e que nascemos em estado de plena vulnerabilidade. Será a presença de um outro humano, de encontro afetivo, que proporcionará o alimento para a constituição da vida mental. Há a necessidade de um outro que possibilite significar as experiências que a princípio dar-se-ão no corpo para que possa nascer a palavra e possibilidade de se fazer história.

É dentro desta perspectiva relacional que procuramos discutir o funcionamento psíquico de Alice, postulando que sua manifestação psicopatológica se insere dentro de um circuito constituído desde antes de seu nascimento, perdurando e mantendo-a dentro dele, mortífero, para o seu “eu”. Não se promoveu a integração psíquica, tendo Alice ficado mantida em um estágio primitivo em que reinava a sensorialidade e a colocava em perigo de se “desfazer”, caso o contato humano lhe fosse imposto.

Para a criança que se encontra nesse estado, as tentativas de fazê-la se interessar por um comportamento alternativo são normalmente evitadas ou rejeitadas, podendo produzir graves explosões de temperamento. Ou ainda, elas simplesmente se evadem da situação, tamanho o pânico sentido diante do não-eu. São funcionamentos psíquicos anteriores a qualquer possível constituição como nos diz ALVAREZ:

“Talvez seja necessário conceber condições mentais nas quais os pensamentos permaneceram não-desmantelados, mas não-mantelados; não-projetados mas até o momento não introjetados; não dissociados mas ainda não-associados; não cindidos defensivamente mas até o momento não-integrados; e sem que pensamentos permaneçam não-vinculados, não porque esse elo de ligação jamais foi forjado (Alvarez, 1994, p.106)”.

Diríamos tratar-se de condições emocionais não-desenvolvidas ficando a mente dominada por estados mentais “congelados”.

Esse foi o panorama que tínhamos com Alice, em quem não havia sido instalada condição mínima para sua subjetivação e que havia sim o medo do retorno do trauma que seria a separação do corpo materno, em que se sente jogado, expulso desmancha-o em pedaços, o que provocaria sensações apavorantes. Assim, a criança utiliza o processo de desmantelamento que lhe serve para evitar a constituição de qualquer objeto mental (pensamento, percepção), tratando-se de ataque à percepção, levando-a a permanecer na vivência de espaço unidimensional.

O nosso segundo caso, a menina Sara, já faz parte de uma outra dinâmica funcional em que tínhamos uma família já partida no seu sentido original, ou seja, os pais já não partilhavam conjuntamente de experiências com a filha, tendo vivências em momentos diferenciados.

Neste caso, a criança era possuidora de certa debilidade e deficiência mental, falava, se relacionava com as pessoas, e estaria mais próxima do que Tustin descreve como “criança desconcertada ou confusional”. Neste estado a criança estaria confundida com a mãe, tendo como objetivo não se separar dela. A debilidade de Sara estaria conjugada a um funcionamento psíquico frágil, em que o medo da separação do objeto materno significava a vivência de “desintegração”. As experiências de Sara com a figura materna não tinham lhe dado condições de internalização de um objeto contensor de suas projeções da vida pulsional, necessitando da presença concreta da mãe, a qual também se mostrava frágil. Tratava-se de uma mulher que não era reconhecida em sua função materna pelo pai de Sara, o que era motivo de disputa pela função, levando-a desejar abdicar de seu lugar materno. Vê-se assim quão frágil era sua condição de maternagem, o que a tornava débil e deficitária no exercício dela, funcionando aquém de suas reais potencialidades. Como nos diz Kupfer (2000): “Acredita o psicanalista que uma criança com sérios problemas neurológicos encontrará sérias dificuldades para encontrar um piloto capaz de fazer-lhes face” (p.97). A identificação entre mãe e filha era fato, ou seja, na medida em que era tomada como débil também não conseguia oferecer condição de existir diferente para a filha. A debilidade

estava assim a serviço da manutenção de um olhar que se mantinha fora da relação e que a debilitava, mas que no psiquismo materno parecia ter encontrado eco. Esse encontro que provocou ressonâncias tão sérias no psiquismo da mãe de Sara não tivemos oportunidade de aprofundar devido à exigüidade do tempo e a proposta do trabalho de investigar, mas hipotetizamos tratar-se de algo que pertencia às suas relações filiais e que poderiam estar ancoradas em outra geração.

Sabe-se que a condição de inteligência parte de uma relação emocional em que o vínculo estabelecido será protótipo para seu estabelecimento ou não. A palavra que advirá do intercussor poderá transformar-se em veículo de construção ou de destruição, dependendo do encontro do locutor com o ouvinte e como se sabe, da conjugação de fatores que pertencem ao mundo intrapsíquico, do intersíquico e do transgeracional.

No caso de Sara, a deficiência mental apresentada além de seu aspecto orgânico que não pode ser ignorado, havia como agravante as condições emocionais em que nasceu. Sua mãe, como descrevemos, era uma mulher que tinha dificuldades para lidar com ela, não sabendo como lhe oferecer um colo gestador de suas experiências. Sara, ficava assim presa à comunicação primitiva, manifestando toda sua angústia no corpo do outro (beliscões) e em seu próprio corpo (caía com frequência, tropeçava bastante). O corpo para Sara era veículo de comunicação, sua linguagem, em muitos momentos. Quanto a sua debilidade e deficiência mental era também para nós uma função defensiva por perceber o objeto materno como separado de si e não tendo estabelecido por consequência um objeto interno bom, esse estado de alguma maneira assegurava a permanência concreta da mãe.

Alvarez, nos fala a respeito da discriminação diagnóstica necessária para avaliarmos quando uma criança usa seu déficit defensivo ou destrutivamente: *“Um” não consigo “ou um” não sei como “; na verdade, pode encobrir um” não quero”, ou mais sutilmente, um “não vou me dar ao trabalho”; mas também é*

verdade que um “não quero” pode facilmente mascarar um “não consigo”, ou pelo menos a crença do paciente de que ele não consegue”(Alvarez, 1994, p.104).

As noções de quem ela era, quem era sua mãe pareciam pouco desenvolvidas no psiquismo infantil de Sara. Diríamos que ela possuía vestígios de objeto interno, mas que necessitava ser aprimorado para lhe dar condições de subjetivar-se.

