



PUC
RIO

F R I D A A T I É

O LUGAR DOS PAIS NA
PSICANÁLISE DE CRIANÇAS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
Departamento de Psicologia

Rio de Janeiro, 26 de março de 1999

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>

FRIDA ATIÉ

**O LUGAR DOS PAIS NA
PSICANÁLISE DE CRIANÇAS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 02 de março de 1999



FRIDA ATIÉ

**O LUGAR DOS PAIS NA
PSICANÁLISE DE CRIANÇAS**

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia
da PUC/RJ como parte dos requisitos para obtenção do
título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Terezinha Fêres Carneiro

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 02 de março de 1999

A meus pais

A meu irmão

A minhas filhas

Agradecimentos

- a Terezinha Féres Carneiro, orientadora da dissertação, por sua contribuição e apoio, possibilitando a realização deste trabalho.

- a Paulo, interlocutor inestimável, por ter acolhido e discutido com brilho e entusiasmo as idéias desta dissertação.

- a Adriana, por seu olhar atento sobre o meu texto, proporcionando a tranqüilidade necessária para a sua elaboração.

- a Michel, pelo carinhoso apoio e incentivo.

- à CAPES, pela ajuda financeira recebida durante o curso.

RESUMO

A questão do lugar dos pais sempre esteve presente nos tratamentos psicanalíticos de crianças. Em sua prática, o analista infantil necessariamente tem que lidar com os pais, já que a criança é totalmente dependente deles, tanto no aspecto objetivo quanto no subjetivo. Assim, a forma como os pais se posicionam é determinante no processo terapêutico do paciente infantil.

No entanto, como desde sua origem o modelo técnico de psicanálise infantil se pautou pela análise de adultos, poucas vezes a questão do lugar dos pais foi formalizada teoricamente. A abordagem dessa questão tem variado de acordo com a forma de se conceber a subjetividade, seja como constituída a partir dos impulsos internos inatos ou da relação com o ambiente externo. Alguns autores, como Melanie Klein, a ignoram, enquanto outros, como Winnicott, a julgam importante, mas não a incluem numa matriz teórica formalizada.

Porém, considerando a Teoria do Vínculo de Pichon-Rivière, segundo a qual o surgimento de uma doença num membro da família está relacionado com a totalidade do que ocorre dentro dela, torna-se impossível deixar de incluir os pais na terapêutica da criança.

Assim, esta dissertação tem por objetivo rever criticamente como na história da psicanálise infantil a questão do lugar dos pais tem sido abordada, e apontar caminhos que poderão ser seguidos quanto à inclusão dos pais nos tratamentos psicanalíticos de crianças.

ABSTRACT

The subject of the parents' role has always been present in the psychoanalytic treatment of children. In his practice, the psychoanalyst of children has necessarily to deal with the parents, since children are completely dependent on them, both in the objective and subjective aspects. Consequently, the attitude of the parents regarding the therapeutic process is a fundamental factor in its outcome.

Nevertheless, the technical model of children psychoanalysis has been based, from the beginning, on the experience of adults psychoanalysis, and the issue of the parents' role in the treatment has not been theoretically examined frequently. Some authors, as Melanie Klein, ignore it, while others, like Winnicott, consider it important but do not include it on a formalized theoretical frame. The approach to this matter has varied according to whether the authors conceive the subject determined mainly from innate internal impulses or from the relationship with the human environment.

According to Pichon-Rivière Bond Theory, the offspring of a mental disease in a family member is always related to what happens in the family as a whole. From this point of view, it becomes impossible to exclude the parents from our consideration in children psychoanalysis. This thesis has the objective of reviewing critically how the issue of the parents role has been approached in the history of children psychoanalysis, as well as indicating ways which could favor the parents support to their children psychoanalytic treatment.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
Capítulo 1. PSICANÁLISE DE CRIANÇAS	
1.1. Freud: uma criança é abordada	9
1.2. Melanie Klein: a técnica do brincar	18
1.3. Anna Freud: o analista como educador	30
1.4. Winnicott: a influência do ambiente	38
1.5. Aberastury: o nascimento de um neo-kleinianismo	48
Capítulo 2. REDES FAMILIARES, O INCONSCIENTE E A CRIANÇA	
2.1. A criança e sua família	56
2.2. Uma criança adoecer: a Teoria do Vínculo	68
Capítulo 3. O LUGAR DOS PAIS NA PSICANÁLISE DE CRIANÇAS	
3.1. Inclusão dos pais	81
3.2. Experiências clínicas	90
3.2.1. Primeiro caso: Rosa	90
3.2.2. Segundo caso: Maria	100
3.2.3. Terceiro caso: Suzy	109
Capítulo 4. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128

INTRODUÇÃO

A proposta desta dissertação é investigar o lugar que os pais ocupam nos tratamentos psicanalíticos de crianças. A partir do mapeamento e da reflexão sobre as posturas psicanalíticas habituais, pretendemos rever criticamente esse lugar, tanto em seu aspecto puramente teórico - considerando desde os fatores propriamente psicanalíticos até os sociais -, quanto prático - apontando novas direções para a prática clínica.

Na psicanálise de crianças, sempre temos que lidar com a presença e a interferência dos pais, já que a criança é totalmente dependente deles no que diz respeito aos aspectos práticos do cotidiano. Além disso, a subjetividade infantil está em processo de construção, no qual os pais têm papel determinante. Nesse sentido, a forma como esses pais se posicionam em relação ao tratamento é decisiva. Entendemos, pois, o lugar dos pais não apenas como o seu papel ou a sua importância no tratamento, mas como a forma com que eles se posicionam, interferindo nas configurações que assume a prática clínica e modificando-as. Tornam-se, assim, uma peça fundamental no processo terapêutico da criança.

Nosso interesse em investigar o lugar dos pais partiu da constatação de que um dos principais problemas da clínica de crianças é exatamente a questão da participação desses pais. Mesmo os analistas que não a consideram importante têm que lidar com ela, já que são os pais que procuram o tratamento para o filho. Os analistas clássicos tentam reduzir essa participação ao mínimo, possivelmente pela dificuldade em trabalhar com essa situação angustiante.

De forma geral, acredita-se que a análise de crianças seja um trabalho mais difícil de ser realizado que a análise de adultos, embora a criança seja mais direta, e, por ter defesas menos estruturadas, com frequência forneça ao analista mais facilmente o material a ser trabalhado. Na verdade, essa dificuldade se explicaria justamente pela dependência que a criança tem de seus pais, dependência essa que perturba muito o desenvolvimento da dupla analítica se não for levada em conta com a seriedade que a questão merece.

Essa dependência refere-se a situações bem específicas e práticas que atingem diretamente a criança no decorrer da sua análise. Por exemplo, uma criança não pode deslocar-se de um lugar a outro sem a companhia de um adulto, dele dependendo para cumprir horários; a criança não tem o poder de deliberação quanto à possibilidade de faltar às sessões, assim como não as paga; não decide se vai fazer análise, assim como não resolve interrompê-la ou concluí-la. Todas essas questões são decididas e resolvidas pelos pais.

Legítima e legalmente, a criança é objeto de cuidado dos seus pais. E na medida em que não tem responsabilidades, a sua palavra não tem um valor decisório. Este fato fundamental gera todo um campo de problemas. Que valor tem a palavra da criança? Que lugar ocupa a criança socialmente? Muitas vezes, verifica-se, na prática da análise de crianças, que os pais têm uma solicitação e a criança outra. Nesse contexto, o analista responderá a que demanda?

E sobretudo, há um fator de fundamental importância que interfere no tratamento psicanalítico de crianças. Os pais, por narcisismo ferido ou por negar a culpa, costumam ter uma ação potencialmente contra o tratamento, que poderíamos

chamar de fator resistencial. Esse fator deverá ser trabalhado para que o tratamento possa se realizar de forma eficaz.

Lidando com essa dependência físico-social da criança, o analista terá muitas vezes uma tarefa mais difícil e complexa do que na análise de adultos. O analista é procurado pela mãe, via de regra, ou pelos pais de uma criança, independente do desejo e, muitas vezes, até do conhecimento dela. Mesmo analistas que têm como prática ver primeiro a criança antes de conhecer os pais têm necessidade de conhecer a família para ouvir as queixas, as preocupações, a versão adulta a respeito do caso, e, finalmente, para fazer o contrato da análise. Não existe analista de criança que não tenha contato algum com a família de seu paciente: é condição intrínseca ao tratamento de crianças o contato com os pais, seja num grau maior ou menor.

Mesmo assim, na prática clínica da análise clássica, muitas vezes a recomendação é outra. Fazem-se uma ou mais entrevistas com os pais, seguidas de uma sessão livre com a criança. Caso haja necessidade de outros encontros, esses são realizados e depois chamam-se os pais para transmitir o resultado da avaliação. Para o caso de haver recomendação de análise para a criança, contrata-se com eles o número de sessões e recomenda-se, se necessário, que procurem outro terapeuta que os orientará, dada a importância do acompanhamento, por parte dos pais, da análise da criança. Segundo a postura tradicional, esse trabalho não deve ser feito pelo próprio analista da criança.

Entretanto, quando o analista se permite ver eventualmente os pais, é feito, mesmo que se evite mencioná-lo, um trabalho terapêutico significativo com eles, no sentido de acolher suas angústias, diminuir suas ansiedades, ajudá-los a dar um espaço

maior para seus filhos. Assim, poderíamos nos perguntar se a família não seria, por definição, potencialmente também paciente do analista da criança.

Podemos estudar as principais teorias de psicanálise de crianças segundo três aspectos. Em primeiro lugar, os pais podem ou não ser incluídos. Caso sejam incluídos, podemos examinar de que forma essa inclusão se dá. E finalmente, como essa inclusão é manejada pelo analista e as suas conseqüências. Winnicott (1945), por exemplo, inclui os pais, enquanto M. Klein (1953) não o faz. Já Aberastury (1977) tem extensos trabalhos sobre a importância dos pais, mas os inclui através do que chama de grupos de orientação, mantendo-os ao mesmo tempo afastados do tratamento.

Na verdade, as posições de cada autor em relação a cada um desses aspectos dependerá da maneira como cada um concebe a subjetividade e a posição do infantil. Bercherie (1984) fala de duas correntes principais. A primeira corrente seria a de Klein e da psicologia do ego, que pensa a subjetividade como uma mônada fechada, na qual importam apenas os impulsos internos inatos. Já na segunda corrente, de Winnicott e da moderna psicanálise francesa, com Lacan, a subjetividade se forma no encontro com o outro.

Assim, não é por acaso que no grupo kleiniano há uma exclusão quase total dos pais no atendimento da criança, enquanto que os grupos que têm ao menos uma inspiração winnicottiana dão uma outra relevância à inclusão desses pais. É importante ressaltar que o recorte desse trabalho se limita à psicanálise anglo-saxônica, deixando de lado por ora a vertente francesa, a ser abordada no desdobramento futuro da pesquisa.

Embora a questão da participação dos pais sempre tenha estado, de uma forma ou de outra, no horizonte da psicanálise, sempre foi tratada de forma dispersa. Cada um

dos autores trata, de maneira não sistemática, dessa questão que, apesar de sempre presente na prática, costuma não estar presente na teoria. Em nenhum momento, o manejo com os pais foi fundamentado e formalizado como uma questão. Veja-se o caso de Winnicott (1978): ele assume a importância da inclusão dos pais, através de entrevistas, de consultas esporádicas, ou do que chama de “análise compartilhada”, sem entretanto defini-la bem. Não há a formulação clara de uma postura teórica a ser adotada em tratamentos psicanalíticos mais longos.

Em nossa própria prática clínica, através de ensaio e erro, bem como em diversas situações de supervisão, temos percorrido posturas diversas no que se refere à inclusão dos pais no tratamento de crianças, sem entretanto termos em nenhum momento nos colocado entre aqueles que nunca atenderam os pais. Nossa hipótese de trabalho, portanto, é de que os pais devem ser incluídos (sobretudo quando se trata de crianças muito pequenas), devendo-se formalizar o manejo com os pais como uma questão fundamental no tratamento psicanalítico de crianças.

A fim de examinar com profundidade a questão do contato do analista de criança com os pais de seu paciente, bem como suas implicações e possíveis benefícios na análise da criança, adotamos como conceito teórico a Teoria do Vínculo, de Pichon-Rivière.

Pichon-Rivière (1969) mostra a necessidade de complementar a investigação psicanalítica com a investigação social, uma vez que sua concepção da pessoa é de integração dialética entre mente, corpo e mundo exterior. De fato, ao lado dos aspectos clínicos devem-se considerar também os aspectos sociais, que interferem na clínica, muitas vezes mesmo exigindo uma profunda reformulação teórica e técnica por parte do analista. A família nuclear em que Freud e outros teóricos se basearam para edificar

suas teorias, por exemplo, vem se dissolvendo e se transformando rapidamente, assumindo novas feições e dinamismos, demandando assim novos procedimentos e técnicas do analista.

Na Teoria do Vínculo, Pichon-Rivière ressalta a importância de se perceber o indivíduo não somente do ponto de vista de seus instintos e dos objetos internalizados, como também do interjogo estabelecido entre o indivíduo e seus objetos internos e externos, numa relação de interação dialética que se expressa através de condutas.

Ao representar o vínculo como um todo dinâmico em permanente movimento, abarcando o sujeito e seu objeto, o autor chega a uma estrutura mental constituída por características que considera normais e perturbações interpretadas como patológicas. Através da análise do vínculo patológico que o paciente estabelece com seus próximos, pode-se compreender de que forma esse vínculo afeta a estruturação da personalidade do sujeito.

A partir desse conceito de Pichon-Rivière, poder-se-ia propor a abertura de um espaço terapêutico para os pais, de forma a trabalhar os vínculos familiares. Além disso, se teria assim a possibilidade de trabalhar dinamicamente o fator resistencial que costuma haver nesse tipo de relação analítica.

É importante ressaltar, porém, que não pretendemos abordar as chamadas terapêuticas familiares. Nosso recorte privilegia o modelo de atendimento psicanalítico individual da criança, verificando qual é a melhor maneira de incluir os pais no tratamento.

Nesta dissertação, fundamentaremos nossa proposta a partir da reflexão sobre as teorias existentes e do relato e comentário de nossas próprias experiências clínicas.

Esta proposta será apresentada em quatro capítulos. O primeiro capítulo trata dos primórdios da psicanálise de crianças, abordando as diferentes teorias e suas técnicas. A partir dessas teorias, procuramos definir como cada autor vê a constituição da subjetividade infantil, já que essa visão influi na sua postura em relação aos pais no atendimento da criança. Começamos por Freud (1909) que, embora não tenha sido um analista de crianças, foi a base para a criação da psicanálise infantil. Nesse mesmo capítulo, prosseguimos investigando a teoria de Melanie Klein (1932), com sua proposta de uma psicanálise de crianças baseada na técnica do brincar. Em seguida, examinamos as posições de Anna Freud (1926), com sua visão pedagógica do trabalho do analista infantil, e as de Winnicott (1979), que ressalta a influência do ambiente. Por fim, incluímos Aberastury (1977) que, apesar de kleiniana, criou uma técnica particular de tratar os pais na psicanálise infantil, influenciando o pensamento de boa parte dos analistas de crianças que a sucederam.

No segundo capítulo, verificamos como esses autores incluíram a família das crianças nos seus trabalhos, através de diferentes abordagens técnicas. Ainda como parte da reflexão sobre as redes familiares, desenvolvemos o referencial teórico da Teoria do Vínculo, de Pichon-Rivière, que consideramos o mais adequado para tratar da questão do lugar dos pais e sua influência na constituição da subjetividade da criança.

No terceiro capítulo, o conceito de vínculo é trabalhado na sua relação com a prática clínica. Nesse capítulo, fazemos um inventário dos procedimentos técnicos que se costumam adotar contemporaneamente, ilustrando-os com exemplos da própria clínica.

Por fim, nas considerações finais desta dissertação procuramos formular uma proposta para uma teorização do manejo e inclusão dos pais na psicanálise de crianças,

reconhecendo a necessidade de sistematizar essa prática tão presente quanto omitida. Nesse sentido, esta dissertação pretende mapear o que tem sido feito e apontar alguns caminhos que poderão ser seguidos quanto à inclusão dos pais na psicanálise de crianças.

1. PSICANÁLISE DE CRIANÇAS

1.1 Freud: uma criança é abordada

Embora a pesquisa original de Freud tenha se desenvolvido a partir da análise de pacientes adultos, desde o início as questões relativas à infância nortearam as suas hipóteses para o estabelecimento de uma teoria geral da subjetividade.

Contrariamente ao que se costuma postular - que Freud se manteve afastado da criança propriamente dita - , pode-se dizer que ele forneceu pistas que mais adiante puderam se transformar numa técnica da psicanálise de crianças nas mãos de outros autores.

Freud (1909:16) acreditava que, através do processo psicanalítico, poria a descoberto as formações psíquicas, e portanto o analista poderia construir hipóteses quanto à sexualidade infantil do paciente. Os componentes da sexualidade infantil seriam as “forças motivadoras” de todos os sintomas neuróticos da vida posterior: assim, as primeiras causas do transtorno mental estariam nos fatores que atuam nas primeiras fases do desenvolvimento da criança. Entretanto, é preciso lembrar que o incentivo dado por Freud a seus alunos e amigos no sentido de colher observações sobre a vida sexual das crianças se chocava com o preconceito ou mesmo desprezo da comunidade acadêmica e da sociedade em geral, uma vez que na época se costumava negar qualquer existência da vida sexual nas crianças.

Isso não impediu, porém, que Freud contasse com grandes adeptos da teoria psicanalítica e pudesse, através do trabalho que fez sobre o pequeno Hans, obter dos pais deste uma grande quantidade de informações que fizeram com que pudesse

confirmar sua teoria sobre a sexualidade infantil. Foi a primeira vez que se aplicou o tratamento psicanalítico a uma criança.

As grandes contribuições freudianas à psicanálise de crianças não foram realizadas somente a partir do tratamento psicanalítico de adultos, mas também das informações que Freud recebia de simpatizantes da sua teoria, de psicanalistas de crianças, de suas próprias observações com seus filhos e netos, e principalmente de Anna Freud.

Dessa forma, a sua teoria geral da subjetividade foi alimentada não só pelas suas construções teóricas, como se sabe, mas também por um método direto de observação e de informações que recebia das pessoas de seu círculo. Foi assim que, de algum modo, a criança real (encarnada) esteve presente na construção de sua obra.

Neste capítulo, serão realizados alguns recortes de um Freud menos lido e conhecido, nos quais se percebe uma especial intimidade com o mundo da criança. De fato, inúmeras contribuições que Freud fez em muitas de suas obras ao entendimento do mundo infantil propiciaram uma ulterior abordagem das crianças pela psicanálise. Parafraçando uma obra sua de 1919, “Uma criança é espancada”, poderíamos dizer que o conjunto desses valiosos recortes viriam a constituir um trabalho consistente e precursor que poderia ser intitulado “Uma criança é abordada”.

O número de cartas, comentários e sugestões em que se revela esse Freud é tal que apenas alguns dos mais importantes aparecem aqui citados.

O seu trabalho sobre a atividade muscular das crianças (1905 : 208), dando às lutas físicas uma dimensão mais ampla, propiciou um entendimento de que não se está nesse caso somente diante de uma brincadeira de luta corporal mas da escolha de objeto: afinal, existe um contato grande com o corpo do outro, já que a proximidade

com a pele é inegável. Uma tendência às lutas físicas com determinada pessoa, assim como mais tarde uma tendência às disputas verbais, lembram, dessa forma, relações entre pessoas que se amam.

Podemos considerar os seus escritos sobre a atividade lúdica da criança (1920: 25) como os precursores da técnica do brincar, instituída na psicanálise de crianças por Melanie Klein. A partir da observação de uma criança de um ano e meio brincando com um carretel, provocando o desaparecimento e o retorno desse objeto, Freud percebeu os mecanismos psicológicos da atividade lúdica. Nessa brincadeira, estava contido todo o sentido simbólico do brincar infantil. A essência do jogo é entendida como uma repetição de algum fato marcante: a brincadeira é linguagem. Já no brincar compartilhado, a criança tenta transferir a sua experiência para uma cena onde os companheiros poderão funcionar como coadjuvantes da cena fantasmática que a criança tenta expressar. Dessa forma, no curso da brincadeira a criança elabora a adaptação a situações similares presentes na realidade. Isto é, a criança não brinca somente pelo prazer, mas também é compelida a repetir posições dolorosas, na tentativa de elaborá-las.

Encontramos um exemplo disso num pequeno relato em que Freud faz uma descrição do que chama um "ato sintomático" de um paciente seu, de menos de treze anos de idade, em tratamento psicoterápico. Freud contava a história de um mito para a criança na sessão. A criança, por sua vez, brincava com um pedaço de miolo de pão, manipulando-o e criando personagens. Durante o seu relato do mito, Freud usou a expressão "em silêncio cortou", e conta o seguinte:

Enquanto eu falava, o menino parou de amassar (o miolo de pão) e quando alcancei as palavras "em silêncio cortou", o

menino fez um movimento rápido como um raio e arrancou a cabeça do seu pequeno homem (de miolo de pão). Portanto, ele me entendeu e notara que havia sido entendido por mim. (1901: 244)

Freud indica nessa situação e na sua forma de interpretá-la exatamente o que viria a ser um exemplo da técnica de brincar na psicanálise de criança.

Percebemos aí que não só a criança se expressa através da brincadeira, mas através da brincadeira responde a uma interpretação. Estavam estabelecidas as bases de um diálogo psicanalítico.

A precoce capacidade de expressão verbal e simbólica, bem como as possibilidades de associação em crianças tão pequenas e a sua utilização para a interpretação, foram também questões abordadas por Freud. A partir de uma carta que recebeu da mãe de uma criança de menos de quatro anos de idade, em que esta relata um comentário de sua filha (o de que se Emily casasse teria um bebê), seguido de uma associação que lhe parece surpreendente para a sua idade (a que faz entre a concepção do bebê e o crescimento de uma árvore a partir da terra), Freud comenta:

A própria mãe parece ter entendido a transição da primeira observação da criança para a segunda. O que estava tentando dizer era: "sei que os bebês crescem dentro de suas mães". Não expressava esse conhecimento diretamente, mas de modo simbólico, substituindo a mãe pela Mãe-Terra. Já aprendemos de numerosas observações incontestáveis a idade precoce em que as crianças sabem como utilizar-se de símbolos. (1920 : 319)

Devemos lembrar que a associação livre, a transferência e a interpretação são os elementos mais importantes da teoria freudiana que são usados na técnica de tornar

consciente o inconsciente. É através da interpretação que aquilo que está reprimido se torna consciente.

Considerando ser a transferência o principal instrumento técnico freudiano, podemos afirmar que as suas raízes estão justamente na primeira infância: o paciente repete com seu analista suas primeiras relações de objeto. A importância das relações com os pais para o destino de futuras relações de objeto, assim, foi a base para o uso da transferência nos trabalhos analíticos. Freud (1920) acreditava que através das interpretações transferenciais positivas e negativas teria acesso à resolução de conflitos antigos.

Outro trabalho importante para a compreensão da psicologia infantil foi *A psicologia do escolar* (1914). Nesse texto, Freud examinou as reações dos alunos diante de seus mestres como sendo a repetição das relações com seus pais. Como acreditava que a criança firmava a natureza e a qualidade de suas relações com as pessoas nos primeiros seis anos de sua vida, era natural que todas as pessoas que viesse a conhecer mais tarde se tornassem figuras substitutas desses primeiros objetos de seus sentimentos.

Freud chama a atenção para a ambivalência emocional que se estabelece com os professores como um reflexo das relações parentais do escolar, questionando o que exerceria maior influência: se a preocupação com o que é ensinado ou a personalidade dos mestres. Estas idéias mais tarde se desenvolveriam para a compreensão, na análise de crianças, das dificuldades de aprendizagem e da adaptação escolar.

Sabemos hoje o quanto uma criança gosta de uma determinada disciplina na escola quando a relação com o professor dessa disciplina lhe é gratificante. Isso vale

também para o oposto, isto é, de uma maneira geral quando a criança tem muita dificuldade numa disciplina, devemos pensar em como se dá a sua relação com o professor da mesma. A experiência nos mostra que num outro ano, se a criança encontra um professor que lhe é mais empático, a probabilidade de passar a gostar da matéria que anteriormente lhe era difícil tende a aumentar, e conseqüentemente o seu rendimento também aumentará.

Freud tratou particularmente das mentiras infantis (1913: 385), chamando atenção para as imitações das mentiras dos adultos e por outro lado para a significação especial de algumas mentiras, que mereceriam reflexão por parte dos pais. Através do estudo de vários casos de crianças que mentiam, afirma que “as mentiras ocorrem sob a influência de sentimentos excessivos de amor e se tornariam momentosas quando conduzem a uma má compreensão entre a criança e a pessoa que ela ama”. Enfim, chama a atenção para os analistas de crianças sobre a importância do entendimento da mentira, não pensando levemente sobre ela, pois pode anunciar “disposições que levarão a contingências posteriores em suas vidas ou a futuras neuroses”. No caso do pequeno Hans, demonstra como através de uma mentira de um adulto, a criança sente-se incentivada a mentir, o que lhe cria sérios conflitos.

Embora o interesse de Freud pelos sonhos permeie toda a sua obra, ele interessou-se também pelo sonho nas crianças em particular, sobretudo pela função do sonho na qualidade de guardião do sono. O sonho é visto como resultado de duas intenções concorrentes: uma, o desejo de dormir, e a outra a busca por satisfazer um estímulo psíquico; assim, as principais características do sonho seriam a realização de desejos e a vivência alucinatória. Mas Freud acredita haver especificidade nos sonhos das crianças:

Os sonhos que estamos buscando (livres de deformação) ocorrem em crianças. São breves, claros, coerentes, fáceis de entender, sem ambigüidade. Não devem supor que todos os sonhos de crianças sejam desse tipo. A deformação onírica já inicia bem no início da infância, entretanto, se os senhores se limitarem à faixa etária entre o início da atividade mental observável e o quarto ou quinto ano, encontrarão numerosos sonhos portadores das características que se podem descrever como 'infantis'. (1915: 153)

Considerando que nos sonhos infantis o conteúdo manifesto do sonho coincide com o conteúdo latente, fica evidente a ausência da deformação onírica nesses tipos de sonhos, diferente do que ocorre nos sonhos dos adultos, que têm um conteúdo latente e outro manifesto. Essas questões sem dúvida nos dão indicações sobre o desenvolvimento emocional nos primeiros anos de vida.