Em nosso terceiro caso, a menina Antônio encontrava-se em um estado que consideraria com características de “psicose deficitária”, causada por sérias privações que lhe foram imputadas pela figura materna e seu ambiente. Antônio havia sofrido sérias privações no contato afetivo no início da vida, o que a levou ao estado de retraimento, como conseqüência da falta de investimento ambiental no que se referia ao aspecto afetivo-emocional. Antonia havia recebido cuidados físicos limitados, o que veio a interferir inclusive no seu desenvolvimento psicomotor. A mãe e os seus familiares detiveram-se nos cuidados alimentares, não valorizando o desenvolvimento emocional, não por falta de envolvimento afetivo com Antonia, mas por desinformação sobre o que um bebe necessita para ter condição saudável de constituir-se. Ao mesmo tempo havia indícios em seu comportamento de que algum vestígio de objeto poderia ter se instalado em sua dinâmica psíquica, visto que respondia mesmo que com sérias dificuldades ao investimento feito pelo objeto e pelo meio em que se encontrava.

Tustin, nos fala a respeito do que significa para uma criança o nascer psíquico e como pode ser vivenciado na separação necessária para o processo de individuação:

“A queda do estado sublime de unidade jubilosa com a mãe que na primeira infância, é o centro do universo da criança dominado pelas sensações, faz parte da experiência de cada um de nós. Entretanto, para alguns indivíduos, por uma variedade de razões, diferentes em cada caso, a desilusão de ‘descer para a terra’ desta experiência extasiante foi uma experiência tão difícil e prejudicial que provocou reações de encapsulação. Foi o seixo que provocou o

desmoronamento. As reações de encapsulação apóiam e protegem a parte danificada e impedem o medo de ser morto mas, metaforicamente falando, o funcionamento psíquico esta congelado e imobilizado” (Tustin, 1990, p.28).

Antônia havia sofrido privações sérias por dificuldades maternantes e ambientais ausentes, mas de alguma forma foi capaz de resistir às faltas, não se enrijecendo. Havia certa mobilidade psíquica que favorecia o contato e possível estabelecimento objetual, ou seja, o objeto é interno, já constituinte de espaço psíquico e a criança vive no espaço da bidimensionalidade.

Nesse campo que foi composto por diferentes crianças e psiquismos que se cruzavam, pudemos transitar às vezes com a segurança possível de quando estamos em terreno arenoso (caso Sara) e com movimentos de quando estamos em terreno movediço (casos Alice e Antônia).

Em nenhum destes territórios nossa movimentação se dava de forma tranqüila, exigindo-nos empenho que às vezes ultrapassava nossa vontade de lidar com aquelas crianças e suas famílias.

Para nós foi particularmente angustiante quando estávamos no trabalho com Alice e Antônia, devido à configuração das figuras parentais que nos trazia sentimentos de impotência e sensações de estarmos diante de situações em que o caos que tinha sido gerado se ancorava em psiquismos que talvez se ligassem em mais de uma geração. Entretanto, devido à nossa proposta de curto tempo para o trabalho, não tínhamos condições de nos aprofundarmos na pesquisa desses aspectos, ficando apenas como conjecturas.

Sentíamos com Alice, em muitos momentos, que estávamos operando no vazio no qual o seu balanceio funcionava como possibilidade de preenchimento do vazio mental sentido. Os movimentos repetitivos lhe possibilitavam sentir, ficando presa ao mundo das sensações, mas que lhe assegurava, reforçando sua fortaleza necessária, como já mencionamos. Entendemos que suas defesas eram levantadas para aniquilamento de qualquer sentimento que poderia ser sentido como invasivo e aterrorizante.

Quanto a Antônia, com menor intensidade, também nosso campo era de difícil atuação por ela ter vivido prematuramente a privação de investimento narcísico do objeto materno, que não pode reconhecê-la em suas necessidades levando-a para um estado de desolação mas não de desistência.

Em relação a Sara a configuração era outra, nossas sensações não eram tão angustiantes pois como já relatamos, estávamos num contexto em que a vida existia e necessitava de um terceiro que possibilitasse sua existência em separado.

Este era o contexto afetivo em que nosso trabalho estava alicerçado, alimentando-nos um pouco quando estávamos com Sara e sua mãe, que dentro da debilidade mental-emocional era um terreno menos árido, onde as sementes lançadas pareciam brotar mais facilmente. Não estamos dizendo que nos outros dois casos isto também não teve sua inscrição, mas que o plantio foi mais difícil e que não sabemos a qualidade que o fruto poderá ter.

Diferentes autores, como já descrito no capítulo-I, postulam a formação do psiquismo infantil, cada um determinado por sua escola de formação teórica. Uns irão considerar mais a presença da figura objetual externa como aquela que será a responsável pela constituição psíquica. Outros colocarão peso mais acentuado na constituição da vida pulsional. Outros trabalharão na articulação do que é proveniente do mundo interno com o que é o do mundo externo. Entretanto, é possível observar que mesmo que um coloque maior acento no mundo interno, outro no mundo externo, a presença de um “outro”, humano para constituição da condição humana, desejante, se faz premente.

Todos possivelmente estarão de acordo que para sermos humanizados é preciso estarmos incluídos no desejo de um outro humano que vá acolher, pensar, sonhar para e com a criança. Será na ausência do olhar de um outro que possa significar a experiência vivida que a criança fará o sintoma, por não ter tido a possibilidade de se inscrever no registro simbólico, que lhes dará a possibilidade de se constituir como sujeito tendo seu próprio psiquismo funcionante.

Freud ao falar sobre a formação do sintoma evidenciava que o jogo que se daria entre as pulsões (de vida e de morte), entre as instâncias psíquicas em seu sentido topográfico (inconsciente, pré-consciente e consciente), em sentido dinâmico (id, ego e superego) estava intersticiado pelas condições de vida do sujeito, suas vivências com as figuras parentais e que, de como a forma que essa trama ou novela familiar se desenrolaria é que nos daria condições para sermos neurotizados, psicotizados ou pervertidos no nosso desejo.

Klein, ao falar dos processos de projeção e introjeção que são os precursores da vida emocional, também evidenciava a participação do objeto na constituição do psiquismo. Claro que para ela, havia uma sobredeterminação que era dada pela vida instintiva, mas em nossa visão, não deixou de considerar a necessidade de um objeto humanizado para veicular através da identificação projetiva mensagens de que o bebê encontrava-se em relação com um outro. Para ela, as posições que o bebê experimentava (esquizoparanóide e depressiva), dar-se-iam na relação com um objeto (seio), e que seria a interação entre eles que proporcionariam o colorido da sua vida emocional.

Para a escola francesa, em que o peso sobre a constituição psíquica se daria no cruzamento de funcionamentos mentais diversos, na relação entre sujeitos e suas histórias desejantes, é a presença do outro que circunscreve a criança no mundo da linguagem. Tudo posto sendo que tudo aquilo que da criança provenha estaria intersticiado pelo imaginário e simbólico daqueles que o desejaram. Nessa visão não há a possibilidade de que a criança seja “pura” em sua condição desejante, o que já estaria constituída no psiquismo parental, muito antes de sua concepção.

Assim, trabalhamos na perspectiva de que qualquer que seja a identificação teórica do analista, não se pode negar que a condição de saúde ou de doença de uma criança estará veiculada ao desejo de um outro que a circunscreveu em sua história, mesmo que um lhe dê maior peso que outro.

A citação de Tustin, é pontual na formulação a respeito do que se trata o mundo do bebê: “Em algumas formulações psicanalíticas, a mãe parece ser,

obrigatoriamente, totalmente responsável pelo autismo psicogênico de seu filho. É como se a criança fosse vista como um pedaço de argila para ser moldado, ao invés da partícula de dinamite que o bebê humano é” (Tustin, 1990, p.30).

Nessa acepção teórica sobre a formação da psique buscamos situar nossos casos trabalhados, considerando que nossas crianças e suas patologias estariam circunscritas em psiquismos que as geraram e que foi a partir da interação de mundos emocionais diferentes das figuras parentais com o da criança que compuseram seus quadros psicopatológicos.

Alice, criança que nasceu com duas perfurações (pulmonar e fissura anal), era filha de uma mãe que tinha (como dito por ela) características depressivas desde sua juventude. Parecia relacionar sua “tristeza” à sua condição existencial-familiar, em que lamentava a presença alcoólatra do pai, que pareceu lhe ter deixado marcas profundas de desamparo. Suas angústias oriundas de um período de convivência com a família nuclear não desapareceram e a acompanharam na constituição de sua família atual. Trouxe para a vivência do casal angústias que se projetaram na relação. A mãe não se sentia objeto do desejo do marido, reclamando de que sentia que ele não admirava o que dela provinha. Sentia-se mortificada na sua condição de sentir-se objeto do desejo de alguém. O psiquismo materno estava contaminado por experiências negativas anteriores à concepção de Alice.

O pai, em contrapartida, também nos trazia sentimentos e sensações de que não sabia qual o lugar que deveria ser por ele ocupado nessa constituição familiar. Parecia identificado com o papel de provedor e cuidador da esposa e da filha. Sua função paterna, como aquela que em seu exercício faria um corte na relação mãe-criança, dando a esta última a possibilidade de construção do mundo simbólico, não se reconhecia como tal. Assim, não auxiliou que Alice pudesse emergir do mundo sensorial para o mundo simbólico, o que lhe daria condições de constituir-se como sujeito de seu próprio desejo, ficando assim dimensionada à condição sintomática do autismo.

Sara, nossa outra criança, apresentava uma sintomatologia diferenciada em que tínhamos a debilidade mental aliada a um quadro psicopatológico de onde emergiam manifestações perante à vida com características predominantes de debilidade/deficiência mental. A conjunção que apresentamos de debilidade/deficiência mental é por compreendermos que na vida de Sara não era apenas a hidrocefalia, que com bastante probabilidade, corroborou para seu atraso no desenvolvimento infantil. Cremos que a condição “simbiótica” com a figura materna acarretou que Sara se debilitasse na utilização de seus recursos, acirrando mais a deficiência que poderia ter se dado no plano orgânico.

A mãe de Sara tinha tido entraves para o desenvolvimento de sua condição maternante, vendo a filha como aquela que necessitava de cuidados da ordem do corpo e que suas manifestações comportamentais eram totalmente devidas à hidrocefalia. Não havia de sua parte qualquer possibilidade de redimensionar as dificuldades e questões emocionais que se davam na relação. Sara em contrapartida, ficava sem ter em quem se agarrar para não submergir na deficiência e com isso “andava”, “circulava” de um lado para o outro, com grande instabilidade comportamental, o que refletia sua precária constituição objetal. A mãe não teve em sua relação com a filha condições de emergir da posição em que achava que tudo sabia da filha, como se fossem uma só, para uma posição de individuação, o que daria a Sara condições de simbolizar e ter sua própria subjetividade. Faltou à dupla um outro olhar que efetivasse a castração necessária para que cada uma pudesse funcionar com seu registro simbólico. Assim, Sara estava aprisionada ao olhar materno que não sendo validado por um outro em sua condição subjetiva, maternante também, não podia promover a subjetividade da filha, ficando a debilidade compartilhada e funcionante entre mãe e filha.

Antônia, a terceira criança desta pesquisa, provinha de um berço sócio-econômico e cultural empobrecido gravemente, que em certa medida comprometeu seu mundo de relações. A mãe foi desacreditada severamente em suas condições econômicas e como mulher para cuidar de um bebê que havia nascido prematuramente. Os questionamentos em torno do problema econômico

provavelmente abriram uma cratera em sua condição materna, fazendo com que não pudesse ver a filha como uma criança que deveria desenvolver-se, ficando aprisionada ao bebê que saiu da incubadora e precisava de cuidados físicos para sobreviver. Assim, Antônia passou por um período de privação do olhar materno que a investisse em suas condições atuais, ficando imobilizada na condição de um bebê. Analisamos que a imobilidade materna tenha se constituído em suas relações parentais, que possivelmente a invalidaram como mulher e em consequência como mãe. Clara, a mãe, apresentava movimentos que referendavam que sua constituição como mulher parecia não ter se dado, ficando um tanto quanto articulada à fala dos pais, como uma menina que cuida de outra, necessitando de seus conselhos e aprovações. O descrédito do hospital na realidade pode ter vindo de encontro ao que já estava representado no psiquismo materno em que parecia que não se reconhecia como adulta capaz de atos adultos, como por exemplo ser mãe. A falta de “caixa” da mãe de Antônia, sua pequenez foi um determinante fundamental na relação com a filha e como esta foi mantida também numa condição de pequenez, tudo redundou na confusão psíquica traumática para a criança mergulhando-a na incerteza objetal. Esta ausência de “caixa psíquica” materna impediu que se pudesse constituir uma “caixa psíquica” para Antônia, barrando sua constituição subjetiva. Antônia, em sua fragilidade psíquica manteve-se articulada ao mundo desejante materno precário em muitos aspectos, mas não em sua totalidade, o que permitiu uma construção psicótica.