O fato de Freud ter dedicado especial atenção à família da criança e às relações que nela se estabelecem, assinalando o papel essencial do pai nos primeiros estágios do desenvolvimento, contribuiu para que os analistas de crianças se ativessem à importância da necessidade da relação estreita da criança com o pai ao final do primeiro ano de vida, quando se inaugura uma ligação com o par parental, introduzindo-se então o triângulo edípico. Essa contribuição, que pode ser considerada indireta, resultaria em posturas diversas dos analistas de crianças quanto à inclusão do pai, pelo menos nas primeiras entrevistas, que via de regra ocorriam com a mãe.

Ao considerar a criança um perverso polimorfo, Freud admitia como um fenômeno geral da infância sentimentos variados, dos mais amorosos aos mais hostis: desde o desejo pela mãe, o de matar o pai, os ciúmes e a raiva dos irmãos, até o amor e as alianças positivas. Enfim, as mais variadas fantasias que podiam transformar-se em atos.

A partir de suas teorias sobre a dinâmica do inconsciente, a sexualidade infantil e o complexo de Édipo, Freud revolucionou o pensamento a respeito da criança em vigor na época. Ao revelar em sua teoria que as tendências destrutivas muito intensas existem, junto ao amor, desde a tenra infância, e que com isso a criança sofre, fez com que caíssem por terra as idealizações a respeito da criança.

A respeito da masturbação, Freud também deu uma contribuição valiosa ao afirmar que faz parte do desenvolvimento normal da criança desde a sua primeira infância.

Ainda em relação a uma nova moral da criança, na teoria freudiana a criança desamparada, a desadaptada, pôde ser percebida como um ser que busca o castigo e conseqüentemente reparar a culpa, sendo o superego visto como instância psíquica severa.

Essa compreensão da criança também pode ser vista como uma contribuição de Freud ao tratamento psicanalítico infantil.

Enfim, todas essas pesquisas freudianas forneceram valiosos dados para o tratamento e diagnóstico das neuroses infantis, possibilitando mais adiante a criação de novas técnicas de aproximação ao inconsciente da criança. De fato, questões no que se refere à interpretação e ao manejo da transferência foram utilizadas mais tarde na análise de crianças. Muitos de seus escritos abriram caminho para que outros procurassem uma técnica especial que desse conta da linguagem pré-verbal e sua interpretação.

Apesar disso, Freud fazia claras restrições à psicanálise infantil. Segundo ele, a criança teria dificuldade de fazer transferência e não seria capaz de fazer associações. Assim, a captação do seu inconsciente deveria ser feita através de outras formas, já que

sua capacidade de expressão verbal é muito reduzida, dificultando o trabalho. Portanto, Freud considerava a análise de crianças como uma “experiência pedagógica”, a qual via com bastante ceticismo, por não acreditar na exploração da linguagem pré-verbal. Esse viés pedagógico foi desenvolvido mais tarde por sua filha Anna Freud.

Assim, Freud mostrava sua contradição no que diz respeito à análise de crianças. Em muitas de suas considerações teóricas, não a legitimava; em sua prática, porém, como no trabalho desenvolvido em 1909 sobre o pequeno Hans, que evidenciou o valor da psicanálise infantil, demonstrava a sua possibilidade.

O texto abaixo, de 1914, mostra claramente sua contradição no que diz respeito à análise de crianças, já que foi escrito depois do trabalho sobre o pequeno Hans:

Uma análise conduzida sobre a própria criança neurótica deve normalmente parecer mais digna de confiança, mas não pode ser muito rica em material; demasiadas palavras e pensamentos têm que ser ‘emprestados’ à criança, e ainda assim os estratos mais profundos podem tornar-se impenetráveis para a consciência. (1914: 21)

Na verdade, para se falar de uma técnica de psicanálise de crianças similar à de adultos seria preciso que se provasse que a criança era capaz de associar livremente, de compreender a interpretação e também de estabelecer uma transferência com o analista. Isto foi feito posteriormente pelos psicanalistas de crianças, como Melanie Klein e Anna Freud. Mas foi Freud que lhes abriu as portas.

1.2. Melanie Klein: a técnica do brincar

Podemos considerar Melanie Klein a criadora da principal técnica na análise de crianças, a técnica do jogo, ainda que as primeiras publicações sobre técnica na psicanálise infantil tenham sido feitas por Sofia Morgenstein na França e Anna Freud em Viena. Embora Hug Hellmuth tenha sido a primeira analista de crianças que usou jogos com seus pacientes, tendo criado uma metodologia própria, não deixou registrada a sua experiência, logo pouco podemos aproveitar de sua prática.

A teoria kleiniana provocou enorme impacto na Inglaterra e foi uma tendência revolucionária para a sua época. Klein considerava que a análise infantil era um benefício para qualquer criança; mesmo que a criança não estivesse muito perturbada emocionalmente, o tratamento evitaria ou dificultaria enfermidades na vida adulta. Atribuía, assim, um valor profilático ao tratamento psicanalítico de crianças.

Acreditando no valor profilático da análise de crianças, os analistas, nos anos setenta, tomavam em análise toda criança que chegasse ao seu consultório. E por muitas vezes, os profissionais não se colocavam questões como, por exemplo, se era a criança de fato que precisava de tratamento, se não eram os pais que talvez precisassem de uma orientação... Pensava-se que se um analista era procurado pelos pais de uma criança, esta poderia se beneficiar do que estava sendo oferecido a ela.

Através das suas experiências analíticas com crianças de tenra idade, Klein pôde confirmar as afirmações de Freud de que já nos primeiros anos de vida as crianças experimentam não apenas impulsos sexuais e angústia como também grandes decepções.

As descobertas kleinianas, vindo dilatar as fronteiras iniciais da psicanálise, relacionam-se aos primitivos estágios do desenvolvimento, originários do funcionamento da vida mental, ou seja, dizem respeito a tudo quanto existe que não é verbalizado pela criança pequena. A partir de suas experiências clínicas com crianças, Klein acredita que o que compõe a fonte real das ações e reações dos seres humanos é o mundo interno das relações de objeto e das fantasias inconscientes.

Assim, para a teoria kleiniana a subjetividade se daria por si mesma, isto é, se constituiria internamente. Ao longo dos escritos de Klein verificamos que o indivíduo é representado como uma unidade fechada, com ansiedades e defesas inatas. A estruturação da subjetividade tem claramente origem no mundo interno, com seus objetos internos e suas fantasias inconscientes. Quanto ao objeto externo de Klein, corresponde à externalização de um elemento psíquico dinâmico interno, e não de fato a um objeto da realidade externa.

As relações objetais, assim como as ansiedades e defesas da criança durante o seu primeiro ano de vida, são os aspectos que têm maior ênfase na teoria kleiniana. As primeiras ansiedades que o bebê experimenta provêm de fontes internas. As relações iniciais do bebê com o mundo externo sofrem influências da experiência do nascimento, considerada como sendo a primeira fonte externa de ansiedade. A ansiedade persecutória, segundo Klein, participa desde o início da relação do bebê com os objetos, na medida em que ele está exposto a privações:

A dor e o desconforto que ele (o bebê) sofreu, assim como a perda do estado intra-uterino, são pelo bebê sentidos como uma agressão por forças hostis, isto é, como uma perseguição.
(1952: 217)

Para Klein, a fantasia inconsciente é a expressão mental dos instintos e, como estes, existe desde o começo da vida. Os instintos buscam objetos: a experiência de um instinto no aparelho mental está ligada à fantasia de um objeto apropriado a esse instinto. Fica claro que a fantasia está situada na base da estruturação da subjetividade.

Vale ressaltar que a psicanálise inglesa nesse momento se atinha à tradução do alemão, da obra de Freud, feita por Strachey, em que o conceito *Trieb* (pulsão), tão valioso, com muita frequência foi traduzido por instinto. Não vamos nos deter nessas questões, mas somente mencionar que estamos atentos ao uso impreciso que nessa época a escola inglesa incorporou.

Assim, Klein tem um modo de tornar a realidade psíquica interna muito real: qualquer brincar da criança poderia ser visto como uma projeção da sua realidade psíquica. Portanto, se olhamos uma criança brincando seremos capazes de ver o seu mundo interior. Nesse mundo, os objetos internos podem ser vistos como tendo vida própria, independentes da realidade externa.

Um dos conceitos básicos dessa teoria é exatamente a relação *objetal* que o bebê inicia com a mãe, relação essa que resulta das primeiras experiências da amamentação do bebê e da presença da mãe. A princípio, essa relação se dá com um objeto parcial, uma vez que os impulsos orais-libidinais e orais-destrutivos estão voltados, no início da vida, para o seio da mãe. A interação desses impulsos corresponde à fusão dos instintos de vida e de morte. Os estímulos para os impulsos libidinais e destrutivos, para o amor e o ódio, correspondem às experiências de gratificação e frustração que a criança experimenta.

A introjeção e a projeção também contribuem para essa relação de amor e ódio com o primeiro objeto:

O bebê projeta os seus impulsos de amor e os atribui ao seio gratificador (bom), assim como projeta os seus impulsos destrutivos e os atribui ao seio frustrador (mau). Simultaneamente, pela introjeção, um bom seio e um mau seio são estabelecidos dentro dele. (1952: 218)

Klein atribui a esses primeiros objetos introjetados a formação do núcleo do superego. Este se constituiria a partir das figuras boas e más que são internalizadas em amor e ódio nas várias etapas do desenvolvimento, sendo gradualmente assimiladas e integradas pelo ego. Portanto, o superego também teria origem na atividade psíquica, sendo mais um elemento a estruturar a subjetividade a partir do mundo interno da criança.

É assim que Klein destaca, no primeiro estágio da vida do bebê, a posição esquizoparanóide como dominante. Nela, a ação recíproca dos processos de introjeção e projeção são aspectos fundamentais para o desenvolvimento do ego. A primeira relação objetal da criança é a relação com o seio amado e odiado (bom e mau). Nesse momento, a ansiedade persecutória e os impulsos destrutivos estão em evidência. A fantasia de um seio ideal (produto do desejo de gratificação ilimitada), assim como de um seio devorador e perigoso (produto da ansiedade persecutória), fazem parte da mente da criança. Os dois aspectos do seio materno são introjetados e formam o núcleo do superego. Inúmeros mecanismos de defesa estão aí em funcionamento: a divisão, a onipotência, a idealização, a negação e o controle dos objetos internos e externos. Nesse estágio inicial, a habilidade do ego é muito limitada. Ele tem pouca aptidão para lidar com a ansiedade, para admitir a conjugação dos dois aspectos em relação à mãe, das emoções que se opõem em relação a ela.

Segundo a teoria kleiniana, o material trazido por um paciente ou se refere às relações objetais da criança, que por sua vez podem significar relações com objetos internos e externos, ou aos mecanismos de introjeção e projeção. A abordagem kleiniana possibilita portanto trabalhar com os conflitos e ansiedades infantis e defesas primitivas, quer o paciente seja adulto ou criança.

Quanto mais habilidade o ego tiver para suportar a ansiedade, mais os mecanismos de defesa se alteram, e os impulsos destrutivos e a ansiedade persecutória perdem sua força. A ansiedade persecutória dá lugar, então, à ansiedade depressiva. Percebe-se a contribuição do sentido de realidade, das gratificações e das relações objetais para que se instale a posição depressiva.

A posição depressiva kleiniana é uma conquista que implica um grau de integração pessoal, assim como uma aceitação da responsabilidade por toda a destrutividade que está ligada ao viver.

Assim, a capacidade de se preocupar e sentir culpa representaria um avanço. É essa capacidade que caracteriza a chegada do bebê à posição depressiva. Nesse momento, o bebê passa a perceber a mãe como um objeto completo.

Como para Klein o objeto da realidade é uma externalização de um objeto interno, o desenvolvimento em direção à posição depressiva não dependeria de a mãe ter atributos bons ou maus. Na verdade, Klein pouco leva em conta a importância da mãe na constituição da subjetividade do seu filho.

À medida que o bebê cresce, e que se verificam mudanças no seu desenvolvimento intelectual e emocional, o seu relacionamento com o mundo externo, isto é, com as pessoas e as coisas, se diferencia. Aumenta sua capacidade de expressar suas emoções e de comunicar-se com as pessoas, e amplia-se o campo de ação de suas

gratificações e interesses. Tudo isso demonstra o gradativo progresso do ego. O desenvolvimento das funções do ego, a integração, as capacidades intelectuais, a consciência e a relação com o mundo externo evoluem, tornando-se mais íntensos.

O ego não só cria defesas mais adequadas para reduzir a ansiedade, mas também acaba por reduzi-la realmente, e a criança passa a enxergar uma realidade externa mais realista e tranquilizadora. Isso, efetivamente, provoca desenvolvimentos essenciais na organização do superego, alterando a sua relação com o ego. Como consequência, há uma progressiva assimilação do superego pelo ego.

Esse desenvolvimento progressivo conduz a uma adaptação crescente à realidade externa e interna. Quando isso ocorre, a criança passa a ser capaz de distinguir a frustração imposta dos perigos internos. Assim, o ódio e a agressão passam a ser mais associados a fatores externos. Essa forma de lidar com a agressividade provoca menos sentimentos de culpa, e permite à criança experimentar, e sublimar, a sua agressão de uma forma mais egossintônica.

Dessa forma, a progressiva adaptação à realidade acarreta uma diminuição da ambivalência e agressão, possibilitando a atuação dos impulsos reparadores. Logo, acaba por ser gradualmente eliminado o processo de recriminação e luto, resultante da posição depressiva.

Segundo Klein, a posição depressiva está diretamente ligada a mudanças fundamentais na organização libidinal infantil, uma vez que é nessa fase que a criança está diante dos estágios preliminares do complexo de Édipo. Apesar de os desejos genitais estarem tomando a cena, a libido oral é ainda predominante. Porém, ocorre uma transferência dos poderosos desejos orais do seio materno (exacerbados pela frustração sentida em relação à mãe) para o pênis paterno. Os desejos genitais da

criança juntam-se aos orais, o que resulta numa relação não só oral como genital com o pênis do pai. Mas os desejos genitais também se dirigem à mãe. Na verdade, o desejo infantil do pênis paterno estaria ligado ao ciúme da mãe, uma vez que a criança sente que é a mãe que recebe esse objeto desejado. As primeiras angústias e os sentimentos de culpa da criança seriam resultado dos impulsos agressivos relacionados ao conflito edípico:

A análise de crianças pequenas revela que o conflito edípico se estabelece já na segunda metade do primeiro ano de vida e que a criança começa simultaneamente a modificá-lo e a edificar o seu superego. (1932: 30)

Nas primeiras etapas do desenvolvimento edípico encontram-se desejos de procedências várias, que se dirigem tanto a objetos totais como parciais. No início, os pais são vistos como absolutamente fundidos. Mas com a crescente possibilidade de uma ligação mais realista com os pais, as primitivas figuras paterna e materna combinadas dão lugar a pessoas separadas uma da outra. Nessa combinação da fase edípica com os processos próprios da posição depressiva, o medo de perder a mãe colabora para a exigência de substitutos, o que faz com que a criança se volte para o pai. Os novos conflitos passam a surgir portanto em relação a duas pessoas, ambas amadas e odiadas.

A capacidade de resolver esses conflitos faz parte do processo de modificação da ansiedade, que percorre o primeiro e vai até o segundo ano de vida da criança:

Uma pré-condição do desenvolvimento normal é que, na interação da regressão e progressão, sejam mantidos os aspectos fundamentais do progresso já alcançado. Por outras palavras, que o processo de integração e síntese não seja

perturbado fundamentalmente nem permanentemente. Se a ansiedade for modificada de um modo gradual, a progressão estará destinada a dominar a regressão e, no curso da neurose infantil, ficam estabelecidas as bases para a estabilidade mental. (1952: 250)

Porém, ao chamar a atenção para a importância de não se perturbar o processo de integração e síntese - mesmo que numa etapa mais avançada do desenvolvimento da criança e confrontando essa influência com o espaço interno dos objetos -, Klein não estaria aceitando de alguma forma a influência do ambiente?

As contribuições teóricas de Klein a respeito do primeiro ano de vida da criança foram de fundamental importância para o desenvolvimento da psicanálise infantil. Mas tão importante quanto a teoria desenvolvida, foi a técnica que a analista utilizou. Passamos portanto a analisar suas observações a respeito dessa técnica.

A incapacidade da criança de associar livremente tornou necessária a procura de uma técnica que permitisse o acesso ao seu inconsciente. Levando em consideração que crianças muito pequenas, com seu vocabulário muito restrito, têm dificuldades de se comunicar, a técnica do brincar de Klein tornou a análise dessas pequenas crianças possível.

A técnica psicanalítica através do brinquedo teve início quando Klein, realizando o tratamento de Rita, uma criança de dois anos e meio, na casa da própria paciente, viu-se interpretando o significado das fantasias e ansiedades que a paciente expressava ao brincar com seus brinquedos.

Tomando como tarefa principal do método psicanalítico a investigação do inconsciente e acreditando que a análise da transferência é o meio para se atingir essa meta, Klein permitiu-se estar ao lado da criança observando-a em seu brincar, e

compreendê-la através desses conceitos, sempre partindo de seus pressupostos básicos, ou seja, de que o mundo interno, com suas primeiras representações de objeto, organizam o funcionamento da subjetividade.

Entretanto, a partir da análise de Rita, Klein decidiu-se por realizar o tratamento de crianças em consultório, e não mais na casa da família da criança. Frequentemente os pais de Rita se manifestavam em relação à analista, o que interferia no processo; por outro lado, a criança, lidando com os seus próprios brinquedos, não sentia que tinha seu espaço próprio fora do círculo familiar. Foi então que Klein deu o "passo definitivo no desenvolvimento da técnica pelo brinquedo", ao constatar que:

A situação de transferência - a espinha dorsal do processo psicanalítico - pode apenas se estabelecer e se manter se o paciente é capaz de sentir que o consultório ou a sala de brinquedo, na verdade, toda a análise, é algo separado de sua vida doméstica corrente. (1953: 29)

Diante da possibilidade de ter que lidar com os pais de sua paciente, a psicanalista imediatamente reconsiderou sua técnica e decidiu abrir um outro espaço para a criança, onde sua realidade externa não estivesse tão presente. Essa sua atitude evidência a pouca importância que dava ao papel dos pais em seu trabalho.

Após essa experiência, Klein, já atendendo em sua casa, mas ainda sem utilizar brinquedos, tomou a iniciativa de incluir uma caixa com vários brinquedos na sala, procurando modificar a postura indiferente e retraída da sua então paciente, de sete anos de idade. Percebeu que a criança interessou-se pelos pequenos objetos e começou a brincar. A partir desse episódio, Klein passou a considerar a presença de brinquedos

essencial para análise de crianças. Desde então, os brinquedos e o jogo passaram a ser parte integrante do trabalho analítico com crianças.

Foram as fantasias das crianças, seus desejos e vivências através de jogos e brinquedos, isto é, suas expressões simbólicas, que serviram de fundamento para a elaboração de uma técnica diferente da técnica do adulto. Nessa técnica, as associações livres eram substituídas por jogos.

Klein era veemente em afirmar que a diferença entre análise de criança e análise de adulto era de técnica e não de princípios, e acreditava que a análise infantil levava aos mesmos resultados que a de adultos. Os mesmos processos – como transferência ou repressão – são trabalhados nos dois tipos de análise:

A análise da situação transferencial e das resistências, a remoção das amnésias infantis e dos efeitos da repressão, assim como a revelação da cena primária, fazem parte da análise lúdica. (1932: 39)

A escola kleiniana não só considera que a criança tem capacidade de transferência espontânea como também recomenda que o analista deve interpretar tanto a transferência positiva como a negativa desde o primeiro momento, porém evitando se apresentar como educador. É nesse ponto que Klein apresenta claramente suas diferenças em relação a Anna Freud. Klein tinha muito cuidado em se apresentar como uma analista que não tivesse nenhuma característica pedagógica: suas principais interpretações eram interpretações transferenciais.

Sabemos, porém, que a interpretação da transferência negativa tem como resultado uma enorme melhora nas relações afetivas da criança com seus pais. Isso

ocorre porque desmistificam-se os aspectos negativos das relações emocionais, além dessa interpretação servir também como uma elaboração.

Contrariamente ao que se supunha em sua época, Klein acreditava que a psicanálise infantil poderia fortalecer o ego da criança, ajudando-a a desenvolvê-lo. Como resultado, haveria um alívio da carga excessiva do superego, que pressiona o ego de uma forma muito rigorosa nas crianças. De fato, através de suas experiências com crianças de todas as idades, Klein percebe ser difícil “atenuar a severidade do superego” (1932: 21). Assim, para que se possa penetrar nas raízes da severidade do superego, o analista não deve preferir nenhum papel e sim aceitar aquele que a situação analítica com a criança lhe oferece.

Quanto aos questionamentos que eram feitos a respeito das possibilidades negativas do entendimento das interpretações pela criança, Klein manifesta uma certeza absoluta sobre as capacidades intelectuais infantis.

Nessa proposta kleiniana, através da técnica lúdica a análise pode exercer uma influência radical no desenvolvimento da criança, uma vez que acessa as fixações e experiências mais profundamente reprimidas da criança, responsáveis pela perturbação do curso natural de seu desenvolvimento.

A partir da nossa prática particular, podemos verificar que na análise infantil a interpretação através do brincar é muito eficaz, o que pode ser constatado pela rápida mudança de comportamento da criança em análise.

O que chama a atenção na teoria de Klein é a contradição entre a teoria das relações objetais, que pressupõe a relação com o outro, e a ênfase que a autora dá à constituição da subjetividade a partir de aspectos inatos. Nesse sentido, poderíamos nos perguntar até que ponto Klein fazia questão de negar a influência do ambiente na

formação psíquica do ser humano porque tinha que ser coerente com a defesa da teoria do instinto de vida e instinto de morte.

1. 3. Anna Freud: o analista como educador

Durante toda sua vida, Anna Freud ocupou-se com a psicanálise, dando especial ênfase ao desenvolvimento teórico e terapêutico da psicanálise de crianças. Sua obra sobre a normalidade infantil é de uma grande contribuição tanto para pais como para educadores. É inegável também a sua influência no desenvolvimento da psicanálise americana, que se estruturou numa corrente pós-freudiana como uma escola da psicologia do ego.

A corrente psicanalítica representada por Anna Freud apresenta diferenças fundamentais em relação à teoria e técnica propostas por Melanie Klein, sobretudo no que diz respeito à transferência, à formação do ego e do superego, ao complexo de Édipo e às relações objetais. Podemos mesmo afirmar que as duas autoras pertencem a escolas teóricas absolutamente distintas.

No entanto, do ponto de vista de como concebiam o sujeito, podemos verificar semelhanças. Tanto Klein como Anna Freud não se afastaram do modelo freudiano que representava a subjetividade como uma unidade isolada. Embora Anna Freud tivesse uma preocupação com o meio ambiente e a questão pedagógica, não propôs mudanças estruturais, uma vez que continuou a pensar a constituição do sujeito a partir de seus instintos. Segundo essa concepção, biológica, a constituição da subjetividade se dá a partir de características inatas.

Quanto à questão da análise de crianças, diferente de Klein, Anna Freud acredita que a análise infantil é completamente distinta da análise adulta. Dada a imaturidade da criança, lhe faltariam, segundo Anna Freud, muitas qualidades e posturas essenciais para se efetivar um tratamento psicanalítico. Assim, a autora se dedica ao estudo dos

inúmeros aspectos que diferenciariam a análise de crianças da de adultos. Neste capítulo serão desenvolvidos os aspectos mais significativos.

Um dos aspectos fundamentais apontados por Anna Freud, que afeta inevitavelmente as reações terapêuticas dos adultos e das crianças, é a motivação para o tratamento. Enquanto o paciente adulto é motivado a procurar ajuda visando à normalidade, isto é, tem uma expectativa de êxito, seja ela direcionada para o trabalho ou para o prazer sexual, para a criança a procura de tratamento se dá através de uma ótica completamente diferente.

Na criança, a motivação para o tratamento passa pela dependência em relação a seus pais, já que a procura deste não é realizada pelo próprio paciente, mas por seus responsáveis. Anna Freud afirma que "falta no quadro clínico tudo aquilo que parece indispensável no caso do paciente adulto: a consciência (insight) de enfermidade, a decisão voluntária e a vontade de curar-se". (1926: 22)

Nesse sentido, a criança que vai ao encontro do analista sofre uma influência dos pais, que habitualmente vão lhe prometer um melhora que poderá ser entendida em diferentes termos. O paciente infantil pode, por exemplo, interpretar essa oferta como algo desagradável, ou seja, como uma obrigatoriedade de se adaptar a alguma realidade indesejável, que ele não ambiciona, ou mesmo como uma necessidade de abdicar de uma satisfação de desejos e ganhos secundários.

No entanto, Anna Freud acredita haver um aspecto importante que dá uma grande motivação às crianças em relação ao tratamento psicanalítico, aspecto esse que torna possível a análise infantil:

A ânsia de completar o desenvolvimento é incomensuravelmente mais poderosa no imaturo do que jamais poderá ser na vida

adulto. A personalidade inacabada da criança se encontra num estado fluido. Os sintomas que servem como solução de conflito em um nível de desenvolvimento provam ser inúteis no seguinte e são descartados. A libido e a agressão estão em constante movimento e mais dispostas do que no adulto a fluir nos novos canais que foram abertos pela terapia. (1965: 31)

Nessa observação, evidencia-se a crença de Anna Freud em um ego inato. Assim, justifica-se a sua proposta de um trabalho analítico que tenha como objetivo o fortalecimento do ego do paciente, a fim de dar-lhe condições de fazer uma adaptação bem sucedida à realidade. Esse trabalho, por sua vez, implica um papel bem diretivo do analista.