Dentro desta constelação relacional em que se dá a formação psíquica e seus desdobramentos que podem ser saúde ou doença mental, diferentes analistas trabalharão as produções que advenham. Temos aqueles que trabalharão mais ao nível do sujeito enquanto produtor de suas dificuldades ou facilidades. Temos por outro ângulo, aqueles que trabalharão acreditando que no sujeito é determinado *a priori*, mesmo antes de sua concepção no desejo parental.

Assim a postura técnica a ser adotada como já discutido no capítulo I, dependerá da forma como cada um compreende a formação do psiquismo. Em nosso trabalho, acreditamos que o sujeito é constituído a partir do que provenha do seu mundo intrapsíquico e seus componentes, do mundo interpsíquico em que se farão presentes os fantasmas parentais e o que advirá de outras gerações que intersticiará o psiquismo parental se presentificando nas relações atuais.

Não temos na nossa dimensão relacional possibilidades de dizer que trabalhamos com sujeitos em suas condições “puras”, na verdade trabalhamos com vários cruzamentos afetivos que construirão saúde ou doença emocional. Temos em nosso campo analítico transferencial, diferentes formações psíquicas com possibilidades diferentes de se articularem o que nos conduz a tomarmos posições técnicas diferenciadas.

A modalidade técnica a ser adotada dependerá contudo do recorte teórico de cada uma. Para nós é premente que ao se tomar em trabalho analítico um sujeito em sua dinâmica psíquica e afetiva tomar em consideração as possíveis articulações a que está submetido e que o constituíram.

Dessa maneira devemos considerar que os pais das crianças por nós atendidas estarão presentes intensamente e que os sintomas de nossas crianças, quer seja autismo, psicose, debilidade/deficiência emocional ou qualquer outro quadro psicopatológico, estará sendo determinado em parte por movimentos que se farão presentes e que dizem respeito ao psiquismo parental. Trabalhamos considerando que o sintoma não é fruto apenas do mundo intrapsíquico e sim de um conjunto de forças que podem ter suas origens até em mais de uma geração e que se farão presentes na atualidade, com aquela criança. Dessa maneira, para nós as patologias analisadas nesta pesquisa se alicerçam como procuramos demonstrar em nossas relações primeiras e que dependerá de fatores psíquicos diversos para sua construção. Aos pais é dado um lugar nesta construção e que não termina com a eleição do sintoma, e sim que as dificuldades que o geraram continuarão permeando todo o relacionamento que se manterá com a criança. Trata-se de patologias graves que aventamos sustentar que aconteceram devido à

fragilidades parentais consideráveis e que o trabalho apenas com o mundo interno da criança adoecida não terá o alcance necessário que possa conduzi-la a uma melhor condição de sobrevivência emocional. Trabalhar com os pais tentando redimensioná-los em sua condição subjetivante é para nós primordial para que se possa dar a mesma condição subjetivante para sua criança. Trabalhamos assim em circuito de rede, ou seja, acreditando que aquilo que se promove em um psiquismo fatalmente repercutirá em outro, interferindo em seus aspectos relacionais. Dentro desta perspectiva relacional, para nós os pais não podem ficar de fora do trabalho analítico, devendo estar presente fisicamente no campo transferencial a fim de que possam ter a possibilidade de se verem como sujeitos de um mundo de desejos que não necessariamente coincide com o mundo desejante de seu filho. Tentamos assim, auxiliar para que novas produções psíquicas possam se dar, respeitando aquilo que há de original em cada ser. Nosso intento é auxiliar pais e crianças no redimensionamento de suas condições desejantes a fim de que possa cada qual ter seu registro simbólico efetivado dentro de um circuito próprio, particular. A produção subjetiva que permite a condição de saúde é nosso maior desejo, mesmo em condições precárias como as que tínhamos nesta pesquisa. É justamente pelas condições de funcionamento subjetivante tão frágil que as doenças se construiriam.

Foi considerando esta perspectiva de funcionamento mental, ou seja, que a criança e seu quadro psicopatológico é a resultante de um emaranhado de posições desejantes que antecederam sua constituição que propusemos trabalhar inspirados na técnica conjunta pais-filhos.

Nossa perspectiva era de que ao trabalharmos conjuntamente com pais e filhos nosso acesso à dinâmica constituinte dos diversos psiquismos que incidem sobre o sintoma infantil se daria de forma mais profícua, o que por sua vez aumentaria nossas possibilidades de intervenção onde se fizesse necessária.

E assim trabalhamos, oferecendo a essas famílias a possibilidade de terem espaço de escuta para suas próprias histórias e que não se relacionavam apenas com a criança, mas com as diversas esferas de suas vidas. Consideramos que

tudo que faz parte do mundo emocional dos pais repercutira positiva ou negativamente sobre o funcionamento psíquico da criança.

Inspirados na técnica conjunta pais-filhos já descrita no capítulo.. propusemo-nos um trabalho de tratamento para todo o conjunto familiar, no qual buscávamos evidenciar através das intervenções psicoterapêuticas o lugar ocupante pelo mundo desejante dos pais no mundo emocional de sua criança.

Através da análise dos movimentos transferenciais e contratransferenciais pudemos ir identificando o lugar que cada um de nós inseridos no campo analítico (pai, mãe, criança, psicoterapeuta, observadora) ocupávamos em certos momentos. E foi a partir dessas análises que se davam em nossas discussões semanais de supervisão conjunta que pudemos ir transitando através de posições diferentes. A possibilidade desse outro olhar sobre o nosso campo analítico favoreceu para que pudéssemos também ter um outro olhar para os conjuntos que dispúnhamos, tratando-os pelo vértice da possibilidade de inauguração de novos olhares, inclusive sobre a patologia de sua criança.

A participação do escriba ou nosso observador psicanalítico, que favorecia um duplo olhar sobre o campo, foi primordial para nossa sustentação visto que ampliava nossa visão, além de emprestar seu ser para a própria dinâmica transferencial e contratransferencial que lhe é pertinente.

Nosso objetivo dentro do campo não era simplesmente desmistificar sintomas, mostrando aos pais a psicopatologia de sua criança e colocando o peso sobre esta. Buscávamos através de intervenções psicoterapêuticas redimensionar o campo desejante dos pais, para que pudessem se haver com suas próprias produções sem necessariamente imprimi-las no psiquismo de sua criança. Tentamos dessa maneira promover as castrações necessárias em suas posições desejantes a fim de possibilitarem à criança sua formação simbólica, o que por consequência sabemos ser condição *sine qua non* para a saúde mental.

Consideramos que por estarmos inseridos no contexto ambulatorial com seus determinantes é necessário principalmente quando estamos diante de quadros em que a doença mental já haja se instalado que a ação psicoterapêutica

seja pungente e que intervenha o mais breve possível em sua dinâmica relacional, o que poderá prover a família de condições menos difíceis para sua existência.

Dentro desta modalidade de tratamento buscamos intervir precocemente naquelas famílias em que o estado confusional psíquico se instalou e que lançou a todos num caos familiar em que os estados subjetivos se confundem ou às vezes inexistem, trazendo os quadros de grave perturbação emocional. Buscamos intervir naqueles conjuntos familiares que nos são possíveis, para que futuras patologias ainda mais graves não se inscrevam.

Nossas intervenções no tratamento são no sentido de que se promova no conjunto familiar novas subjetividades ou que subjetividades possam se constituir pela primeira vez, permitindo a criança existir em sua deficiência, debilidade ou com seu grave adoecimento mental, como participante, emprestando para tal nosso corpo, nossa mente, nosso ser.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“No mal-estar em que vivo,
No mal pensar em que sinto,
Sou de mim mesmo cativo,
A mim mesmo minto.”*

Fernando Pessoa

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa realizada em um serviço ambulatorial e principalmente por ser com crianças adoecidas gravemente trouxe-nos possibilidades para pensar o que de fato nós psicólogos, psicoterapeutas que trabalhamos com a abordagem psicanalítica podemos fazer por essas crianças e suas famílias.

Quando iniciamos a pesquisa, com o apoio fundamental de nosso orientador várias idéias circulavam pela mente. Pensávamos, por exemplo que encontraria famílias por nós desconhecidas e que a nossa presença, munida de algum conhecimento teórico e técnico, por si só os ajudaria em suas dificuldades.

Lembramo-nos do primeiro encontro com Alice, com Sara, com Antônia e suas famílias e nos emocionamos ao relembrar o quão estranho eram as nossas primeiras vivências com eles.

Os pais e particularmente as mães em dois casos se apresentavam tão sofridas diante de suas crianças adoecidas que, em principio quase sempre lhes trazem muito mais sofrimentos do que prazeres, contudo estavam lá, as nossas procuras para ajudá-los.

Observamos que nem sempre sabemos reconhecer seus esforços e nos colocamos na condição de analistas ideais e queremos ter também pais ideais para essas crianças. Acontece que na história de cada um muitos fatos se somam e fazem com que os pais possam ser de acordo com aquilo que lhes foi destinado em suas constituições.

Normalmente, é difícil entender que cada um só pode dar aquilo que recebeu e que passou a fazer parte do seu ser e que não se aproxima jamais do ideal, simplesmente porque sua condição é de inexistência.

Não é difícil em nosso trabalho, ou seja, com crianças tão sofridas, com famílias tão frágeis em que a dor é circulante e contagiosa, adotarmos possivelmente como defesas pessoais, a postura arrogante de querer dar-lhes aquilo que julgamos ser o melhor. Somos freqüentemente flagrados, (claro que

isso só pode ver isto por quem de fato se debruça sobre o analisar), em atos de tentar incutir-lhes nossa maneira de ser, de brincar, de relacionar com as crianças, desprezando aquilo que trazem de suas origens. Colocamo-nos assim como detentores de um saber sobre o outro que ele desconhece e que provavelmente faz parte de nossas fantasmáticas e não daquilo que irá emergir do campo transferencial.

Somente quando estávamos mergulhados na perspectiva de trabalho conjunto é que de fato pudemos perceber na “pele” o que a criança que sofre faz em um complexo grupo familiar em que muito aconteceu, bem antes de sua concepção. Temos pais e mães que vieram de famílias diferentes e que um dia a cópula aconteceu, mas que não necessariamente esta copulação tenha se dado no nível emocional. Assim, temos mães que se apresentaram insólitas em suas condições de maternagem, desnarcizadas, sentindo-se mais cuidadoras do que mães de fato. Mulheres que não foram reconhecidas em suas posições maternas e que experienciaram muita solidão, ficando barradas no exercício da função materna. Também outra que não pode se reconhecer como mulher, visto que, ainda estava presa à sua condição infantil, o que incidia na atualidade.

Estávamos assim, imersas em conjuntos familiares nos quais muita dor tinha sido gerada há tempos e que requeriam delicadeza de restaurador, não para recuperar algum estado que existiu, mas para ajudar a nascer estados de mente que foram abortados precocemente, ou que sequer chegaram a ser gerados.

Esse quadro que para muitos parece de fácil movimentação, para nós na realidade, impôs muito esforço emocional para não romper com certas condições emocionais do conjunto, que era o que os mantinha. Não arriscaria afirmar que não houve momentos em que não tentei levar nosso modelo materno-analítico para aquelas famílias, apesar de ser não uma constante.