Ao tratar da motivação do analista, porém, Anna Freud parece questionar o valor da psicanálise de crianças. A autora observa que, uma vez que a patologia não é muito severa, provavelmente em função de a criança estar ainda em desenvolvimento, qualquer analista de criança ao final de um tratamento poderá se perguntar qual terá sido sua contribuição no desenvolvimento daquele indivíduo, e até onde a melhora pode ser o resultado das medidas terapêuticas do analista.

Concordamos com o questionamento de Anna Freud apenas parcialmente, pois se existem sintomas claros que representam uma interrupção no desenvolvimento da criança, e a partir de um tratamento esses sintomas cessam, fica inegável que o retorno da criança ao seu desenvolvimento normal é resultado da análise realizada.

Por não confiar na capacidade transferencial das crianças, Anna Freud propõe alguns procedimentos preliminares à análise com o intuito de criar uma transferência positiva e tornar possível o tratamento. Vale ressaltar que Sigmund Freud acreditava que a criança tinha capacidade para fazer transferência com seu pai, e assim a análise poderia ser realizada por ele. Essa, aliás, foi sua experiência com sua filha Anna.

Anna Freud propõe que se conscientize a criança de sua doença, bem como que lhe sejam inculcados sentimentos de confiabilidade em relação à análise e ao analista: o principal cuidado aqui deve ser a instalação de um vínculo forte que livre o trabalho analítico da possibilidade de interrupção.

Ao propor que a criança deve ser conscientizada de sua doença, Anna Freud relata que não se sente inibida ao fazer isso: ao contrário, está certa de que a atitude correta a ser tomada diante da criança é de espanto, de aparente preocupação, a ponto de compará-la expressamente com um doente mental que dificilmente poderia ser ajudado. A autora argumenta que quando a criança se percebe vista como doente mental fica atônita e intimidada, tentando dominar seus impetos e opor-se a eles, o que lhe provoca uma sensação de impotência acompanhada de sofrimento. Isso leva a criança a aceitar mais prontamente o auxílio do analista para tratar desse "corpo estranho". É como se a partir daí a criança pudesse confiar mais no seu analista; conseqüentemente, se fortaleceria o seu vínculo com este.

Assim, o objetivo de garantir o tratamento da criança é mais forte em Anna Freud do que sua preocupação sobre a forma como a criança receberia a comunicação de uma especialista que a considerasse tão doente, com todas as suas possíveis conseqüências.

De fato, Anna Freud costuma lançar mão de todos os artifícios possíveis para criar na criança a confiança para a instalação de uma transferência positiva. A sua postura de não medir esforços para se adaptar a todos os caprichos da criança, fazendo crer que é imprescindível, e usando de toda a sedução possível para a criação de um vínculo forte, a coloca num lugar de absoluta idealização que parece não querer

questionar, bastando-lhe a justificativa de que essa postura seria importante para salvar o tratamento da possibilidade de ser interrompido.

Embora Anna Freud acredite que entre o analista e o pequeno paciente possa se estabelecer uma relação que expresse as situações vividas pela criança com seus próprios pais (a relação transferencial), afirma que, diferente do adulto, a criança não estaria disposta a reeditar suas vinculações amorosas porque “ainda não havia esgotado a velha edição” (1951:27). Na verdade, o analista representaria para a criança um novo personagem, um novo objeto no seu mundo junto aos pais, não se comportando como o adulto, que concentra a sua neurose no analista.

Entretanto, o analista pode ser usado pelo paciente de múltiplas maneiras, pois a necessidade de novas experiências que a criança sente em relação ao analista seria tão forte quanto a “ânsia de repetir”, que se manifesta na transferência. Mas se normalmente a criança lidaria com o analista como um novo objeto, o desenvolvimento neurótico altera esse equilíbrio; assim, a criança usará o analista como objeto de transferência, “na medida em que a sua neurose ou outros distúrbios interferirem”.

Anna Freud chama a atenção para a dificuldade que o analista encontra para lidar com esta dupla relação instaurada pelo pequeno paciente: se o analista aceita o lugar de um novo objeto, diferente dos pais, interfere com as reações de transferência; se ignora ou rejeita esse aspecto, decepciona o paciente em suas esperanças.

A autora acredita, assim, na primordial necessidade que o analista tem de passar por um treino técnico cuidadoso para que possa administrar essa situação e ter condições de distinguir esses dois papéis.

Por outro lado, a transferência seria difícil não somente pela estrutura da criança, mas também pela postura do próprio analista de crianças, a quem Anna Freud

atribuí objetivos pedagógicos. A associação dos objetivos pedagógicos e analíticos atrapalharia a instalação da neurose de transferência, pois como a criança conhece seu analista mais de perto, tem uma idéia do que reprova e do que aceita, de como pensa, e de que valores tem.

De fato, se concebemos o analista como uma pessoa com idéias e valores próprios que se manifesta sobre a educação da criança, essa dúvida quanto à possibilidade da instalação da neurose de transferência procede. Para que a transferência se dê é necessário que o analista seja alguém em quem o paciente possa fazer projeções.

A diferença principal entre a análise de crianças e a de adultos estaria na imaturidade do superego infantil. Isso justificaria o papel pedagógico do analista e também sua maneira de conceber a transferência. O analista seria um educador, tendo a responsabilidade de modificar a relação da criança com seus pais à medida que lhe proporciona novas impressões para lidar com as imposições externas.

De fato, para Anna Freud o psicanalista infantil deve levar em conta não somente as questões internas do paciente como também as forças externas que pressionam a criança no seu dia-a-dia. Assim, as opiniões e as decisões do analista quanto à criança devem ser respeitadas, já que cabe a ele ser não somente analista como também educador, de forma a corrigir uma fase de educação equivocada e de desenvolvimento anormal, dando chance ao seu paciente de ter um desenvolvimento normal.

Assim, segundo Anna Freud, para a criança se tratar seus pais teriam que se submeter totalmente ao analista infantil.

Quanto à transferência negativa, Anna Freud declara evitá-la ao máximo. Se por acaso encontra dificuldades e ela se instala, a psicanalista usa de artifícios não analíticos para lidar com ela. Sua justificativa para tal comportamento se faz também pela via do papel pedagógico que o psicanalista precisa desempenhar diante da criança. De fato, se o êxito pedagógico depende do vínculo afetivo positivo, a transferência negativa seria uma ameaça a esse êxito. Conseqüentemente, quando aparece, deve-se fazer todos os esforços para dissolvê-la e recobrar os afetos positivos com a criança.

Assim, se aparece na criança algum sentimento hostil em relação ao analista, e se não há trabalho analítico e sim artifícios não analíticos, o que lhe resta é atuar fora da análise as suas fantasias destrutivas, já que é impedida de elaborá-las ao longo do tratamento.

A respeito da dificuldade de associação livre em crianças, Anna Freud manifesta claramente sua discordância de Klein no que se refere à interpretação de símbolos na atividade do brincar:

Se, por razões teóricas, como, por exemplo, o fato de sentirmos uma certa hesitação em forçar a interpretação de símbolos até os seus limites extremos, não podemos aceitar essa completa equivalência entre livre associação adulta e atividade lúdica infantil, compete-nos então tentar descobrir novos métodos técnicos, na análise infantil, que nos ajudem em nossa investigação do ego. (1946:33)

Em 1946, Anna Freud inaugura um novo procedimento do analista infantil no início dos seus encontros com a criança. Propõe que se abreviem os encontros não analíticos que recomendava anteriormente, e que se leve desde o início a criança para

dentro da situação analítica. A partir daí, desenvolve um extenso estudo sobre o ego e os mecanismos de defesa, que vem a constituir a segunda fase de sua obra.

Nessa fase, Anna Freud apresenta-se mais preocupada com a normalidade das crianças. Quando desenvolve o seu estudo sobre o ego e os mecanismos de defesa, deixa bem clara a sua posição a respeito da metodologia terapêutica psicanalítica, que pressupõe a preocupação do analista infantil com a correção das anormalidades do ego e a recuperação da sua integridade.

Para Anna Freud a tarefa da psicanálise seria, portanto:

Adquirir o máximo conhecimento possível de todas as três instituições que acreditamos constituírem a personalidade psíquica e aprender quais são as suas relações mútuas com o mundo externo. Quer dizer: em relação ao ego, explorar o seu conteúdo, suas fronteiras e funções e apurar as influências no mundo externo, no id e no superego pelas quais foi moldado; e, em relação ao id, dar uma explicação dos instintos, isto é, do conteúdo do id e acompanhar as transformações por eles sofridas. (1946:4)

Podemos concluir que, na obra de Anna Freud, mais importante do que pensar a constituição da subjetividade, tida como inata, é tentar reconstruir essa subjetividade na intenção de adaptá-la à realidade. Com esse objetivo, a autora se interessa pelos aspectos externos que envolvem o paciente. E é a partir dessa postura que os pais do paciente de Anna Freud têm um lugar bem determinado no trabalho de análise com seus pacientes.

1. 4. Winnicott: a influência do ambiente

Winnicott chegou à psicanálise a partir da pediatria. Embora lamentasse muito não ter tido um filho, tinha uma enorme preocupação com as crianças e a infância, resultante de sua grande sensibilidade e da sua condição de pediatra que acompanhava de perto a relação dos pequenos pacientes com seus pais.

Um dos responsáveis pelo desenvolvimento da pediatria na Inglaterra - quando começou a trabalhar com crianças, esta ainda não era uma especialidade médica estabelecida -, Winnicott produziu um intenso trabalho científico, de extrema importância.

Porém, apesar de ter sido Presidente da Seção Pediátrica da Royal Society of Medicine na Inglaterra, o autor foi muito criticado pela comunidade pediátrica inglesa, que ouvia com restrições suas afirmações categóricas a respeito da maior causa de consultas em pediatria: a depressão ou ansiedade das mães. Em 1953, por exemplo, em seu trabalho *A tolerância do sintoma na pediatria*, Winnicott afirma que grande parte das doenças físicas se devem a uma invasão do meio ambiente ou a uma deficiência ambiental, não se tratando apenas de distúrbios do desenvolvimento. Por outro lado, o distúrbio psicológico poderia ser descrito em termos de um atraso ou de uma distorção do desenvolvimento emocional, ou de um bloqueio que o impedisse de atingir a maturidade correspondente à idade atingida pela criança.

Na apresentação desse mesmo trabalho, o autor coloca-se numa postura agressiva em relação aos colegas pediatras, acusando-os de não conhecerem a psicologia dinâmica e conseqüentemente de não poderem entender os sintomas.

Assim, é compreensível que o seu percurso pela pediatria não lhe tenha sido fácil, já que suas idéias eram, em sua grande maioria, rejeitadas, ou mesmo ignoradas pela comunidade pediátrica da época, que não poderia entender um discurso que focalizasse tanto o meio ambiente. De fato, já como pediatra o autor privilegiava a ação que o meio ambiente exerce sobre a constituição da subjetividade.

Junto ao exercício da pediatria, Winnicott também trabalhava psicanaliticamente com pacientes psicóticos adultos. Essas duas experiências paralelas - a de observação do desenvolvimento infantil através do contato com crianças e suas mães, ao lado de sua prática com pacientes com patologias graves - o capacitaram a desenvolver sua produção teórica, clínica e social.

Mas a obra de Winnicott, tanto teórica como clínica, não se insere somente no campo psicanalítico e pediátrico. O autor teve também a preocupação de escrever para profissionais da educação, assistência social, pediatria e saúde mental. Destaca-se também a sua preocupação em apresentar o mundo da criança e de seus pais ao público em geral. Em *A Criança e Seu Mundo* (1957), um livro que não se destina a nenhum especialista, percebe-se a intenção do autor de divulgar o universo da criança, abordando os aspectos mais significativos do desenvolvimento infantil. Trata-se de um verdadeiro tratado de apoio aos pais. É importante ressaltar que essa produção, que trata praticamente de todos os temas relativos à infância, desde o vínculo entre mãe e filho, até a criança na escola, em todos os seus detalhes, é importante sobretudo porque revela o olhar de um psicanalista. Foi justamente a grande experiência de Winnicott como pediatra e também como psicanalista, ligada à sua preocupação de divulgar as questões da criança e da psiquiatria, que o colocou na posição de um especialista voltado para o público em geral.

Poderíamos definir Winnicott como um psicanalista com preocupações terapêuticas que acredita na influência dos pais na construção da subjetividade da criança. Se a criança vive em um meio ambiente desfavorável, haverá uma distorção no seu desenvolvimento, dando origem a um sujeito com patologias graves. Nesse sentido, o autor aponta para a possibilidade de se fazer um trabalho de prevenção à doença. Por acreditar que mudanças deveriam ser feitas também a partir do mundo externo que envolve a criança, preocupa-se em divulgar o maior número possível de informações a todas as pessoas que tinham um estreito contato com a criança.

Assim, foi o primeiro analista preocupado diretamente com a questão dos pais como responsáveis pela constituição da subjetividade. Embora Klein, num primeiro momento - antes de ter como certo que o mundo interno era inato - também se propusesse a divulgar informações a respeito do desenvolvimento da criança, a sua preocupação central era com a mãe. Quanto a Anna Freud, limitava-se à questão da mãe como educadora.

A posição de independência de Winnicott junto aos seus colegas analistas resultou num incômodo para eles, da mesma forma que na pediatria o foi para seus colegas pediatras.

Apesar de Klein ter sido a analista que mais influenciou Winnicott, tanto teórica como tecnicamente, o caminho que este tomou foi muito diferente. Isso, entretanto, não o impediu de reconhecer o quanto Klein contribuiu para o desenvolvimento de seu trabalho com crianças e para o enriquecimento de seu trabalho analítico em geral.

Quando Winnicott começou seu trabalho de supervisão de análise de crianças com Klein, não tinha idéia de que o que estavam fazendo era tão original. Como Klein, considerava a análise de crianças exatamente como a análise de adultos, acreditando

que a idéia que Anna Freud tinha de um período preparatório para o início de uma análise infantil referia-se ao tipo de caso, e não a uma técnica inerente à análise de crianças.

Nessa observação de Winnicott, parece transparecer a sua antipatia por regras predeterminadas. No que diz respeito à técnica, preferia considerar a especificidade de cada caso. Nunca quis seguidores nem discípulos: quando solicitado a formar um grupo que acompanhasse suas idéias, recusava-se sempre. Imaginamos que talvez essa sua postura fosse resultado de não ter sido aceito pelo grupo dos kleinianos.

Os pontos de vista de Winnicott logo começaram a se diferenciar dos de Klein. O fato de a analista não o incluir como um kleiniano, mas por outro lado confiar-lhe a análise de seu filho, demonstra a ambivalência das relações entre ambos. Ao mesmo tempo, Klein propôs supervisionar o trabalho de Winnicott com seu filho, proposta que o psicanalista qualificou de "bizarra". A partir daí, a relação dos dois analistas começou a se deteriorar.

Nas suas críticas a Klein, o autor a acusa de examinar a influência do ambiente apenas superficialmente, não podendo reconhecer que junto com a dependência da fase precoce da lactação há, na verdade, um período em que não é possível "descrever um lactente sem descrever a mãe de quem o lactente ainda não se tornou capaz de se separar para se tornar um self." (1962: 161)

Winnicott procura afastar a psicanálise de uma posição excessivamente instintivista, colocando em realce a possibilidade de o ego controlar os impulsos do id através da influência do ambiente nas reais necessidades da criança, proporcionando a sua adaptação à vida em família sem danificar sua individualidade. Assim, para

Winnicott o bebê teria sua vida psicológica pautada pela relação com a mãe e com o ambiente.

Além disso, Winnicott inaugura uma nova idéia a respeito da agressividade humana, vendo-a como derivada do processo natural da procura da independência, e não como necessidade da destruição do objeto decorrente de um ataque raivoso, conforme acreditava Klein. Em 1950, o autor afirma que "A agressividade é quase sinônimo de atividade... A agressão faz parte da expressão primitiva do amor" (1950: 356). Portanto, a agressividade é também considerada um produto da relação do indivíduo com o mundo externo.

Dessa forma, a destrutividade do lactente não estaria relacionada com a hereditariedade e muito menos com a inveja. O afeto central para Winnicott seria a alegria e não a culpa. Poderíamos dizer que a criança pode se sentir gratificada porque pode destruir e amar o objeto, e assim mesmo o objeto sobrevive. De fato, Winnicott assume claramente não acreditar na teoria do instinto de vida e instinto de morte, vendo o amor como a emoção humana fundamental.

Na obra de Winnicott criaram-se novos conceitos. Por exemplo, o conceito de objeto, ou de fenômeno transicional - lugar de origem do brincar e das práticas culturais em crescimento, onde ocorrerão as importantes trocas entre crianças, seus objetos e seus representantes -, pode ser considerado uma grande contribuição de Winnicott ao estudo do processo do simbolismo. Nesse conceito fica clara a forma como concebe a origem da individualidade da criança: um completo intercâmbio com a realidade externa.

Winnicott tem como objeto central de estudo a busca do eu, o self, o estudo da identidade, da pessoa total, mais do que do ego e seus mecanismos de defesa. O self só

se constituiria quando a maturação do corpo se completasse, após o período de nove meses a partir da concepção.

Para o autor o bebê tem tendências inatas de desenvolvimento, de sensibilidade, e um ego não desenvolvido para lidar com as demandas do id. Esse bebê precisaria da mãe para ajudá-lo a reconstruir uma condição ambiental semelhante à situação intra-uterina.

O exame que Winnicott faz a respeito da distorção do ego em termos de verdadeiro e de falso self está diretamente relacionado com o conceito de mãe suficientemente boa e mãe não suficientemente boa. O autor diz que partiu da concepção original de Freud de que há uma parte mais central do ego (self), relacionada com os instintos, e uma parte mais externa, voltada para a vida de relação. Um self verdadeiro começaria a ter vida através da força dada ao ego fraco do bebê pela complementação da mãe das expressões de onipotência do bebê. Isto é, a mãe suficientemente boa alimenta a onipotência do bebê.

O verdadeiro self seria portanto um self espontâneo e criativo, fonte da alegria e da saúde mental, enquanto o início do falso self resultaria da inabilidade da mãe em sentir as necessidades do latente. Nesse ponto, Winnicott não está se referindo à satisfação de instintos. A teoria relativa a esse estágio liga-se à observação da convivência do bebê com a mãe. Não seria possível descrever um bebê sem descrever sua mãe.

O falso self desenvolve uma organização do ego que é adaptada ao ambiente. Como o bebê teria uma mãe não suficientemente boa, isto é, sem devoção, mãe esta que substituiria a manifestação do bebê pela sua própria, validada pela submissão do bebê, ele constrói um conjunto de relacionamentos falsos, e lançando mão de introjeções,

crece tornando-se parecido com quem quer que, no momento, domine o cenário. O falso self exerce influência no relacionamento pessoal, construindo artificialmente sucessos, fazendo falsas adaptações para encobrir a fragilidade do self verdadeiro.

Em todas as etapas iniciais da concepção do sujeito Winnicott ressalta a relevância do mundo externo. O desenvolvimento do self se dá inicialmente segundo três processos: a integração, a personalização e a realização. Para que se dê a integração, são necessários dois tipos de experiências: o cuidado materno e as experiências pulsionais agudas. Um fracasso nesse primeiro processo remeteria, como uma regressão, para a desintegração. Nessa linha, um bebê que não tenha qualquer pessoa para "juntar seus pedaços" tem um prejuízo na sua auto-integração, podendo não cumpri-la ou não senti-la com confiança.

A personalização seria o desenvolvimento do sentimento de que se está dentro do próprio corpo. Essa personalização é constituída pelas repetidas e tranqüilas experiências de cuidado corporal somadas à experiência pulsional. Assim, para Winnicott, a tarefa da mãe é imprescindível. Seria necessário ela oferecer o *ambiente facilitador*, o *holding*, proteger seu bebê de complicações, e fornecer-lhe, de maneira uniforme, o mundo que passa a conhecer através dela.

Contrariamente às concepções de Klein, Winnicott acreditava que uma "maternagem" boa evitaria o uso de mecanismos dissociativos e de sentimentos persecutórios por parte do bebê. E caso não houvesse essa condição, o bebê não faria um "splitting" do objeto bom e mau, como Klein propunha, mas teria uma sensação de caos e ansiedades primitivas.

A sua posição quanto à inveja também é completamente diferente da de Klein. Winnicott acredita que a inveja é produto de uma relação boa que a criança desenvolve

com a mãe. Na medida em que é necessário estimular na criança a idealização da mãe, no futuro se produzirá na criança uma inveja da mãe como objeto nunca alcançado de todo.

Uma vez desenvolvidas a integração e a personalização num bebê inicia-se, segundo Winnicott, o processo de realização. Porém antes que o bebê se relacione com uma pessoa total, o autor levanta a hipótese de vir a se estabelecer uma relação de objeto cruel, na medida em que observa comportamentos de crianças que estabelecem no jogo com a mãe uma relação desse tipo. Seria uma crueldade como uma reação à dependência, nos mesmos moldes com que se concebe toda e qualquer agressividade:

A criança normal experimenta uma relação cruel com a mãe, que fica mais evidente no jogo e necessita da mãe porque só dela se pode esperar uma tolerância para com esta relação cruel estabelecida no jogo, porque isto realmente a fere e a esgota. Sem esta possibilidade de brincar cruelmente com ela, não resta à criança outra saída senão ocultar este self cruel, deixando-o vir à tona apenas em um estado de dissociação. (1945: 282)

No entanto, Winnicott também considera que os processos de maturação incluem uma tendência para a formação de uma subjetividade, na medida em que considera um bebê uma “organização em marcha”(1967: 29), um estado de desenvolvimento que não seria da responsabilidade de ninguém. Como se a tendência para a vida fosse algo inato no bebê.

Para Winnicott, o analista afeta o ego do paciente, uma vez que ou se torna o representante moderno das figuras paternas da infância e meninice do paciente, ou está deslocado por tais figuras. O primeiro estágio da análise do paciente corresponderia ao apoio dado pela mãe, que na sua teoria torna forte o ego da criança. Em seguida,

haveria uma longa fase do tratamento em que o paciente experimentaria tudo em termos de independência do ego. Numa terceira fase do processo analítico, quando o paciente já estaria com seu ego independente, passaria a revelar suas características individuais, considerando natural o sentimento de existir com idéias próprias.

Na teoria winnicottiana o que interessa no processo analítico é essa integração do ego. É a partir dessa integração que se daria o crescimento e o desenvolvimento emocional que ficaram interrompidos na situação original pré-analítica.

A respeito das críticas que recebeu de que seu trabalho não podia ser considerado psicanálise, o autor diz:

Em minha opinião, nossos objetivos ao aplicar a técnica clássica não são alterados se acontece interpretarmos mecanismos mentais que fazem parte dos tipos de distúrbios psicóticos e dos estágios primitivos do desenvolvimento emocional do indivíduo. Se nosso objetivo continua a ser verbalizar a conscientização nascente em termos de transferência, então estamos praticando análise; se não, então somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião. E por que não haveria de ser assim? (1962: 155)

Embora a preocupação de Winnicott não fosse a inovação das técnicas e conceitos psicanalíticos e sim a formulação e discussão de idéias que se originaram no seu trabalho clínico durante a sua experiência profissional, é inegável que, em seus escritos, a sua grande preocupação é com a realização integral do ser humano, a sua felicidade, que não pode conceber como afastada do ambiente em que o sujeito está inserido.

Pode-se concluir, portanto, que para Winnicott a subjetividade é constituída não só pelo mundo interno, mas também pelo ambiente. Sua inquietação básica é

a questão da identidade da pessoa total, relacionando-a diretamente com a realidade externa. Com essa postura, o autor desvia-se do que era feito até então: o estudo dos instintos, do Ego e seus mecanismos de defesa.

1.5. Aberastury: o nascimento de um neo-kleinianismo

Reconhecida como uma das maiores autoridades no campo da análise infantil na Argentina, Arminda Aberastury fazia parte do grupo de Angel Garma, que trabalhou arduamente para a difusão do método psicanalítico no país. Em 1944, a Associação Internacional de Psicanálise reconheceu esse grupo como uma entidade filiada, denominada Associação Psicanalítica Argentina. Com o apoio de Garma, um analista com grande interesse pela análise de crianças, e também com o de Enrique Pichon Rivière, Aberastury pôde desenvolver o que chamou de “nossa técnica de psicanálise de crianças” ou “técnica atual de psicanálise de criança”.(1977: 11)

Embora Flora Scolni também tivesse começado a atuar nessa época como psicanalista de crianças na Argentina, o desenvolvimento inicial do trabalho de Aberastury foi muito solitário. Contava então com uma primeira colaboradora, Elizabeth G. de Garma, que desde 1947 a ajudava nas intensas tarefas de formação. Como o interesse pela análise de crianças era muito grande, ao redor de Aberastury formou-se um amplo grupo, que promoveu um progressivo desenvolvimento da análise infantil na Argentina, e em seguida em toda a América Latina.

Ainda que Aberastury tenha recebido influências de vários analistas diferentes, como Hug Hellmuth, Anna Freud e Sophie Morgenstein, o pensamento de Melanie Klein foi o que mais marcou o seu trabalho com análise de crianças, que teve o seu início supervisionado por essa autora:

Uma frequente correspondência com Melanie Klein me permitiu, graças a suas generosas indicações, solucionar muitas das dificuldades técnicas que se me apresentavam diariamente.(1977: 63)

Como Klein, a autora formula sua teoria a partir do material clínico, usando a sua experiência com crianças para desenvolver a investigação e a metodologia psicanalíticas. Também como Klein, considera a subjetividade como constituída pelo mundo interno, apesar de ter um interesse especial pela realidade externa do paciente.