Estar junto deles, viver mesmo que semanalmente com essas crianças, não era fácil, porque o desejo de tirá-las de seu retiro, de seu isolamento e de seu enclausuramento as vezes vai na contramão de nossas vontades, levando-nos a atuações contratransferenciais. Atuações que compreendo como pertinentes a

quando de fato estamos mergulhando com o(s) outro(s), e que fazem parte de quaisquer relacionamentos humanos de verdade.

As crianças da pesquisa e suas famílias nos ensinaram que não se pode partir do desejo do analista, mas que se deve respeitar suas articulações subjetivas pois é daí que poderá advir qualquer nova construção.

Não falamos de qualquer produção sintomatológica, mas de autismo, de psicose infantil, de deficiência mental, quadros em que parece que a criança inexistente, que não nasceu e que veio em seu lugar um “ser estranho” para ser aceito.

Só quem de fato se coloca a escutar o que essas crianças têm a dizer, escuta que não é feita só de articulação teórica mas de escuta com o coração, pode sentir a dor que é estar diante de tanto sofrimento mental quando sabemos que não há dor maior que a dor mental.

Essas crianças que em sua maioria não sabe falar, desenvolvem uma comunicação que lhes é particular e que uma escuta sensível ao humano poderá ouvi-las em suas entranhas. A insensibilidade diante dessas crianças, quando são tratadas como “bichos” é para elas motivo de intensa angústia, pois sabemos que são altamente sensíveis às pessoas e seu entorno.

Analizamos que nosso alcance psicoterapêutico com crianças portadoras de grave adoecimento emocional dependerá também de nossas condições internas para com elas estar, e que necessitamos de certo aparato funcional. Nesse campo contarão nossas análises pessoais, supervisões, leituras, mas acima de tudo, nossa capacidade para sermos gente, sensíveis aos sentimentos e sofrimentos alheios. Aqui não me refiro somente às crianças, mas também a seus pais que tem que se haver com o que geraram e que nem sempre estavam de acordo com sua vontade, mas de acordo com o seu desejo.

As funções paternas e maternas não nos são dadas, mas desenvolvida e precisamos de parcerias nessa empreitada para que possamos “adotar” o que um dia geramos.

Sabemos que ser pai e ser mãe é muito mais do que estarmos em uma função e executá-la, é sermos capazes sobretudo de amar nossas crias, com sua beleza e suas imperfeições.

Nosso trabalho nos coloca diante de nossas próprias imperfeições e tentamos, de forma um tanto quanto selvagem, tamponá-las, quando queremos que os pais se identifiquem com os nossos modelos internalizados e que tentamos passar muitas vezes de forma inconsciente, através do campo transferencial.

Esta pesquisa, devido ao seu contexto ambulatorial, nos é ainda mais convidativa para que tentemos criar modelos para funcionar com suas crianças, visto que dispomos de pouco tempo para intervir em quadros que os manuais de tratamento recomendam que seja em longo prazo. Aqui nosso terreno é minado e temos que ter movimentos de bailarina clássica, com toda delicadeza, para não provocarmos mais sofrimentos do que eles já têm.

Quando estamos com crianças com dores tão profundas e com famílias tão desesperançadas parece que todo nosso arsenal teórico-técnico é insuficiente e somos arremessados para um mundo de incertezas que de certo modo é frutífero, pois coloca em cheque nossas possibilidades.

O que podemos vivenciar é a necessidade que o analista possa dar conta de oferecer alguma ajuda onde parece tudo tão estancado; que ele questione freqüentemente sua prática, seu arsenal teórico e técnico. Não há um que seja melhor ou pior que o outro, mas há aquele que mais se aproximará de estados tão primitivos, como os descritos nesta pesquisa.

Não há possibilidades de se fechar em cima de uma única construção teórica-técnica, em detrimento de outras, mas acreditamos na complementaridade das posições psicanalíticas, principalmente quando lidamos com tanto adoecimento psíquico.

Nesta pesquisa nos inspiramos em uma técnica que para nós se aplica com efetividade, mas que por si só não produz nenhum efeito. Será no intercruzamento dos diversos mundos desejantes que a possibilidade de desenvolvimento acontecerá.

Hoje sabemos que trabalhar com estados tão primitivos da mente nos remete a nossa primitividade, o que requer muito cuidado no transito e que nenhum conhecimento até então constituído é capaz de abarcar em sua complexidade esta clinica.

Nossa experiência a partir desta pesquisa vivencial nos remete a questões que consideramos importantes para o analista de crianças, particularmente para aquele que pretenda lidar com estados tão primitivos da mente. Destacamos suas formações teórica-técnica, sua condição de vida, e sobretudo sua condição de amar, que pensamos o fará refletir que é preciso receber o outro com tudo aquilo que lhe é estranho, sem se colocar no lugar de suposto saber.

Dentro desta visão de campo transferencial, consideramos primordial que o analista se coloque dentro da experiência com seus pequenos pacientes e suas famílias e esteja aberto sempre a reformular sua posição como analista, sem medo de mostrar suas fragilidades, pois será a partir delas que poderá de fato estar em contato com seus sofrimentos.

Assim, acreditamos que cabe maior aprofundamento por parte do analista de crianças quanto ao seu arsenal teórico-técnico e pessoal, refletindo sobre suas possíveis intervenções nesse campo e que possam de fato auxiliar na constituição de subjetividades necessárias a nossa condição de existir.

Acreditamos ainda que o analista de crianças adoecidas gravemente deve estar preocupado constantemente com o tipo de ressonâncias que suas intervenções podem causar nos conjuntos familiares. Aqui nesta pesquisa, nosso objetivo era que as intervenções psicoterapêuticas ressoassem nos mundos emocionais em cena e que daí pudesse advir condições subjetivantes para cada um, sem colagens, mas genuínas.

Não é possível pensar qualquer condição humanizante sem a possibilidade de ser sujeito de sua própria história.

CAPÍTULO VI

SUMMARY

SUMMARY

This dissertation was the result of a work realized in a clinic school at the Federal University of Uberlândia. The general goal of this work was to analyze the resonance came from three family groups of children that had serious conditions of emotional illness, when psychotherapy interventions with parents and children were applied at an ambulatory.

It was discussed the different concepts of how psyche is constituted and the subjectivity formation in psychoanalysis, involving family from desiring articulation between parents and children.

By discussing the different ways of psychotherapy session it was analyzed parents place in psychoanalytical theories. This study aimed at searching means of treatment, in a short period of time that helped to product affective relation between parents and children. These relations were in some cases, stagnant, poor or inexistent. Three cases of autism, mental weakness and child psychosis were analyzed in a psychoanalytical treatment inspired by psycoterapical technique with parents and children. By all these applied elements, parents could rearticulate their desired worlds that helped children to be the owner of their desires, promoting subjectivity to them.

CAPÍTULO VII

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, A. **Companhia Viva: Psicoterapia Psicanalítica com Crianças Autistas, Bordeline, Carentes e Maltratadas.** Porto Alegre, editora Artes Médicas, 1994.

BARANGER, M. **A Mente do Analista: da Escuta à Interpretação.** In: *Rev. Brás. de Psicanálise*. Vol. XXVI (4), p. 575-577, 1992.

BARANGER, M. e BARANGER, W. **Problemas Del Campo Psicoanalítico,** Buenos Aires, ed. Kargieman, 1993.

BARROS, E. M. R. **O Conceito de Transferência: uma síntese do ponto de vista kleiniano.** In: *ABRÃO, s. (ORG). Transferências*, São Paulo, Ed. Escrita, 1991.

BION, W.R. **Estudos Psicanalíticos Revisados.** 3ª edição, Rio de Janeiro, Imago, 1994.

_____. **Os Elementos da Psicanálise.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar editores, 1966.

CARON, N. A. (Org.). **A Relação Pais-Bebê.** São Paulo, editora Casa do Psicólogo, 2000.

CHASSEGUET-SMIRGEL, J. **O Ideal do Ego e sua Evolução.** In: *O ideal do Ego*, 1ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

CHECCINATO, Durval. **Análise dos Pais.** Revista Seele. Ano 2, n.2, s/d.

DOLTO, F. **A Imagem Inconsciente do Corpo.** São Paulo, editora Perspectiva, 1992.

_____. **Seminário de Psicanálise de Crianças.** Rio de Janeiro. Editora Jorge Zahar, 1985.

_____. **Seminário de Psicanálise de Crianças 2.** Rio de Janeiro. Editora Guanabara, 1990.

DOLTO, F. e NASIO, J.D. **A Criança do Espelho.** Porto Alegre, editora Artes Médicas, 1991.

DOR, Joel. **Introdução à Leitura de Lacan**. Porto Alegre, editor Artes Medica, 1989.

FERRO, A. **Um Rápido Zoom sobre os Modelos Teóricos**. In: *A técnica na psicanálise infantil*. Rio de Janeiro, Imago, p. 15-34, 1995.

FREUD, S. *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação preliminar*. (1983). In: **Edição Standart das Obras Completas de Sigmund Freud**, 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, Vol II, 1989.

_____. *Conf. XXXXIV [1933 (1932)]*. **Edição Standart das Obras Completas de Sigmund Freud**, 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, vol XXII, 1989.

_____. *Estudos sobre a histeria (1893)*. **Edição Standart das Obras Completas de Sigmund Freud**, 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, vol II, 1989.

_____. *Fragmentos da análise de um caso de histeria (1905[1901])*. **Edição Standart das Obras Completas de Sigmund Freud**, 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, vol VII, 1989.

_____. *História de uma neurose infantil (1918[1914])*. **Edição Standart das Obras Completas de Sigmund Freud**, 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, vol. XVII, 1989.

_____. *Dinâmica da Transferência (1912)*. **Edição Standart das Obras Completas de Sigmund Freud**, 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, vol. XII, 1989.

GEISSMANN, C. e GEISSMANN, P. **A Criança e sua Psicose**. São Paulo, editora Casa do Psicólogo, 1993.

HAUDENSCHILD, T. R. L. **Aquisição gradual da capacidade de autocontinência emocional e da noção de identidade por uma criança autista e comunicação expressiva do analista**. Rev. Brás. Psicanálise, vol XXXVII, n.1 p.115-138, s/d.

HERMANN, F. **Introdução à Teoria dos Campos**. São Paulo, casa do livro, 2001.

_____. **Clinica Psicanalítica: a arte da interpretação**. 2ª ed., São Paulo, ed. Brasiliense, 1993.

_____. **Andaimes do Real – o método da psicanálise**. 2ª ed., São Paulo, ed. Brasiliense, 1991.

JOSEPH, B. **Transferência: a situação total**. In: FELDMAN, M. E SPILLIUS, E. B. *Equilíbrio Psíquico e Mudanças psíquicas*. Rio de Janeiro, Imago, 1992.

KAES, René; FAIMBERG, H. et alli. **Transmissão da Vida Psíquica entre Gerações**. São Paulo, editora Casa do Psicólogo, 2001.

KANCYPER, L. **El Campo Analítico com Niños y Adolescentes**. Anais del Primer congreso Latinoamericano de Psicoanalises de niños y adolescentes. Cordoba (AG), 1994.

KLEIN, M. **As Origens da Transferência**. In: *Obras Completas de Melanie Klein*. Vol III, Rio de Janeiro, Imago, 1991.

_____. **Psicanálise da Criança**. 3 ed., São Paulo, ED. Mestre Jou, 1981.

_____. **Fundamentos Psicológicos da Análise Infantil**. In: *Psicanálise da Criança*,. 3 ed., São Paulo, Mestre Jou ed., 1982.

LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro, editora Jorge Zahar, 1986.

LANDOLFI, P. **Interrupcion Del Processo em Psicoanalises de Niños: el problema de lãs paratransferências**. Buenos Aires, trabalho apresentado na APA Em 24/10/1989.

LEBOVICI, S. e GUEDENEY, A. **Intervenções Psicoterápicas Pais/Bebê**. São Paulo, editora Artmed,1999.

LEDOUX, M. H. **Introdução à Obra de Françoise Dolto**.Rio de Janeiro. Editora Jorge Zahar, 1991.

LISONDO, A.B. D. **Avanços na psicanálise da infância e da adolescência, o lugar dos pais na avaliação diagnostica**. Trabalho apresentado no primeiro encontro de psicanálise infantil e adolescência na SBPSP, 1995.

_____. **O lugar dos pais na análise de crianças e adolescentes: uma menina-rainha em um trono-trincheira-prissão mental**. Rev. Psyché, ano V, n.8, São Paulo, p.95-115, 2001.

_____ et all. **Psicanálise de Crianças: um terreno minado?** In: *Ver. Brás. De Psicanálise*, Vol XXX (): 2-19, São Paulo, 1992.

MANNONI, M. **A Criança sua Doença e os Outros**. 3 ed., Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editores, 1983.

_____. **De um Impossível a Outro** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editores, 1985.

MEIRA, Y. M (Org.). **O Porão da Família: ensaios de psicanálise**. São Paulo, editora Casa do Psicólogo, 2003.

MÉLEGA, M. P. **Intervenções Terapêuticas Conjuntas Pais-Filhos**. In: Alter – Jornal de Estudos psicodinâmicos, vol II, São Paulo, 1998.

_____. **Pós-Autismo: uma narrativa psicanalítica**. Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1999.

MELTZER, D. **O Desenvolvimento Kleiniano I: Desenvolvimento Clínico de Freud**. São Paulo, editora Escuta, 1989.

MEZAN, R. **A Transferência em Freud: apontamentos para um debate**. In: ABRÃO, S. (Org.). *Transferências*, São Paulo, ed. Escuta, 1991.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo, Companhia Melhoramentos, 1998.

PRISZKULNIK, Leila. **A criança e a Psicanálise: o “lugar” dos pais no atendimento Infantil**. Psicologia USP, São Paulo, v.6, n.2, p.95-102, 1995.

SILVA, M. C. P. **A Herança Psíquica na Clínica Psicanalítica**. São Paulo, Ed. Casa do Psicólogo, 2003.

SIGAL, A.M.R. (Org.) **A constituição do sujeito e o lugar dos pais na análise de crianças**. In: *O lugar dos pais na psicanálise de crianças*. São Paulo, Ed. Escrita, 1994.

_____. **Transformações na Clínica Psicanalítica: uma nova forma de abordar o trabalho com os pais**. Rev. Psyché, ano V, n.8, São Paulo, p.151-169, 2001.

TUSTIN, Francis. **Barreiras Autistas em Pacientes Neuróticos**. Porto Alegre, editora Artes Medicas, 1990.

WINNICOTT, D. W. **Tudo Começa em Casa**. São Paulo, editora Martins Fontes, 1999.

_____. **A Família e o Desenvolvimento Individual**. São Paulo, editora Martins Fontes, 2001.

ZIMERMAN, D. E. **Transferências**. In: *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre, Ed. Artmed, 1999.

ZORNIG, S.A. **A Criança e o Infantil em Psicanálise**. São Paulo, editora Escuta, 2000.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO

É observado pelo analista de crianças que os pais não ficam de fora do atendimento de seu filho ou filha, e que suas presenças no campo da análise se fazem necessárias. Dessa forma, gostaria de investigar a aplicação de uma técnica em que a criança e sua família possam ser ajudadas na superação dos sintomas, sem colocar o peso sobre a criança ou sobre os pais, mas na inter-relação. Objetiva-se avaliar a aplicabilidade da técnica psicoterapêutica conjunta em quadros graves de sofrimento emocional. Acredito que esta técnica poderá evidenciar não só o aspecto curativo, mas também preventivo de tal aplicação, tendo como um de seus desdobramentos uma abreviação no tempo de análise.

Informo-lhe e asseguro que ao participar como sujeito nesta pesquisa, suas privacidades serão usados apenas para discussão supervisionada nas atividades de orientação.

Esclareço que o trabalho psicoterápico não lhe oferecerá riscos e se porventura isto ocorra, a pesquisadora assume total responsabilidade oferecendo o tratamento necessário pelo tempo requerido em cada caso. Fica estabelecido que a família poderá desistir em qualquer momento da pesquisa ou mesmo adiar qualquer encontro estando a mesma assegurada de colaborar ou não com a pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo. Esclareço que os dados clínicos provenientes do processo psicoterapêutico poderá ser utilizado em outras pesquisas e eventuais publicações no campo da psicologia, desde que resguardados os cuidados éticos e preservado o sigilo sobre informações que possam identificar quaisquer pessoas da família. Vocês serão beneficiados com o atendimento psicoterápico sem nenhum custo financeiro durante o período da pesquisa e caso se faça necessário dar continuidade após este tempo a pesquisadora assumirá o atendimento sem a facilidade de pesquisa e sem ônus financeiro. Informo ainda que não haverá remuneração para os sujeitos da pesquisa. Ao final da pesquisa vocês serão informados dos resultados obtidos através de uma entrevista com a pesquisadora.

Eu _____ responsável pela criança _____ aceito participar da pesquisa de investigação de atendimento psicoterapêutico conjunto pais-criança por um período de 3 a 4 meses a contar da data do primeiro encontro, no termos definidos acima.

Pesquisadora: Rosimeire Aparecida da Silva Marra – CRP 9668/04

End: Rua Jamil Tannús n.º 250 Tel: 3235-3198 / 9123-8077

Orientador: João Luis Leitão Paravidini – CRP – 10390/04

End: Rua Poços de Caldas n.º 415 Bairro Osvaldo Tel: 3210-4472

Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia

End: Pró Reitoria de pesquisa e Pós-graduação - Campus Santa Mônica – Bloco “J”

Tel: 3239-4131

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborado pelo Sistema de Bibliotecas da UFU - Setor de
Catalogação e Classificação

- M358a Marra, Rosimeire Aparecida da Silva, 1965-
Atendimento psicoterapêutico conjunto pais-crianças em serviço ambulatorial / Rosimeire Aparecida da Silva Marra. - Uberlândia, 2005.
197f.
Orientador: João Luiz Leitão Paravidini.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.
1. Psicoterapia infantil - Teses. 2. Psicoterapia infantil - Técnicas - Teses. 3. Pais e filhos - Teses. 4. Autismo em crianças - Teses. 5. Psicose infantil - Teses. I. Paravidini, João Luiz Leitão. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 615.851-053.2(043.3)

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.