De fato, embora tenha se nutrido a princípio da técnica de Melanie Klein, utilizando-a durante muitos anos, Aberastury permitiu-se depois fazer nela uma série de modificações. Diferenciando-se de Klein, a autora passa a apresentar uma preocupação em examinar a família do paciente.

Aberastury apresenta, por exemplo, uma forma especial de conduzir e utilizar as entrevistas com os pais das crianças candidatas a tratamento analítico. Já nos contatos preliminares com os pais, o analista poderia perceber como se apresenta o funcionamento da família, observando se vêm ambos os pais às entrevistas, como lhes foi recomendado, se vem só a mãe justificando de alguma forma a ausência do pai, ou mesmo outra pessoa (por exemplo uma tia ou babá) representando os pais. Para a autora, desde o primeiro momento é importante que o analista tenha uma postura de analista da criança, embora seu papel seja também o de tentar aliviar a angústia e a culpa que a doença do filho desperta.

Na entrevista inicial, Aberastury interroga os pais a respeito de vários aspectos básicos que considera conveniente tratar antes de se atender a criança. Esses aspectos são os seguintes: o motivo da consulta; a história da criança; como é um dia de sua vida diária e o que faz nos finais de semana ou feriados; como costuma passar seu aniversário; como é a relação dos pais entre si, com seus filhos e que proximidade têm de seus familiares.

Todos esses detalhes do início da história da dupla mãe-filho, se forem respondidos pela mãe, ajudam o analista a entender, durante a análise da criança, as suas necessidades. Nesse levantamento, é fundamental saber se exigem-se da criança movimentos compatíveis com sua idade, se os pais submetem a criança a castigos e prêmios, se a criança apresenta uma precocidade ou um atraso no seu desenvolvimento e como são suas reações diante das negativas que recebe dos pais.

Contudo, para Aberastury poucos dados verdadeiros sobre as relações entre pais e filhos podem ser obtidos através da entrevista, na medida em que os pais tendem a distorcer a realidade por estarem muito mobilizados pela culpa e com o seu narcisismo ferido. É necessário, portanto, que se colham também dados gerais, a respeito, por exemplo, das diferenças de idade entre os irmãos, da profissão dos pais, das horas que permanecem fora de casa, de quem é o responsável pela casa, das condições gerais de vida e de sociabilidade deles e de seus filhos. Essa postura do analista interessado também pela realidade externa da criança provoca nos pais uma redução das suas ansiedades persecutórias, favorecendo uma aliança terapêutica.

Aberastury insiste na postura que deve ser mantida pelo analista ao final do primeiro contato com os pais e na sua finalidade: "estamos ali para compreender e melhorar a situação e não para censurá-los e agravá-la aumentando a sua culpa" (1977: 91).

Uma vez que o tratamento seja contratado, na entrevista subsequente ao contato inicial com a criança o analista assume integralmente o seu papel, enquanto a função dos pais se limita ao compromisso de fazer o filho chegar ao tratamento e pagá-lo. Caso os pais se proponham a colaborar com o analista, a autora recomenda que se deixe claro

para os pais o quanto já estão cooperando ao permitir que o filho tenha um tratamento, dessa forma favorecendo o seu êxito.

No entanto, para Aberastury, o levantamento dos dados históricos desse início de vida da criança representam apenas um começo em relação aos elementos que poderão aparecer e serem confirmados no decorrer do tratamento através de jogos.

Uma das técnicas utilizadas é o método do desenho de Sophie Morgenstein (1937), exposto em seu livro *El simbolismo y el valor psicoanalítico de los dibujos infantiles*. Ainda hoje esse método é utilizado e considerado um dos mais importantes no tratamento psicanalítico de crianças:

O estudo do desenho como meio de expressão na criança, tem sido um tema amplamente desenvolvido pela psicologia não analítica, mas recebeu uma contribuição definitiva e fundamental quando se estudou seu significado do ponto de vista psicanalítico (1977: 35).

Morgenstein contribuiu para que todos os analistas que se dedicavam ao trabalho com crianças passassem a considerar a interpretação de desenhos, seu significado inconsciente e os símbolos empregados nos desenhos de fundamental importância, de forma a confirmar e ampliar suas concepções.

Entretanto, Aberastury manifesta uma restrição ao método do desenho. Para ela, crianças muito inibidas ou mesmo crianças muito pequenas teriam dificuldades em sua utilização. E acrescenta que “a expressão mediante personagens tão claramente substitutos dos pais reais, põe a criança em situação difícil para expressar seus conflitos”. (1977: 37)

A autora salienta a grande importância da primeira sessão de brinquedo, uma vez que considera um fato decisivo o de que "toda criança, mesmo muito pequena, mostra desde a primeira sessão a compreensão de sua doença e o desejo de curar-se" (1977: 73). É importante salientar que a observação e utilização sistemática da primeira hora de brinquedo para diagnóstico realizou-se pela primeira vez na Argentina, para depois passar a ser uma prática reconhecida mundialmente por todos os analistas que se dedicam à análise infantil.

Aberastury desenvolveu um trabalho original sobre a primeira sessão de brinquedo. Segundo a autora, através da técnica do brincar, apresentava-se a fantasia inconsciente da doença ou da cura. Essa sua conclusão era completamente diferente das afirmações que faziam Anna Freud e Melanie Klein a respeito de suas experiências com crianças. Tanto Anna Freud como Klein (1932) afirmavam categoricamente que as crianças, diferente dos adultos,

não têm consciência de que estão doentes e não desejam ser curadas, de sorte que não possuem incentivo para iniciar a análise e tampouco estímulo para prosseguir com ela. (1932: 93)

Para Aberastury, desde o início do tratamento a criança traz suas fantasias inconscientes sobre sua doença, e na maioria das vezes também sua fantasia de cura, por temer que se repita com ela o comportamento daqueles que provocaram seus conflitos. A criança tem o desejo de que o analista assuma um papel diferente do papel dos objetos originários que a prejudicaram - papel esse que possa suprir a criança do que necessita para recuperar-se.

A autora faz um paralelo entre as ansiedades do nascimento e o início do tratamento da criança. Ao começar sua terapia, o pequeno paciente vive a separação inicial dos pais com ansiedades semelhantes às que conheceu à época de seu nascimento. A desconfiança que a criança apresenta em relação ao analista seria produto do medo de que se repita com este a mesma relação que a criança tem com o objeto original temido e ameaçador. Quanto aos aspectos amorosos do objeto, estariam projetados no terapeuta como aquilo que é próprio para curar o paciente.

Assim, segundo Aberastury tanto a transferência negativa como a positiva deve ser interpretada à criança desde a primeira sessão de brinquedo, bem como no decorrer do tratamento, já que ambos os aspectos apresentam-se sempre.

Da mesma forma que o analista coloca-se diante dos pais como analista da criança e não deles, não lhes pedindo nenhuma mudança em sua vida familiar e mostrando-lhes que há um espaço reservado de intimidade entre ele e a criança, é importante nessa primeira sessão de brinquedo, desde o início, deixar claro o seu papel de analista da criança, o que vai ajudá-la a se colocar no papel de paciente.

De fato, desde muito pequena a criança tem a faculdade de perceber as exigências da realidade, e se encontra um analista que é conseqüente em seus atos e se coloca claramente no seu papel, desde o primeiro contato poderá fazer uma boa adaptação ao ambiente analítico.

Quanto aos pais, muitas vezes têm dificuldade em aceitar um tratamento psicanalítico para seu filho. Nesse caso, a atitude de manter a indicação para o tratamento da criança deve ter lugar apenas se tem-se a convicção de que esta é a única saída para libertar a criança de sua doença.

Uma das alternativas seria marcar entrevistas com a mãe, com a intenção de prepará-la para a aceitação de um tratamento para o filho. Outra seria encaminhá-la para um grupo de mães, já que muitas vezes o sintoma de uma criança é fabricado por sua mãe, que freqüentemente mantém ou mesmo agrava o sintoma de seu filho. Por outro lado, nem sempre uma orientação pode mudar a atitude da mãe, uma vez que seus próprios conflitos a impedem de ter outro tipo de comportamento com seu filho.

À época, eram comuns na Argentina os grupos de orientação de mães, que interpretavam e resolviam os conflitos maternos. Segundo Aberastury, esses grupos oferecem "possibilidades otimistas para a profilaxia das neuroses infantis" (1977: 134), principalmente quando começam a ser freqüentados pelas mães ainda grávidas. São grupos que visam oferecer informações para que se promova um desenvolvimento saudável da criança e para que haja uma boa relação da criança com seus familiares durante a primeira infância. Trata-se de um trabalho de prevenção da doença mental, já que é na infância que surgem os problemas que mais tarde vão resultar em um sujeito muito prejudicado psicologicamente.

Nos casos em que há indicação de psicanálise para a criança, quando ela está muito doente e a mãe não aceita o tratamento, Aberastury indica a mãe para um grupo de mães, embora deixando claro que se trata de uma saída provisória e que a criança tem necessidade de tratamento.

Podemos perceber que a postura de Aberastury de ver os pais como principais responsáveis pela problemática dos filhos a coloca em contradição com a teoria kleiniana que adotava. Embora na teoria Aberastury afirme que a subjetividade é constituída apenas pelo mundo interno, na prática procurou meios alternativos de considerar a influência do mundo externo na subjetividade da criança, como por

exemplo no caso dos grupos de orientação de mães. Essa foi uma solução intermediária, pois ao mesmo tempo em que os pais eram levados em consideração, não eram incluídos diretamente no tratamento.

Por outro lado, Aberastury reconhece a limitação do trabalho de orientação das mães, já que, como os seus conflitos com os filhos são inconscientes, não era através de conselhos e recomendações que a mãe poderia elaborá-los. No entanto, adotava esse tipo de trabalho por acreditar que poderia diminuir as ansiedades da mãe.

2. REDES FAMILIARES, O INCONSCIENTE E A CRIANÇA

2.1. A criança e sua família

Uma vez feita uma revisão das contribuições de Freud, M. Klein, Anna Freud, Winnicott e Arminda Aberastury para a psicanálise de crianças, cada qual com posturas teóricas diferentes e com propostas técnicas também diversas, podemos nos concentrar no tema proposto nesta dissertação, passando ao exame de como a família é vista por esses autores: como a visão de cada autor a respeito da criação da subjetividade influi na sua postura em relação aos pais no atendimento de crianças.

Como vimos, embora Freud não tivesse como objetivo a análise de crianças, pode ser considerado como principal referência para todos os psicanalistas, entre os quais o psicanalista infantil. Porém, em seu trabalho, não encontramos referências à importância de um exame da família da criança.

Essa questão surgiria mais tarde, como uma especificidade da psicanálise de crianças, com Anna Freud, a partir do momento em que a prática revelou que a criança não pode ser isolada das suas relações com as pessoas que a circundam.

A questão do contato do analista com os familiares do seu paciente, curiosamente, parece emergir quando se trata de indivíduos que não estão em condições de assumir responsabilidades. Também nos tratamentos psicanalíticos de doentes psicóticos é importante a preocupação com o exame da família. De fato, quando o analista concebe a subjetividade como resultante da relação do indivíduo com o mundo

externo, não se limitando a observar somente o mundo interno do paciente, faz-se necessário olhar o ambiente com a qual o paciente lida no seu dia-a-dia.

É compreensível que Freud, procurado pelos próprios pacientes a quem iria tratar, não tivesse o assunto da família em pauta. Mesmo no caso de Hans, quando o trabalho é voltado para a criança, a posição de Freud é predominantemente de um investigador, que procura conhecer a mente do seu paciente, deixando de lado a possibilidade de uma abordagem que leve em conta a família como um fator importante a ser examinado. Como podemos entender um investigador que deixa de lado aquilo que está em torno de seu objeto de trabalho, senão pela forma como ele concebe esse objeto? De fato, Freud toma como base para toda a sua obra a concepção instintivista do homem.

Isso, no entanto, não impediu Freud de reconhecer, no tratamento do pequeno Hans, o papel fundamental do pai (orientado e considerado pelo autor como o próprio terapeuta da criança): "Sem ele as dificuldades técnicas no caminho da aplicação da psicanálise numa criança tão jovem como essa teriam sido incontornáveis" (1909: 15).

Também para Melanie Klein, a questão dos pais não é muito importante. De fato, essa questão seria quase irrelevante, na medida em que a autora considera o psiquismo como inato. O papel do analista deveria ser o de guia para sustentar o ego do paciente e diminuir a severidade de seu superego, através de interpretações que atingissem camadas profundas da mente, de forma que o paciente alcançasse a consciência de fantasias inconscientes e de defesas.

Adotando essa postura em relação à análise infantil, Klein desconsidera a importância de se examinar a relação da criança com os pais como um trabalho que possa contribuir para o desenrolar do tratamento. Para Klein, a problemática da criança não é algo que dependa das suas relações com o ambiente, mas é o produto de sua própria constituição interna. Nos seus inúmeros escritos teóricos e clínicos, não se encontra quase nenhuma referência aos pais de seus pacientes: neles, a autora limita-se a observações das fantasias de temor ou culpa da criança, em relação à sua mãe e/ou ao seu pai.

Como uma exceção aos seus demais trabalhos, encontramos três artigos em que Klein preocupa-se com a questão dos pais: um sobre o desmame, de 1936, e dois em 1937, sendo um sobre maternidade e paternidade, e o outro sobre dificuldades nas relações familiares. Essa preocupação, porém, não está ligada à análise dos seus pacientes, já que nesses artigos ela se concentra num exame teórico da maternidade e da paternidade, não focalizado no vínculo com os filhos e nas conseqüências produzidas sobre estes, mas na própria atitude dos pais como pais.

Em 1936, Klein faz recomendações bem específicas às mães sobre o comportamento que deveriam ter em relação ao oferecimento do bico do seio, ao desmame, à regularidade da amamentação, ao uso da chupeta, ao chupar do polegar, à masturbação, enfim, sobre os cuidados que uma mãe deve ter com a 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 de 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 objeto bom interno. (1936: 43)

Em 1937, teorizando sobre a maternidade e a paternidade, a autora faz um exame das possibilidades de o pai e a mãe exercerem seus papéis a partir da história que tiveram com seus próprios pais, acreditando que o seu comportamento será influenciado pela atitude e sentimentos que experimentaram no passado para com seus familiares, como pais, irmãos e primos.

No entanto, num pós-escrito de 1952 ao artigo de 1936, Klein parece ter mudado de opinião a respeito da importância da atitude da mãe ao afirmar categoricamente que, através de investigações sobre o estágio mais primitivo da infância,

tem sido reconhecido que a clivagem entre amor e ódio, comumente descrita como uma divisão de emoções, varia em intensidade e toma muitas formas. Essas variações estão ligadas à força dos temores persecutórios do bebê. Se a divisão for excessiva, a relação fundamentalmente importante com a mãe não poderá ser alcançada com segurança e o progresso normal no sentido da integração do ego se perturbará. (1952:185)

Assim, como os aspectos internos prevaleceriam sobre a relação da criança com a mãe, já que a vida psíquica do ser humano teria uma origem constitucional, o estudo da relação da criança com sua mãe não teria quase nenhuma importância.

De fato, em momento algum Klein manifesta interesse em examinar o papel que os pais das crianças ocupariam na psicanálise infantil. Sua postura em relação à família das crianças, que atendia psicanaliticamente, era de excluir os pais totalmente da intimidade do tratamento das crianças. Seu paciente era a criança: como a criança era a doente e Klein entendia essa doença sem vinculação com a família, esse tipo de

inquietação não se justificava. As preocupações de Klein em relação a esse tema concentravam-se no mundo interno da criança, ou seja, na questão dos pais fantasiados e não como objetos reais.

Portanto, tendo em vista a forma como Klein concebe a subjetividade, num tratamento kleiniano a exclusão dos pais é absolutamente coerente.

Já para Anna Freud, como foi visto no primeiro capítulo, o analista de crianças tem um papel pedagógico, isto é, de educador e, como tal, diferentemente da concepção de Freud e Klein, está diretamente vinculado aos pais do paciente infantil.

Para a autora, são evidentes as dificuldades que o analista infantil enfrenta ao lidar com a dependência que o pequeno paciente tem dos pais: “na análise infantil, não é no ego do paciente mas na razão e compreensão dos pais que o início, continuidade e conclusão do tratamento têm de confiar”. (1965:48)

Considerando a dependência da criança pequena dos seus pais como uma realidade imutável, Anna Freud propõe que o analista avalie a extensão dessa dependência sobre o paciente, ou seja, que verifique se está de acordo com a idade cronológica da criança. Caso o analista constate uma necessidade de modificação no comportamento dos pais, Anna Freud, colocando-se como educadora, afirma que as decisões que o analista toma devem ser respeitadas.

Em suma, a autora propõe que o paciente deve sentir a autoridade do analista maior do que a autoridade dos seus pais: “o analista deve esforçar-se por se colocar no lugar do Ego-ideal da criança por toda a duração da análise”. (1927: 76).

Quanto à questão de os pais aceitarem ou não essa postura do analista, a autora descreve dois tipos de resultados: o primeiro, no qual os pais conformam-se com os pedidos do analista, conquistando-se então uma divisão do trabalho analítico e educacional e ocorrendo a cooperação; e o segundo, em que os pais se opõem à atitude do analista, e a criança passa a ser objeto de disputa. Esse último resultado pode ser comparado a um casamento infeliz, que acaba por se dissolver. Assim, Anna Freud diz que após algumas experiências decidiu não mais assumir tratamentos nos quais se verifica que os pais não têm o que chama de "compreensão analítica". Ao que parece, essa compreensão analítica equivaleria a uma concordância absoluta dos pais, reduzidos eles mesmos a uma posição infantil, com as ações pedagógicas do psicanalista.

Para a autora, se o analista avaliar a relação dos pais com a criança e considerar que esses são responsáveis pela doença do filho, deve-se propor análise simultânea dos pais e seus filhos. Não esclarece, porém, como esse trabalho seria feito.

Ao mesmo tempo que a dependência da criança dos seus pais limita o analista, já que este tem que contar com eles para realizar seu trabalho, o fato de poder atuar em todo o mundo externo da criança através de recomendações aos pais, orientando-a para um caminho mais normal, faz com que o tratamento do paciente infantil ofereça vantagens. De fato, ele passa a ser mais curto que o do adulto, pois a criança precisaria apenas "recuar alguns passos" para se reintegrar internamente, já que ainda não construiu a sua vida integral, não se profissionalizou, não casou, enfim, ainda não fez escolhas. A esse respeito, Anna Freud diz:

Quando suplementamos o trabalho interior com o trabalho externo, e procuramos modificar não apenas as identificações existentes pela análise, mas os seus protótipos concretos através dos esforços comuns, o resultado é impressionante. (1927: 83)

Uma segunda vantagem que vê nesse trabalho com os pais é adaptar o meio ambiente às necessidades da criança, facilitando assim a sua tarefa de ajustamento ao mundo.

Embora Anna Freud afirme que o seu trabalho pode não ser considerado por alguns como uma autêntica análise, sendo visto como análise “selvagem”, acredita que seja compatível com os pacientes infantis, que são impulsivos, subdesenvolvidos intelectualmente e profundamente dependentes do seu meio, não estando à altura de receber “tratamento analítico autêntico”. (1927: 84).

Vimos que Anna Freud defendia claramente a interferência do analista e os seus contatos com os pais da criança em tratamento, justificando essa postura pelo papel de educador do analista.

Nesse sentido, a autora se perfila junto aos analistas que incluem os pais, sendo absolutamente fundamental em seu trabalho. Por outro lado, os pais seriam objeto de uma rigorosa pedagogia.

Possivelmente esse viés tem fundamentado uma posição que se desenvolveu, mais adiante, como “acompanhamento” ou “orientação” de pais. Nessas práticas, a intervenção se dá segundo critérios pedagógicos, e não pelo trabalho sobre as fantasias inconscientes dos pais.

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 psicanalítico dos filhos. De fato, na

medida em que Winnicott considera que a subjetividade se constitui no encontro com o outro, é coerente que, em sua prática, lide não apenas diretamente com a criança, mas também com os seus próximos.

Winnicott faz o relato do tratamento de uma criança de seis anos que realizou por um ano ("Um caso tratado em casa"). O psicanalista, no entanto, o considerou mais um caso de orientação do que um tratamento psicoterápico: a parte principal do caso foi assumida pela mãe e por toda a família. Nesse tratamento, os pais teriam promovido um *setting* no qual a criança podia ser ajudada. A mãe e a criança eram vistas uma vez por semana durante dez ou vinte minutos por Winnicott. Assim, foi possível, com a ajuda da mãe, "curar uma criança de uma psicose de quinze meses de duração" (1955: 243).

Sete anos mais tarde, Winnicott chamou essa criança para fazer uma avaliação e considerou o resultado feliz, tendo verificado que a criança discutia a vida de forma madura, situando-se bem na escola e encontrando-se dentro da média das crianças de sua idade.

Vemos que embora considerasse que esse era um caso de orientação e não de um tratamento, Winnicott deu-lhe o título de "tratamento" e usa a palavra "cura" e *setting*, demonstrando um otimismo terapêutico.

Já no famoso caso Piggie, Winnicott (1978) se coloca numa postura mais direta de analista da criança, e afirma que faz psicanálise de acordo com a demanda. Piggie tinha dois anos e cinco meses quando iniciou o tratamento, que durou três anos. A menina foi atendida apenas dezesseis vezes, por morar a uma distância considerável do consultório do analista. Durante a análise, no intervalo entre as sessões, muita correspondência era trocada entre o analista e os pais da criança. A própria Piggie

também enviava cartas, bilhetes e desenhos junto com as cartas dos pais, comunicando ao analista como estava se sentindo.

O fato de os pais dessa paciente serem profissionais que tinham conhecimento do campo da psicoterapêutica certamente contribuiu para a sua confiança no trabalho do analista, bem como para a colaboração que lhe prestavam, decisiva para o resultado do tratamento. Um fato importante a ser citado é que as entrevistas eram marcadas a pedido da criança, e essa técnica teve uma importância fundamental na manutenção do relacionamento dela com o analista.

Winnicott procurava conciliar referenciais teóricos kleinianos com uma postura freudiana que tinha por característica a ausência de uma rigidez técnica, devendo o analista deixar-se guiar pelo próprio paciente. No manuscrito do livro sobre Piggie, por exemplo, lêem-se anotações que revelam a sua flexibilidade na busca de caminhos alternativos quanto à maneira de trabalhar com os pais. Suas anotações eram assim: "dividir o material com os pais - terapia de família não - estudo do caso não - psicanálise compartilhada". Infelizmente, o autor nunca pôde desenvolver melhor essa questão.

Por outro lado, na medida em que o autor faz uma ligação direta da relação primária com a realidade externa, atribuindo à mãe a responsabilidade de promover o "primeiro laço feito pelo bebê com um objeto externo, um objeto que é externo ao self do ponto de vista do bebê"(1945: 279), afasta-se da sua anterior referência kleiniana, por ver na mãe a principal responsável pela constituição da subjetividade do seu filho. De fato, para Winnicott, o cuidado materno é parte inseparável do bebê: "Não há tal coisa como um lactente" (1979: 40); isto é: sem cuidado materno não há lactente.

Na obra de Winnicott, não existe registro de alguma análise infantil longa que incluisse os pais no processo. Encontramos inúmeros exemplos de atendimentos nos quais Winnicott incluía os pais, como em "Consultas do Departamento Infantil" (1942); porém, não eram tratamentos psicanalíticos, mas consultas eventuais. Assim, embora Winnicott tivesse uma grande preocupação com os pais, não se encontram em seus escritos propostas mais consistentes em relação ao lugar dos pais no tratamento psicanalítico de crianças. Pois se Winnicott incluiu os pais em consultas eventuais, não formaliza essa proposta de inclusão em análises mais longas.

Quanto a Arminda Aberastury, embora baseie seu trabalho na teoria kleiniana, que tem a postura de manter os pais à distância no tratamento das crianças, acredita que algo deva ser feito para ajudar os pais a lidar com a análise de seus filhos.

Num primeiro momento, procura orientar os pais com conselhos, mas chega à conclusão de que esses conselhos têm eficácia transitória. Nessa tentativa, podemos constatar a influência na Argentina das recomendações de Anna Freud.

Num segundo momento, porém, a psicanalista passa a indicar grupos de orientação às mães, convicta de que poderia melhorar o vínculo dessas com os filhos, tornando-as conscientes, através da interpretação, dos conflitos que dificultavam essa relação.

Embora Aberastury denominasse esse trabalho com as mães de "orientação", pelos seus escritos pode-se perceber que, na verdade, se trata de um grupo terapêutico, já que a analista se recusa a dar conselhos e orientações. Ao longo desse trabalho, a autora elabora uma técnica em que é possível interpretar e usar a transferência tanto

positiva quanto a negativa, e na qual são analisados os conflitos das mães com os seus filhos. Nesse grupo, é necessário trabalhar sistematicamente com a interpretação do sentimento de culpa para “liberar o amor reprimido de uma mãe pelo seu filho” (1977: 231). Segundo Aberastury, os grupos de mães abriam novas perspectivas à terapia das neuroses infantis e também à profilaxia de futuros transtornos.

Aberastury expressa bem a distância que a prática clínica impôs às suas bases kleinianas, bem como o afastamento das proposições da psicologia do ego de Anna Freud. De fato, em seu trabalho terapêutico, parecia tornar-se imperioso o manejo de fantasias inconscientes dos pais, ou seja, nos seus grupos de mães a técnica psicanalítica se impunha.

Para Aberastury, os motivos da “conduta equivocada” dos pais são inconscientes e não podem se modificar por normas conscientes apresentadas pelos analistas de seus filhos. Sendo assim, não aceita ter entrevistas com os pais de seus pacientes senão em circunstâncias especiais e estipulando previamente as condições, que incluíam que tudo o que era falado com a mãe seria comunicado ao paciente.

Assim, embora Aberastury usasse o referencial kleiniano no seu trabalho com a criança, de alguma maneira foge a esse esquema, na medida em que não consegue deixar de se preocupar com os pais.

Vimos, portanto, como os analistas de crianças (com exceção de Anna Freud, que se destaca por considerar que o analista tem um papel pedagógico) são unânimes na sua prática clínica de tomar uma distância em relação aos pais de seus pacientes.

Klein não vê o papel dos pais na análise infantil como relevante. Winnicott e Aberastury, por sua vez, tentam, cada um a seu modo, contemplar essa questão. Porém,

na prática, não chegam a incluir por completo os pais no processo, apesar de também não conseguirem conceber o tratamento com a criança sem considerar a sua família.

2.2. Uma criança adocece: a Teoria do Vínculo

A teoria do vínculo estabeleceu-se a partir dos estudos do psicanalista argentino Enrique Pichon-Rivière que, com sua forma permanente de pensamento dialético, desenvolveu idéias que propunham a necessidade de complementar a investigação psicanalítica com a pesquisa social.

Seu contato com o pensamento psicanalítico foi anterior ao ingresso na Faculdade de Medicina e surgiu como o descobrimento de uma chave que permitiria decodificar aquilo que resultava incompreensível na linguagem e nos níveis de pensamento habituais. Ao entrar na Universidade, ele ressalta: "orientado por uma vocação destinada a instrumentar-me na luta contra a morte, ali se reforçou minha decisão de trabalhar no campo da loucura, que ainda que seja uma forma de morte, pode resultar reversível." (1970: 8)

Pichon-Rivière dedicou sua vida à investigação humanística e ao ensino da psicanálise. Porém, sua disposição para a pesquisa, enfrentando sem temor os rígidos esquemas referenciais não só na psiquiatria mas também na psicanálise, colocaram-no, durante algum tempo, numa condição solitária diante de seus pares.

Embora suas propostas estejam sugeridas em parte em alguns trabalhos de Freud (Psicologia das massas e análise do Ego), sua formulação implicava romper com o pensamento psicanalítico ortodoxo, ao qual Pichon aderira durante os primeiros anos de seu trabalho, e a cuja difusão havia contribuído com seu esforço. Essa ruptura significou para ele um verdadeiro 'obstáculo epistemológico', uma crise profunda, que levou muitos anos para superar. Isso se confirma pelo fato de que, a partir da

consciência das significativas modificações de seu marco referencial, voltou-se mais intensamente ao ensino, interrompendo o ritmo anterior de sua produção escrita.

A respeito dessa ruptura com o pensamento ortodoxo, seu discípulo Taragano, em uma introdução que escreve para um livro seu, conta:

Às vezes nos sentíamos gratamente reconciliados com ele (Pichon) quando o que nos ensinava coincidia com nossas expectativas, no entanto outras vezes nos sentíamos incomodados porque incluía esquemas referenciais totalmente novos para nós, esquemas que ainda não sabíamos administrar, e que nos colocavam diante de uma sensação de angústia. (1956:675)

Acrescenta ainda que em sua opinião Pichon foi e será sempre considerado o principal mestre da psiquiatria psicanalítica argentina, uma vez que influenciou o pensamento e a prática seja dos teóricos da psicanálise, seja dos que trabalhavam com técnicas de casais, de família, de grupos, e até dos pesquisadores institucionais e sociais. Aizenberg (5:681) relata o grande estímulo que Angel Garma, presidente e criador da Sociedade Psicanalítica Argentina, e com quem Pichon fez análise didática, lhe deu para que desenvolvesse suas principais concepções psicanalíticas. Sua influência estendeu-se de forma direta ou indireta, através de seus inúmeros discípulos, a quase todos os países latino-americanos de língua espanhola e portuguesa.

Embora Pichon-Rivière entenda a psicanálise como um método que teria as maiores possibilidades de investigação, em profundidade, do ser humano, questiona-o quando não se verifica com um trabalho social paralelo. Para que se possa construir uma teoria da doença psíquica, seria necessária uma "referência permanente do homem em seu contexto real e exterior" (1956: 22):

O próprio Freud, em seu trabalho *Psicologia de Grupo e a Análise do Ego*, afirmara:

apenas raramente, e sob certas condições excepcionais, a psicologia individual se acha em posição de desprezar as relações desse indivíduo com os outros. Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que, desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado, mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social. (1921: 91)

No entanto, para Pichon-Rivière, esses fenômenos sociais (as relações do indivíduo com seus pais, irmãos, com a pessoa objeto de amor, com seu médico) entrariam em oposição com os fenômenos denominados narcísicos por Freud. Assim, embora considere que Freud aproximou-se de uma visão integral do problema da interrelação homem-sociedade, acredita que ele não pôde se desapegar de uma concepção antropocêntrica, que lhe interditava o desenvolvimento de uma postura mais dialética. A percepção de Freud da oposição dilemática entre psicologia individual e psicologia coletiva, seu apego à “mitologia” da psicanálise, a teoria instintivista, e o desconhecimento da dimensão ecológica o teriam impedido de ver que toda psicologia, em um sentido estrito, é social.

Pichon considera três dimensões de investigação: a do indivíduo, a do grupo e a da instituição. Essas dimensões, por sua vez, proporcionam três tipos de análise: a análise psicossocial, que terá como ponto de partida a pessoa humana em toda a sua extensão; a análise sociodinâmica, que analisará o grupo como uma estrutura, e a análise institucional, que pesquisará toda a instituição, e enfim todo um país. Seria

impossível separar esses campos de investigação, uma vez que se integram sucessivamente.

Dessa forma, também a pesquisa de Pichon-Rivière sobre as doenças mentais é centrada no estudo das relações interpessoais. Nesse sentido, ele propõe uma psiquiatria dinâmica, construída sobre os postulados da psicanálise, e a chama de Psiquiatria do Vínculo.

A psicanálise, ao estudar as relações de objeto, indica como material de trabalho e fonte permanente de observação a forma particular com que o indivíduo se relaciona com o outro ou os outros. Essas relações, por sua vez, criam uma estrutura que é particular para cada caso e para cada momento. A esta estrutura dinâmica, em contínuo movimento, englobando o sujeito e o objeto, Pichon chama de vínculo. Ele é uma estrutura complexa, que inclui um sujeito, um objeto e sua mútua interrelação com processos de comunicação e aprendizagem.

O autor analisa desde o que chama de vínculo normal até as alterações desse vínculo, quando apresenta características interpretadas como não normais, o que o tornam um vínculo patológico.

Para se compreender o vínculo normal, devemos nos remeter a uma das principais características das relações de objeto: a existência do objeto diferenciado e do não diferenciado. Pichon considera vínculo normal aquele que se firma entre o sujeito e um objeto quando ambos têm a possibilidade de fazer uma livre escolha de um objeto, como resultado de uma boa diferenciação entre eles. Em uma relação adulta normal, os objetos são diferenciados, ou seja, tanto o sujeito como o objeto têm uma livre escolha de objeto.

A situação de extrema não diferenciação é chamada de parasitária. Ela pode evoluir para uma situação simbiótica, como por exemplo na primeira relação com o peito da mãe, quando há um intercâmbio de situações emocionais e de afeto. A diferenciação ocorre à medida que a situação simbiótica vai abrandando e se alcança uma instância em que o objeto e o sujeito têm um limite preciso.

Por outro lado, Pichon-Rivière não acredita que se possa definir o estabelecimento de vínculos entre objetos totalmente diferenciados, porque tais vínculos não existem. Seria um paradoxo um indivíduo mais maduro atingir uma diferenciação total em relação aos outros objetos, pois assim daria origem a uma condição de afastamento que poderia ser qualificada, do ponto de vista de uma posição não madura, como indiferença.

O autor acredita que através do estudo do vínculo patológico é possível compreender como ele perturba a estruturação normal da personalidade. Esse estudo e a análise junto ao paciente dariam condições ao analista de trabalhar os vínculos patológicos e contribuir na terapêutica e profilaxia para a evolução saudável da personalidade do sujeito.

Pichon-Rivière analisa os vínculos patológicos a partir dos diferentes comportamentos que o indivíduo estabelece com os objetos, que dariam forma às diferentes qualidades que os vínculos adquirem. Considera por exemplo que o vínculo paranóico se caracterizaria pela desconfiança e por reclamações com outros. Já o vínculo depressivo põe em evidência permanente o sentimento de culpa e o sofrimento, e o obsessivo distingue-se pela necessidade de controle e de ordem. O vínculo hipocondríaco é aquele em que o sujeito relaciona-se com os outros através do corpo e das queixas quanto à saúde.

O vínculo histórico seria o da representação. Na histeria de angústia o vínculo se caracterizaria pelo medo, enquanto na histeria de conversão as fantasias são expressas através do corpo. Na neurose obsessiva, o vínculo é caracterizado pelo controle do outro: são disfarçadas a desconfiança e a ansiedade paranóide, lançando-se mão de rituais particulares.

Pichon observa na psicose a existência dos vínculos paranóide, depressivo e maníaco. Esses vínculos constituiriam por sua vez um vínculo de controle semelhante ao da neurose obsessiva, porém mais eficaz na paralisação do objeto, devido ao aumento da ansiedade. No tratamento de pacientes psicóticos, realizado segundo a técnica analítica e pela indagação de seus processos transferenciais, Pichon percebeu a existência de objetos internos, múltiplas 'ímagos' que se articulam em um mundo interno construído segundo um progressivo processo de internalização. Esse mundo interno se configura como um cenário interior onde é possível reconhecer a ocorrência dinâmica da internalização de objetos e relações. Essa concepção de mundo interno, bem como a substituição da noção de instinto pela estrutura vincular - entendendo-se o vínculo como uma protoaprendizagem, como o veículo das primeiras experiências sociais, constitutivas do sujeito, com a negação do narcisismo primário -, conduzem necessariamente à definição da psicologia, em um sentido estrito, como psicologia social.

Na verdade, em nenhum indivíduo existe um tipo único de vínculo:

todas as relações de objeto, todas as relações estabelecidas com o mundo são mistas. Existe uma divisão que é mais ou menos universal, no sentido de que por um lado se estabelecem relações de um tipo e por outro, de um tipo distinto. (1956: 24)

Dessa forma, o grupo social em que o indivíduo está inserido passa a ganhar uma significação múltipla, uma vez que é possível se estabelecer, por um lado, um vínculo de um determinado tipo, e por outro um vínculo normal.

Além disso, Pichon conclui que se for possível o trabalho de reconhecimento do tipo de vínculo que um paciente fixa com cada pessoa da sua família, realiza-se uma pesquisa psicossocial. Em seguida, com o trabalho sociodinâmico e institucional da família, seria possível ter um quadro completo da estrutura mental do paciente e das causas que teriam provocado o seu desequilíbrio.

O trabalho psicossocial corresponderia, portanto, à análise dos vínculos do paciente com os membros da família. O estudo sociodinâmico analisaria as tensões existentes no grupo familiar. E a análise institucional trataria da pesquisa da história, a origem e a estrutura dessa família.

Assim, Pichon firma definitivamente que o surgimento de uma doença num membro de uma família tem que estar relacionado com a totalidade do que ocorre dentro dela:

Podemos considerar o paciente que adoece como um representante de uma estrutura tanto individual como familiar, e na medida em que se conheça esta estrutura, ambos os aspectos poderão ser manejados como duas partes da mesma.
(1956 : 27)

Na investigação psicanalítica, portanto, deve-se averiguar as tensões internas do grupo familiar e analisar a ocasião em que se produziu a interrupção do equilíbrio da família, bem como os motivos que provocaram esse desequilíbrio.

Um exemplo dessa abordagem pode ser encontrado na supervisão dada por Pichon-Riviére a uma equipe de grande experiência em psicoterapia de crianças e

adolescentes (1969), realizada semanalmente durante três horas. Nessa experiência eram selecionados casos com características que ofereciam maiores dificuldades no manejo terapêutico devido à questão da interferência dos pais.

Pichon afirma que “a criança submete-se consciente ou inconscientemente ao papel atribuído pelo grupo familiar que se encarrega de estereotipá-lo e segregá-lo” (1969: 37). Para se compreender o todo que integra a criança e sua família, é necessário usar a interdisciplinaridade para se construir uma estratégia de abordagem mais rápida e segura. Essa postura seria capaz de descobrir a estrutura geral do “mapa de interações”, bem como de proporcionar eventualmente ao analista recursos técnicos para interpretações junto à criança e seus pais.

O psicanalista exemplifica com o caso de uma criança de 12 anos, com queixas de encoprese desde os 6, terrores noturnos, tiques, oncofagia e comportamento agressivo. Tinha também na sua história pregressa anoxia de recém-nascido, desmame brusco ao quarto mês de vida, vômitos frequentes e urticária desde bebê, além de fobias várias. Essa criança tinha vivido vários tratamentos psicoterápicos, sem que se tivesse conseguido modificação desse quadro clínico.

Após as entrevistas preliminares com testes projetivos, obteve-se informação de uma intensa ansiedade paranóide com mecanismos de defesa dissociativos, tentativas de controle e tendência à atuação. O comportamento agressivo seria uma fachada por trás da qual se ocultavam sentimentos de fraqueza, solidão e pobreza. Quanto ao início do tratamento, a criança parece ter tido dificuldades de verbalização.

A partir do estabelecimento de uma forte relação transferencial e do seu trabalho, foi se produzindo no paciente uma mudança de suas defesas, um fortalecimento do seu ego e conscientemente uma melhora de seus sintomas.

Coincidindo com este quadro de mudanças, passou a aparecer no paciente uma resistência que se apresentava como faltas às sessões, que num primeiro momento foram interpretadas transferencialmente mas que ao mesmo tempo supunham a influência do núcleo familiar, que poderia inconscientemente estar contribuindo para a resistência do paciente diante da ruptura do "estereótipo familiar"(1969 : 39) que a mudança do paciente provocava.

A partir de entrevistas com os pais, essas hipóteses se confirmaram e ficou claro que a resistência da família ao terapeuta era intensa e atribuída ao paciente. Com a continuação desse trabalho, o analista passou a ter que lidar com enfrentamentos da família, interferindo na comunicação. Pichon-Rivière sugeriu que se pesquisasse a razão pela qual o paciente chegou à instituição, no sentido de poder entender a dificuldade dos pais por um outro ângulo. Descobriu-se que uma prima enurética tinha sido assistida na mesma instituição, mas não melhorara através do tratamento, embora seus transtornos de conduta tivessem sido aliviados. Pichon-Rivière acreditava que esse episódio era um sinal de uma profunda resistência da família à mudança dos conteúdos expressados pelo sintoma do paciente. Isso se confirmava pela atitude dos pais que, diante da supressão do sintoma do paciente, passaram a apresentar resistências quanto à sua continuidade, o que provocou a interferência do analista no grupo familiar na tentativa de eliminar essa dificuldade. Sobre a família, entre outras coisas, diz que enquanto o trabalho com esta era realizado, ficou evidente como o paciente mantinha-se à margem, expressando sua situação de abandono e desamparo, características básicas na encoprese.

Esse caso exemplifica como o intercâmbio com a família permite uma análise mais ampla do paciente, não o isolando da sua realidade externa e trazendo contribuições e novas perspectivas para o trabalho com a criança.

Focalizando o estudo das doenças psíquicas através desse referencial, passa-se a ter mais condições de realizar operações práticas e atinge-se um maior entendimento do que quando esse estudo é realizado em termos abstratos, com uma descrição metódica das doenças, sem nenhuma referência aos aspectos sociais.

Nesse sentido, Pichon dá ainda como exemplo uma atitude delirante de um paciente. Se o significado de um delírio pode e deve ser compreendido e referido à estrutura através da qual apareceu o delírio, não existe uma relação de causalidade direta e mecânica. Isto é, quando um membro de uma família adoece, é um todo que está atuando através dele; existe um desajuste prévio, uma mobilização de tensões na estrutura da família para que venha a emergir uma manifestação doentia em um de seus membros. Esse membro da família que adoece seria o porta-voz das angústias do grupo familiar.

Em suma, o fator que desencadeia o que emerge mentalmente no paciente está em relação direta com as angústias próprias do grupo familiar. O distúrbio psíquico deve ser compreendido como uma tentativa que o sujeito faz de solucionar um conflito estabelecido, uma tentativa de reconstrução do mundo tanto do próprio sujeito como do de sua família e até, em segundo plano, do grupo social mais amplo.

A proposta de Pichon-Rivièrè é justamente que se possa olhar o paciente também segundo uma concepção do sujeito social e historicamente determinado. Para isso, ele assinala a importância de se trabalhar com um esquema psicanalítico que

funcione como um todo organizado, ou seja, com um esquema referencial próprio que “deve ser confrontado no campo operacional” (1956: 125).

De fato, Pichon-Rivière se autodefinia como psiquiatra e psicanalista que pensa e atua segundo um esquema conceitual, referencial e operativo fundado na psicologia social, ao mesmo tempo que indica a configuração de uma unidade operacional ou interciência, para onde convergem as ciências do homem.

Com base na teoria de Pichon-Rivière, podemos dar um passo mais além da posição dos analistas examinados, na tentativa de formalizar a posição dos pais na análise de crianças.

Pichon adota a teoria das identificações desenvolvida por Freud em sua Psicologia Social, aplicando-a, com um olhar clínico, à família. Baseado no viés social de Freud, Pichon-Rivière busca estabelecer a rede de afetos e identificações inconscientes presentes numa rede social, no caso, a família. Dessa forma, inclui o externo ao paciente numa matriz teórica formalizada, como não o fez Winnicott, e escapa da orientação pedagogizante de Anna Freud.

Se essa orientação de Pichon-Rivière poderia ser uma justificativa para se enfatizar as chamadas terapêuticas familiares, esse não é o nosso caso; ao contrário, adotamos o modelo de atendimento individual à criança, usando o modelo teórico de Pichon como um suporte técnico que orienta a maneira como os pais são incluídos no tratamento de uma criança.

Ao incluir a realidade externa do paciente como uma questão fundamental no tratamento psicanalítico da criança, é preciso considerar as peculiaridades do vínculo

entre pais e filhos. Se o vínculo entre pais e filhos pressupõe necessariamente o uso de autoridade, não devemos concluir por isso que esse vínculo é sempre patológico. No entanto, devido à precariedade da subjetividade da infância e ao desamparo da criança, já mencionados por Freud, esse tipo de vínculo entre pais e filhos torna-se um *locus* privilegiado para o exercício do autoritarismo. Para Pichon, o vínculo patológico é aquele em que características perversas se evidenciam, ou seja, em que a alteridade é desconhecida, tornando-se os dois pólos do vínculo uma unidade indiferenciada. Concretamente, a técnica de sustentação dessa unidade é o autoritarismo, e o objetivo é a anulação da diferença.

Aqui convém ressaltar a diferença entre autoridade como limite, como uma lei capaz de fazer a criança ingressar no mundo simbólico dos humanos, e o abuso dessa autoridade transfigurada em autoritarismo, autoridade essa que, bem ao contrário de um momento inaugural de humanização, se transforma no primeiro capítulo de anulação e de patologização de uma subjetividade. A Psicanálise, entretanto, envidou todos seus esforços no sentido de sustentar a marca dessa diferença: para ela, a criança é um outro. Winnicott, por exemplo, defende que os pais devem respeitar a subjetividade da criança e tentar "adivinhar" os seus desejos, minorando ao máximo as invasões, necessariamente vividas como patológicas.

De fato, a orientação firme dos pais, a marca de um estilo e a imposição das próprias idéias narcísicas muitas vezes aproximam a relação entre pais e filhos do patológico. Mas se de algum modo a marca dos pais é sempre traumática, por outro lado também é constitutiva. É desse "patológico inevitável" que se forma um ser humano. O ideal, porém, seria que esse "patológico" fosse orientado pelo respeito e

pelo reconhecimento da diferença. É nesse sentido que o analista infantil deverá desenvolver seu trabalho.

3. O LUGAR DOS PAIS NA PSICANÁLISE DE CRIANÇAS

*"Não se pode curar a criança da presença dos pais".
Maria Luisa Siquier / Beatriz Salzberg (1994)*

3.1. Inclusão dos pais

Conforme vimos no capítulo 2, várias posturas podem ser adotadas quanto à inclusão dos pais no tratamento psicanalítico de crianças.

Uma primeira postura, que é a adotada por Melanie Klein, seria a de excluir os pais, ignorando a sua importância no desenrolar do tratamento da criança. Pode-se também considerar que os pais influem em muito no desenvolvimento da criança, mas não inclui-los diretamente no tratamento. Esta é a postura de Aberastury, que propõe uma orientação paralela para os pais da criança em tratamento. Uma terceira postura é a de Anna Freud, que propõe uma atitude pedagógica em relação aos pais, orientando seu comportamento de forma a ajudá-los a educar seus filhos. Pode-se ainda optar pela terapia familiar, que no entanto não toma a criança como foco principal do trabalho. Finalmente, existe uma quinta postura, que parece ser a mais frequente: nela, admite-se a importância dos pais, mas há uma ambigüidade quanto à sua inclusão no tratamento. Esse é um impasse que costuma ocorrer mais do que se menciona, e que aparece mais na prática do dia-a-dia do que nas formulações teóricas. Mas como na verdade cada psicanalista resolve esse problema a seu modo em sua clínica - e tem de resolvê-lo, caso contrário não poderá seguir adiante - seria importante verificarmos as soluções objetivas e os procedimentos técnicos que costumam ser adotados diante dessa questão.

Muitas vezes, essas soluções incluem os pais no tratamento em maior ou menor grau, embora de forma não-sistemática.

De um modo geral, na história da psicanálise, o tratamento de crianças não se detém na relação desta com seus pais, não se propõe a tratar o vínculo entre eles.

Podemos exemplificar isso com alguns dos possíveis procedimentos adotados quando da entrevista inicial. Esses procedimentos, ao mesmo tempo que refletem a questão da demanda, são derivados dela, já que o objetivo dessa entrevista ou entrevistas é entender o motivo da procura de consulta e o tipo de demanda: procurar saber se a criança sofre, formar uma idéia das relações do grupo familiar, saber da história da criança, seu desenvolvimento, sua rotina no dia-a-dia, sua relação com seus pais, seus irmãos, seus amigos, e seu comportamento na escola.

Um desses procedimentos é a exclusão dos pais numa primeira comunicação; isto é, o analista, quando procurado pelos pais, ainda no contato telefônico informais que prefere ter uma primeira entrevista somente com a criança (seja ela de que idade for), para depois, numa próxima entrevista, ver pais e criança em conjunto. Essa postura técnica é defendida por Ana Iencarelli (1996) como um verdadeiro mergulho no escuro, com suas implicações transferenciais e contra-transferenciais, levando a uma melhor compreensão da criança e conferindo à relação que se inicia uma maior proximidade entre analista e paciente. Nessa posição, no entanto, não se pergunta de quem é a demanda. Além disso, os pais poderiam fornecer dados ao analista que a criança pode levar mais tempo para evidenciar.

O segundo procedimento técnico, que é o mais comum e mais tradicional, é aquele em que a primeira entrevista é marcada com os pais, sem a criança presente mas informada da consulta. De uma maneira geral, quem procura é a mãe, mas recomenda-

se que venha o casal. Noé Marchevsky examina a questão de entrevistar os pais juntos ou separados afirmando:

O fato de entrevistarmos o pai e a mãe juntos favorece a percepção do tipo de relacionamento que existe entre eles. Poderemos observar suas posições, alianças e antagonismos(...) Realizar entrevistas separadas com os pais também é útil. Estando sozinhos, com liberdade para falar, (...) conseguem desabafar problemas nunca antes verbalizados. (1995:51)

Um terceiro procedimento técnico, ainda, é o analista solicitar a presença da criança já na primeira entrevista. A esse respeito, Zélia Villar (1991) comenta que a primeira entrevista pode por si só ser indicadora de uma articulação entre a demanda e o sintoma ou distúrbio apresentado. É nessa entrevista que podemos perceber em alguns casos o que a criança tem a dizer, uma vez que a sua linguagem se dá na maioria das vezes através de seu corpo ou de atos. Assim, neste tipo de procedimento técnico há a idéia de que, se os pais procuram um analista de criança, deve-se incluí-la, de imediato, num primeiro contato, levando-se em conta que a procura é para a criança.

Cumprida essa primeira etapa de exame inicial da família, que, como vimos, pode ser realizada através de procedimentos técnicos diferentes, o analista terá dados para avaliar se trata-se de indicar uma análise para a criança e/ou um tratamento para os pais ou mesmo um tratamento para a criança junto com seus pais. É o que chamávamos, até a década de 70 ou mesmo início da década de 80, de entrevista de “devolução diagnóstica”, que costumava ser feita de uma maneira muito “burocrática” e fria.

Zélia Villar relata uma prática à qual nomeia de “sessão conjunta”, em que a criança e o familiar mais envolvido com a sua problemática são atendidos juntos:

Creio que todo analista de criança considere a presença dos pais e mesmo de outros familiares como inerente à prática analítica. Este contacto com os pais antes e durante o tratamento da criança não significa, a meu ver, nenhuma forma de atendimento que se constitua em práticas como: orientação dos pais, terapia familiar e outras. O analista pode manter rigorosamente uma posição analítica junto à criança, aquela da qual ele resolveu se ocupar, e relacionar-se com os pais ou familiares. (1991: 1-2)

Assim, o objetivo não seria atender a família e sim aproveitar a sua presença para entender a organização mental da criança e sua vinculação com a dinâmica psíquica dos pais. É uma outra postura, em que o principal foco está na análise da criança, na indagação sobre a demanda da criança. Mas que fazer com os pais quando a análise da criança nos revela o inconsciente deles, na medida em que os pais também fazem uma demanda e claramente uma transferência com o analista da criança?

Na verdade, desde muito tornou-se “senso comum” que o atendimento dos pais, como um trabalho psicoterápico, não deve ser realizado pelos analistas de seus filhos (exceto nas terapias de família, em que a criança é incluída no atendimento). Esse quase axioma técnico é menos defendido teoricamente sob a forma de produção escrita, do que passado, de geração em geração de psicanalistas, através dos pontos de vista e da “experiência” dos supervisores. Porém, no atual estágio do desenvolvimento e da pesquisa da psicanálise, devem-se pensar novas formas de abordagem dessa questão. As ansiedades suscitadas pela clínica forçam, por vezes, mesmo, a investigação para novas e criativas direções.

Hanna Segal recomendava claramente que no caso de os pais procurarem ajuda e conselhos, seria sempre melhor encontrar para eles ajuda adequada de outra pessoa que não fosse o analista da criança. Arminda Aberastury, na Argentina, como já vimos,

passou a formar grupos de orientação de mães, convicta de que poderia melhorar o vínculo das mães com os filhos, tornando-as conscientes, através da interpretação dos conflitos que dificultavam essa relação. A autora acreditava que os motivos da conduta equivocada dos pais eram inconscientes e não podiam modificar-se por normas conscientes apresentadas pelos analistas de seus filhos.

De qualquer maneira, os analistas de crianças clássicos eram unânimes na recomendação de tomar uma boa distância dos pais de seus pacientes. Os supostos perigos se relacionavam principalmente com a questão do sigilo quanto à relação que o analista tinha com a própria criança.

No entanto, há casos em que esse distanciamento ou mesmo recusa em atender à demanda dos pais pode prejudicar o desenvolvimento da análise da criança, já que os pais podem decidir a qualquer momento interrompê-la ou sabotá-la. Assim, seria interessante mudar a forma de abordar esses problemas. Os pais não devem ser tratados como se estivessem à margem do processo, mas sim atendidos segundo uma estratégia psicanalítica que trabalhe os vínculos existentes na rede familiar.

Propomos uma inclusão programada desses pais, fazendo com eles um tratamento paralelo ao da criança. Nesse caso, o foco do trabalho é a relação dos pais com seu filho, de forma que essa relação possa se beneficiar da ajuda do psicanalista. Mas é claro que eventualmente pode-se chegar a um ponto de aprofundamento das questões em que seja necessário indicar uma terapia para os pais.

Essa opção se justifica principalmente pela quase que absoluta dependência que a criança tem em relação a seus pais. Algumas questões que surgem na análise, como os atrasos, o não-pagamento de sessões ou o fato de se "esquecer" a criança no consultório, só podem ser tratadas se focalizamos os pais e sua relação vincular com a

criança. Numa análise de adulto, quando há um atraso pode-se trabalhar com o paciente e pesquisar a raiz de sua resistência, mas com a criança esse atraso costuma não depender dela. Não se pode e não se deve negar o fator resistencial que existe no tratamento psicanalítico de crianças, já que as dificuldades dos pais de lidarem com esse tratamento pode tornar o analista impotente para desenvolver o seu trabalho.

Na medida em que existe uma inegável transferência dos pais com o analista de seus filhos, é importante que haja um espaço claro onde ela possa se processar, e esse espaço pode e deve ser colocado para os pais de uma forma legítima e clara. É importante salientar que quando os pais procuram um outro analista para uma orientação, a situação é inteiramente diversa, já que o trabalho desse analista é independente do tratamento da criança.

O analista da criança, ao contrário, tem outro significado para os pais. Normalmente, esses tentam controlar e manipular o filho através do analista; e se esse fato por um lado pode parecer um obstáculo ao tratamento, por outro pode ser usado como material a ser trabalhado, fornecendo ao analista uma oportunidade de denunciar esse tipo de comportamento dos pais e fazer com que pensem sobre ele. A função do analista de crianças seria investigar o inconsciente do seu pequeno paciente e abrir espaços, reservando horas exclusivas para os pais, para que o inconsciente deles se manifeste.

No espaço reservado aos pais da criança, o analista pode ver como esses se comportam com o filho. E a partir do que emerge nesse espaço, é possível mostrar aos pais a dinâmica do seu relacionamento com o filho. Como os pais sustentam as funções e identificações do filho, entrar em contato com eles é aproximar-se da criança, sobretudo quando esta é muito pequena.

De fato, é pensando na importância de trabalhar a dinâmica do vínculo entre pais e filho, segundo a teoria formulada por Pichon-Rivière (1979), que nos definimos por incluir os pais como pacientes. Como os pais e os filhos são dois pólos de uma mesma estrutura vincular, tudo o que ocorre num deles afeta o outro. Dai a importância de trabalhar, na psicanálise infantil, as duas instâncias, pais e criança, para que as conquistas obtidas numa delas sejam acompanhadas e elaboradas também pela outra.

Quanto à criança, sente-se de certa forma aliviada ao perceber que existe alguém querendo ajudar seus pais. De fato, os pais pedem uma aliança com o analista, já que o procuram depois de sofrimentos e fracassos, com o narcisismo ferido.

A aliança que a criança vê aparecer entre seu analista e seus pais dá-lhe a segurança de que se está a serviço dos seus interesses. E se por vezes a percepção dessa aliança pode criar um clima persecutório, este faz parte do material a ser trabalhado na análise. Além disso, com o tempo, quando o trabalho se apresenta desde o início sob essa forma, a criança lida muito melhor com a situação do que quando o analista assume uma postura confusa em relação à inclusão dos pais no tratamento.

Na verdade, é difícil que uma análise de criança se dê sem que os pais sejam de alguma forma incluídos no tratamento. Quando isso não acontece, acabam ocorrendo surpresas, como a interrupção súbita do tratamento, ou a atuação dos pais através do filho, ao fazerem, por exemplo, com que a criança se atrase ou falte às sessões.

A idéia, porém, é não deixar emergir uma situação de urgência para contarmos os pais: a inclusão deve se dar desde o início do tratamento. Aceitando os pais lhes damos espaço para que apresentem toda sorte de sentimentos em relação aos filhos, podendo trabalhar esses sentimentos como material psicoterápico.

Mas não pensamos na inclusão dos pais apenas como uma forma de afastar a ameaça da interrupção do tratamento da criança e sim como parte integrante desse tratamento: os pais seriam de certa forma também pacientes do analista da criança. É importante sublinhar que não propomos um trabalho pedagógico com os pais, mas uma escuta analítica, embora possa acontecer que os pais peçam ao analistas orientações sobre o seu comportamento ou o analista ache necessário fornecê-las. Muitas vezes não podemos evitar essa situação, porém não é esse o nosso objetivo principal.

No tratamento de crianças, trabalha-se com um paciente que simultaneamente forma sua subjetividade e sua neurose. Isto é, ao mesmo tempo que se utiliza o trabalho transferencial como método de conhecimento do inconsciente, acompanha-se a constituição de uma subjetividade. Isso não quer dizer, porém, que se deva tomar os sintomas de uma criança como se fossem dos pais, conforme propunha Jacques Lacan, teórico que não nos propusemos a abordar nesse trabalho. Existe um espaço próprio da criança dentro de um tratamento psicanalítico, com o qual se deve trabalhar. No entanto, junto com ela, é trazido o espaço dos pais, que pode ou não estar atualizado ou representado pela própria criança. Tratando do vínculo podemos entender quando um sintoma da criança pode ou não ser um sintoma familiar.

Evidentemente, a postura de inclusão dos pais traz uma série de dificuldades clínicas, criando uma outra ordem de complexidade.

Em primeiro lugar, há o problema do sigilo psicanalítico. Como há o contato constante tanto com a criança quanto com os pais, cria-se uma situação em que é possível levar informações da criança aos pais e vice-versa, seja voluntária ou involuntariamente. Percebendo isso, a criança pode querer manipular a situação,

usando, por exemplo, de sedução para que o analista peça algo que ela deseje a seus pais. Cabe ao analista usar de bom-senso, avaliando se deve e como deve utilizar essas informações.

Uma segunda questão está relacionada à excessiva interferência do analista na relação entre pais e filhos: ele estaria extrapolando seu papel de analista. Porém, se a criança está formando a sua subjetividade e pode ter a interferência de um psicanalista, por que não realizá-la? O não-tratamento dos pais é na verdade um dogma feito por extensão das regras da análise de adultos, visto que é este desde muito tempo o modelo para a análise de crianças, a ponto de Anna Lancarelli ter proposto, como vimos acima, que já numa primeira entrevista não se vejam os pais, mas apenas a criança.

Poder-se-ia argumentar ainda que existe a possibilidade de se trabalhar as questões da criança com os pais na realidade interna da criança. Mas se por um lado pode ser feito de fato um trabalho nesse sentido, isso não significa que não se possa trabalhar na realidade externa do paciente, sobretudo quando se verifica uma dependência concreta deste em relação a seus pais. Enquanto no adulto o material trazido para a análise é suficiente, a subjetividade já está constituída e as questões podem ser trabalhadas efetivamente no mundo interno, já que esse adulto não depende concretamente dos pais, na criança a situação é outra. Assim como, conforme formulação de Winnicott (1958), não existe bebê sem mãe, não existe paciente criança sem mãe, já que o grau de dependência existente na realidade concreta e na formação da subjetividade é imenso.

3.2. Experiências clínicas

Minha experiência clínica com a inclusão dos pais no tratamento de crianças revelou dois resultados: ou os pais acompanham o tratamento dos filhos e são aliados, colaborando com a análise; ou pai e mãe têm dificuldades muito grandes, fazendo vínculos patológicos em excesso (são, por exemplo, borderlines), e acabam por pedir uma indicação para si. Raramente a inclusão dos pais resulta em interrupção do tratamento.

Essa experiência passou por três etapas. A princípio, procurava manter os pais afastados. A justificativa para essa postura era de que do contrário se poderia invadir o espaço da criança, além de surgirem problemas com sigilo. Numa segunda etapa, eram marcados poucos encontros com os pais, em casos extremos. Finalmente, passei a trabalhar com encontros determinados, uma vez por mês, fazendo parte do contrato do tratamento da criança.

Relatarei a seguir três casos em que trabalhei com a inclusão dos pais no tratamento psicanalítico dos filhos, obtendo resultados bastante significativos.

3.2.1. Primeiro caso: Rosa

A paciente é Rosa, de dez anos de idade, órfã de pai, assassinado aos três meses de gravidez da mãe. A mãe de Rosa soube que estava grávida dela na missa de sétimo dia de sua mãe, isto é, da avó de Rosa.

A queixa principal era sonambulismo, que teria começado à época do nascimento do único irmão de Rosa, um menino com síndrome de Down mais novo sete anos que ela. Além disso, Rosa era muito agressiva na escola (foi expulsa da condução) e apresentava freqüentes cenas de ciúmes do irmão.

Marta, sua mãe, é uma bonita mulher de 35 anos, que se apresenta vestida como uma adolescente. Procura-me por indicação de sua analista. Conta-me que ficou muito deprimida durante a gravidez de Rosa, pois acabara de perder sua mãe, que passara os últimos dez anos de vida fazendo tratamentos para lidar com um câncer invasivo. Quanto ao seu pai, separou-se de sua mãe quando Marta tinha três meses de idade. A filha só o veria já com vinte anos de idade, isto é, depois da morte da mãe, e apenas uma vez. Como família, Marta só contava com uma avó materna, que até hoje a acompanha. Ao lado dessa situação familiar difícil, Marta sempre foi rejeitada pela família do pai de Rosa, Lúcio, que não a reconhecia como esposa, não considerando assim ter vínculo algum com o bebê em gestação. As relações com essa família, e mesmo a existente entre os seus próprios membros, eram cheias de animosidade: o assassino do pai de Rosa teria sido seu próprio cunhado, tendo ambos brigado por questões de demarcação de terras.

Marta tem um episódio de tentativa de suicídio, na qual foi socorrida pela filha, então com oito anos, que tomou todas as providências para interná-la.

As famílias paterna e materna de Rosa são de ricos fazendeiros, mas de regiões diferentes: uma do Nordeste e a outra do Sul. O contato de Rosa com a família paterna era muito pequeno.

A menina só foi reconhecida como filha de seu pai aos 5 anos, quando Marta pediu na Justiça um exame de paternidade, comprovada após muita briga. Nesse

momento, estimulada pela mãe, Rosa, que fora batizada como Ana Maria, nome de sua avó materna, escolheu um nome novo, passando a chamar-se Rosa, seguido do primeiro nome da avó e do nome do pai no feminino (Ana Lúcia). Acrescentou ainda o sobrenome do pai ao seu. Observemos que esse fato revela a precoce exigência de maturidade feita a uma menina de 5 anos, que precisa se dar um nome. A inclusão da figura paterna se dá assim tardiamente, e através da opção de uma criança muito pequena. Rosa a partir desse momento passou também a ter direito a uma pensão.

A avó paterna passou então a querer ter um contato maior com a criança, que é muito parecida com seu pai, mas Marta, com a raiva de muitos anos, negava-lhe esses contatos.

Na época do início do tratamento de Rosa, Marta tinha acabado de se separar de Luís, seu segundo marido, pai de seu segundo filho, de 2 anos de idade. Estava pronta para ser instalada a repetição da história da mãe com a própria Rosa: uma família onde a figura paterna não existiria.

No primeiro contato com Rosa, chamavam atenção o seu vocabulário de adulto e os relatos que revelavam a sua extrema responsabilidade. A menina era responsável, por exemplo, por acordar a mãe; muitas vezes, quando a mãe ainda estava dormindo, era ela que trocava a fralda do irmão para que Marta não acordasse antes da hora... Sobre o ciúme que sentia do irmão, Rosa falava com extrema desenvoltura. Contou-me também que mudara de nome. Enfim, o que se via era uma criança com comportamento de adulto.

No contrato com a mãe, é combinado um tratamento de 4 vezes por semana para a menina e uma vez por mês para a mãe, da seguinte forma: primeira quarta-feira de cada mês, a tal hora. É também levantada a possibilidade de um contato com o pai do

irmão de Rosa, Luis, a quem a menina era muito ligada, chamando-o mesmo de "pai". Marta nega-se a fazer esta proposta ao ex-marido, pois tinha a certeza de que ele não aceitaria esse contato, e também porque ela não o queria. Pergunto-lhe então se se incomodaria se eu entrasse em contato com ele. Num primeiro momento, Marta fica espantada com a minha proposta, para depois, contando-me a história do abandono do pai, me comunicar que ela mesma nunca tivera um pai. Marta, assim como qualquer mãe, quando fala de sua filha, traz histórias da sua própria infância, remetendo-se a uma identificação com a criança que um dia foi.

Logo nessa primeira entrevista, faço uma intervenção que mostra claramente a forma como proponho que o trabalho com os pais seja feito: pergunto à mãe se quer dar chance à sua filha de ter uma história diferente da dela, na qual uma figura masculina possa ter lugar. Muito mobilizada, a mãe me diz nunca ter pensado nisso. Propõe-me então que eu faça esse contato, entregando-me ao final da entrevista o telefone de Luis, acrescentando porém que não acreditava que eu fosse ter sucesso nesse investimento.

Entro em contato com Luis que, para minha surpresa, prontifica-se a marcar uma entrevista, na qual fica clara sua disponibilidade em comparecer uma vez por mês ao meu consultório para trabalharmos seu vínculo com Rosa, já que se sentia um pai para ela. O próprio Luis se coloca freqüentemente na posição de pai, dizendo textualmente, por exemplo, que tem quatro filhos. Nessa entrevista, conta-me que tivera um casamento anterior no qual teve dois filhos: um menino de 17 anos, que morava com Luis desde a sua separação de Marta, e uma menina de 14, que permanecera com a mãe. Antes da separação, Rosa vivia uma verdadeira relação de irmã com esses dois jovens, tendo inclusive na menina de 14, a quem muito admirava, um modelo de identificação. Ressentia-se com o comportamento de Marta, que não queria permitir, desde que houve

a separação, aliás bastante recente, que Rosa tivesse um contato com Luís e seus filhos. Rosa via o padrasto, junto com o filho de 17 anos, quando iam buscar o irmão de Rosa, que passava os finais de semana com eles. Embora Marta tivesse sempre objeções a que Rosa fosse à casa de Luís junto com o irmão mais novo, às vezes diante da insistência do padrasto permitia que a filha passasse algumas horas com ele, nunca um final de semana inteiro.

Logo no início do tratamento, via-se o quanto a criança colocava-se diante da mãe como se fosse sua própria mãe, estabelecendo um vínculo que poderíamos chamar de vínculo invertido. O alívio que tanto a mãe como a filha sentiram no início do tratamento confirmava a hipótese de que Rosa podia contar muito pouco com sua mãe, assumindo portanto esta atitude maternal com ela, da mesma maneira que Marta vivera a partir de seus 15 anos, sendo mãe de sua mãe. Essa realidade somente pôde ser trabalhada a partir da técnica de inclusão dos pais.

Tanto Luis como Marta nunca faltaram a suas entrevistas mensais comigo, que são realizadas em separado. Marta conta com uma análise que já faz há vários anos e Luis, no momento, está examinando a possibilidade de procurar um tratamento, na medida em que várias situações da sua vida particular estão vindo à tona. Essa demanda foi reforçada pelo fato de ter perdido seu pai no decorrer desse processo, o que fez com que sentisse ainda mais a necessidade de se tratar.

É importante ressaltar que Luís é um senhor de 50 anos de idade, e nunca pensou em fazer tratamento analítico: ao contrário, sempre criticou Marta por se "expor" a esse tipo de trabalho. Fica claro que percebeu na minha atitude não a proposta de um tratamento seu, mas de estabelecer um contato que pudesse dar conta do seu vínculo com Rosa, vínculo este que tinha dificuldades próprias à especificidade

de relação de um padrasto com sua enteada. Ao mesmo tempo, a partir dessa experiência Luís pôde reformular suas idéias preconceituosas em relação a uma ajuda terapêutica que abordasse outros aspectos de sua vida.

Nossa proposta de trabalhar a inclusão dos pais no tratamento psicanalítico de crianças pode ser evidenciada através do relato de algumas situações clínicas.

Às vésperas das férias, tornava-se necessário programar com Rosa onde e com quem ficaria durante um mês, quando sua mãe estaria na fazenda e ela precisaria voltar às aulas. A sugestão da mãe era que ficasse com sua madrinha, e Rosa estava gostando da idéia, embora assustada. Dizia-me: "Eu adoro a Dinda, sabe? Ela é também madrinha do filho de uma amiga que mora com ela. Elas são mais do que amigas. Será que ela era também mais do que amiga da minha mãe?" Estava embutida nessa comunicação uma fantasia homossexual que Rosa fazia a respeito da mãe com a Dinda.

Em sua consulta, a mãe disse-me que Luis estava indignado com a possibilidade de Rosa ficar com a Dinda nas férias da mãe. O ex-marido estaria com ciúmes e preocupado com a sexualidade de Rosa. É somente nessa ocasião que Marta comunicou-me, como um segredo, que tivera um caso com Dinda, e por isso esta era madrinha de sua filha. Marta contou-me indignada que Luis, ciente da história, queria "fazer a cabeça" da menina para que ficasse nas férias com ele. Perguntei-lhe se não tinha ela própria essa preocupação com a homossexualidade em relação à menina, ao que Marta manifestou abertamente sua atitude contrária: "Deus me livre de Rosa ser homossexual." E me conta que Dinda, tendo essa preocupação, se propunha a deixar de dormir com a sua atual companheira para dormir com Rosa. Perguntei-lhe se isso não a

preocupava mais ainda, e disse-lhe que Rosa já sabia da homossexualidade de Dinda, fazendo fantasias a respeito da relação que as duas tinham mantido em outros tempos. Marta reagiu com muito espanto, concluindo que conversaria com Rosa a respeito, já que esta queria ficar na casa de Dinda, deixando claro para ela e para Dinda que Rosa dormiria no quarto de hóspedes. No entanto, não podia imaginar-se conversando com Rosa a respeito da relação que mantivera com Dinda.

Quando conversei com Luís, espantou-se de eu estar inteirada de toda a história: "Parece que as pessoas passaram a jogar o jogo da verdade". Sem dúvida, ficou contrariado pelo fato de eu não ter interferido no sentido de influenciar a ida de Rosa para sua casa e deu-se conta de que era uma realidade imutável esta de Rosa ter uma madrinha homossexual. Ao mesmo tempo, trabalhamos o seu desejo de negar que sua ex-mulher, Marta, teve uma experiência homossexual, na medida em que até então via somente a Dinda como uma homossexual que poderia ameaçar Rosa na sua heterossexualidade.

A dificuldade de Marta de assumir seu papel de mãe foi muito trabalhada nas entrevistas mensais. Um exemplo dessa dificuldade aparece num episódio que envolve uma proibição. Rosa tinha por hábito passear na pracinha com seu cão, não somente de dia, como também ao entardecer. Sua mãe, diante da recusa da menina em interromper essa prática, pergunta-me se pode proibi-la de fazer isso. Entendi sua pergunta como uma busca da legitimidade de seu papel de mãe: pois se podia proibi-la antes do tratamento de ver os parentes, por que não poderia proibir sua ida à pracinha, onde percebia o contato de Rosa com crianças do morro que poderiam representar de fato uma ameaça concreta? Parecia que em relação a questões que se ligavam à sua identidade como mãe, o seu comportamento era de total apatia. Ao trabalharmos essa

questão, faz uma associação com a sua própria mãe, que passou tanto tempo doente, que era super-permissiva, dando-lhe com 15 anos de idade cheques e responsabilidades com as quais nem sabia lidar. Pôde, mais tarde, através do trabalho desse material com sua analista, elaborar essa questão e apresentar-se à filha como mãe, proibindo-lhe a praticinha.

Podemos explicar o fato de Rosa entrar em situações de perigo real, como nesse caso da praticinha, como resultado de uma defesa contrafóbica. Como Rosa tem seu mundo interno povoado pelo medo de perder a mãe, tem necessidade de fazer defesas para lidar com esses sentimentos.

As alterações de sono de Rosa também podem ser vistas como resultado do medo de perder sua mãe. A menina não se permite descansar porque corre riscos: há que estar sempre alerta para os perigos que poderão aparecer, já que, em sua fantasia, qualquer separação pode significar uma perda da mãe, assim como na ocasião da tentativa de suicídio, em que teve que tomar providências para que a mãe fosse socorrida. Rosa faz uma unidade com a mãe, vivendo constantemente uma angústia de separação.

Nos episódios acima relatados - o da proibição da entrada do padrasto na família, o da questão homossexual e o do passio na praticinha - se poderia objetar que a analista adotou uma atitude pedagógica. No entanto, as questões trabalhadas foram sinalizadas a partir de movimentos inconscientes da mãe, que mais tarde as levou para sua análise para serem melhor elaboradas.

Inúmeras vezes, o papel que assumo diante dos pais me coloca na condição de trabalhar também o vínculo entre ambos, na medida em que essas relações fazem parte da realidade externa da criança em tratamento.

Outro aspecto interessante que surgiu neste caso foi o de ter sido solicitada a trabalhar o vínculo do padrasto com os outros filhos dos pais, que sequer conheço. Diante de tantas solicitações que Luís me fazia, disse-lhe (e isto foi trabalhado com ele) que estava me pedindo que fizesse o papel de seu analista, o que não era possível: se ele pedia uma atenção maior, um trabalho mais profundo, um número de vezes maior por mês, é porque se impunha a necessidade de procurar um analista.

Através do trabalho com os vínculos familiares desse casal, que já não forma mais um casal conjugal, mas atualmente apenas parental, foram feitas importantes conquistas na rede familiar a partir do início do tratamento de Rosa.

A partir da constatação da falta de uma figura masculina na família original da mãe, e da tentativa de Marta de repetir sua história com a filha, não lhe permitindo o contato com o padrasto, mobilizaram-se ansiedades que permitiram à mãe reformular sua postura e permitir a entrada do padrasto. Sem dúvida, o fato de viver com a analista da filha um processo de identificação representou para Marta um estímulo para se interessar mais por sua filha como mãe, além de se sentir reassegurada de sua função de exercer uma maternagem em que fosse capaz de compreender e cuidar de sua criança.

Marta, assim, passou a colocar-se como alguém que pode cuidar, assumindo o papel de mãe. Ao mesmo tempo, a inclusão de uma figura masculina no processo analítico da filha propiciou uma elaboração dessa questão na sua própria análise.

Considerando que para a criança as respostas da mãe são fundamentais como referências sociais que vão fortalecer seu ego, entendemos que o trabalho feito com Marta, tendo apontado seu desejo inconsciente de repetir sua história através da filha,

permitiu-lhe alguma elaboração e o exercício de sua função materna, dando espaço assim para que Rosa pudesse, na constituição da sua realidade psíquica, se representar como mais criança, mais irresponsável, e permitir-se um confronto com Marta, representado pela rebeldia quanto a seus estudos e pela agressividade dirigida à mãe.

Com o desenvolvimento da análise, a criança apresentou uma melhora significativa. A agressividade de Rosa, que se manifestava anteriormente em relação ao mundo, hoje é dirigida à mãe. Permite-se ser criança, verbalizando isso: recusa-se, por exemplo, a assumir o papel daquela que tem que acordar a mãe para seus afazeres. Suas notas na escola pioraram muito, o que colocou Marta numa postura maternal, exigindo-lhe notas melhores e proibindo-lhe o lazer para que possa estudar.

Vivendo uma maior proximidade com o padrasto, Rosa pôde dar continuidade à família que durante alguns anos fez parte de sua vida: seus irmãos, filhos de Luis, e sua avó, mãe de Luis, situação que não existia desde que Luis e Marta se separaram.

Rosa hoje tem uma total intimidade com a família do verdadeiro pai, com quem passa férias e feriados mais longos. Seus tios, irmãos de seu pai, têm uma relação de afeto e carinho com a menina, contando-lhe muito sobre seu pai. São também outras figuras masculinas que hoje fazem parte da realidade de Rosa. Como se trata de uma família muito grande, a menina tem possibilidade de desenvolver relações com seus primos, alguns dos quais têm uma idade próxima à sua. A avó paterna tem em Rosa a neta preferida, e vem ao Rio especialmente para visitá-la. Sua relação com ela não é somente de avó como também de mãe, na medida em que vê na menina o filho que perdeu.

Enfim, vemos que Rosa pôde ter, a partir de seu tratamento, uma família com uma estruturação diferente da que tinha antes de iniciar tratamento. Ganhou uma grande

família, tanto por parte do pai substituto Luís, como do lado de seu verdadeiro pai, rompendo com a história de repetir uma família constituída somente por mulheres, situação estabelecida antes do tratamento.

O padrasto, como já salientamos acima, resolveu pensar numa análise, manifestando claramente o desejo de ter um espaço maior para si.

3.2.2. Segundo caso: Maria

Fui procurada por um casal que trazia uma grande preocupação em relação à sua filha Maria, de 12 anos de idade, que apresentava uma agressividade incontrolável, "por motivos aparentemente de pouca importância", em relação aos pais e a seu irmão mais novo, João, de 7 anos de idade. Mas a queixa principal era a aparência com que Maria se apresentava nos últimos tempos: só usava calça jeans da moda, cortadas em vários lugares diferentes, e camisetas surradas; seu cabelo comprido, que em outros tempos era bem cuidado, parecia não ver pente; suas unhas se apresentavam roídas até sangrarem, e conseqüentemente apresentava várias feridas nas pontas dos dedos; e calçava sandálias havaianas nos pés sempre sujos: "parece uma criança filha de pobre, que não tem o que vestir".

É importante notar que a aparência dos pais era completamente diversa: ambos eram muito altos, apresentando-se muito bem vestidos, a mãe cheia de jóias, enfim, tinham uma postura de ostentar sua riqueza. Acreditavam na sua superioridade em relação aos outros, uma vez que eram figuras públicas, citadas freqüentemente pelas colunas sociais.

Da dinâmica dos pais, pude perceber o quanto a mãe se considerava dona do saber a respeito de seus filhos. Falava sem parar das condições de “filhos de ricos” que as crianças tinham, pedindo sempre a confirmação do marido, o que este fazia prontamente. O menino de sete anos, por exemplo, tinha como *hobby* três tipos diferentes de esporte: equitação, onde se destacava muito; barco a vela participando de regatas infantis, também sempre muito bem colocado nas competições; e por fim era um corredor de *kart*. O pai, com uma postura de muito orgulho, dizia que seu filho era um forte candidato a corredor de automóveis: “é sua paixão, e é um esporte muito caro, não é qualquer um que pode permitir ao filho esse luxo”. Da sua própria história, me conta que quando tinha 20 anos desejava poder praticar este esporte, mas isto lhe foi vetado por seu pai, que após procurar saber sobre essa possibilidade percebeu que era algo fora da sua realidade.

Num primeiro momento, parecia que tanto o pai como a mãe tinham necessidade de mostrar-me o sucesso deles e do filho para depois poderem abordar as dificuldades da filha, que era o “problema” da família, fazendo-os sentirem-se frustrados e culpados pelo resultado de todos seus investimentos com ela.

Mais tarde, no decorrer dos encontros seguintes, pude ver que na realidade outro aspecto importante era responsável por essa atitude: o pouco contato que tinham com a filha, já que esta, há mais ou menos um ano, exigia uma liberdade “própria da idade”. Sabiam contar pouco a respeito da Maria, e quase nada souberam me falar de seu dia-a-dia: “não leva jeito para nenhum esporte”. Quanto aos estudos, parecia que a relação de Maria com a escola era “razoável”: nunca passava direto, mas também nunca estivera nas condições atuais: ameaçada de repetir o ano escolar.

Quanto à primeira infância de Maria, a mãe relata não tê-la amamentado, como aconteceu com João, em cuja época os médicos achavam que a amamentação era importante: "Além do mais eu queria tomar remédio para emagrecer, e amamentando não poderia". Conta-me que depois que Maria nasceu via-se com o corpo deformado, detestando sua imagem de mãe gorda. "Fiquei parecida com minha própria mãe, uma matrona". Já na gravidez de João, não engordara tanto. Quanto à amamentação dele, transcorreu também de forma pouco usual: o pediatra de Maria proibiu a mãe de fazê-lo na frente da menina. Ela tinha um ciúme louco: dizia que queria que João morresse, que ia matá-lo. Quem cuidava de Maria era uma babá, Carmem, que quase fazia parte da família, pois fora babá da mãe de Maria. Infelizmente essa babá falecera fazia menos de um ano. Ficou claro por que os pais pouco sabiam me informar sobre Maria: quem cumpria o papel de mãe para com ela era Carmem.

Era de se espantar como os pais não sabiam responder a perguntas simples, como a idade em que Maria passou a se vestir sozinha, ou mesmo como foi sua adaptação na escola. Parecia que Carmem cuidava de tudo que era relacionado com ela. O pai justifica o fato pela necessidade de que sua esposa o acompanhasse a viagens a trabalho. "Mas nunca faltou nada a Maria: pelo contrário, além da Carminha lhe dar toda a atenção que queria, tinha um motorista, um mordomo, duas empregadas: todos seus desejos eram realizados". Quando pedi-lhe um exemplo, não soube dar-me nenhum que não fosse ou alguma viagem ou roupas e brinquedos. A mãe tentou ajudá-lo na resposta, mas também não teve sucesso, concluindo que, de fato, sempre que viajavam precisavam fazê-lo escondido, porque a menina chorava muito dizendo que queria ir junto. "Maria sempre foi muito chorona, muito exigente, brigona com o irmão: quando trazíamos presentes de viagem, ficava achando que o do irmão era sempre

melhor, tudo era motivo de 'show' acompanhado de muito choro. Até hoje é uma criança insaciável”.

Minha interferência nessa comunicação foi no sentido de concordar que os desejos de Maria eram todos realizados, exceto um: o de estar com os pais.

O pai, sentindo-se cobrado por mim, reagiu argumentando que não poderia estar junto de Maria, pois tinha compromissos, e afinal, era ela que não sabia “como o irmão, procurar atividades de seu interesse”. Mas a mãe se opôs ao marido, afirmando que, ao contrário de Maria, o irmão tinha um primo da mesma idade que morava no mesmo prédio, e assim vivia na casa dos tios, fazendo os programas da família. A postura da mãe era menos persecutória em relação a mim: deixava clara uma disponibilidade de rever suas atitudes em relação à filha, e principalmente mostrava-se mais desembaraçada para pensar seu vínculo com Maria.

Estava diante da história de uma pobre menina rica criada pelos empregados da casa, e que tinha numa empregada uma mãe substituta. Essa situação de alguma maneira permitia-lhe manter um equilíbrio, sem que sua problemática aparecesse de uma forma tão escandalosa como aparecia agora que não tinha com quem contar, já que Carmem falcera.

Transmiti aos pais a minha interpretação, e falei-lhes da importância de que alguém ocupasse o papel que Carmem representava para a menina. Lamentando muito, a mãe disse-me que ninguém poderia fazê-lo: “a dedicação de Carminha ninguém poderá substituir, você imagina que ela morava no quarto de Maria, por desejo da própria Maria.” Ficava claro com esta resposta que a mãe não se imaginava podendo cumprir um papel de mãe para sua filha. O vínculo que sempre se estabeleceu entre elas

não era o de mãe e filha: seria necessário trabalhar para que se pudesse estabelecer um vínculo maternal.

Foi um grande espanto meu primeiro encontro com Maria: esperava uma criança de 12 anos de idade e adentra no meu consultório uma mocinha mais alta que eu, tinha mais de um metro e setenta. Uma bonita moça, com uma aparência de fato muito maltratada: uma camiseta muito larga e furada jogada em cima de um corpo macérrimo, numa calça jeans surrada. Senta-se no divã meio desengonçada - o corpo já formado de uma mulher parecia não combinar com aquele rosto de menina -, me olha com olhos que me pareciam estar mais arregalados que os meus, e me diz: "meus pais devem ter te falado da criancinha deles que roía unhas, e você está espantada comigo, não é?" Concordei com a cabeça. Em seguida, ela me diz que não acredita nesses tratamentos de doido porque não é doida, mas como os pais falaram que eu queria vê-la para ouvir o que ela achava ela veio. "O que eu tenho para te dizer não tem nada a ver com o que eles te falaram, mas só falo se você me garantir que não diz a eles a coisa que eu acho mais importante de te dizer nesse encontro". Disse a ela que se fosse tão importante para ela estava garantido o sigilo a respeito dessa informação que queria me dar. Novamente fiquei muito surpresa, e por que não dizer chocada, quando me disse que fumava maconha todo dia, e estava começando a gostar muito de cocaína, que ainda era uma coisa muito nova para ela. Num primeiro momento, pensei que estivesse inventando a história, tamanho o absurdo que me parecia a associação de uma menina de doze anos com uma moça drogada. Depois, considerando seu vocabulário e sua intimidade com a questão, me dei conta de que ela havia me colocado numa enrascada: eu teria que lidar com uma realidade tão grave, com uma menor de idade, sem a participação dos pais. Perguntei-lhe se havia algum adulto de seus relacionamentos que

sabia que ela se drogava, ao que me respondeu negativamente. Ela encontrara em mim a saída para a sua dificuldade de estar sem a Carmem. Primeiro elegera as drogas para substituir a Carmem, e agora parecia-me querer para ocupar esse lugar. Mas como poderia eu me responsabilizar por ela? Todas suas comunicações eram numa linha de como estava "se safando" de situações perigosas: conta de um PM no Maracanã que a adverte e pede que jogue o "baseado" fora mas não a prende porque "você deve ter a idade de minha filha: não faz isso não, menina". Todas suas histórias têm um tom de brincadeira. Digo-lhe que me parecia que estava brincando com coisas muito perigosas. E sua resposta às minhas observações é sempre um riso que me parecia um riso satisfeito por ter conseguido me preocupar. Digo-lhe isso, e também que eu acreditava que ela estava sofrendo muito com tudo isso, que na verdade ela estava com muito medo, medo de ficar sozinha, por isso estava querendo ver se eu podia ficar com ela.

Numa segunda entrevista com Maria, resolvi dizer-lhe que eu não poderia tratar dela e cumprir com o que havia lhe prometido, isto é, não poderia aceitar dividir seu segredo com ela e fingir para seus pais que eu a estava admitindo em tratamento porque roía unhas. Num primeiro momento, parecia que ia me bater, tamanha era a sua raiva. Repetia no meio de suas cobranças várias vezes a seguinte frase: "isso é traição, todo mundo me trai". Disse a ela que eu acreditava que ela sentia que Carminha também a traiu quando morreu, deixando-a sozinha. Nesse momento Maria cai num pranto que só parou quando a sessão acabou, quando ela me disse: então eu não venho mais aqui. Vou dizer para eles que não gostei de você, e você não fala nada, não é? Confirmei, pois tinha condicionado o tratamento à comunicação com os pais. Depois o que eu iria fazer com eles eu própria ainda não sabia. Estava de alguma maneira apostando na interpretação que fiz à menina de que me queria como à Carmem, numa relação em

que seus pais ficavam excluídos. Eu poderia ser uma representante de Carmem, mas queria os pais também como responsáveis. Não queria estabelecer um vínculo com ela exatamente como era com Carmem, condicionado à exclusão dos pais.

Na porta, antes de sair, perguntou-me se eu tinha certeza de que não queria vê-la mais, ao que corrigi dizendo: “quero sim te ver e te tratar, mas com a condição de que a gente possa dizer a seus pais sobre o ‘segredo’; você não quer vir mais uma vez aqui para falarmos sobre esta possibilidade?”. E qual não foi minha surpresa quando ela disse que viria na hora que já estava previamente combinada: na primeira entrevista com os pais eu havia estipulado que gostaria de vê-la duas ou três vezes antes de combinarmos qualquer contrato.

Podemos supor que Maria queria que eu dissesse aos pais seu terrível segredo. Mas ao mesmo tempo tinha muito medo deles: não os reconhecia como aliados, e sim como pessoas que sempre a abandonavam. Era esse o sentimento que tinha em relação a eles. Haviam fixado um vínculo que necessitava ser trabalhado para que nele se estabelecessem alianças, confianças.

Caso eu aceitasse esse “segredo” e não exigisse o trabalho desse seu vínculo com os pais, estaria confirmando para ela que para uma pessoa estar ao seu lado seria preciso excluir os pais, como Carmem fazia. Por outro lado, a postura dos pais era de impaciência: também eles queriam a “volta” de uma “Carmem”; que os liberasse de cumprir com este vínculo parental.

Na sessão seguinte com Maria, foi vista a grande dificuldade que esta tinha de ver os pais com alguma admiração. Tinha críticas de todo tipo para com eles: “só pensam nas aparências, os estranhos são mais importantes que a família”. Tive possibilidades de lhe mostrar como ela própria, na sua identificação com os pais, que

valorizam mais os outros que os familiares, estava adotando essa mesma atitude comigo: eu passava a ser mais importante que eles. Sem dúvida que eu tinha a esperança de mostrar-lhe que a própria procura de um analista implicava o fato de que os pais estavam preocupados e querendo aproximar-se dela, enquanto ela passava a assumir a atitude anterior deles, que era a de se excluir da relação.

Maria estava sendo preparada para romper com este vínculo patológico que estabelecera com os pais. Restava-me a dúvida de como eles, que eram o outro pólo dessa questão, poderiam reagir a esse rompimento, uma vez que Maria manifestava um receio de que eles a mandassem para um internato. Uma prima sua já estava internada nessa escola há dois anos.

Ao final das primeiras entrevistas com Maria, ficou combinado que teríamos um encontro com seus pais para que ela pudesse falar de seu "segredo" com eles.

No último encontro que tive com os pais antes da entrevista junto com Maria, procurei reforçar a importância de se colocarem como pais diante da filha, dizendo-lhes claramente que eu não tinha condições de cumprir com esse papel: poderia ajudá-los sim, se o quisessem, a desenvolverem melhor o vínculo com a menina, que eu acreditava ter características relativas às dificuldades pessoais de cada um deles com suas histórias de vida. Esse trabalho eu fazia, mas a partir de uma postura de analista da filha, e não de uma pessoa a quem eles poderiam estar delegando o papel de "responsável" por ela.

A entrevista conjunta com os pais e a menina transcorreu num clima de muita tensão: era muito difícil para Maria lidar com a realidade nova que se impunha a partir de uma condição apresentada por mim. No entanto, pudemos compartilhar de um ambiente onde todos tinham interesse de sair de um impasse que fora colocado pela

realidade. O encontro possibilitou que as questões dos dois pólos, tanto dos pais como de Maria, fossem abordadas com igual importância. A dinâmica familiar apresentou-se claramente.

O pai, diante da apresentação do segredo de Maria ameaçou abandonar a sala, dizendo-se "traído" em tudo que fizera pela menina, e propondo uma única saída, que seria a internação de Maria. A mãe, completamente identificada comigo, assumiu uma postura diferente do pai, apresentando todos os argumentos possíveis para mantê-lo na sala e dizendo que precisava de sua ajuda. Pela primeira vez, aparecia uma atitude da mãe em que a aliança com a menina se apresentava e simultaneamente incluía o pai. Pôde ser trabalhada a questão da aliança, que sempre se apresentara excluindo-se alguém: naquele momento foi visto como os pais poderiam estar aliados à filha sem que a mãe precisasse excluir o pai, ou vice-versa.

Num outro contexto técnico, a manutenção do segredo poderia significar uma atitude de respeito ao paciente, ou ser considerada uma aliança terapêutica. Porém, no caso de Maria, adotou-se a estratégia de dividir esse segredo com a família, já que essa partilha implicaria uma redistribuição de responsabilidade, num apelo à redefinição dos papéis materno e paterno.

De fato, a partir desse manejo da questão do segredo, estabeleceu-se uma polarização: o pai, ao arcar com um pólo, procurando eximir-se do papel paterno, fez com que emergisse uma nova sensibilidade na mãe, que rompeu com a indiferença na qual ambos estavam unidos. Se por um lado essa situação provocou uma cisão do casal, por outro lado propiciou a emergência de uma nova postura, que viria a modificar toda a dinâmica do vínculo entre pais e filhos dessa família. A identificação que a mãe fez com a analista promoveu esse rompimento do jogo perverso de abandono dos filhos.

Esse trabalho resultou no início do tratamento da menina e na vinda dos pais ao meu consultório também em entrevistas contratadas mensalmente.

Ao longo do processo, trabalhou-se com os pais a questão do vínculo com os filhos a partir da experiência de cada um na sua família original. Após alguns meses, a mãe pediu-me uma indicação para tratamento individual, pois dizia precisar de um espaço sem o marido para examinar questões que lhe pareciam não pertinentes à sua relação com seu marido nem com seus filhos. Porém, mesmo tendo procurado uma ajuda individual para ela, continuava com o trabalho junto com o marido ali comigo.

Maria continuou seu tratamento e pôde ser verificada uma mudança grande no vínculo que passou a ter com seus pais.

É importante ressaltar que a partir do trabalho com os pais, o irmão de Maria pareceu integrar-se mais à família, diferentemente da época anterior ao tratamento, em que vivia como um agregado na família de seu tio vizinho que, de forma semelhante a Maria, tinha eleito para substituir os pais. Uma vez os pais mais preocupados com sua rede familiar, puderam apresentar-se ao filho no seu papel de pais, proporcionando um campo no qual inclusive a relação de Maria com seu irmão era tratada com a importância necessária.

3.2.3. Terceiro caso: Suzy

Suzy é uma criança de oito anos de idade cuja mãe, Claudia, me procura queixando-se de um comportamento bizarro da menina: anda pela casa de quatro,

emitindo sons de cachorro. Na mesma época em que esse comportamento apareceu, também sua letra reduziu-se tanto que só com muita dificuldade se poderia ler o que escrevia. A mãe fora procurada pela escola, que apontava esses mesmos problemas na menina.

Suzy é filha de um grande empresário, Mario, que tivera uma relação de oito anos com a mãe, vinte e cinco anos mais nova que ele. Viviam em casas vizinhas mas tinham uma relação de casados, com todas as características de uma relação de casamento. Com uma exceção: era proibido terem filhos, condição colocada desde sempre por Mario. A primeira gravidez de Claudia fora interrompida por exigência do marido, que já tivera dois filhos de um casamento anterior.

A reação de Claudia foi, num primeiro momento, de total passividade, aceitando a proposta. Após o aborto, no entanto, propôs ao companheiro que fizesse uma vasectomia, já que ele não aceitava a idéia de ter mais filhos, e ela se via impossibilitada de realizar mais um aborto. A reação do companheiro foi de total indiferença em relação à colocação da mulher.

À ocasião da gravidez de Suzy, novamente diante da negativa do companheiro de aceitar a gestação, Claudia adotou uma postura diferente, acreditando que com o tempo o pai aceitaria a criança. Até os sete meses da gestação escondeu a barriga, embora Mario soubesse de sua gravidez. No final desse mês, com a barriga já aparecendo muito, seu marido propôs-lhe que deixassem de se ver por alguns meses até o nascimento do bebê, pois não aceitava de forma alguma acompanhá-la nesse final. Lembrava-lhe que sempre fora contra a idéia de ter filhos e que esse filho que ela gestava era como uma produção independente sua. Ele não queria se comprometer com o projeto.

Claudia deixou de ver seu marido até o segundo mês de vida de Suzy, quando o procurou com sérias esperanças de impor-lhe a realidade. Cinco anos se passaram e Mario continuava relacionando-se com Claudia com a negativa de conhecer Suzy. Eis como Claudia se referia à postura do pai de Suzy: "Como éramos vizinhos, pois morávamos no mesmo quarteirão, acontecia de nos encontrarmos na rua e eu estar com a menina no carrinho, ou mesmo brincando na calçada, e ele passava como se não me conhecesse." "Se precisasse de um pediatra com urgência ele tomava todas as providências, mas sempre de longe." "Em algumas ocasiões que o pegava de jeito para conversar a respeito, dizia que não queria conhecer Suzy para não se afeiçoar a ela." Foram cinco anos de uma esperança vã, pois o pai de Suzy nunca quis conhecê-la.

Claudia reconhecia que o pai da menina lhe sustentava e dava-lhe todos os confortos que sempre dera à mãe, e não eram poucos: era uma pessoa de muitos recursos e não poupava. Ao contrário, segundo Claudia sempre foi muito generoso. Viajavam sem limite, tinham todo o conforto de pessoas de nível muito alto, com avião particular, etc.

Ao final dos cinco anos de Suzy a mãe já não acreditava que pudesse continuar a se relacionar com o marido. Sentia a rejeição à menina como dirigida a ela própria. Tomou então a iniciativa de separar-se dele e entrou na Justiça com uma ação de pedido de paternidade.

Conta-me que a partir desse momento sua vida passou a ser um martírio: viu-se rejeitada pelas pessoas mais chegadas, a quem Mario comprava com carros importados para que testemunhassem na Justiça a seu favor: queria provar que Claudia era mais uma de suas amantes, e que o fato de ter-lhe dado apartamento e toda sorte de presentes

não significava que não fizesse o mesmo com outras, justificando essa atitude como representando uma generosidade e não um compromisso.

Mario compra com seu poder e dinheiro qualquer advogado ou pessoa que na Justiça o possa colocar diante da realidade da lei: pela Justiça, qualquer homem que se negue a fazer o exame de DNA é automaticamente reconhecido como o pai da criança. Até hoje Claudia luta através dos órgãos competentes, acreditando que em algum momento a situação se reverterá, mas sem sucesso.

Claudia continua não trabalhando, vivendo de tudo que Mario lhe deixou. Conta-me que teve que se desfazer de suas jóias, quadros e tapetes, e que este ano venderia suas últimas obras de arte. Só lhe restará o apartamento, que parece ser um imóvel de luxo, numa área nobre da cidade, pretendendo alugá-lo e a seguir mudar-se para outro menor. Com a diferença do dinheiro acredita que poderá viver bem.

Quanto a Suzy, Claudia conta-me que sempre foi criada por Edna, que fora enfermeira da menina, tendo ido morar na sua casa no final de sua gestação. Fala muito de si própria, sabendo informar-me muito pouco da história de Suzy. Fica claro na primeira entrevista que Claudia me procurara por conta das queixas da escola, que recomendara que procurasse uma ajuda para Suzy.

Após fazer muitas perguntas sobre Suzy sem resposta, percebi que se quisesse saber sobre a menina precisaria entrar em contato com Edna. Disse isso a Claudia, explicando-lhe que se tratava de importantes dados sobre a menina, dados como desde quando tinha esse comportamento que tanto incomoda a todos e como foi sua primeira infância, para poder ter uma melhor compreensão da menina antes de vê-la.

No contato que tive com Edna, fiquei impressionada com a semelhança física dela com a Claudia. Depois soube por ela que essa semelhança também existia na

história de ambas. Segundo Edna, ela também tem uma filha que é criada por outra pessoa (sua mãe), e com cujo pai tem uma ação de pedido de paternidade na Justiça.

Edna conta-me que Claudia era uma pessoa muito deprimida quando a conheceu, isto é, desde que ela estava com nove meses de gravidez. Claudia teria contado a Edna que esperava ter logo o bebê, pois estava com muita saudade de seu marido. Passou o resto da gestação muito triste e só mudou de comportamento quando voltou a ver o marido, quando Suzy já contava alguns meses de idade.

Parece que Claudia voltou a ficar muito deprimida quando decidiu se separar e entrar na Justiça contra o marido. Há alguns meses, recentemente, voltou a se apresentar com humor melhor, e lhe parecia que era por causa de um namorado novo com quem está se relacionando, como o ex-marido vinte anos mais velho que ela. Esse início do namoro da mãe coincide com a atitude "estranha" de Suzy, que começou a engatinhar pela casa soltando uivos de cão.

Muito receosa, Edna diz-me que Claudia não nasceu para ser mãe, que não tinha jeito e nem a menor paciência para sua filha. "A senhora pode não acreditar, mas essa menina tem oito anos e nunca brincou com a mãe". Descreve-me Claudia como uma pessoa muito boa mas muito introspectiva e séria: "Lá em casa não é como em qualquer casa que tem vida. É sempre tudo muito quieto."

Suzy sempre chamou Edna de mãe, até há alguns meses, quando Claudia, incentivada pelo atual namorado, resolveu conversar com a enfermeira a esse respeito e começou a cobrar da menina que a chamasse de mãe. Edna parece concordar com a importância disso para a menina. "Até porque eu não sou sua mãe mesmo, e se eu precisar sair da casa como vai ficar Suzy? Tenho peninha dela pois sua mãe não sabe ser mãe". Nessa mesma época, Suzy passou a dormir na cama com a mãe.

Edna diz também que, verificando as atuais condições financeiras de Claudia, acredita que talvez não possa ser mantida por muito tempo: "Eu ganho muito e não sei se vai dar para a Claudia continuar me pagando". Assim, Edna tinha a fantasia de que seria mandada embora: será que Suzy sabia disso?

Quando Suzy nasceu, Claudia achou que seu leite era "fraco", e na segunda semana de Suzy ela já estava tomando mamadeira. Suzy nunca teve o colo da mãe, nunca tomou banho com a mãe. "Às vezes se arrumava e descia com a menina no carrinho para ver se encontrava com o marido na calçada. Depois subia e ia cuidar de suas coisas: adora falar no telefone com as amigas". Edna fazia essas observações sem raiva e sem ressentimentos: parecia entender a depressão de Claudia e, identificada com ela, até a justificava.

A esperança de Edna era que com a mudança de humor de Claudia, quando voltou a ver seu marido, fosse mais atenciosa com Suzy. Mas na verdade tudo piorou: passou a deixá-la só com a menina, a viajar muito, a ter uma vida social intensa na qual a menina nunca estava incluída. "A senhora entende por que Suzy me chamava de mãe? Sempre foi tudo comigo: eu levava a festinhas, à praia, à escola".

Pesquisando sobre o comportamento de Suzy em relação ao pai, soube que quando a menina pergunta dizem-lhe que os pais se separaram porque brigavam muito. Isto é, Suzy não "sabia" da sua história. Pelo menos nunca lhe haviam dito que seus pais se separaram porque o pai não queria filhos.

Edna me conta que no intervalo entre o pai de Suzy e o atual namorado Claudia pouco saía de casa, e assim mesmo não tinha paciência com a menina, sendo o seu contato com ela muito pequeno.

Sobre um dia de vida de Suzy, conta-me que quando chega da escola toma banho, faz dever, e fica no computador ou na televisão até a hora de dormir. Não tem amigos que freqüentem a casa porque a mãe não gosta. Se quer ir à casa de algum amigo, a mãe fica preocupada: “quando é festa ela deixa eu levar Suzy”. Nos últimos meses, com esse novo namorado de Claudia, eles têm saído levando Suzy junto com a filha dele, mais ou menos da mesma idade de Suzy.. “A menina sai com eles mas não fica com eles não, fica brincando com a outra criança”. A impressão que Edna passa é de muita preocupação, tanto com Claudia como com Suzy.

Combinando as informações de Claudia e Edna podemos dizer que Suzy tem uma mãe que procura sempre homens mais velhos para cuidar dela, talvez por isso tenha tão poucos predicados para exercer seu papel de mãe. Constatamos também que seu vínculo com sua filha é tão pobre e fraco que Suzy levou quase oito anos para lhe chamar de mãe.

Verificamos que, faz alguns meses, alguma mudança ocorreu, com a entrada do novo namorado da mãe e sua filha. Suzy passa a chamar a mãe de mãe, a sair mais com ela mas também a se comportar como se fosse cachorro. Por outro lado, Suzy vive com a ameaça de perder a pessoa a quem chamara de mãe por oito anos de sua vida.

Nas primeiras entrevistas que tive com Suzy, poucas informações verbais tive. Seu primeiro desenho era um cachorro grande preso a um grande poste iluminado. Do rosto do cachorro grandes lágrimas rolam. O céu do desenho apresenta muitas estrelas, inclusive uma estrela cadente e a lua. Há um cãozinho pequeno que corre em direção a um osso que parecia ter sido jogado pela mão de alguém que fica fora da folha do desenho. Vê-se também um balãozinho, desses de história em quadrinho, com uma fala desse alguém que a chama e lhe diz que tem uma surpresa pra ela. Aliás em todos os

desenhos de Suzy existe um personagem que não aparece: somente um braço seu, ou mesmo um círculo onde a menina escreve o que o personagem estaria "falando". Vemos que mesmo sem ter sido informada sobre sua história, Suzy tem a vivência de que alguém se coloca fora de sua vida.

Sobre o primeiro desenho de Suzy, podemos pensar que esse cachorro amarrado é a sua própria mãe deprimida. O pequeno cão, que é apresentado no desenho correndo e latindo na direção do osso que lhe é jogado e com um ponto de interrogação, pode também ser visto como a própria Suzy, que parece ser uma criança muito solitária. Sente-se vivendo uma vida de cão: quando têm filhos, os cães são separados deles e crescem sozinhos.

A partir da entrada do novo namorado, toda a estrutura da família modificou-se. Sua mãe Edna já não podia ser sua mãe; Suzy ganhara uma irmã com quem tinha que dividir uma mãe recém-apresentada como mãe, e um padrasto, uma figura masculina que até então nunca tivera. Diante da nova organização familiar, parece que Suzy sentia-se tão pequena quanto o tamanho da letra que apresentava. Por muitas vezes lhe falei que parecia um cão pequeno separado de sua mãe Edna, e que ia crescer numa outra família, com outro tipo de organização.

Desde o começo do tratamento de Suzy, decidi não inclair Edna, que embora tivesse uma importância fundamental na história de Suzy, poderia interferir no trabalho que pretendia fazer com Claudia no sentido de ajudá-la a examinar o seu papel de mãe. E de fato, parecia que Edna preparava-se para ir embora da casa.

As entrevistas mensais com Claudia se mostraram de muito valor, não somente porque permitiram à mãe tratar de questões a respeito do seu papel de mãe como também por lhe proporcionar um espaço onde pesquisa os vínculos que teve em sua

vida e que no presente se reeditam na sua relação com a filha. Na sua história, Claudia teve uma mãe que a abandonou, deixando-a com o tio.

Para exemplificar o trabalho com Claudia, incluo uma vinheta de uma sessão onde aparece o manejo da interpretação. Nessa sessão, Claudia conta-me da sua mudança de apartamento que ocorreu dias antes.

Claudia: *Suzy está lidando melhor que eu com a mudança para o apartamento novo.*

Analista: *Como assim?*

C: *Desde que nos mudamos, não sei se pelo fato dela estar de férias... mas com certeza não é só... chamam a atenção as iniciativas que Suzy tem tomado. Você sabe que ela nunca foi de muitas iniciativas... todo dia pergunta se pode ir à piscina ou ao play... Já descobriu duas meninas da sua escola que moram no prédio, agora vive lá embaixo.*

A: *Você me conta novas conquistas da Suzy, mas parece não satisfeita, parece triste.*

C: *É verdade. Ela não fica mais em casa. Claro que por um lado fico livre para arrumar a mudança, mas... Ontem mesmo comprei meu colchão. Suzy fez uma festa, disse que finalmente vai se livrar dos meus roncos e de meus puns.*

A: *Você está dormindo com ela?*

C: *É, estou. Desde a mudança fiquei sem lugar pra dormir pois aluguei meu apartamento com todos os móveis. Nesse novo apartamento tem uma cama de casal no*

meu quarto, mas sem colchão. No quarto de Suzy tem uma heliche... Então eu fiquei dormindo na cama de baixo.

A: Que curioso: no outro apartamento era ela que vinha pra sua cama procurando proteção de mãe. E com a mudança, parece que você ficou sem um espaço e procura o quarto dela, como se estivesse procurando uma proteção com ela.

C: Sabe, quando minha mãe me deu pra meus tios eu fiquei muito sozinha. Minha tia tinha outros filhos, eu tinha que me cuidar sozinha ou mesmo às vezes recorria a meus primos.

A: Podemos entender que essa mudança provocou em você esse mesmo sentimento de abandono. Então recorreu à Suzy, como se com ela pudesse se sentir amparada, assim como com seus primos.

C: É verdade; eu fiquei mais criança que ela. Parece que ela viu na mudança uma conquista, novos espaços com novas pessoas, num prédio onde ela encontra um grupo de pessoas novas. Eu te disse no começo da sessão que ela estava melhor que eu... Você acha que eu fiquei de filha dela? É, acho que sim... E ela não gostou nada, está feliz porque vai se livrar de mim agora que comprei meu colchão. Ainda bem que ela não quer assumir esse papel de mãe comigo, né?

Vimos, nesse pequeno recorte de sessão, como Claudia percebeu na sua atitude de procurar a cama da filha uma identificação sua com a criança carente que fora.

A situação da filha dormindo com a mãe poderia se prestar a uma atitude pedagógica do analista. Nossa abordagem, porém, é inteiramente diversa, já que se propõe a ouvir um material num *setting* analítico, segundo o processo de associação livre. Esse tipo de abordagem produz resultados razoavelmente imediatos e concretos, que ao contrário do que ocorre na postura pedagógica, não provêm de uma orientação

direta e autoritária, já que não se trata de induzir a uma mudança de comportamento, mas de permitir uma elaboração interna que leve a essa mudança.

No decorrer do trabalho com a mãe, foi possível examinar a culpa que sentia por ter posto no mundo uma filha sem pai, já que não fora enganada por ele, que era claríssimo a respeito de não desejar ter filhos. A partir dessa constatação, Cláudia decidiu falar com Suzy a respeito do seu pai. Até os oito anos de idade, a menina não só não sabia o nome dele como também ignorava tudo a seu respeito.

A partir do momento em que começou a ser tratada com Suzy a questão da vida de cachorro que sentia ter, seu comportamento de andar de quatro parou, e seus uivos desapareceram por completo. Quanto à sua letra, voltou a ser do tamanho que era antes.

Hoje Suzy costuma trazer ao consultório o pai de diversas maneiras diferentes: ou falando diretamente no pai ou mesmo através de recortes de jornais ou de revistas onde o pai aparece. Traz claramente o desejo de conhecer esse personagem que lhe foi escondido e por quem foi e ainda é rejeitada.

Não é possível saber como a história de Suzy vai evoluir, mas esse tipo de abordagem, tomando-se todo o contexto em que a criança vive como uma preocupação que faz parte do trabalho do analista de criança, também neste caso teve resultados significativos que de outra forma seria mais difícil alcançar.

Nos três casos apresentados, verifica-se a preocupação em investigar em que contexto real a criança está inserida. Acreditamos que as relações que a criança tem com seus pais, seus irmãos, enfim, seus entes mais próximos, terá uma relação direta com a constituição da sua subjetividade. Examinar esse contexto nos dá condições de avaliar a dinâmica da família e apontar uma estratégia que possa incluir o trabalho com o vínculo patológico que se estabelece entre os vários membros de uma família.

O segundo caso, por exemplo, ilustra menos um manejo técnico que produziu um *insight* pela via interpretativa do que um impacto produzido pela estratégia proposta. Nessa estratégia, optou-se por correr todos os riscos como a única maneira de não ter uma paciente drogada, que atribuísse à analista o papel de mãe. Essa decisão estratégica foi tomada a partir de uma leitura psicanalítica de que o que estava em jogo era produzir uma cisão nesse “equilíbrio patológico” do casal indissolúvel. De fato, esse casal se partiu em pai e mãe momentaneamente com pontos de vista antagônicos. Essa antítese produziu a melhor das sínteses para esse momento: a permanência de Maria em tratamento psicanalítico, com a participação e responsabilidade dos pais.

Nesse segundo caso, aparecia um casal sem papéis materno e paterno definidos, fechado para qualquer estímulo externo, mesmo o de seus filhos. Já no primeiro e terceiro casos, houve a recriação de uma função paterna que não existia.

Lembrando Pichon-Rivière, podemos dizer que fazemos uma psicanálise da criança considerando também o aspecto psicossocial, que corresponderia à análise com o paciente dos seus vínculos com os membros da sua família. De fato, através do trabalho com os pais fazemos um estudo sociodinâmico, uma vez que analisamos as tensões existentes no grupo familiar. Quanto ao que Pichon chama de análise

institucional, estaria sendo trabalhada quando pesquisamos a história e a origem da família.

4. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante muitos anos, na história da psicanálise de crianças, os analistas que seguiam a corrente clássica de análise tinham como norma tratar da criança sem fazer uma clara abordagem dos pais, não os considerando inerentes ao processo terapêutico da criança. Neste trabalho, apresentamos vários aspectos relativos ao lugar dos pais na psicanálise de crianças, e nos propusemos a incluí-los no curso do tratamento, ampliando o campo de trabalho do analista.

Esta proposta implicaria, por sua vez, um objetivo adicional para o analista de crianças, embora este não seja o foco da sua prática: o de trabalhar o equilíbrio da dinâmica familiar. De fato, como vimos no decorrer do trabalho, não podemos conceber a criança sem a sua interação com os familiares, já que a família atua em uma subjetividade em construção.

Na medida em que adotamos a Teoria do Vínculo de Pichon-Rivière, segundo a qual o surgimento de uma doença num membro da família está relacionado com a totalidade do que ocorre dentro dela, torna-se impossível deixar de considerar a inclusão dos pais na terapêutica da criança. Sendo a criança doente uma representante tanto de uma estrutura individual como familiar, o trabalho psicanalítico com a criança seria uma das vertentes do trabalho terapêutico. A outra vertente seria o trabalho com os pais, conduzido em função do tratamento da criança: a inclusão dos pais no processo psicanalítico permitiria justamente a abordagem terapêutica da outra parte do todo que é a família.

Isso não quer dizer que consideremos o trabalho individual com a criança menos importante. Ao contrário, esse continua sendo o foco principal da análise. Na verdade, a

abertura de um espaço para que os pais trabalhem as angústias referentes a seus filhos visa possibilitar que a criança seja examinada não somente a partir do seu mundo interno, mas também da sua realidade externa, na qual está inserida e da qual depende no seu dia-a-dia.

No trabalho com os pais, é possível perceber suas interações com a criança, bem como seus movimentos inconscientes em relação a ela. Freud (1923) afirma justamente que uma grande vantagem do exame das neuroses da infância é que apresentam de forma evidente uma série de aspectos que, em idade posterior, só podem ser descobertos após investigação exaustiva. De fato, reconstruir as dificuldades infantis numa análise de adulto é muito mais difícil do que percebê-las na análise infantil.

Por outro lado, a experiência clínica nos mostra que a elaboração que a criança faz em análise pode muitas vezes ser resultado do trabalho paralelo que o analista faz com os pais. Foi o caso de Rosa, que pôde apresentar seu lado infantil a partir do momento em que a mãe, em tratamento, assumiu mais sua função materna.

Uma vez optando por incluir os pais na análise de crianças, é preciso definir a forma como se dará essa inclusão. Nossa proposta é que essa inclusão seja feita psicanaliticamente, realizando-se em dois níveis: o nível técnico e o estratégico.

A técnica é o princípio segundo o qual o trabalho é realizado, o elemento básico do processo terapêutico, fundamentado na interpretação. Essa técnica é a psicanalítica, que por sua vez leva em consideração a Teoria do Vínculo, de Pichon-Rivière. Cabe ao nível técnico a interpretação dos conteúdos dos pais relativos aos filhos, bem como o trabalho com as identificações e transferências.

A estratégia pode ser definida como o modelo que será adotado para incluir os pais no tratamento, modelo esse traçado a partir do exame psicanalítico do caso. Ela será a estrutura na qual os conteúdos dos pais em relação aos filhos serão trabalhados. É através das entrevistas preliminares que o analista tem condições de avaliar a questão da criança e sua relação com a problemática dos pais. Nesses primeiros encontros, o analista avaliará os vínculos normais e patológicos que se estabelecem entre esses dois pólos, e essa avaliação servirá de base para a estratégia que será adotada com a criança e seus pais.

No modelo estratégico que será traçado, define-se se os pais serão chamados em conjunto ou separadamente. É definida também a frequência dos encontros com os pais (quando os pais são atendidos em separado essa frequência pode ser diferenciada). Se a criança em tratamento tem um certo modelo de atendimento, estabelecendo-se uma rotina de 2, 3 ou 4 vezes por semana, os encontros com os pais são mais flexíveis, podendo se dar uma vez por mês ou uma vez por semana. Deve-se considerar ainda se os pais estão ou não em análise com outro profissional.

Assim, o *setting* dos pais é mais plástico, mudando conforme a estratégia traçada para cada caso específico. Pode-se até mesmo prescindir do atendimento dos pais, se a proposta é trabalhar o começo da independência da criança, como no caso de um adolescente que tem dificuldades de conquistar uma condição de maior autonomia.

De fato, a estratégia é a forma de operar psicanaliticamente levando-se em conta a singularidade. Nessa estratégia, mapeiam-se os aspectos e processos que serão trabalhados, tais como os jogos identificatórios, os níveis de carência, os papéis materno e paterno, o desamparo. Com base nesses aspectos, pode-se definir se haverá

um foco específico para o trabalho com os pais (é o caso de Maria, em que foi focalizado o abandono).

É importante ressaltar que a elaboração da estratégia deve se dar a partir de um olhar psicanalítico, e não pedagógico. Anna Freud, diante de pais que batem muito nos filhos, criaria um espaço no qual, apresentando uma argumentação, os proibiria de fazê-lo. Já quando a maneira de pensar a estratégia não é pedagógica, mas psicanalítica, o analista procura criar um espaço que o permita perguntar aos pais por que batem tanto no filho, fazendo-os refletir sobre a sua história de vida.

Assim, a estratégia não é um modelo arbitrário, ritualístico ou pedagógico, mas um mecanismo que varia de acordo com a leitura psicanalítica das necessidades de cada caso. Ela é a moldura, o desenho que se faz do tratamento a ser realizado. Os três casos analisados ilustram bem como a família é implicada no atendimento da criança: o analista mobiliza, convoca os pais, partindo do princípio de que existe uma rede de interações. Esse atendimento estratégico dos pais é sustentado por uma técnica psicanalítica.

No tratamento de Rosa, por exemplo, avaliou-se que seria proveitoso incluir uma figura masculina (no caso, o padrasto) no processo terapêutico da criança, figura essa praticamente ausente da família, desde a geração anterior.

Já no caso de Suzy, com base na avaliação de que a mãe, tentando esquivar-se mais uma vez do seu papel de mãe, tentaria passar para a analista, da mesma forma que passou para a babá, a função materna, decidiu-se por trabalhar com a mãe e deixar a babá de lado. A técnica psicanalítica leva à decisão estratégica de retirar Edna da cena dos atendimentos: não atendê-la é valorizar a mãe. De forma semelhante, a demanda da mãe de Maria era de que a analista exercesse a função materna. Os dois casos ilustram a

estratégia montada também a partir da percepção do papel que as mães desejavam atribuir à analista.

A estratégia deve ser opaca para os pais: o analista não deve justificar por que adota uma ou outra estratégia, pois essa decisão depende intrinsecamente da técnica psicanalítica com a qual trabalha.

Ao traçar a sua estratégia, o analista deve considerar vários aspectos. O primeiro é a motivação inconsciente dos pais diante do tratamento psicanalítico. É importante ressaltar que às vezes a demanda explícita dos pais é diferente da sua motivação inconsciente. No caso de Maria, por exemplo, a demanda era a necessidade de modificar a má aparência da menina, mas havia uma outra motivação inconsciente: a ansiedade de livrar-se da função parental.

Um segundo aspecto a ser considerado é a relação entre a vida psíquica dos pais e a função parental por eles exercida. No caso de Rosa, as dificuldades vividas pela mãe em sua história pessoal influíram na sua recusa de desempenhar a função materna; portanto, trabalhar as relações entre a história pessoal da mãe e a sua atitude em relação à filha torna-se elemento importante para o tratamento.

Outro aspecto importante é o lugar narcísico que os filhos ocupam no inconsciente dos pais. Freud afirma, numa carta a Fliess (1897), que a expectativa dos pais é que a criança realize seus sonhos e compense suas frustrações. Isto é, o amor dos pais seria uma reprodução de seu próprio narcisismo. No caso de Maria, os pais desejavam que a menina reproduzisse sua atitude e comportamento de ostentação e superioridade (o pai se orgulhava do filho justamente porque este realizava o que ele desejara tanto na infância: ser piloto de automóvel).

Por fim, é importante levar em conta a todo momento o contexto pessoal e a realidade externa da criança. Com uma subjetividade ainda em formação, dependente tanto psíquica como concretamente dos pais, a criança mais do que o adulto estabelece vínculos móveis e dinâmicos, não apenas com a sua família mas com outras figuras que podem representá-la, entre elas destacando-se a do analista. Cabe a ele trabalhar esses vínculos psicanaliticamente, com os pais e com a criança.

A inclusão dos pais aqui proposta se diferencia da abordagem de Anna Freud, que é pedagógica; de Aberastury, em que os pais são isolados e tratados por um outro analista; de Winnicott, cuja proposta nunca foi formalizada; e evidentemente de Klein, que sequer propõe a inclusão dos pais no tratamento psicanalítico de crianças. O que pretendemos com este trabalho foi olhar de frente uma questão que sempre freqüentou a prática psicanalítica mas que também sempre foi calada. Por sua vez, muitos analistas de criança têm uma teoria implícita para tratar das questões relativas à inclusão dos pais, mas não a sistematizam; a praticam, mas não a justificam. Com isso, por um lado a prática torna-se frágil e inconstante, e muitas conquistas já feitas podem ser perdidas; por outro, a experiência não é compartilhada. Se este trabalho conseguiu dar um passo nesse sentido, terá atingido seu objetivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

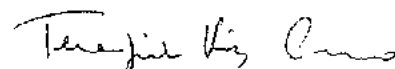
1. ABERASTURY, A. (1977). *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.
2. _____. (1958). *El juego de construir casas. Su interpretación y valor diagnóstico*. 2ª. ed. Buenos Aires: Paidós, 1961.
3. _____. (1977). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. 6ª. ed. Buenos Aires: Paidós, 1978.
4. AIZENBERG, S. (1978). *Tres concepciones psicoanalíticas originales de Pichon-Rivière*. Revista de Psicoanálisis, v. 35, no 4, p. 675-700, Buenos Aires.
5. BERCHERIE, P. (1984). *L'oculaire quadrifocal II. Epistemologie de l'heritage freudienne*. Revista Ornicar?, no. 30, pp. 94-125.
6. FREUD, A. (1946). *O ego e o mecanismos de defesa*. 4ª. ed., Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1977.
7. _____. (1951). *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires: Imán, 1951.
8. _____. (1926). *O tratamento psicanalítico de crianças*. Rio de Janeiro: Imago.
9. _____. (1965). *Infância normal e patológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.
10. FREUD, S. (1909) *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*. In.: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Volume X*. Imago, 1977, pp. 13 - 153.
11. _____. (1901). *Psicopatologia da vida cotidiana*. In.: _____, cap IX: atos casuais e sintomáticos, pp. 13 - 332.
12. _____. (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In.: _____, pp. 123 - 250.

13. _____. (1907). Delírios e sonhos da Gradiva de Jensen. In: _____, vol. IX, pp. 13 - 100.
14. _____. (1910). Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância. In: _____, vol. XI, pp. 53 - 124)
15. _____. (1913). Duas mentiras contadas por crianças. In: _____, vol. XII, pp. 381 - 389.
16. _____. (1914). Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar. In: _____, vol. XIII, pp. 281-288.
17. _____. (1914). História de uma neurose infantil. In: _____, vol. XVII, pp. 13 - 153.
18. _____. (1915). Sonhos de Crianças. In: _____, vol. XV, pp. 153 - 165.
19. _____. (1920). Além do princípio de prazer. In: _____, pp. 13 - 88.
20. _____. (1920). Associações de uma criança de quatro anos de idade. In: _____, vol. XVIII, pp. 319-320.
21. _____. (1919). Uma criança é espancada. In: _____, vol. XVII, p. 221 - 253.
22. _____. (1923). Uma neurose demoníaca do século XVII. In: _____, vol. XIX, pp. 87-133.
23. _____. (1921). Psicologia de Grupo e a Análise do Ego. In: _____, vol. XVIII, pp. 89-179.
24. IENCARELLI, A. (1996). *Temas livres e pôsters - II Congresso Latino-americano de Psicanálise de crianças e adolescentes*, São Paulo.
25. KLEIN, M. (1932) *Psicanálise da Criança*. 2ª ed., São Paulo: Ed Mestre Jou, 1975.
26. _____. (1936). O Desmame. In: KLEIN, ISAACS et alli. *A educação de crianças à luz da investigação psicanalítica*. 2ª. Ed., Rio de Janeiro: Imago, 1973.

27. _____. (1927). *O tratamento psicanalítico de crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 1971.
28. _____. (1952). Posfácio. In: KLEIN, ISAACS et alli. *A educação de crianças à luz da investigação psicanalítica*. 2.ª Ed., Rio de Janeiro: Imago, 1973.
29. _____. (1952) Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. In.: KLEIN, HEIMANN et alli. *Os Progressos da Psicanálise*, 3.ª ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
30. _____. (1953). A técnica psicanalítica através do brinquedo, sua história e significado. In.: MONEY-KYRLE (org.). *Novas Tendências na Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.
31. KLEIN E RIVIÈRE, J. (1937). *Amor, ódio e reparação*. Rio de Janeiro: Imago, 1970.
32. MARCHEVSKY, Noé. (1995) *Psicanálise e (m) Prática*. São Paulo: Imago.
33. MORGENSTEIN, S. (1937). *Psychanalyse infantile. El simbolismo y el valor psicoanalítico de los dibujos infantiles*. Revista de Psicoanálisis, tomo V, número 3, Paris. Traducción de Alicia Vaudelin.
34. PICHON-RIVIÈRE, E. (1956). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1979.
35. _____. (1970). *Del Psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Galerna.
36. _____. (1969). Técnicas de Supervisión grupal en psicoterapia de niños. In.: _____. *Del Psicoanálisis a la psicología social*, Tomo II, pp. 35-41.
37. ROSEMBERG, A. (1994). *O lugar dos pais na psicanálise de crianças*. São Paulo: Ed. Escuta. 1994.

38. VILLAR, Z. (1996). *O trabalho analítico com os pais na análise com crianças*. Foco, v. 17, n. 48, p. 49-51.
39. _____. (1991). Quando a análise da criança revela o inconsciente dos pais. In: _____. *Psicanálise, Ofício Impossível? Série Teoria e Prática Psicanalítica, nº 7*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1991.
40. WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. pp. 269 - 286, 1982.
41. _____. (1950). Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional. In: _____, pp. 355 - 374.
42. _____. (1953). A tolerância do sintoma na pediatria - a história de um caso. In: _____, pp. 211 - 232.
43. _____. (1962). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. In: _____, pp. 156 - 162.
44. _____. (1962). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: _____, pp. 152 - 155
45. _____. (1957). *A criança e o seu mundo*. 3ª. ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
46. _____. (1978) *The Piggie. Relato do tratamento psicanalítico de uma menina*. Rio de Janeiro, Imago, 1979.
47. _____. (1979). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

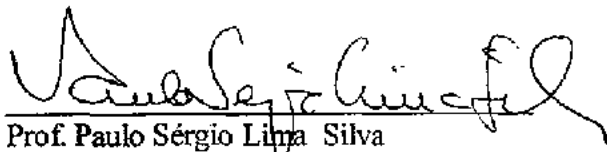
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Frida Atié, intitulada "O lugar dos pais na psicanálise de crianças", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:



Profª. Terezinha Féres Carneiro (Orientadora)
PUC-Rio



Prof. Octavio de Souza
PUC-Rio



Prof. Paulo Sérgio Lima Silva
Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, ...22.1.5.../1999.



Prof. Jürgen Heye
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas