



Ana Carolina Viana Silva

**O lugar dos pais na clínica psicanalítica
com crianças**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio.

Orientadora: Prof^a Ana Maria de Toledo Piza Rudge

Rio de Janeiro
Agosto de 2012



Ana Carolina Viana Silva

O lugar dos pais na clínica psicanalítica com crianças

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Profa. Ana Maria de Toledo Piza Rudge
Orientadora
Departamento de Psicologia da PUC-Rio

Profa. Silvia Maria Abu-Jamra Zornig
Departamento de Psicologia da PUC-Rio

Prof. Edson Saggese
Instituto de Psiquiatria da UFRJ

Profa. Denise Portinari
Coordenador Setorial de Pós-graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas - PUC-Rio

Rio de Janeiro, 8 de Agosto de 2012

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Ana Carolina Viana Silva

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão em 2009. Especialista em Psiquiatria e Psicanálise com Crianças e Adolescentes pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro em 2012. Atuou como psicóloga clínica no Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do IPUB/UFRJ no período de 2010 a 2012.

Ficha Catalográfica

Silva, Ana Carolina Viana.

O lugar dos pais na clínica psicanalítica com crianças / Ana Carolina Viana Silva; orientadora: Ana Maria de Toledo Piza Rudge. – 2012.

109 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2012.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Dissertações. 2. Pais. 3. Crianças. 4. Clínica psicanalítica. I. Rudge, Ana Maria de Toledo e. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Para meus pais, Wilson e Lília,
pelo amor e confiança que sempre
me impulsionaram a buscar
novos horizontes.

Agradecimentos

Aos meus pais, Lília e Wilson, meus irmãos, Marília e Daniel, e a todos os familiares que sempre me encorajaram e me apoiaram com muito carinho nesta difícil jornada de estudar e morar fora.

À minha dinda, Lílian, pelo carinho e apoio fundamental à realização deste projeto de continuar minha formação.

À FAPEMA e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos durante o curso de mestrado, sem os quais este trabalho não seria realizado.

À Prof^a Ana Maria Rudge, pelo cuidado e atenção valiosos dedicados durante o acompanhamento do meu percurso no curso e orientação deste trabalho.

À minha segunda família: meus amigos Alexandra, Sophie, Pedro, Eduardo, Henrique, Cadu (meu revisor de todas as horas), Caroline Torres, Ana Paula, Clarissa, Talita, Rebeca, Marianas (Sant Anna e Teixeira), pelas alegrias e cumplicidades compartilhadas.

Aos colegas da PUC-Rio pelas angústias divididas.

Aos professores Edson Saggese e Sílvia Zornig por aceitarem contribuir na avaliação deste trabalho.

Aos professores e funcionários da Pós-Graduação – em especial à Marcelina – pela dedicação e apoio nos momentos necessários.

Resumo

Silva, Ana Carolina Viana; Rudge, Ana Maria de Toledo Piza. **O lugar dos pais na clínica psicanalítica com crianças.** Rio de Janeiro, 2012. 109p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O trabalho tem como objetivo investigar de que modo a questão da presença e do lugar dos pais na clínica psicanalítica com crianças está situada no campo teórico. Parte-se das formulações freudianas sobre a infância e o infantil, para em seguida, tratar-se da abertura do campo da psicanálise com crianças a partir da experiência do caso Hans publicado por Freud em 1909. Aborda-se o surgimento desta clínica, os debates entre Anna Freud e Melanie Klein, e desenvolvimentos posteriores com D.Winnicott, Françoise Dolto e Maud Mannoni. Finaliza-se com a discussão do problema da inserção dos pais no tratamento psicanalítico de crianças por meio da apresentação de ilustrações clínicas.

Palavras-chave

Pais; crianças; clínica psicanalítica.

Abstract

Silva, Ana Carolina Viana; Rudge, Ana Maria de Toledo Piza (Advisor). **The parents' place in the psychoanalytic treatment of children.** Rio de Janeiro, 2012. 109p. MSc. Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The study aims to investigate how the problem of parents place and presence in the children psychoanalytic treatment lies in the theoretical field. It starts with the Freudian formulations about childhood and child, to then it discusses the opening of the field of psychoanalysis with children from the experience of Hans case published by Freud in 1909. It approaches the emergence of this treatment, the appearance of clinical discussions between Anna Freud and Melanie Klein, and further studies with D.Winnicott, Françoise Dolto and Maud Mannoni. It ends with a discussion about the problem of parents inclusion in the children psychoanalytic treatment through the presentation of clinical illustrations.

Palavras-chave

Parents; children; clinical psychology.

Sumário

1. Introdução	10
2. O infantil e o psiquismo na teoria freudiana	15
2.1 Da infância ao infantil na psicanálise	15
2.2 Angústia, desamparo e excesso pulsional	20
3. A análise de criança em Freud: O caso Hans ou abrindo o campo da psicanálise com crianças	25
4. A clínica psicanalítica com crianças: consequências teóricas	34
4.1 As pioneiras na clínica: da “experiência pedagógica” em Anna Freud à técnica do brincar em Melanie Klein	34
4.2 Winnicott: a função do ambiente e o espaço transicional	49
4.3 A criança, o sintoma e a linguagem: das repercussões do ensino de Lacan na clínica com crianças.	57
5. Os pais no tratamento psicanalítico de crianças	74
5.1 Experiências Clínicas:	80
5.1.1 Joana e a separação	81
5.1.2 Lucas	86
5.1.3 Caio e os fantasmas	90
6. Considerações finais	99
7. Referências Bibliográficas	102

Tom: "Por que nós dizemos preces?"

Pai: "Para falar com Deus."

Tom: "O que é Deus?"

Pai: (fazendo o melhor possível) "Bem: $2+2=4$. Isso é uma coisa verdadeira. A gravidade é um fato. Essas coisas são Deus". (etc)

Tom: "Por que as coisas crescem?"

Pai: "Porque elas querem crescer. Por que você cresce?"

Tom: "Porque eu estou vivo e vim da barriga da mamãe."

Pai: "E de onde ela veio?"

E assim foi, da evolução ao sexo. Depois eles riram, porque chegaram a um ponto em que a resposta foi: "Nenhum de nós sabe. Como isso tudo começou? Bem, é aqui que entra Deus."

Tom: Então, não saber, isso é Deus."

(Winnicott, sem data. In: SHEPHERD, 1997, p.112)

1. Introdução

“é preciso aproximar-se da verdade e olhar uma criança como ela é. A invenção pode vir antes ou depois, mas não se deve reinventar uma criança o tempo todo: é preciso deixar ser.”

Celso Gutfreind.

A capacidade de se surpreender. Foi assim que compreendi Freud em alguma de suas definições sobre sua atividade na clínica e, de algum modo, isso parece ter sido decisivo em minha escolha não só pela clínica psicanalítica, mas pela clínica com crianças. A ideia de me aventurar pelo universo infantil partindo da própria infância e da criança como personificação desse infantil que não desabita o adulto já havia aparecido antes mesmo da escolha pelo curso de graduação em psicologia. Aparecera no desejo adolescente de talvez cursar medicina na expectativa pela pediatria. Firmara-se no prazer das brincadeiras e lembranças de infância, no cuidado dos pequenos da família e num certo “você leva jeito com crianças” afirmado por essas experiências e pelas palavras dos que me cercaram.

Em setembro de 2009, após concluir a graduação, saio de minha cidade, São Luís, em direção ao Rio de Janeiro em busca de novas experiências que me propiciassem iniciar a prática clínica sem, no entanto, me sentir tão desamparada nesse trabalho. Início dois cursos: o mestrado em psicologia clínica pela PUC-Rio e a especialização em Psiquiatria e Psicanálise com crianças e adolescentes no IPUB/UFRJ. Estava lançado o desafio!

Quando começo a receber os primeiros casos para atendimento durante o curso de especialização, percebo de imediato o quão complexo se configurava aquela clínica: a clínica com crianças e adolescentes. Se o período da infância é encarado como um momento de constituição e constantes remanejamentos subjetivos, que lugar teria uma psicanálise de crianças? Por que motivos, pais,

responsáveis – ou, muitas vezes, a escola ou o pediatra – solicitam um tratamento psicológico para uma criança?

A experiência nesta clínica tem nos mostrado que essa pergunta básica consiste em um aspecto fundamental ao exercício da psicanálise de crianças. Uma condição primordial para que alguém procure ajuda psicológica reside na existência de algo da ordem de um sofrimento psíquico capaz de interferir em diversas áreas da vida das pessoas. No caso das crianças, é muito comum casos de perdas familiares, mudança de cidade ou escola, separação e/ou brigas dos pais, violência doméstica, exigência de alto desempenho escolar, social ou no esporte, nascimento de irmãos, doenças, etc., provocarem sintomas que mobilizem os pais ou responsáveis a procurarem ajuda para suas crianças.

O fato de a criança precisar ser levada ao psicanalista, ou seja, da demanda inicial pelo tratamento vir dos pais ou responsáveis, pode caracterizar um primeiro obstáculo, caso a criança não reconheça como questão as queixas levantadas pelos pais. Por outro lado, não raro as crianças conseguem nos comunicar logo na primeira sessão os motivos que a levaram ao tratamento. Lembro-me de um garotinho de 6 anos de idade que atendi no SPIA/IPUB, cuja queixa de agitação e agressividade o impedia de frequentar a escola e outros espaços sociais. No primeiro atendimento, brincando desesperadamente com uma bola de silicone que não parava de brilhar disse praticamente chorando: *“eu preciso ter o controle, eu preciso...como faz pra parar? Eu não consigo parar?”*. Seu sofrimento era óbvio.

Outro fator inerente à clínica com crianças refere-se ao atravessamento da transferência dos pais em relação ao analista. Embora o paciente seja a criança, se o analista exclui os pais/responsáveis do tratamento, dificilmente o trabalho com a criança poderá avançar. Sem uma escuta dos pais, pode-se dizer, o tratamento da criança pode ficar seriamente comprometido, já que a criança encontra-se em relevante conexão com as relações familiares e muitos dos seus sintomas estão articulados a essa dinâmica primeira com os pais e familiares próximos.

Desse modo, o analista de crianças trabalha com diversas frentes de demandas e sintomas. Quando em entrevista, os pais começam a relatar a história da criança, contam também a sua própria história, o modo como vivenciam suas funções materna e paterna, as fantasias que permeiam o lugar que aquela criança ocupa em suas vidas. Não se trata de meramente colher informações que nos

possibilitem criar um saber sobre aquele pequeno sujeito que aceitamos em análise, mas de oferecer um espaço de escuta aberta para que as angústias parentais possam ser moduladas e uma aposta de minimização do sofrimento da criança possa ser feita. Além disso, não podemos esquecer que o papel do adulto no tratamento da criança, como diz Rosenberg, “não se dá apenas ao nível do mundo fantasmático, mas entra, sim, ao nível da realidade, com todo seu peso: deles depende o pagamento, o respeito aos horários, a interrupção do tratamento, a mudança de analista, etc”. (Rosenberg, 2002, p.52).

Como sabemos, a partir do ensino de Lacan, o nascimento do sujeito enquanto ser de linguagem se torna possível na medida em que a criança, mesmo que ainda não tenha alcançado o “ouro” da articulação verbal, é falada pelos outros que a circundam e, portanto, não escapa do campo simbólico que a determina enquanto sujeito. O sujeito, para a psicanálise, é aquele que através do trabalho discursivo tenta ordenar questões tão importantes quanto organizadoras do campo humano: a origem, a sexualidade, a morte (castração) - temas que mobilizam o funcionamento psíquico.

Ainda que Freud tenha destacado as limitações da criança quanto às condições para uma prática psicanalítica com esta clientela, ele foi sensível em reconhecer que a realidade psíquica da criança não difere da dos adultos. O caso do pequeno Hans (Freud,1909), parece confirmar as suas teses sobre o conflito edípico como estruturador do psiquismo. Dessa forma, o psiquismo se organizaria em torno destas questões, e o surgimento de certos sintomas tão característicos da infância “antes de constituírem entidades psicopatológicas, expressam um momento da organização psíquica”, e são na visão de Freud, tentativas de responder às experiências da sexualidade infantil. (Santa Roza, 1999, p 104).

Em suas recomendações, Freud já dizia que “uma das reivindicações que a psicanálise faz em seu favor é, indubitavelmente, o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem” (1912, p.152). De fato, pode-se dizer que a clínica suscita investigação, pesquisa e construção de um texto sobre a experiência. Amparada na ideia de que a escrita destes questionamentos suscitados na clínica, muito mais que um exercício de teorização, serve para pôr em funcionamento o próprio fazer clínico, resolvemos iniciar esta pesquisa nos perguntando: 1) Se o período da infância é considerado um momento de

constituição, de que modo surgiu um espaço para a criação de uma clínica psicanalítica com crianças? Como as especificidades do psiquismo da criança e a própria questão da formação do sintoma foram tratadas pelos teóricos?; 2) Se reconhecemos no trabalho clínico a importância fundamental do adulto que se responsabiliza por autorizar e acompanhar o tratamento da criança, além de toda a rede de relações familiares a qual a criança está implicada, que lugar dar a esses pais/responsáveis no tratamento da criança? Que tipo de espaço eles podem/devem assumir, e como esta questão aparece no campo teórico?

Entendendo que o processo de análise de uma criança sempre repercute na dinâmica dos pais e familiares, de modo que, atualmente, um psicanalista de criança não pode estar indiferente a esses movimentos, resolvemos aprofundar nesta pesquisa de mestrado, questões sobre a presença e implicações dos pais ou responsáveis no tratamento com crianças.

A fim de chegar a tal questão, estruturamos o trabalho da seguinte maneira: Na primeira parte procuramos delimitar das noções de infância e infantil para a psicanálise partindo da obra freudiana. Extremamente sensível às transformações suscitadas pela modernidade, Freud foi surpreendido pelo relato recorrente de experiências infantis em sua clínica com pacientes adultos neuróticos. De que criança falavam?, ele se pergunta. Descobre então, a partir da clínica, uma série de significações que iam de encontro ao ideal social que se havia construído sobre as noções de infância, criança, infantil. Como afirmou posteriormente, “toda neurose em um adulto é construída sobre uma neurose infantil” (1918[1914], p.106), pois que toda criança arranjará meios de lidar com as experiências de desamparo, com os enigmas da sexualidade, da origem e da morte.

Desse modo, antes de chegarmos ao ponto em que o reconhecimento desses sintomas na infância abre espaço para o surgimento de uma clínica específica, retornamos aos textos freudianos que tratam sobre a articulação entre o funcionamento psíquico e as vicissitudes da economia libidinal nos sujeitos. A partir da ideia de corpo pulsional, veremos que Freud chega à formulação de que aparelho psíquico possui uma tendência ao *prazer*, pois trabalha para que o mínimo de excitação seja mantido, já que o aumento desta é experimentado como desprazeroso, desorganizador do psiquismo. Veremos como as concepções de

desamparo e angústia foram articuladas na teoria freudiana sobre psiquismo, de modo que a instalação primordial de mecanismos para lidar com a angústia, para além de serem própria da constituição do sujeito, justificavam a existência de uma clínica com crianças.

No terceiro capítulo traçaremos os caminhos da teoria freudiana que possibilitaram o nascimento da clínica com crianças. Partindo do relato clínico de Freud (1909) sobre a análise da fobia em um menino de cinco anos – o caso do pequeno Hans – notaremos que os diferentes modos de leitura do caso e da própria teoria freudiana irão originar modos distintos de operação clínica.

O debate entre as autoras mais importantes na instalação de uma clínica psicanalítica com crianças, Ana Freud e Melanie Klein, como veremos no quarto capítulo, demonstra o quanto foi difícil e polêmica a construção deste campo. De outro modo, embora Freud tenha apontado a influência dos pais na formação dos sintomas da criança, veremos que as teorias clássicas das pioneiras nesta clínica não incluem de maneira mais efetiva tal discussão.

Com as contribuições de Winnicott acerca do surgimento do espaço subjetivo na criança a partir da relação com o outro ambiental, inaugurado pela figura materna, veremos certa modificação nas concepções de atendimento à criança. A escuta desse outro cuidador passa a ser fundamental no trabalho clínico. É o que perceberemos, também, nas clínicas de Françoise Dolto e Maud Mannoni. Inspiradas no ensino de Lacan, estas duas psicanalistas francesas irão abordar a entrada dos pais no tratamento da criança como aspecto fundamental para o desenvolvimento do trabalho clínico.

No último capítulo, discutiremos de modo mais efetivo a questão da inserção dos pais no tratamento psicanalítico de crianças. A partir dos teóricos trabalhados no capítulo anterior, veremos como tal tema era vista no campo clínico e de que modo cada um tratava o problema da presença dos pais na análise dos pequenos. Recortamos, ainda neste capítulo, três casos clínicos de crianças atendidas por mim durante o período em que estive no curso de especialização no IPUB/UFRJ, para ilustrar como a inclusão dos pais é importante no atendimento de crianças ao mesmo tempo em que pode dificultar ou ainda impedir a continuidade do trabalho, caso o analista encontre dificuldades em manejar a transferência com os mesmos.

2. O infantil e o psiquismo na teoria freudiana

2.1 Da infância ao infantil na psicanálise

Philippe Ariès, em sua pesquisa histórico-iconográfica sobre a transformação dos significados que a criança e a família alcançam com o advento da modernidade, nos revela que o *sentimento de infância*, tal como compreendemos hoje, começa a surgir na transição dos séculos XVII para o XVIII, momento em que a infância passa ser definida como um período de ingenuidade e fragilidade do ser humano, que deve receber todos os incentivos possíveis para sua felicidade. De acordo com o autor, o homem medieval não se detinha diante da imagem da infância, para ele “a infância era um período de transição, logo ultrapassado, e cuja lembrança também era logo perdida” (Ariès, 1981, p.52). Diante das representações da criança como pequeno adulto, ou, quando não, passando por uma representação anedótica entre seus companheiros ou familiares, Ariès sugere duas ideias:

[...] primeiro a de que na vida cotidiana as crianças estavam misturadas com os adultos, e toda reunião para o trabalho, o passeio ou o jogo reunia crianças e adultos; segundo, a ideia de que os pintores gostavam especialmente de representar a criança por sua graça ou por seu pitoresco (o gosto do pitoresco anedótico desenvolveu-se nos séculos XV e XVI e coincidiu com o sentimento da infância “engraçadinha”), e se compraziam em sublinhar a presença da criança dentro do grupo ou da multidão. Dessas duas ideias, uma nos parece arcaica: temos hoje, assim como no final do século XIX, uma tendência a separar o mundo das crianças do mundo dos adultos. A outra ideia, ao contrário, anuncia o sentimento moderno de infância. (ARIÈS, 1981, p.55-56).

A partir do século XVII, a infância passa a ocupar um lugar privilegiado no cenário social. Os retratos de família tendem a se organizar em torno da criança, e a iconografia religiosa, associada ao movimento de criação de pequenas escolas e colégios – ou seja, de uma preocupação moral pedagógica – estabelece o princípio de uma infância santa, inocente, que deve ser preservada da “sujeira da vida”,

especialmente aquela relacionada à sexualidade, e fortalecida através do desenvolvimento da razão e do caráter (Ariès, 1981). Para o autor, as noções de inocência e razão, que não se opunham até então, começam a instaurar a contradição que fica estabelecida entre os homens do século XX.

Nosso sentimento contemporâneo da infância caracteriza-se por uma associação da infância ao primitivismo e ao irracionalismo ou pré-logismo. Essa ideia surgiu com Rousseau, mas pertence à história do século XX. Há apenas muito pouco ela passou das teorias dos psicólogos, pedagogos, psiquiatras e psicanalistas para o senso comum (ARIÈS, 1981, p.146).

Desde seu surgimento, a experiência freudiana foi conduzida ao terreno do infantil. Preocupado em identificar a origem e funcionamento dos sintomas neuróticos, Freud foi surpreendido pela recorrência de experiências infantis no discurso de seus pacientes adultos, discurso que quase sempre articulava o encontro traumático com o sexual e passava a revelar que “toda neurose em um adulto é construída sobre uma neurose infantil” (1918[1914], p.106). Assim, o infantil tem seu aparecimento demarcado na teoria psicanalítica a partir de um movimento que desponta do adulto em direção à infância, ou seja, um tempo que, ao retroagir, ultrapassa a ideia de um período cronológico na vida do sujeito para se inscrever em uma temporalidade marcada pelas fantasias, que organizam a realidade psíquica dos mesmos a partir de desejos inconscientes.

Nos primórdios da teoria freudiana, a infância foi concebida como o período em que a ocorrência de experiências marcantes, de caráter traumático, seria determinante no desenvolvimento da neurose nos adultos. Apoiado na teoria da sedução, Freud formula a hipótese de que uma experiência real de sedução sexual na infância, frequentemente de ordem incestuosa, estaria articulada à formação dos sintomas. No entanto, essas lembranças, por seu caráter traumático, se viram impedidas de se associarem às outras ideias e foram dissociadas, juntamente com o afeto, constituindo um corpo estranho no psiquismo. O sintoma histérico seria uma descarga anômala do afeto que ficou estrangulado. Desse modo, caberia à terapêutica, com o uso da hipnose, promover o rememorar das lembranças traumáticas, para que a ideia dissociada pudesse ser religada às outras ideias, e o afeto estrangulado pudesse ser ab-reagido através de descarga afetiva ou associação, o que eliminaria o sintoma. Tal método ficou conhecido como

catártico; no entanto, foi em face de seu fracasso que Freud inaugurou a *psicanálise*.

Reorganizando as noções de realidade e inconsciente, Freud (1897) desiste da hipótese de que a etiologia da histeria estaria relacionada a uma cena real de sedução. O que estava em jogo não era saber se a cena e os acontecimentos narrados eram reais ou ficcionais, mas, sim, tratá-los como a verdade daquele sujeito, verdade sempre construída a partir da realidade psíquica, das fantasias que formulamos no *só depois* da experiência.

Em 1911, no artigo *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*, ao expor algumas observações sobre “as consequências psíquicas da adaptação ao princípio de realidade”, Freud esclarece que nosso aparelho mental apresenta uma forte tendência (princípio econômico) a não renunciar às fontes de prazer de que dispomos. Com a introdução do princípio de realidade, afirma o autor,

uma das espécies de atividade de pensamento foi separada e, liberada do teste de realidade, permaneceu subordinada somente ao princípio de prazer. Esta atividade é o *fantasiar*, que começa já nas brincadeiras infantis, e, posteriormente, conservada como *devaneio*, abandona a dependência de objetos reais (FREUD, 1911, p. 240-241).

Mais adiante, continua,

A característica mais estranha dos processos inconscientes (...), deve-se ao seu inteiro desprezo pelo teste de realidade; eles equiparam a realidade do pensamento com a realidade externa e os desejos com sua realização – com o fato – tal como acontece automaticamente sob o domínio do antigo princípio de prazer. Daí também a dificuldade de distinguir fantasias inconscientes de lembranças que se tornaram inconscientes (FREUD, 1911, p.243).

Superado o erro que dissociava fantasia e lembranças reais, como bem colocado em uma nota de 1924 acrescida ao artigo de 1896 sobre a etiologia da histeria, Freud começa a interessar-se pelas “manifestações espontâneas da sexualidade infantil” (1918[1914], p.106). É nesse encontro com o sexual a partir da fantasia que toda a teoria freudiana passará a se fundar. Textos como *Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* (1909), *Uma neurose infantil [1918(1914)]*, entre outros,

exemplificam bem as relações entre corpo, linguagem e sexualidade. Segundo Ansermet,

Não se trata mais de atentado sexual, e sim do surgimento da sexualidade na criança, permanecendo as situações traumáticas associadas à ameaça de castração, à angústia de separação, à cena primária ou às metamorfoses do complexo de Édipo (ANSERMET, 2003, p. 130-131).

Esta aproximação entre vida infantil e realidade inconsciente parece ter produzidos consequências variadas no que se refere ao uso da psicanálise com crianças. Como vimos anteriormente, a psicanálise surge num momento em que a criança já ocupa um lugar diferenciado no social e na própria estrutura familiar. Se, anteriormente, ela era vista com indiferença ou até mesmo hostilidade, a partir do discurso pedagógico do final do sec. XVIII ela passa a encarnar o ideal social de um “futuro promissor”, passível de se produzir a partir das normas educacionais. Como veremos no próximo capítulo, a partir do Caso Hans, embora Freud tenha constatado que a criança sofre os efeitos da atividade pulsional e enfrenta, com suas próprias teorias, uma sexualidade que escapa do controle social/educacional, ele não pôde se esquivar totalmente do ideário de sua época, reduzindo a intervenção psicanalítica com crianças a uma “experiência pedagógica” como coloca no texto sobre o caso Hans (1909).

De acordo com Zornig (2008), as oscilações presentes na teoria freudiana sobre a significação da criança dão abertura para se pensar a experiência psicanalítica com crianças como um caminho em direção às “origens” do processo de constituição do psiquismo. Esta leitura acabou orientando algumas correntes da psicanálise que se dedicaram ao trabalho com crianças. No entanto, afirma a autora:

Tais estratégias ditas psicanalíticas reforçam a fantasia de uma progressão linear entre a criança e o adulto, como se mediante a criança real pudéssemos chegar às “origens do funcionamento psíquico” e da constituição do inconsciente, indicando uma grande tentação de confundir a criança com o infantil (ZORNIG, 2008, p. 35).

Interessante é notar que o próprio Freud recusara essa equação. Na conferência XXIII, em que trata da formação do sintoma neurótico, mais especificamente dos sintomas na histeria, o autor se admira com o modo como esses eventos da infância são tidos como elementos essenciais em uma neurose. Realidade ou fantasia, o resultado é o mesmo: certamente participam da

estruturação da neurose. Mas “De onde procede a necessidade dessas fantasias e o material para elas?” (Freud, 1917, p.372). Da própria exigência de satisfação pulsional impossível de obedecer ao princípio de realidade, responde o autor. A fantasia seria, assim, uma espécie de

[...] atividade mental na qual todas aquelas fontes de prazer e aqueles métodos de conseguir prazer, que haviam sido abandonados, têm assegurada sua sobrevivência – uma forma de existência na qual se livram das exigências da realidade e aquilo que chamamos ‘teste de realidade’. Todo desejo tende, dentro de pouco tempo, a afigurar-se em sua própria realização (FREUD, 1917, p. 373-374).

Ao reconhecer o papel da fantasia, Freud remete o sujeito ao que há de originário em sua estruturação psíquica e não mais às origens dessa constituição. O que entra em jogo é o desejo do sujeito, desejo que, liberado na fantasia/devaneio ou disfarçado no sintoma, encontra vias de se realizar. Este circuito, podemos dizer, demarca o próprio caráter infantil do psiquismo humano. Por outro lado, a infância aparece na análise produzida *a posteriori*, reconstruída no discurso do paciente. Se tal configuração parece óbvia quando pensamos no adulto, a justaposição entre a criança e a infância pode nos levar ao equívoco de desconsiderar que o que está em jogo na análise com a criança é o que se construiu simbolicamente até ali sobre aquela criança. Mais adiante veremos, com a teoria lacaniana, que não se trata de localizar um ponto originário, mas sim lançar mão de toda uma rede de significações que antecede a pré-história do sujeito no discurso parental, familiar e da comunidade.

2.2 Angústia, desamparo e excesso pulsional

Subvertendo as ideias, ainda hoje vigentes, de que as crianças são inocentes, distraídas quanto aos temas sexuais e a quaisquer outros relativos ao mundo dos adultos, Freud destaca que a sexualidade se faz presente já nos bebês. Trata-se aqui de uma ampliação do conceito de sexual, que passa a compreender toda uma dinâmica específica de um corpo pulsional marcado por zonas erógenas, não mais reduzido à genitalidade e à reprodução, como na concepção de sexualidade normal dos sexologistas do século XIX.

Em *Os três ensaios sobre a sexualidade*, Freud (1905) abre caminho para se pensar a construção do psiquismo infantil de modo articulado às funções biológicas, já que o corpo do bebê vai sendo sexualizado, animado e acalmado pelos toques e cuidados maternos – e, aqui, podemos acrescentar as palavras desse Outro materno – na medida em que as necessidades fisiológicas vão sendo satisfeitas. O que se verifica nesse arranjo é que a possibilidade de construção psíquica depende tanto do organismo biológico em suas potencialidades quanto do campo de significações que circunscreve a relação do bebê com o outro.

É no contato com o outro – que traz além de satisfação física um a-mais constituído por gestos, palavras e olhares – que o organismo vai sendo aos poucos simbolizado. Cada parte do corpo vai recebendo inscrições psíquicas, como se a mãe fosse “escrevendo” no corpo do bebê ao cuidar dele, permitindo construir o que depois será sua “imagem corporal”. Nesta “escritura”, as marcas do desejo materno erogenizam o corpinho do bebê, instaurando o que Freud denominou de “pulsões parciais: pontos do corpo que se destacam e passam a ter um registro psíquico, a partir da significação colocada pelo Outro. (BERNARDINO, 2006, p.33)

Para a psicanálise, o que amarra o psíquico ao somático, o que lhe dá suporte é a pulsão, aqui teoricamente distinta da concepção de instinto animal. A pulsão seria isso mesmo que marca o funcionamento do humano, algo que está situado para além da satisfação de uma necessidade, como, por exemplo, se observa no bebê que continua o movimento de sugar mesmo quando encontra devidamente satisfeita sua necessidade de nutrição, demarcando esse além que continua na satisfação pulsional.

Segundo Freud (1905, p.159): “por ‘pulsão’ podemos entender, a princípio, apenas o representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação que flui continuamente (...) devendo apenas ser considerada como uma medida de exigência de trabalho feita à vida anímica”. Em 1915, no artigo metapsicológico *A pulsão e suas vicissitudes*, o autor destaca ainda quatro elementos característicos da pulsão: ela se definiria por uma *força (Drang)* constante cuja *fonte* de estimulação provém do próprio organismo. Sua *finalidade* é sempre a satisfação, e esta é alcançada por meio do *objeto* em relação a qual ou através da qual a pulsão é capaz de atingir sua finalidade. Estas definições nos sugerem que a atividade pulsional é o impulsionador da construção da subjetividade, ou seja, é ela que exige trabalho psíquico no sentido da busca pela satisfação ou, mesmo, da busca por evitar a experiência de desprazer.

Sabemos que um bebê não pode suprir suas próprias necessidades, não possui recurso para fazer isso sozinho. Sua condição de desamparo, de insuficiência, inclusive no campo do desenvolvimento biológico, coloca-o em extrema dependência dos cuidados do outro para conseguir sobreviver. Desse modo, a necessária circunstância de ser cuidado e manipulado pela mãe propicia o que Freud chamará de experiências de satisfação, a partir das quais o desejo se constitui no psiquismo infantil, que visa à identidade de percepção.

[...] o acúmulo de excitação (acarretado de diversas maneiras de que não precisamos ocupar-nos) é vivido como desprazer, e coloca o aparelho em ação com vistas a repetir a vivência de satisfação, que envolveu um decréscimo da excitação e foi sentida como prazer. A esse tipo de corrente no interior do aparelho, partindo do desprazer e apontando para o prazer, demos o nome de “desejo”; afirmamos que só o desejo é capaz de pôr o aparelho em movimento e que o curso da excitação dentro dele é automaticamente regulado pelas sensações de prazer e desprazer. O primeiro desejar parece ter consistido num investimento alucinatório da lembrança da satisfação. (FREUD, 1900, p.624)

A novidade que Freud nos apresenta está no fato de que uma criança torna-se alguém, ou seja, se humaniza, porque foi investida de desejo e, por isso, passa a desejar. E o seu desejo, por ser a tentativa de revivência da satisfação primeira, tem sua condição possível na relação com o outro, esse outro que pode, por exemplo, tentar acalmá-lo de sua angústia segurando-o no colo, dirigindo-lhe palavras de consolo, no sentido de buscar significar o que nesse momento não tem

representação correspondente para o bebê, e cujas palavras começam a estruturar a experiência subjetiva da criança.

Não se trata, inicialmente, de solicitar o adulto como um objeto sexual, mas face ao sofrimento, buscar os cuidados que ele pode oferecer. O amor do adulto é o que protege a criança da inundação por estímulos internos e externos, e a falta deste amor levará ao desamparo (RUDGE, 2003, p.112).

Esta seria a razão de existir um aparelho psíquico: trabalhar para que o mínimo de excitação seja mantido, já que o aumento desta seria experimentado como desprazeroso, desorganizador para o organismo. A essa tendência do psiquismo, Freud nomeou de *Princípio de Prazer* que consistiria em através do trabalho psíquico encontrar meios de *sujeitar*¹ as excitações e exigências pulsionais, no sentido da satisfação. Posteriormente, há uma articulação do princípio do prazer com o princípio da realidade, tendo em vista a relação do organismo com o mundo externo – e neste ponto é interessante demarcar que, embora um recém-nascido se apresente de modo expressivamente biológico, tendo suas atividades praticamente limitadas ao sono e nutrição, de alguma forma, ele foi antecipado e marcado simbolicamente no discurso de seus pais e familiares – ou seja, à medida que suas necessidades só podem ser satisfeitas em acordo com outras exigências do mundo externo, o princípio do prazer relaciona-se com o *princípio de realidade*, que impõe um certo adiamento da satisfação em virtude das condições restritivas do mundo externo. Esse processo sutil parece ficar claro quando pensamos, por exemplo, o esforço feito pelo bebê que precisa “aprender” a esperar até que sua mãe possa lhe dar de mamar, ou até que a mesma possa interpretar a razão de seu desconforto e assim lhe satisfazer.

Por outro lado, a pulsão que visa à identidade de percepção alucinatoriamente no processo primário também não é satisfatória, porque a presença do adulto é que resolve o desconforto. É nesta passagem, continua Freud (1920), que ocorre a transformação da energia livremente móvel, característica do *processo primário*, em energia ligada, ou seja, é a partir da significação proporcionada pelas experiências com o outro, que o *processo secundário*, ligado

¹ Este termo utilizado por Freud (1920) parece ter sido o ponto de apoio para a construção lacaniana da teoria do sujeito do inconsciente. “(...) a ideia de uma sujeição radical: a compulsão à repetição torna sensível esse lugar de sujeito como efeito dos significantes, pois diante dessa *Zwang* que o obriga a repetir, o indivíduo reencontra sua impotência, seu domínio vacilante” (KAUFMANN, 1996, p.448).

às representações, será capaz de inibir e regular a confusão pulsional do processo primário.

Podemos dizer que a energia que permanece impossibilitada de descarga e, ao mesmo tempo, abastece e mantém o funcionamento do aparelho psíquico, produz a *compulsão à repetição*, movimento próprio da pulsão, numa tentativa fracassada de um retorno à primeira experiência de satisfação. Como vimos, a linguagem tem uma função fundamental na regulação dos destinos pulsionais. No entanto, sabemos que as palavras, o campo simbólico, não dão conta de representar *a coisa* em absoluto. Sempre haverá algo desse núcleo *Ics.* incapaz de alcançar representação. Aqui, temos notícia de que, a esse algo inarticulável na representação, Freud (1920) relaciona o conceito de pulsão de morte, e demonstra que a repetição é nada mais que uma tentativa do inconsciente de insistir em um modo de se fazer representar, insistência do sujeito em reencontrar o objeto que o causou, *das Ding, a Coisa*. (FREUD, 1950[1895]).

Lacan, em sua crítica aos pós-freudianos, diz que não se trata “do objeto considerado na teoria moderna como o objeto plenamente satisfatório, o objeto típico (...) o objeto que funda o homem numa realidade adequada, na realidade que prova a maturidade – o famoso objeto genital”, mas de um objeto que se instala como perdido e, por assim dizer, lança o sujeito no esforço da busca por reencontrá-lo. Neste sentido, “o sujeito está sempre fadado nas suas exigências primordiais a um retorno, que é, por isso mesmo, um retorno impossível”. (LACAN, 1956-57, p.13-14).

A pulsão é, então, estritamente repetição, movimento que inaugura a exigência de trabalho psíquico no sentido da modificação da situação de angústia original disparada pela experiência de desamparo. É a partir da segunda tópica que, em *Inibição, sintoma e angústia*, Freud (1926) toma a angústia não só como sinal de perigo sentido pelo eu – perigo aqui associado à iminência do recalcado – mas também como uma reação automática frente à experiência do desamparo, a angústia passando a funcionar como fator motivador do processo de recalçamento.

Partindo das experiências da criança, o autor destaca que a angústia “contra a qual [a criança] deseja ser protegida é a de não satisfação, de uma *crescente tensão devida à necessidade*, contra a qual ela é inerme” (FREUD, 1926, p.136). Ela sinaliza o "perigo" para o qual o bebê humano se preparou através da experiência do desamparo biológico, assim, a situação de desamparo

mental é um símile do desamparo biológico experimentado por ele. A partir do protótipo da angústia de nascimento, as experiências de angústia e desamparo vão se organizando. Até a primeira infância o perigo pode ser o da perda do objeto, em função de estreita dependência do bebê em relação ao outro; em seguida esse perigo toma a forma de angústia de castração e medo do supereu. Porém, nos diz o autor, “todas essas situações de perigo e determinantes de angústia podem resistir lado a lado e fazer com que o eu a elas reaja com angústia num período ulterior ao apropriado; ou, além disso, várias delas podem entrar em ação ao mesmo tempo” (FREUD, 1926, p.140).

Como podemos perceber, a obra freudiana está repleta de ideias sobre a infância e o infantil. Embora não tenha se dedicado às investigações clínicas com crianças, Freud chegou a publicar um caso clínico de uma criança que, diferente dos seus demais casos publicados, não teve o tratamento conduzido por ele, mas sim pelo pai da criança. Vejamos então o caso do pequeno Hans.

3.

A análise de criança em Freud: O caso Hans ou abrindo o campo da psicanálise com crianças

Pai de Hans: “E então você ficaria sozinho com mamãe. Mas um bom menino não deseja esse tipo de coisa” [falavam sobre a possível morte de Hanna, irmã menor de Hans]

Hans: “*Mas ele pode PENSAR isso*”

Pai de Hans: “Mas isso não é bom”

Hans: “*Se ele pensa isso, é bom, de todo jeito, porque você pode escrevê-lo para o professor*” *

*Muito bem, pequeno Hans! Eu não poderia desejar uma compreensão melhor da psicanálise por parte de nenhum adulto. (FREUD, 1909, p.70)

Logo que começou a cercar-se de interessados pelas descobertas da psicanálise e pelo caminho de retorno ao infantil que a mesma indicava, Freud passou a encorajar alunos e amigos a reunir observações sobre o comportamento sexual das crianças. Dentre eles, encontramos os primeiros relatos a respeito de Hans, um garotinho que tempos depois protagonizaria o importante caso clínico freudiano, publicado em 1909, *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*. A partir do caso e suas repercussões, veremos como esta obra tornou-se paradigmática para o desenvolvimento de teorias sobre as possibilidades e os limites da técnica psicanalítica com crianças, além de introduzir a questão do lugar dos pais na abordagem do sofrimento infantil.

Lançadas as hipóteses sobre a sexualidade infantil em 1905, a possibilidade de confirmá-las através da observação de crianças pequenas logo pareceu ser um caminho plausível. Incentivado pelas discussões entusiásticas *das quartas-feiras*, o musicólogo Max Graf, amigo de Freud, começou a reunir algumas observações sobre seu primeiro filho, que estava para fazer três anos de idade na época. Freud conhecia bem a família do pequeno Hans; havia tratado a atriz Olga König, mãe da criança, alguns anos antes. Adeptos às descobertas da psicanálise, os pais de Hans haviam concordado em não utilizar na educação do filho, “mais coerção do que a que fosse absolutamente necessária para manter um bom comportamento.

E, à medida que a criança se tornava um menininho alegre, bom e vivaz, a experiência de deixá-lo crescer e expressar-se sem intimidações prosseguiu satisfatoriamente” (FREUD, 1909, p. 16).

É importante dizer que Freud estava preocupado em confirmar suas hipóteses sobre a teoria da sexualidade infantil e o conflito edípico como estruturador da neurose, quando estimulava seus amigos à observação de crianças. Tratava-se de compreender o funcionamento psíquico infantil para assim pensar a clínica da neurose. A observação de crianças logo se tornou objeto de interesse entre psicanalistas. No entanto, comenta Ansermet:

Sabemos hoje que tal projeto não pôde ser realizado. Os debates sobre o que revela a criança observada, que caracteriza a pediatria, não cessaram e, em psicanálise, a criança reconstrói a partir do só-depois. Com a criança reconstruída, partimos da chegada e podemos eventualmente reencontrar a trajetória de seu devir que, no entanto permanece hipotético. Isso não é um problema para a psicanálise, pois o que importa é o saber que o sujeito constrói na atualidade da transferência – atuação, no presente, da realidade do inconsciente (Lacan 1964:133) (ANSERMET, 2003, p. 13).

Os primeiros relatos a respeito de Hans demonstram grande interesse e curiosidade sexual já por volta dos três anos, curiosidade que o orienta a questionamentos sobre a existência, ausência e tamanho dos “pipis” de seus pais, de animais e até mesmo de coisas inanimadas. Nessa época, a criança foi surpreendida em atividade masturbatória e logo foi repreendida por sua mãe com a ameaça de chamar o Dr. A. para cortar fora seu “pipi” se continuasse a tocá-lo. Em resposta ao questionamento da mãe de *como faria pra fazer pipi*, Hans logo apresenta uma solução: “com o meu traseiro”. Neste momento, Hans parecia livre do conflito que levaria à formação de sua fobia, e a ameaça de castração, segundo Freud, teria tido seu efeito *adiado*, articulando-se a neurose da criança tempos depois.

A partir dos quatro anos e nove meses, Hans começou a apresentar sinais da angústia que o levaria à formação de uma fobia de cavalos, “distúrbio nervoso” que passou a ser analisado por seu próprio pai através das orientações do *professor*² Freud. Certa manhã, a criança acorda assustada e diz a sua mãe que,

² Hans, acompanhado por seu pai, chegou a consultar o Dr. Freud uma única vez, oportunidade em que descreveu *ao professor* todo o medo que lhe causavam os cavalos. Após algumas intervenções do analista, já a caminho de casa, Hans pergunta ao pai: “O Professor conversa com Deus? Parece que já sabe de tudo, de antemão!” (FREUD, 1909, p.45).

enquanto dormia, pensou que ela havia ido embora e ele ficava sem a mamãe para “mimar” junto dele. Segundo Freud, nesse período a afeição de Hans por sua mãe tornara-se intensa e a angústia de separar-se dela, associada a fantasias eróticas da criança, não havia encontrado representação.

[...] quando Hans, no primeiro passeio com a babá, não ia dizer de que tinha medo, isso foi simplesmente porque ele mesmo ainda não sabia ...tudo que sabia era que na rua sentia falta de sua mãe com quem queria “mimar”, e que não queria estar longe dela” (FREUD, 1909, p.31).

Foi após o episódio com a babá, num passeio acompanhado de sua mãe, que Hans expressou pela primeira vez o “medo de que um cavalo o mordesse”. Depois de ter confessado sentir-se mal em continuar colocando a mão no seu *faz-pipi*, os pais concordaram que a masturbação tinha relação estreita com a fobia e chegaram a sugerir a ideia de Hans dormir imobilizado em saco de dormir, como medida de diminuir suas angústias noturnas. De fato, a sexualidade do filho gerava muito incômodo nos pais.

Muito frequentemente, Hans dormia com os pais e, durante as férias em *Gmunden*, na ausência do pai, a criança dormia sozinha com sua mãe o que alimentava suas fantasias eróticas em relação a ela e acentuava seu conflito edípico. O recurso ao cavalo como objeto fóbico, mais que um representante simbólico de sua angústia, parecia significar o substituto do pai aterrorizador de que Hans necessitava para sentir-se barrado em seus desejos incestuosos.

Durante a análise, a criança deslocava os elementos fóbicos a cada novo enigma que aparecia. “Ele não tinha medo só de cavalos o morderem – logo silenciou a respeito desse ponto –, mas também de carroças, de carroças de mudanças, de ônibus... de cavalos *caindo...*” (Freud, 1909, p.113). Hans expressava, em suas fobias, o enigma da gravidez de sua mãe e surgimento de sua irmãzinha Hanna, além dos sentimentos ambivalentes em relação ao pai, que deveria cair, mas também podia puni-lo por seus desejos através do horror que sentia ao pensar que o cavalo estava morto. Conforme o autor, “havia medo *de* seu pai e medo *por* seu pai” (Freud, 1909, p.47).

Pai: “O cavalo estava morto quando caiu?”

Hans: “sim”

Pai: “E como você sabia disso?”

Hans: “Porque eu vi.” (Riu) “Não, não estava nada morto” (FREUD, 1909, p. 52).

Há de se reconhecer que eram tempos sexualmente mais repressores. Não deve ter sido fácil para o pai de Hans se deparar com a liberdade expressiva de uma criança, e, ainda hoje, frequentemente, não o é para o psicanalista. Gutfreind (2008) destaca o quão revolucionário foi o fato de um pai se dispor a aceitar a sexualidade do filho, acolher suas angústias, desejos, e impulsos agressivos, a ponto de suas intervenções – apesar de tantas vezes exaustivas – terem tomado, com o decorrer da análise e indicações de Freud, um tom mais lúdico capaz de despertar o interesse da criança pelo trabalho analítico: “*Estou tão contente, sabe? Fico sempre contente quando posso escrever para o Professor.*” Revelou, certa vez, a criança.

O interessante do caso é perceber o quão complexo é a capacidade da criança de construir explicações e fantasias a partir do que experimenta. O encontro com a diferença sexual, as brincadeiras com outras crianças, a gravidez da mãe e seu gradativo afastamento com a chegada da irmãzinha Hanna, a questão da origem dos bebês são temas sempre em movimento na análise de Hans. Num artigo publicado em 1908, *Sobre as teorias sexuais infantis*, Freud já indicava a disposição da criança em interpretar, construir teorias capazes de circunscrever os pontos obscuros e enigmáticos deixados, muitas vezes, pelo adulto. De acordo com o autor, o desconhecimento da existência da vagina, por exemplo, permite às crianças formular a teoria de que: “Se o bebê se desenvolve no corpo da mãe, sendo então retirado, isto só pode acontecer através de um único caminho: a passagem anal. *O bebê precisa ser expelido como excremento, numa evacuação*” (Freud, 1908, p.198).

Completamente envolvido com a questão do surgimento de sua irmãzinha, o pequeno Hans expressava em suas fantasias o reconhecimento da relação entre as mudanças corporais de sua mãe durante a gravidez e o nascimento, tempos depois, da irmã, demonstrando não aceitar inteiramente a teoria da cegonha.

Pai: “Mas isso não foi no ano passado. Hanna não estava viva então”

Hans: “*Sim, ela estava viva nessa época. Mesmo quando ela ainda estava viajando na caixa...*”

Pai: “Mas ela não estava conosco de jeito nenhum naquela época”

Hans: “Oh, sim, ela estava; ela estava com a cegonha”.

(FREUD, 1909, p.73)

A criança suspeitava a “verdade” ocultada sobre a existência de Hanna antes mesmo do nascimento dela. Hans se apoiava nos contos infantis e ditos do adulto, tanto para elaborar em suas fantasias os desejos despertados no conflito edípico, quanto para tentar resolver questões que lhe traziam muita angústia. É verdade que Hans contava com um pai disposto a escutar suas angústias e a incentivar a livre expressão de seus pensamentos, além de uma mãe que, embora apresentasse dificuldade em acolher com liberdade sua curiosidade sexual, permitia o diálogo e os questionamentos do filho. Segundo Gutfreind (2008, p.34), “Hoje se pensa que a ausência de recursos psíquicos nos pais pode até mesmo inviabilizar a análise dos filhos. Hans e seus pais tinham recursos, apesar das dificuldades. Talvez por isso a análise tenha sido possível”.

A grande sacada de Freud foi ter percebido que as dificuldades do garoto tinham a ver com o relacionamento do casal parental e o modo como cada um deles se relacionava com a criança. Parecia clara a relação entre a neurose fóbica de Hans e a tentativa dele em organizar-se frente às vicissitudes do complexo de Édipo-Castração.

Lacan (1956-57), em sua leitura do caso publicada no seminário *A relação de objeto*, retoma uma questão interessante: se seu desenvolvimento, até então, transcorria de modo satisfatório, se tinha uma educação em que pouco se via frustrado ou privado, *com o que o pequeno Hans é confrontado?*

Seguindo o texto freudiano, Lacan destaca que, antes do aparecimento da fobia, a criança estava “o tempo todo fantasiando o falo, interrogando a mãe sobre a presença do falo na mãe, depois no pai, depois nos animais” (Lacan, 1956-57, p.231). A partir do momento em que essa agitação pulsional se apresenta como algo real: o pênis, a masturbação, aparece então a angústia. Se até ali a criança se molda como aquilo que pode satisfazer a mãe, nesse momento ela se vê “confrontada com a hiância imensa que existe entre satisfazer uma imagem e ter algo de real para apresentar” (Lacan, 1956-57, p.232). Para Lacan, o que é decisivo nessa experiência é que “aquilo que ela tem, afinal de contas, para apresentar aparece – disso temos mil experiências na realidade analítica – como algo miserável”.

Ainda, de acordo com o autor, Hans havia inclusive anunciado seu objeto fóbico quando respondeu à mãe: “*Se você tem um faz-pipi, deve ter um faz-pipi muito grande, como um cavalo*”. A questão girava em torno da potência fálica e o

trabalho analítico parece ter culminado justamente no ponto em que a castração como tal pode ser articulada na história do bombeiro, um dos últimos “pensamentos” de Hans apresentados no relato. Mas, voltemos ao caso.

Seguindo os princípios analíticos, Freud ia pacientemente abrindo caminhos ao Pai de Hans sobre os conteúdos que apareciam nos relatos da criança e, aos poucos, o próprio Hans demonstrou grande interesse em compartilhar seus “pensamentos” com o pai, para que este pudesse escrever ao professor – conforme destacamos acima – que poderia ajudar a acabar com a “bobagem” que vinha sentindo.

Sobre o momento em que começou sua “bobagem”, Hans contou ao pai que costumava “brincar de cavalos” com as crianças de Gmunden e, depois, porque “eles ficavam dizendo ‘por causa do cavalo’, ‘por causa do cavalo’ (ênfaticamente o ‘por causa de’)”, acreditava ter ficado com a “bobagem” pelo modo como eles falavam. Em nota, Freud foi preciso ao atentar para a questão da palavra na escolha dos objetos fóbicos de Hans:

[...] a pequena palavra ‘wegen’ [‘por causa de’] foi o meio que favoreceu a fobia estender-se, desde cavalos, até *Wagen* [‘veículos’] ou ‘*wägen*’ [que se pronuncia exatamente como ‘wegen’], como Hans estava acostumado a pronunciar e a ouvir pronunciarem. Jamais se deve esquecer como as crianças tratam as palavras, mais concretamente do que fazem as pessoas adultas e, em consequência, como também lhes são tão significativas as semelhanças sonoras das palavras. (FREUD, 1909, p.59)

A questão da origem e do desejo era central na fobia de Hans. Às voltas com o “complexo do *Lumpf*” – com o hábito de acompanhar a mãe ao banheiro, e os problemas de constipação – a angústia de Hans parecia, segundo Freud, referir-se ao problema de saber se “sua mãe gostava de ter filhos (como ele, de brincar) ou se era obrigada a tê-los, como ele era obrigado a ir ao banheiro” (Gutfreind, 2008, p.124), descontente por ter de interromper a brincadeira. Banheira, caixas, carroças carregadas, e um certo temor pela “queda” de algo – “os cavalos vão cair”, costumava dizer; sua irmãzinha podia cair e morrer durante o banho – eram indícios claros de que a criança tentava elaborar tais questões. Em nota, Freud declara: “nós não usamos a palavra ‘*niederkommen*’ [literalmente ‘vir para baixo’] quando uma mulher dá a luz?” (Freud, 1909, p.90).

Na ausência de uma explicação convincente para seus questionamentos, vinda por parte do adulto, Hans seguia construindo suas versões. A primeira fantasia do bombeiro foi exemplar: “*eu estava no banho, e então veio o bombeiro e desparafusou a banheira. Depois ele pegou uma grande broca e bateu no meu estômago*” (Freud, 1909, p. 64). O ventre (banheira), a grande broca (pênis), o desparafusar (abertura), todos os elementos estavam lá, e Hans tentava dizer, mesmo que de forma distorcida, que tinha representações sobre a gravidez, o parto e o aparecimento da irmãzinha Hanna. Seguindo suas fantasias e brincadeiras, a criança pôde ressignificar suas angústias, acolher seus desejos e submeter-se à castração humanizante. Observando-o brincar com os filhos imaginários, o pai de Hans lhe pergunta:

Pai: “Alô, seus filhos ainda estão vivos? Você sabe muito bem que um menino não pode ter filhos”.
 Hans: “Eu sei. Antes eu era a mamãe deles, *agora eu sou o papai deles*”
 Pai: E quem é a mamãe das crianças?
 Hans: “Ora, a mamãe, e você é o *vovô* delas”.
 (FREUD, 1909, p. 91)

Por meio do brincar, o pequeno Hans reorganizava o quadro familiar segundo seu desejo. Apoiando-se na ideia de que seu pai, assim como ele próprio, casara-se com sua própria mãe (avó paterna de Hans), a criança tornara o pai, avô de seus filhos. Tempos depois relata, com resistência, uma reformulação da fantasia do bombeiro: dessa vez o bombeiro lhe retirara o traseiro e o pipi e depois lhe dava outros novos e maiores! Estava superado o medo de castração. Após alguns dias, segundo o relato das cartas que sua mãe enviou à Freud, o pequeno Hans parecia restabelecido e alegre.

Como podemos observar, e esse era o principal interesse de Freud, o caso Hans confirmava as teses sobre o conflito edípico e sua relação com os princípios estruturadores da neurose. Mas algo parecia ir além. O aparecimento do sofrimento na criança desencadeara toda uma mobilização dos pais no sentido de procurar a ajuda de um terceiro, o Dr. Freud. Era necessário ouvir. E Freud já havia tratado a mãe do pequeno Hans alguns anos antes, embora, de modo geral, ela pouco aparecesse no caso, Freud ouvira a queixa do pai: “*sem dúvida, o terreno [para o surgimento da fobia] foi preparado por uma superexcitação sexual devida à ternura da mãe de Hans*” (Freud, 1909, p.29).

Apesar de compreender as ansiedades dos pais, Freud alertava: “não é nosso dever ‘compreender’ um caso logo à primeira vista” e seguia, pacientemente, os sinais deixados pela criança e por seus pais. “Neste sentido, pode-se dizer que Freud foi um precursor na valorização dos cuidadores de uma criança. Sem cuidar de quem realmente cuida, é difícil aprofundar ou manter a análise dos pequenos” (Gutfreind, 2008, p.29).

De fato, Rosenberg (2002, p.34) nos lembra: “foi a própria transferência do pai de Hans com o “professor” que inaugurou esse campo analítico”, ou seja, a possibilidade do tratamento de Hans foi efetivada pela confiança dos pais em relação ao lugar de saber em que Freud foi colocado. Se os pais não inauguram esse lugar na transferência, como sustentar um trabalho que inevitavelmente os envolve enquanto sujeitos de desejos inconscientes e enigmáticos para a criança? Pensamos ser este o ponto de grande contribuição do caso clínico freudiano à psicanálise com crianças. Se, por um lado, o autor encarava o uso da psicanálise com os pequenos apenas como “experiência pedagógica”, por outro, ele foi capaz de reconhecer a sensibilidade da criança às intervenções de uma análise.

Hans era uma criança inteligente e com uma fluência verbal e imaginativa surpreendentes, fato que nos leva a crer que não haveria dificuldade alguma quanto ao uso da técnica clássica, desenvolvida para adultos, na clínica com crianças. Contudo, surge uma pergunta fundamental: como ter acesso aos conteúdos inconscientes da criança se nem sempre ela dispõe de uma linguagem verbal bem estruturada para expressar-se livremente? Como seria possível analisar crianças pequenas?

Mais uma vez encontramos na obra de Freud algumas indicações de que esse acesso existe. No texto *Escritores criativos e devaneio* (1908), o autor faz uma aproximação entre o brincar da criança e a atividade do escritor: ambos estariam pautados na criação de uma nova realidade, pois ao criar um mundo próprio, tanto o escritor quanto a criança reajustam os elementos do mundo do modo que mais lhes agrada. As fantasias, os devaneios, o próprio brincar aparecem como recursos para enfrentar realidades traumáticas e reorganizar a realidade no sentido do princípio do prazer. “As forças motivadoras das fantasias são os desejos insatisfeitos, e toda fantasia é a realização de um desejo, uma correção da realidade insatisfatória.” (Freud, 1908, p. 137).

Em 1920, no texto *Além do princípio do prazer*, Freud faz uma nova referência ao brincar infantil como mecanismo de enfrentamento de uma experiência traumática via simbolização oferecida pelo jogo. O *fort-da*, jogo criado por uma criança de 18 meses (neto de Freud), consistia em fazer desaparecer (*fort*, ir embora) e reaparecer (*da*, aqui) um carretel sob domínio da criança. Para além de proporcionar grande prazer à criança, Freud observara que se tratava de um movimento próprio de simbolização da ausência da mãe, que sofrida passivamente pela criança poderia passar para seu controle ativo e encontrar um sentido no jogo.

Percebemos, então, que o brincar tem um lugar central na estruturação psíquica da criança. Lacan vai apontar o jogo do *fort-da* (jogos de ocultação) como uma primeira etapa do processo de simbolização da dialética presença-ausência fundamental à constituição do sujeito. Experimentada inicialmente de modo passivo – afinal, o bebê não controla a ausência e a presença de sua mãe, embora o recurso do choro seja uma tentativa desse controle – a criança pode se tornar o sujeito da ação e, na brincadeira, controlar o objeto que dá suporte à simbolização da experiência desprazerosa. Com o brincar estariam lançadas as bases para uma psicanálise com crianças? Vejamos o caminho tomado pelas pioneiras nesta clínica e o modo como elas e alguns outros teóricos posteriores articularam, em sua prática e teoria, o lugar dos pais no tratamento de crianças.

4.

A clínica psicanalítica com crianças: consequências teóricas

4.1

As pioneiras na clínica: da “experiência pedagógica” em Anna Freud à técnica do brincar em Melanie Klein

Uma das maiores, senão *a maior* meta psicológica que a criança deve alcançar e que lhe toma a maior parte de suas energias psíquicas é o domínio da angústia. (Melanie Klein, 1981[1932], p.50)

Entremeada na própria história da psicanálise, a psicanálise com crianças tem sua origem na ideia defendida por Freud, em 1909, no caso Hans, de que somente a união de pai e terapeuta em uma única pessoa garantiria o tratamento analítico de uma criança. Sabemos que, naquele período de construção do campo, não foram raros os casos de psicanalistas que analisaram seus filhos ou parentes: “Anna Freud foi analisada pelo pai, Klein analisou o próprio filho, Abraham analisou a sua filha Hilda, e Jung a sua ‘pequena Agathli’” (Camarotti, 2010, 49). Contudo, foi Hermine Von Hug-Hellmuth a “primeira psicanalista a se ocupar regularmente de crianças” (Santa Roza, 1999, p.23) e o relato de suas primeiras experiências abririam o terreno para se pensar as especificidades desta clínica.

Hermine divergia da ideia da confluência pai-analista, defendida pelo mestre, argumentando que a criança não confessa jamais seus desejos e pensamentos íntimos e profundos aos pais e que a franqueza psicanalítica do filho dificilmente seria suportada pelo narcisismo parental. (CAMAROTTI, 2010, p.51)

Embora pouco lembrada, muito provavelmente devido à forma trágica de sua morte³, Hermine Von Hug-Hellmuth foi a primeira analista a “assinalar a

³ Hellmuth observou e analisou seu sobrinho Rolf, filho de sua irmã Antoine. Seus escritos foram objeto de muitas críticas na sociedade psicanalítica e também pelo próprio paciente que terminou por acusá-la de maus tratos, chegando a assassiná-la tempos depois. Tal fato teve uma repercussão extraordinária tanto na imprensa como nos meios intelectuais e psicanalíticos. A educação psicanalítica de crianças passou a ser motivo de debate. (ARAÚJO, 2009, p.312)

dupla função da psicanálise infantil: curativa e educativa já que consiste não só em liberar a criança de seu sofrimento, como também proporcionar-lhe valores éticos e morais”, aproximando-se das concepções desenvolvidas posteriormente por Anna Freud. (Araújo, 2009, p.311).

Vimos, nos capítulos anteriores, que a formulação do conceito de inconsciente estabelece a existência permanente do infantil no psiquismo humano. Freud identificara que a dinâmica pulsional constituinte do psiquismo humano têm suas marcas fundamentais situadas muito precocemente nas experiências vividas durante a infância. Para o autor, isso passa a ter organização, por volta dos 4-5 anos de idade, a partir do complexo de Édipo. No entanto, pesquisas posteriores de psicanalistas como Melanie Klein, Winnicott e o próprio Lacan localizam efeitos desse conflito estrutural num período bem anterior ao pensado por Freud, o que indica uma ampliação de conceitos e a própria construção de um campo teórico capaz de subsidiar a clínica com crianças.

Embora encontremos nas formulações freudianas as vias de acesso à construção do campo em questão, não podemos deixar de destacar que algumas formalizações teóricas de analistas pós-freudianos tomaram a metapsicologia freudiana por um viés biológico desenvolvimentista. A confusão conceitual parece ter recaído justamente sobre a teoria da organização sexual infantil e das chamadas relações pré-genitais. Muitos psicanalistas parecem ter lido as descobertas freudianas a partir de premissas equivocadas, como se o caminho para a vida adulta fosse unilateral e ascendente e, ultrapassadas as fases do desenvolvimento libidinal, houvesse uma unificação, uma síntese pulsional que organizaria a parcialidade tão característica na sexualidade infantil em “normalização” genital no adulto, quando o Eu, já completamente formado e de posse total de suas funções, atingiria a *harmonia* da relação de objeto genital. (Lacan, 1956-57, p. 16).

Este foi o posicionamento, por exemplo, da chamada *Psicologia do Ego*, corrente norte-americana surgida nos anos de 1920 cuja nomeação *psicanalítica*, na verdade, coexistiu com uma série de desvios e leituras equivocadas da descoberta freudiana. Dentro desta perspectiva de trabalho, destaca-se a influência das ideias defendidas por Anna Freud, filha de Sigmund Freud, e uma das primeiras interessadas em articular teoricamente a sua prática no cuidado de crianças. Baseando-se na concepção de um ego inato, capaz de se desenvolver

progressivamente da fragilidade infantil à firmeza e maturidade adulta, a autora parece reduzir a complexidade do psiquismo a “uma luta pela supremacia entre o ego e o id”, na qual o recurso aos mecanismos de defesa passa a significar certo “sucesso parcial do ego” no sentido de conseguir adaptar-se à realidade. (Freud, 1972, p.125). Em uma passagem do livro *O ego e os mecanismos de defesa* publicado em 1946, afirma:

O ego do primeiro período infantil não estava ainda desenvolvido nem determinado, era impressionável e flexível, sob a influência do id; no período pré-pubertal, pelo contrário, é rígido e firmemente consolidado. Já conhece sua própria mente.(...)Sua relação firmemente estabelecida com o id, por uma parte, e com o superego, por outra – a que chamamos caráter – torna o ego inflexível. Só pode conhecer um desejo: preservar o caráter desenvolvido durante o período de latência, restabelecer a anterior relação entre suas próprias forças e as do id e replicar a maior urgência das solicitações instintivas com redobrados esforços para se defender. (FREUD, 1972, p. 124-5)

É notório o pleno “esquecimento” da importante constatação freudiana de que *o eu não é o senhor da sua própria casa* (Freud, 1917, p.153) – ou seria mais a negação atuando como mecanismo de defesa? Na contramão, “o eu pré-pubertal já conhece sua própria mente”, afirma a autora. Sendo assim, que lugar estaria reservado à psicanálise com crianças na concepção de Anna Freud? De que condução clínica se trata?

De acordo com a autora, o método propriamente psicanalítico encontraria algumas barreiras quanto a sua aplicabilidade à infância. Visto que a criança não seria capaz de produzir neurose de transferência, pois a *antiga edição não se encontra ainda esgotada* (Freud, 1926), e os pais reais ainda figuram como objetos de amor, o trabalho analítico com crianças não poderia prescindir de implicações educacionais distanciando-se, portanto, de muitos princípios da técnica com adultos. Segundo a autora:

entre eles [os pais] e a criança todas as relações da vida cotidiana existem, e todas as suas gratificações e desapontamentos dependem, na realidade, desses pais. O analista penetra nessa situação como uma nova pessoa e provavelmente compartilhará com os pais o amor ou o ódio revelado pela criança. Mas não há qualquer necessidade para a criança de trocar seus pais por ele, uma vez que comparado a eles, não oferece nenhuma daquelas vantagens que encontra o adulto quando pode trocar os seus objetos de fantasia por uma pessoa concreta. (FREUD, 1926, p.60)

Interessante observarmos nesta passagem a ideia que a autora possui sobre a própria análise de adultos, com a qual constantemente compara a análise de criança: a troca dos objetos (pais) de fantasia pela pessoa concreta do analista seria não só uma vantagem, como também o objetivo do movimento da transferência analítica. No entanto, a autora parece considerar o jogo transferencial como troca imaginária. Lacan afirma que a perspectiva da psicologia do ego prioriza a dimensão imaginária da relação dual em detrimento do aspecto simbólico que há na relação do sujeito com o outro, o que produziria sérios problemas na análise, visto que a relação imaginária só pode resultar em idealização e agressividade. O objeto em questão no tratamento analítico seria um objeto idealizado, não só pelo analisando, sujeito alienado em uma imagem que acredita poder ser, pois que foi autenticada pelo outro, mas também pelo próprio analista, que, preso nas armadilhas narcísicas, acreditaria ser possível oferecer-se como modelo identificatório para o analisando (Lacan, 1956-57).

Embora, de antemão, o posicionamento de Anna Freud pareça impossibilitar a legitimidade do campo da psicanálise com criança, é interessante notar que ela reserva um lugar aos pais no tratamento que dispensa às crianças, ainda que seja um lugar destinado a orientações adaptativas. Para ela, o único papel possível ao analista de crianças seria ensinar a criança “a conduzir-se perante sua vida instintiva”, influenciá-la no sentido de controlar seus impulsos já que o superego infantil ainda não alcançou um “considerável grau de independência” das figuras parentais (Freud, 1926).

Em função do forte vínculo de dependência da criança em relação aos pais ou responsáveis, segundo Anna Freud, falta ao pequeno paciente “tudo aquilo que parece indispensável no caso do paciente adulto: a consciência (insight) de enfermidade, a decisão voluntária e a vontade de curar-se” (Anna Freud, 1926, p.22). A fim de tornar as condições favoráveis ao início da análise, ela desenvolve então a ideia de que é necessário um *período preparatório*, uma espécie de ajustamento na técnica, que pudesse induzir a criança a uma compreensão interna de sua condição de doença, transmitir confiança a fim de que haja aliança com o analista e transformar a decisão de submeter-se à análise em decisão própria. (Freud, 1926). Se nesse período que “nada tem a ver com o trabalho analítico” for alcançada as condições necessárias, ou seja, se a criança possui certa noção de que

precisa do analista para livrar-se de algum incômodo ou sofrimento, e é capaz de confiar nesse outro adulto, a análise pode vir a acontecer.

O analista deve reivindicar a liberdade de dirigir a criança neste importante ponto, a fim de poder assegurar, em certa medida, o resultado da análise. Sob a sua influência a criança deve saber como conduzir-se perante a sua vida instintiva e o seus pontos de vista devem, afinal, determinar que parte dos impulsos sexuais infantis precisa ser suprimida ou rejeitada como não-utilizável no seio do mundo cultural; [...]o que é que deve ser encaminhado na direção da sublimação, para cujo processo todos os recursos disponíveis de educação precisam ser usados. Resumidamente podemos dizer que o analista deve esforçar-se por se colocar no lugar do Ego-ideal da criança por toda a duração da análise. (FREUD, 1926, p.75-76).

Como se percebe, a função do analista de crianças tem em Anna Freud um papel essencialmente pedagógico. Combinado ao papel de educador, o analista de crianças seria uma espécie de mediador de conflitos ao orientar os pais no sentido de corrigir alguma etapa do desenvolvimento anormal de seu filho. Se, de fato, notamos que o êxito pedagógico está fortemente associado a um vínculo positivo com o educador – uma pessoa aprende melhor quanto mais fácil for sua relação com o professor – é compreensível que, na visão de Anna Freud, o aparecimento de manifestações de hostilidade e agressividade (transferência negativa) fosse fortemente evitado, caso contrário todo o processo estaria comprometido. Este será um ponto bastante questionado pela proposta kleiniana, como veremos adiante.

Completamente dependente dos vínculos parentais, e possuindo poucos recursos para “expressar-se livremente”, a criança, segundo Anna Freud, parece encarnar o ideal social moralizante que falávamos no primeiro capítulo deste trabalho. O espaço para a elaboração dos conflitos neuróticos na análise passa a ser substituído por um espaço onde a criança irá submeter-se à “ajuda terapêutica”, a fim de adaptar-se às exigências internas e externas. No texto de apresentação do livro *Quando brincar é dizer* de Eliza Santa Roza, o psicanalista Joel Birman afirma que:

Inserida em diferentes registros de minoria – cronológica, sexual, mental, lógica e jurídica – a infância ocuparia também uma posição de minoria na psicanálise, posto que *inexistiria*⁴ um sujeito do inconsciente. As crianças não poderiam desfrutar do “ouro” da psicanálise, mas apenas do “cobre”, da liga metálica

⁴ Itálico nosso.

inferior e vulgar da psicoterapia (Freud, 1918). (BIRMAN, in SANTA ROZA, 1999, p.12).

Em relação aos métodos de análise de crianças, dispostos em sua segunda preleção, Anna Freud lembra que “uma criança não pode dar muita contribuição à história de sua doença”, diferente do adulto que reconstrói sua história em análise a partir de suas lembranças. Por isso a necessária entrada dos pais no tratamento; através das informações trazidas por eles, a condução clínica será definida. Os sonhos, devaneios e desenhos também são recursos utilizáveis e podem ser interpretados assim como o material produzido pelo adulto. Contudo, se a vontade de associar é ausente na criança, a análise encontra-se em dificuldade.

Tal concepção de criança e, conseqüentemente, da prática analítica com esta clientela vai encontrar oposição, praticamente no mesmo período, nas concepções clínicas de Melanie Klein, psicanalista de origem austríaca, que teve grande destaque no cenário teórico e político da chamada escola inglesa.

O momento era de importantes acontecimentos na psicanálise. Entre 1918 e 1926, o debate acerca da formação do analista havia se instaurado; ao mesmo tempo, a expansão do discurso analítico abria espaço para o surgimento de novos interesses teóricos, os quais, dentre os analistas ingleses, incluíam “o papel da ansiedade, da hostilidade e da agressão, a teoria do simbolismo, problemas de caráter e estrutura do superego, problemas relativos à técnica, à teoria das psicoses e a psicanálise com crianças” (King & Steiner, 1998, p.43).

Amparada por uma leitura instigante da obra freudiana, por seu trabalho de análise e por suas primeiras observações de crianças, Melanie Klein inicia seu trabalho clínico encorajada por Sándor Ferenczi, seu primeiro analista. Em oposição às concepções de Anna Freud, podemos afirmar que Klein foi a responsável por consolidar a legitimidade do controverso campo da psicanálise com crianças ao desenvolver a *técnica do brincar*, sua principal contribuição.

Preocupada em destacar o papel das descobertas psicanalíticas nos cuidados com a infância, a autora vai discordar de Anna Freud – sua principal oponente no campo – ao afirmar ser completamente possível conduzir um processo propriamente psicanalítico com crianças, já que a criança seria sim capaz atualizar na transferência com o analista as experiências de seu mundo interno. Segundo Melanie Klein, “surgirá uma situação transferencial desde que empreguemos um método equivalente à análise de adultos, que evitemos qualquer

medida pedagógica e que analisemos a fundo os impulsos negativos dirigidos contra o analista.” (Klein, 1926, p. 20).

Melanie acreditava que a dificuldade de uma psicanálise com criança não residia no fato de que a criança é “imatura” psiquicamente e, pelo fato de ser extremamente ligada aos pais, estivesse impossibilitada de transferir ao analista seu arranjo sintomático. O problema estava simplesmente em transpor um método utilizado no tratamento com adultos para a prática com crianças. A técnica do brincar surge então como um meio de expressão simbólico dos conflitos da criança e, através desse instrumento, o analista teria acesso e poderia intervir, via interpretação, no material fantasmático inconsciente dos pequenos pacientes.

A criança expressa suas fantasias, desejos e experiências de uma forma simbólica, através de jogos e brinquedos. Ao fazê-lo, utiliza os mesmos modos arcaicos e filogenéticos de expressão, a mesma linguagem com que já nos familiarizamos nos sonhos; a plena compreensão dessa linguagem só será obtida se dela nos acercarmos da maneira que Freud nos ensinou. O simbolismo constitui apenas uma parte dessa linguagem (KLEIN, 1932, p.30).

Enquanto, para Hug-Helmuth e Anna Freud, o brincar era apenas um meio de conduzir a relação entre a criança e o analista, para Melanie Klein o brincar é, por excelência, a linguagem da criança. No tratamento, o brincar tinha um valor tanto revelador das angústias infantis quanto sublimatório e poderia ser encarado como um equivalente das associações livres do adulto. Além disso, a interpretação do material “negativo” e impulsos agressivos dos pacientes deveria ser um dos principais eixos do trabalho analítico, não o “cultivo dos afetos positivos” como defendia a perspectiva annafreudiana.

Tal opinião se tornou uma das razões que levou Melanie Klein a transferir-se de Berlim para Londres em 1926, onde suas ideias eram mais bem aceitas. A morte prematura de Karl Abraham, em 1925, com quem Klein retomara seu processo de análise foi um adicional em sua decisão pela mudança para a Sociedade Britânica de Psicanálise. (King & Steiner, 1998). Vejamos então de que modo esses dois aspectos – o brincar e a interpretação dos impulsos negativos – serão temas centrais na clínica kleiniana, a partir da apresentação das principais construções teóricas da autora.

Hanna Segal (1975), psicanalista contemporânea a Klein e adepta de suas ideias, no clássico livro *Introdução à obra de Melanie Klein* faz um apanhado

interessante da construção metapsicológica que fundamenta a escola kleiniana. Partindo da reformulação do conceito freudiano de fantasia, Melanie Klein parece extrapolar o movimento regressivo que a psicanálise realiza em direção ao originário ao conceber a ativação das fantasias primitivas – em um psiquismo rudimentar – a partir do evento do nascimento. “A primeira fome e o esforço instintual para satisfazer essa fome são acompanhados pela fantasia de um objeto capaz de satisfazê-la” (Segal, 1975, p. 24).

Diante da experiência de desamparo inaugurada pelo nascimento, o bebê humano já teria condições de construir primitivas relações de objetos na fantasia, em virtude da instalação dos processos de prazer-dor. O seio materno torna-se então o primeiro objeto com o qual o bebê irá travar relações. Fonte de experiências de gratificação e frustração, de acordo com Melanie Klein, o seio será interpretado pelo bebê tanto como um objeto bom, que promove sua satisfação, quanto como um objeto mau, persecutório. Nesse momento inicial, as relações ainda pouco diferenciadas levam o bebê a conceber os acontecimentos da “realidade” como fruto de suas fantasias primitivas de onipotência. Assim, por exemplo, um bebê que adormece satisfeito com o simples movimento de sucção ou chupando os próprios dedos, dorme com a fantasia de ter, incorporado em si, o seio que dá o leite. Por outro lado, um bebê em desconforto, ao gritar e espernear furiosamente, fantasia que está atacando e destruindo o seio mau, porém “experimenta seus próprios gritos que o rasgam e o machucam como se o seio rasgado o estivesse atacando dentro dele próprio” (Segal, 1975, p.24).

Interessante notar que a concepção kleiniana pressupõe no recém-nascido um grau de organização do ego capaz de tecer – impulsionado pelas exigências pulsionais e pela ansiedade – relações de significação na fantasia a partir do enfrentamento da realidade. Ou seja, a fantasia não é simplesmente um instrumento de defesa e fuga da realidade, como havia pensado Freud, mas um recurso indispensável ao próprio processo de pensamento que “não apenas contrasta com a fantasia, mas nela se baseia e dela deriva”. “O pensar poderia ser encarado como uma modificação da fantasia inconsciente, uma modificação efetuada de modo semelhante pelo teste de realidade.” (Segal, 1975, p.34).

Segundo Melanie Klein, Freud suspeitava no ego primitivo do bebê essa capacidade de formar fantasias, pois o conceito de realização de desejo alucinatório implicaria tal organização psíquica. Embora sensivelmente frágil,

desde o início, essa espécie de “ego primitivo” possui uma tendência à integração (pulsão de vida) que sofrerá o impacto constante tanto da pulsão de morte quanto das ansiedades decorrentes do choque com a realidade externa. Esta leitura fundamenta-se na importante virada teórica realizada por Freud em 1920. No texto *Além do princípio do prazer*, o autor chegara à conclusão de que em última instância as tendências conservadoras do organismo o levam ao objetivo de toda forma de vida: a morte, isto é, o retorno ao estado inanimado.

Desse modo, as pulsões de autoconservação possuem a função de “garantir que o organismo seguirá seu próprio caminho para a morte, e afastar todos os modos possíveis de retornar à existência inorgânica que não sejam os imanescentes ao próprio organismo” (Freud, 1920, p.50). Estão, portanto, “fadados a dar uma aparência enganadora de serem forças tendentes à mudança e ao progresso, ao passo que, de fato, estão apenas buscando alcançar um antigo objetivo por caminhos tanto velhos quanto novos.” (Freud, 1920, p.49).

Seguindo a construção freudiana, Melanie Klein acredita que o confronto provocado pelo conflito entre as pulsões de morte e de vida, e o consequente aumento da ansiedade, suscita no ego a deflexão desses impulsos, ocasionando então uma divisão (*split*) entre percepções boas e más que se tornará a base para a construção dos objetos. Em resumo, o processo se dá da seguinte forma: diante da esmagadora ansiedade de aniquilação o ego utiliza-se de uma série de mecanismos de defesa – primordialmente, os de *projeção e introjeção* – no sentido de manter-se próximo e identificado ao objeto bom, ao mesmo tempo em que tenta afastar-se, ao máximo, de seus impulsos agressivos projetando-os num mau objeto. (Segal, 1975, p.38)

A *projeção* das partes que contém o instinto de morte para fora, no objeto original – o seio, dá origem ao sentimento de perseguição característico desta posição inicial, a chamada *posição esquizo-paranóide*. No entanto, o mesmo ocorre com a libido, sendo uma parte dela projetada para fora do ego e a outra utilizada no estabelecimento da “relação libidinal com esse objeto ideal” projetado e reintrojado. Assim, bastante cedo o ego é capaz de desfrutar da relação com dois objetos: o seio ideal e o seio persecutório, relação essencialmente baseada por uma ansiedade do tipo paranóide, já que tanto o eu quanto os objetos ideais podem sofrer, e sofrerem na fantasia, constantes ataques a sua integridade. (Segal, 1975, p. 37-8).

Vale ressaltar que na posição esquizo-paranóide o excesso de divisão (*splitting*) do ego e dos objetos parece ir de encontro à própria função integradora pela qual o eu é responsável. Contudo, é através desse mecanismo que a criança poderá organizar e distinguir suas impressões sensoriais e emocionais, unindo-as posteriormente quando do reconhecimento dos objetos totais numa próxima etapa. De acordo com Segal, esta importante expoente da escola kleiniana,

Com a divisão (*splitting*) estão em conexão a ansiedade persecutória e a idealização. Naturalmente, ambas, se retidas em sua forma original na vida adulta, deformam o julgamento, mas alguns elementos da ansiedade persecutória e da idealização estão sempre presentes e desempenham um papel nas emoções adultas. Um certo grau de ansiedade persecutória é condição para que se seja capaz de reconhecer, apreciar e reagir a situações verdadeiras de perigo em condições externas. A idealização é a base da crença na bondade de objetos e na própria bondade, e é precursora de boas relações de objeto.(...) persiste em várias situações, tais como o apaixonar-se, apreciar a beleza, formar ideais sociais ou políticos – emoções que, embora possam não ser estritamente racionais, aumentam a riqueza e a variedade de nossas vidas. (SEGAL, 1975, p.48).

Uma condição necessária à passagem da posição esquizo-paranóide para uma posição “relativamente” menos conturbada – a posição depressiva – é “que haja predominância das experiências boas sobre as más”. Quando isso ocorre, o ego é capaz de se identificar, de maneira mais firme, com o objeto ideal e com a bondade que o mesmo contém e, menos temeroso de sua própria ansiedade e agressividade (antes, maciçamente projetada), permite a aproximação entre objetos perseguidores e ideais, iniciando o processo de integração tanto dos objetos, quanto do eu. “Através da diminuição de mecanismos projetivos, há uma diferenciação crescente entre o que é eu (self) e o que é objeto. Assim prepara-se o caminho para a posição depressiva”. (Segal, 1975, p. 49)

Prosseguindo em seu desenvolvimento, o bebê alcança o momento em que passa a relacionar-se com a mãe como objeto total, “não mais apenas com o seio, mãos, face, olhos da mãe, como objetos separados, mas com ela própria como uma pessoa total, que à vezes pode ser boa, às vezes má, presente ou ausente.” (Segal, 1975, p.81). Tal reconhecimento significa descobrir sua dependência em relação ao amor da mãe, aquela a quem o bebê se dá conta de que é capaz de amar e odiar revelando, assim, a ambivalência de seus próprios sentimentos. Essa mudança de posição em relação aos objetos provoca uma alteração “no foco das ansiedades do bebê”. Se na posição esquizo-paranóide o ego temia ser destruído

pelos vários objetos maus, na posição depressiva a criança é capaz de reconhecer seus impulsos agressivos e, portanto, teme que “seus próprios impulsos destrutivos tenham destruído ou destruam o objeto que ela ama e do qual depende totalmente”. (Segal, 1975, p.82).

A descoberta de que a mãe – esse objeto agora percebido como independente – é capaz de afastar-se e manter outras relações, desperta no bebê o aumento da “necessidade de possuir esse objeto, de mantê-lo dentro e, se possível, de protegê-lo de sua própria destrutividade”, intensificando os processos de *introjeção*. No entanto, a urgente necessidade de *introjeção* do objeto bom, manifestada, por exemplo, na avidez dos impulsos orais do bebê, é acompanhada por poderosos impulsos destrutivos, o que leva ao surgimento de dois novos sentimentos: “o *luto* e o anseio pelo objeto bom – sentido como perdido e destruído – bem como a *culpa*, uma experiência depressiva que surge do sentimento de ter perdido o objeto bom através da própria destrutividade” (Segal, 1975, p.83).

A experiência de depressão mobiliza no bebê o desejo de reparar seu objeto ou seus objetos destruídos. Anseia por compensar o dano infligido a eles em sua fantasia onipotente, por restaurar e recuperar seus objetos amados perdidos, e por lhes dar de volta vida e integridade. (SEGAL, 1975, p.85)

Tais impulsos reparadores e os sentimentos de luto são considerados processos imprescindíveis ao desenvolvimento normal do psiquismo do bebê, pois constituem a base da criatividade e dos processos sublimatórios essenciais à organização do eu. É também nesse momento que os mecanismos psicóticos da divisão (*splitting*) gradualmente cedem lugar ao estabelecimento dos mecanismos neuróticos de recalque, inibição, deslocamento, de modo que a formação simbólica se tornará mais abstrata e complexa. “Se a realidade psíquica é experimentada e diferenciada da realidade externa, o símbolo é diferenciado do objeto; é sentido como tendo sido criado pelo eu(*self*), e este pode usá-lo livremente. (Segal, 1975, p.89).

Por outro lado, se o processo de reparação falha e os sentimentos depressivos de culpa e perda não podem ser suportados, as defesas maníacas entram em cena. “O objeto então é tratado com desprezo, controle e triunfo (...), e os ataques sempre renovados aumentam tanto a destruição do objeto quanto sua retaliação vingativa, aprofundando assim as ansiedades depressivas” (Segal, 1975,

p.103). A experiência depressiva, segundo a teoria kleiniana, está vinculada ao reconhecimento, por parte do bebê, de seu próprio mundo interno e de sua dependência e ambivalência em relação aos objetos (mãe, pai...). Assim, as defesas maníacas são dirigidas contra a realidade psíquica, negação alimentada, por exemplo, pelo suposto “controle onipotente do objeto”, enquanto a reparação implica a experiência do sofrimento decorrente do reconhecimento da realidade psíquica e a produção de medidas de recriação/reparação dos objetos na fantasia e na realidade como modo de enfrentar o sofrimento (Segal, 1975).

A análise de crianças pequenas revelava, ainda, que “as primeiras angústias e os sentimentos de culpa da criança tem sua origem nos impulsos agressivos relacionados ao conflito edípico”. (Klein, 1932, p.28). Presente já na segunda metade do primeiro ano de vida da criança, estes conflitos são acompanhados, simultaneamente, pela edificação do superego através da imagem severa dos pais introjetados. Ao perceber o vínculo libidinal entre os pais, objetos que gradualmente são entendidos como separados, a criança é invadida por primitivos sentimentos de ciúme e inveja, “uma vez que os pais são percebidos como dando constantemente, um ao outro, precisamente aquelas gratificações que o bebê deseja para si” (Segal, 1975, p.117). Tal panorama prepara o terreno para a instalação do complexo de Édipo, donde as tendências genitais serão estabelecidas e veiculadas nas identificações resultantes. Assim, a descoberta de que as crianças, desde muito pequenas, experimentam grandes angústias e desilusões e “sofrem o peso de sentimentos de culpa, dá-nos, ao menos, uma boa base para podermos abordar sua análise, embora muitas das condições para o sucesso do tratamento pareçam estar ausentes.” (Klein, 1932, p.30).

Segundo Melanie Klein, foi justamente a diferença entre o funcionamento do adulto e da criança – o fato das crianças não se sentirem doentes, ou mesmo não serem suficientemente capazes das articulações verbais, principal instrumento da análise de adultos – que possibilitou a construção da técnica lúdica. Para ela, as personificações do brincar servem de apoio projetivo à dinâmica dos objetos internos e, mais que possibilitar uma espécie de ab-reação emocional, serve como instrumento de simbolização, já que a inundação de angústias parece impor resistência às associações verbais da criança.

A criança expressa suas fantasias, desejos e experiências de uma forma simbólica, através de jogos e brinquedos. Ao fazê-lo, utiliza os mesmos modos arcaicos e filogenéticos de expressão, a mesma linguagem com que já nos familiarizamos nos sonhos. [...] o simbolismo constitui apenas uma parte dessa linguagem. [...] A análise infantil tem-nos demonstrado repetidas vezes quantos significados diferentes um simples brinquedo ou simples peça de um jogo podem ter. Só chegaremos a compreender plenamente seu significado quando conhecermos suas conexões ulteriores e a situação analítica geral dentro da qual se situam (KLEIN, 1932, p.30-1).

Esta passagem confirma a concepção do jogo/brincar como uma formação do inconsciente, semelhante ao material do sonho produzido pelo adulto. “Ao brincar, ela (a criança) age ao invés de falar”; sua ação tem o valor de palavras condensadas e deslocadas na atividade lúdica e, portanto, precisam ser liberadas na interpretação do analista. O brincar na sessão e todo o jogo transferencial deveriam então ser interpretados detalhadamente, a fim de diminuir a angústia da criança e possibilitar os meios para o prosseguimento da análise.

Comentando o caso de um garotinho de três anos e nove meses, Melanie conta que a criança, logo no princípio de sua primeira sessão, após ter feito colidir duas carroças a cavalo de modo que as patas dos cavalos se chocassem, disse: “tenho um novo irmãozinho chamado Fritz”. Após perguntar-lhe o que estavam fazendo as carroças, a criança diz: “isso não fica bem”; para a brincadeira e, em seguida, recomeça só com os cavalinhos. Melanie Klein então interpreta: “Olha aqui, os cavalos são duas pessoas que estão se chocando uma com a outra”, ao que a criança, após retrucar, acabou admitindo: “sim são duas pessoas se chocando”, e acrescentou: “Os cavalos também se chocaram e agora vão dormir; agora estão mortos; eu os enterrei”.

Na segunda sessão, a criança retoma a brincadeira e a analista resolve explicar-lhe que se tratava de duas pessoas – seu papai e sua mamãe – e que ele pensava que, ao ficarem batendo seus “negocinhos” um no outro, fizeram nascer seu irmãozinho. O garotinho protesta dizendo: “Não, isso não fica bem”; mas continua a embater os carros e, em seguida, volta a falar do irmão. (Klein, 1932, p.42-43).

Neste exemplo clínico, podemos observar como a técnica kleiniana consiste em tornar “real” o mundo interno da criança através da interpretação. Há aí a crença em uma realidade “verdadeira” da relação com o objeto, relação “na qual o analista, agora personificado como um novo objeto, permite à criança uma

‘correção’ de suas fantasias primitivas, ao situar-se, por meio da interpretação, de uma forma diferente das imagens originais” (Santa Roza, 1999, p.122).

Segundo a teoria kleiniana, o esclarecimento do material fantasístico – principalmente aquele referente aos impulsos agressivos – produziria a progressiva diminuição da angústia infantil e, conseqüentemente, uma minimização dos efeitos destrutivos do supereu, possibilitando assim uma constituição do eu menos persecutória e mais criativa. Sendo expostos os conflitos da criança através de seus jogos e fantasias, o analista pode então iniciar a interpretação do material. Contudo, se a criança apresenta-se muito tímida, resistente a brincar, ou mesmo desconfiada – indícios de transferência negativa – a interpretação se torna ainda mais necessária, pois permite “abrir a porta do inconsciente e diminuir a angústia suscitada, preparando, assim, o caminho para o trabalho analítico” (Klein, 1932, p.50).

Klein relata ainda que, através da análise, muitas crianças chegam a tal moderação das exigências do supereu que podem até “rirem-se da ideia de uma vez terem querido engolir a mamãe ou picá-la em pedacinhos”, ou seja, o desenvolvimento do senso de humor parece surgir em consequência de um superego mais amável. Além disso, afirma,

A diminuição do sentimento de culpa que acompanha essas mudanças também permite a sublimação dos desejos sádicos que até agora estavam totalmente recalçados. Isto se verifica na remoção das inibições, tanto no brinquedo como nos estudos, e no surgimento de numerosas atividades e interesses novos (KLEIN, 1932, p.38).

O brincar infantil possui, portanto, um papel importante no desenvolvimento da capacidade da criança em apropriar-se da realidade e, apoiada nessas relações, promover o fortalecimento do ego dotando-o, de recursos criativos para lidar com as exigências externas e angústias internas. No entanto, Santa-Roza (1999) afirma que o modelo kleiniano de interpretação apresenta dois problemas: a equivalência entre jogo e associações livres e a vertente essencialmente imaginária de todo o sistema teórico e clínico.

Ao desconsiderar o próprio movimento associativo da atividade lúdica, fica evidente a imposição de uma significação sistemática à criança em detrimento da singularidade expressiva do brincar, neste modelo. Melanie Klein chega a dizer que só através da interpretação sistemática, da análise contínua das resistências,

do paralelo constante entre a transferência positiva e negativa, pode se estabelecer e manter uma situação analítica *correta*, tanto para a criança como para o adulto (Klein, 1932, p.37, grifo nosso). Contudo, conceber o brincar como correspondente das associações verbais e, mais ainda, “traduzi-lo em termos verbais” é um equívoco. Como diz Santa Roza:

O predomínio semântico e a deficiência sintática da linguagem lúdica definem seu caráter de ambiguidade e imprecisão, de referência a uma contextualidade e de impossibilidade de negação, marcando assim uma diferença lógica em relação à linguagem verbal; o jogo é capaz de conotar e evocar situações e relações, mas não pode denotar nem informar; ele torna presente, porém não nomeia. (SANTA ROZA, 1999, p.116)

Se, por um lado, Melanie Klein fez questão de destacar que o brincar é a linguagem da criança, por que ela acaba negligenciando a especificidade da atividade lúdica quanto a sua lógica diferenciada da linguagem verbal?

Essa questão nos leva ao segundo problema citado acima. A partir da leitura crítica de Lacan, Santa Roza afirma que todo o sistema kleiniano está baseado numa certa imaginarização do objeto, na qual a alternância entre presença e ausência nas primeiras relações da criança é lida como a oscilação de *presença constante*: ora o objeto é bom, ora é um mau objeto. Ou seja, não há espaço para a falta na relação sujeito-objeto, donde a linguagem surge como símbolo da perda definitiva do objeto natural capaz de satisfazer a pulsão. Pelo contrário, a concepção de Klein sobre a função da análise prevê a “possibilidade de uma totalização do objeto clivado, constituindo-se aí uma ‘verdadeira’ relação objetual”, contudo, a partir das versões do próprio analista, transformando a análise num campo no qual o fortalecimento do ego “frágil” da criança resulta em pura alienação e identificação ao analista (Santa Roza, 1999).

Neste sentido, a interpretação sistemática das resistências e da situação edípica, na verdade, impede os deslocamentos simbólicos característicos do brincar ao agenciar o lugar de “saber” do adulto, aquele que, dispondo de mais recursos verbais, empresta significados à criança impedindo que a mesma possa lançar suas próprias significações. De fato, o desenvolvimento infantil “resulta da expansão das possibilidades de circulação do sujeito no plano simbólico”. É o que pretendemos mostrar agora a partir das experiências de outros importantes autores do campo da psicanálise com crianças. D.W. Winnicott, por exemplo, foi um dos

teóricos fortemente influenciados pelas ideias de Melanie Klein. Todavia, contrário ao dogmatismo que emanava do grupo kleiniano, logo se destacou ao apresentar sua teoria sobre os objetos transicionais, lançando novas ideias em relação ao brincar e ao desenvolvimento infantil.

4.2

Winnicott: a função do ambiente e o espaço transicional

D. Winnicott, pediatra e psicanalista inglês, foi outra grande referência no campo da psicanálise com crianças. Centralizando a questão do desenvolvimento emocional do bebê e da construção do espaço subjetivo da criança nas primeiras relações de cuidado materno, o autor enfatizava a ideia de que o bebê já traz consigo capacidades inatas para o seu desenvolvimento normal. No entanto, será a qualidade da interação com o ambiente, num primeiro momento restrito à relação com a mãe, que definirá os rumos do desenvolvimento da criança. No artigo de 1967, *O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil*, ele diz:

O enunciado puro é este: nas primeiras fases do desenvolvimento emocional do bebê humano, um papel vital é desempenhado pelo meio ambiente, que, de fato, o bebê ainda não separou de si mesmo. Gradativamente, a separação entre o não-eu e o eu se efetua, e o ritmo dela varia de acordo com o bebê e com o meio ambiente. As modificações principais realizam-se quanto à separação da mãe como aspecto ambiental objetivamente percebido. Se ninguém ali está para ser a mãe, a tarefa desenvolvimental do bebê torna-se infinitamente complicada. (WINNICOTT, 1967, p.153)

Segundo Winnicott, no primeiro momento, a função ambiental é experimentada pelo bebê através do segurar, do manejar e da apresentação de objetos. A incapacidade inicial de sustentação corporal do bebê o coloca na posição de completa dependência de que algo, na realidade, alguém, apareça para minimizar algum desconforto que experimenta. Esse objeto que lhe é apresentado, de modo geral, a mãe, autêntica “sua experiência legítima de onipotência”, pois a mãe é tida pelo bebê como uma continuidade sua, e essa *ilusão* permitida pela mãe estabelece os primórdios do psiquismo do bebê. “O resultado pode ser que o bebê seja capaz de usar o objeto e sentir-se como se esse objeto fosse um objeto

subjetivo, criado por ele” (Winnicott, 1967, p.154), o que pode explicar o sentimento de poder e onipotência, tão característico de crianças pequenas.

Winnicott deu destaque a uma ideia presente já na teoria kleiniana: a da função criativa do bebê no surgimento do espaço subjetivo. Segundo ele, a mãe e, em seguida, os demais objetos que farão parte do contexto de interação são fruto da criatividade primária do bebê, e só num segundo tempo serão percebidos objetivamente como “externos”. Para dar conta dessa passagem que o bebê efetiva no processo de separar eu e não-eu, Winnicott criou o conceito de espaço transicional, uma área intermediária de experimentação entre “o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a atividade criativa primária e a projeção do que já foi introjetado, entre o desconhecimento primário da dívida e o reconhecimento desta (‘Diga: “bigado” ‘) (Winnicott, 1975, p.14).

Neste espaço intermediário tudo acontece. Não é uma área em que há disputa entre o que é objetivo – o que acreditamos ser realidade externa, mas que de fato não deixa de implicar uma construção psíquica – e o que é interno, subjetivo. Para Winnicott é o terreno em que, a partir da relação com o outro e com os objetos que compõem o mundo humano, a criança poderá pensar, fantasiar, brincar. Desse modo, a capacidade de simbolização do bebê implica o estabelecimento de um espaço ilusório entre a realidade de suas exigências corporais e a mãe como objeto (externo) capaz de ser tomado como parte de seu próprio corpo, quando essas exigências são satisfeitas. A essa capacidade e disponibilidade da mãe, Winnicott denominou *preocupação materna primária*, uma certa loucura da mãe, necessária nos primeiros meses de vida do bebê, que aos poucos deve ir se diluindo, para possibilitar à criança distinguir-se da mãe e construir sua própria subjetividade.

[...] as mães, a não ser que estejam psiquicamente doentes, se preparam para a tarefa bastante especializada durante os últimos meses de gravidez, (...) desenvolvem uma capacidade surpreendente com o bebê, o que lhes possibilita ir ao encontro das necessidades básicas do recém-rascido, de uma forma que nenhuma máquina pode imitar, e que não pode ser ensinada. (WINNICOTT, 1956, p.30)

O valor fundamental do ambiente no desenvolvimento do bebê é insistentemente destacado. Se inicialmente o bebê não possui condições de explorar e utilizar de modo amplo os recursos do ambiente para desenvolver suas capacidades, é através da mãe que ele poderá experimentar o mundo. Até o momento em que ele passa a olhar em volta, a esboçar os primeiros balbucios e a ensaiar movimentos que lhe dão mais autonomia, como o engatinhar e o andar, o bebê está em posição de total dependência dos cuidados do outro materno. O modo como a mãe o segura, o alimenta, e o estado emocional em que ela se encontra ao oferecer os cuidados são extremamente importantes.

Diferentemente do uso feito por Lacan em 1949 no famoso artigo *O estádio do espelho como formador da função do Eu*, Winnicott vai utilizar a metáfora do espelho para pensar a relação inicial mãe-bebê. Pergunta-se: “O que vê o bebê quando olha para o rosto da mãe? Sugiro que, normalmente, o que o bebê vê é ele mesmo. Em outros termos, a mãe está olhando para o bebê e *aquilo com que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali.*” (Winnicott, 1967, p.154).

Isto é o que *normalmente* se espera, diz o autor, pois a capacidade da mãe identificar-se com bebê é o que lhe permite significar as exigências deste e, assim, orientar os cuidados no sentido de eliminar o desconforto do bebê. Quando, por outro lado, a mãe não consegue efetivamente identificar-se ao seu bebê, seja por estar passando por momentos difíceis ou mesmo por um episódio depressivo, e reflete um humor inconstante, em desacordo as demandas do filho, é possível que haja o desencontro entre o bebê e o rosto da mãe que ele criou, a princípio, como si mesmo.

Assim, a percepção toma o lugar da apercepção, toma o lugar do que poderia ter sido o começo de uma troca significativa com o mundo, um processo de duas direções no qual o auto-enriquecimento se alterna com a descoberta do significado no mundo das coisas vistas (WINNICOTT, 1967, p.155).

Embora este esquema indique a possibilidade de haver prejuízos no desenvolvimento emocional da criança, segundo Winnicott (1967, p.155), “alguns bebês não abandonam inteiramente a esperança e estudam o objeto e fazem tudo o que é possível para ver nele algum significado que ali deveria estar”. Sendo assim, a mãe como objeto representante desse ambiente capaz de facilitar o

desenvolvimento das potencialidades do bebê, torna-se tanto fonte de identificação do bebê, quanto sinal da qualidade do ambiente que o acolhe e que, aos poucos, é percebido como separado de si, ou seja, percebido como externo.

Referindo-se à relação de mães deprimidas e seus bebês, Winnicott (1967, p.155) afirma que: “A maioria das mães pode reagir quando o bebê está em dificuldades ou quando é agressivo, e, especialmente, quando doente.”. A saída agressiva em crianças pequenas pode ser lida então como uma possibilidade de alterar esse outro materno deprimido, ou mesmo indicar que a relação fusionada da criança com a mãe lhe impede de criar seu próprio espaço subjetivo separado da subjetividade e fantasias maternas.

À medida que o mundo externo e as coisas reais vão sendo apresentados ao bebê em pequenas doses, através das relações deste com a mãe, a criança vai se tornando capaz de reconhecer as diferenças entre realidade e fantasia. Essa capacidade de localizar-se frente à realidade, objetivo de todo desenvolvimento subjetivo no humano, é acompanhado pela diminuição das angústias decorrentes da intensidade dos instintos agressivos e dos impulsos excitados de amor dirigidos tanto para o objeto quanto para o próprio eu.

É fácil compreender, portanto, até que ponto é essencial para um bebê ter sua mãe cuidando dele assiduamente durante certo período de tempo, sobrevivendo aos seus ataques e, finalmente, perto dele para ser o objeto do sentimento de ternura, do sentimento de culpa e o alvo de suas preocupações pelo bem-estar da mãe que se revelam com o decorrer do tempo. O fato dela continuar sendo uma pessoa viva, na vida do bebê, torna possível à criança constituir o impulso urgente para consertar, para recriar e para dar. (WINNICOTT, 1982 [1965], p.123)

Desta relativamente complexa relação com a mãe, a criança seguirá para a ampliação de suas relações sociais. Segundo o autor, “há uma evolução direta dos fenômenos transicionais para o brincar, do brincar para o brincar compartilhado, e deste para as experiências culturais” (Winnicott, 1975, p.76). Isto responde de algum modo, ao reconhecido fato de que as crianças sentem prazer nas brincadeiras; é que estas servem não só como “escoamento ao ódio e à agressão”, como também garantem a integridade da criança no momento em que o ambiente (os outros, as regras do jogo) é capaz de tolerar essa diversa e adversa intensidade emocional presente nas relações sociais.

Afastando-se da concepção kleiniana, Winnicott vai afirmar que:

o elemento masturbatório está essencialmente ausente no momento em que uma criança brinca; quando uma criança está brincando, se a excitação física do envolvimento instintual se torna evidente, então o brincar se interrompe ou, pelo menos, se estraga (WINNICOTT, 1975, p.60).

O potencial de suas ideias logo resultou em sua exclusão do grupo kleiniano, embora Winnicott reconhecesse a forte influência desta psicanalista no seu trabalho. D.Winnicott chegou a analisar o filho de Klein, mas a relação entre eles tornou-se ainda mais difícil depois que ela fez a “bizarra” proposta de supervisionar o trabalho que ele vinha realizando com seu filho.

O estudo sobre os fenômenos transicionais viabilizou um novo olhar sobre o brincar. *O brincar tem um lugar e um tempo*, diz Winnicott. Não um tempo e lugar internos. Tampouco se localiza num tempo e espaço *fora*, o que equivale a dizer que “não constitui parte do mundo repudiado, do não-eu, aquilo que o indivíduo decidiu identificar (com dificuldade e até mesmo sofrimento) como verdadeiramente externo, fora do controle mágico” (Winnicott, 1975, p.62). Trata-se de um dispositivo que serve para controlar o que está fora e o que está dentro, *fazendo*. O autor nos lembra: “há que *fazer* coisas, não simplesmente pensar ou desejar, e fazer coisas toma *tempo*. Brincar é fazer” (Winnicott, 1975, p. 63).

A importância do brincar é sempre a precariedade do interjogo entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle dos objetos reais. É a precariedade da própria magia, magia que se origina na intimidade, num relacionamento que está sendo descoberto como digno de confiança. Para ser digno de confiança, o relacionamento é necessariamente motivado pelo amor da mãe, ou pelo seu amor-ódio, ou pela sua relação de objeto, não por formações reativas. Quando um paciente não pode brincar, o psicoterapeuta tem de atender a esse sintoma principal, antes de interpretar fragmentos de conduta. (WINNICOTT, 1975, p.71)

Brincar significa, em Winnicott, um caminho para o desenvolvimento saudável. Na análise, a técnica lúdica possui também um valor curativo, e a participação ativa do analista na brincadeira com a criança pode ser comparada a uma sessão psicoterapêutica em que a história do paciente pôde ser pontuada pelo analista. As significações aparecem de maneira livre no brincar, de forma que o momento mais significativo da análise “é aquele em que a criança *se surpreende a si mesma*, e não o momento de minha arguta interpretação (Winnicott, 1971). Interpretação fora do amadurecimento do material é doutrinação e produz submissão (1960a)” (Winnicott, 1975, p.75-6).

Assim, o desenvolvimento emocional da criança implica esse espaço potencial em que o comportamento do ambiente faz parte do próprio desenvolvimento da subjetividade. Ao brincar, a criança é capaz de expor uma amostra do potencial onírico sem recorrer à alucinação, e viver com a riqueza da possibilidade de continuar sonhando num ambiente escolhido de fragmentos da realidade externa.

Segundo o autor, alguns pacientes precisam às vezes que o terapeuta possa apenas observar o absurdo próprio ao estado mental do indivíduo em repouso – sem necessariamente ter de apontar os conflitos. Quando o terapeuta não consegue acolher essa comunicação e insiste em procurar sentido na confusão do paciente, ele deixa de prover as condições ambientais necessárias ao estabelecimento da relação de confiança com o paciente, o que impede o andamento da análise. Desse modo, a capacidade que o paciente tem de brincar, de ser criativo no trabalho analítico, pode ser frustrada por um analista que se coloque na posição de saber.

É com base no brincar que se constrói a totalidade da existência experiencial do homem. Não somos mais introvertidos ou extrovertidos. Experimentamos a vida na área dos fenômenos transicionais, no excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação objetiva, e numa área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos. (WINNICOTT, 1975, p.93)

É interessante perceber, na teoria de Winnicott, a função essencial dos fenômenos transicionais na tarefa que nós humanos temos de enfrentar para sermos considerados lúcidos: *a tarefa de separar os fenômenos externos dos sonhos*. Descobrir o mundo é também criá-lo. Neste ponto, podemos situar a função simbólica subjacente à experiência criativa da criança. Se, num primeiro momento, o mundo, tal como se apresenta, é completamente desprovido de significação, é a capacidade criativa do bebê que irá inaugurar a possibilidade do mundo ser conhecido, criado a partir da relação com a mãe, esse outro primordial. Nesse sentido, Winnicott concebe a qualidade ambiental como um fator extremamente decisivo ao desenvolvimento emocional. Sua clínica, portanto, não poderia deixar de lado a implicação dos pais no tratamento infantil.

Como, para Anna Freud, a função dos pais tinha um caráter fortemente voltado para a educação, enquanto, para Melanie Klein, os conflitos da criança eram essencialmente dirigidos a mãe/pais internos, o lugar dos pais no tratamento

psicanalítico com crianças, ao que parece, não foi uma questão importante até Winnicott lançar a teoria dos fenômenos transicionais e o valor do ambiente no desenvolvimento emocional.

A prática no campo da pediatria ofereceu a ele uma multiplicidade de condições e histórias clínicas que influenciaram enormemente sua prática psicanalítica com crianças e adultos. Da prática em psiquiatria infantil surgiram suas famosas *consultas terapêuticas*, uma espécie de aplicação da psicanálise ao atendimento em psiquiatria infantil que consistia em identificar as questões que impediam o desenvolvimento da criança, através do relato dos pais e observação da criança e, estabelecido algum vínculo de confiança, trabalhar os conteúdos que tivessem aparecido já na primeira entrevista.

Recortemos um exemplo publicado, em 1971, no livro *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Através do chamado jogo do rabisco⁵, Winnicott começa a entrevistar um garoto de nove anos e nove meses que se encontrava hospitalizado em função de um problema congênito – sindactilia – para o qual se empreendia uma série de cirurgias reparadoras. A criança não possuía qualquer sinal de problema psiquiátrico, apresentando apenas sintomas tais como dores de cabeça e abdominais. Ao explicar as regras do jogo e começar com um rabisco aparentemente limitado, Winnicott foi surpreendido pela resposta do garoto: “É o pé de um pato”. Estava claro que a criança desejava falar sobre sua deformidade física.

Abstendo-se de qualquer comentário, o psicanalista resolveu testar a situação e desenhou um pé de pato mais definido e, em seguida, a criança fez sua própria versão de um pé de pato. Após outro rabisco livre a criança o transformou num pato nadando num lago. Passaram a falar sobre música, de seu irmão que tocava corneta e do desejo que ele tinha de tocar flauta. Nesse momento, percebendo tratar-se de uma criança alegre e com senso de humor, Winnicott faz sua primeira referência ao material dizendo que seria difícil um pato tocar flauta, e o garoto achou engraçado.

Observar-se-á que não prossegui na explicação, para ele, de que estava representando sua própria incapacidade em termos de patos. Isso seria muito

⁵ O jogo do rabisco consiste em, alternadamente, cada um dos participantes – analista e criança – fechar os olhos e fazer um rabisco a esmo no papel que será transformado em alguma coisa pelo outro participante. (Winnicott, 1971/1984)

grosseiro, pois era extremamente improvável que ele soubesse o que estava fazendo ou que tivesse qualquer intenção consciente de usar um pato para representar sua própria incapacidade. (WINNICOTT, 1971[1984], p.23)

Depois de mais alguns desenhos, o analista resolve fazer um rabisco deliberadamente na expectativa de que a criança transformasse em uma mão. No entanto, ele a transformou em uma flor. Em seguida, ele fez um risco que mais parecia o desenho de uma mãe deformada. Embora inspirado no desenho anterior, Winnicott perguntou em que estava pensando ao fazer o desenho ao que ele respondeu: “apenas aconteceu”, ficando ele mesmo surpreendido com a resposta. Parecia que ele agora estava prestes a olhar para suas próprias mãos e, foi a partir do desenho seguinte (algo que se assemelhava a sua mãe deficiente) que ele pode falar sobre as cirurgias e a expectativa de tocar flauta e fazer diversos trabalhos: “é melhor para trabalhar ter dois dedos do que quando eu tinha quatro, todos colados” (Winnicott, 1971/1984, p.29).

Reconhecendo a confiança que o garoto tinha em si, Winnicott lhe disse próximo ao final da entrevista:

“Se pensarmos em você quando pequeno, você gostaria de nadar no lago, ou nadar em lagos como os patos. Está me dizendo que gosta de você mesmo com seus pés e mãos ligados e que precisa que as pessoas o amem da maneira como era quando nasceu. Já crescido, você quer tocar piano, flauta e fazer trabalhos manuais, e assim concorda em continuar a ser operado, mas a coisa principal é ser amado como é e do modo como nasceu.”

Ele parecia ter respondido a essa observação minha ao dizer: “Mamãe é assim como eu” – um fato que eu desconhecia até então. (WINNICOTT, 1971/1984, p.31)

Tal entrevista tinha o propósito de apresentar um caso conhecido ao pessoal do Hospital Infantil de Kuopio, durante uma visita de Winnicott a Finlândia, portanto, não se tratava propriamente de uma consulta. Contudo, a mãe da criança pediu para conversar com o Dr. Winnicott, oportunidade em que pôde revelar o que estava em jogo nessa busca incessante por reparações ortopédicas para o filho. Dizia sentir-se bastante livre sexualmente, e satisfeita no casamento. Ao invés de sentir-se culpada sobre sexo, seu medo estava em transmitir a deformidade de seus dedos e artelhos para um dos filhos, pois desse modo seria punida. “A cada vez que nascia uma criança e ela era normal eu me sentia imensamente aliviada. Com Iiro, porém, não tive essa sensação, pois lá estava ele

com os dedos e artelhos como os meus. Quando o vi, odiei-o” (Winnicott, 1971/1984, p.35).

A maneira de conseguir amar esse filho tornou-se possível quando ocorreu à mãe que poderia corrigir os dedos das mãos e dos pés de seu filho através de cirurgias, e assim o seu amor por ele voltou. “Partindo desse ponto de vista, posso dizer que ele ganhou alguma coisa. Entretanto tenho ficado obcecada por esse impulso de recorrer a cirurgias ortopédicas”, disse ela. Algo parecia estar mais claro para a criança e sua mãe e, depois desse trabalho, continua Winnicott, “uma atitude mais realística foi adotada em relação à correção dos pés e mãos de Iiro. As limitações foram mais facilmente aceitas e isso proporcionou um alívio geral da tensão” (Winnicott, 1971/1984, p.35).

Mais que apresentar um exemplo da condução clínica utilizada nas consultas terapêuticas, Winnicott demonstra a conexão estreita entre a revelação/elaboração de conflitos da criança no brincar e as fantasias da mãe. No texto em que trata dos *Fatores de Integração e desintegração na vida familiar*, Winnicott (1965, p.63) diz não ser “possível entender a atitude dos pais relativa a seus filhos sem considerar o significado de cada criança em termos da fantasia consciente e inconsciente dos pais.” Desse modo, ele considerava que as fantasias do casal parental e o contexto emocional dos mesmos estavam articulados ao sintoma da criança e, conseqüentemente, ao lugar reservado à criança na vida familiar.

4.3

A criança, o sintoma e a linguagem: das repercussões do ensino de Lacan na clínica com crianças.

Como podemos observar até aqui, a entrada da criança no campo psicanalítico provocou, desde o início, uma verdadeira comoção em torno dos limites e possibilidades de uma práxis fundada inicialmente para pacientes adultos. Criou-se a necessidade de identificar as diferenças entre o adulto e a criança para, desse modo, se desenvolver recursos diferenciados para uma prática psicanalítica legítima com esta última clientela. O projeto kleiniano não teria se

definido justamente por esse objetivo: tornar a psicanálise de crianças um campo legítimo?

Diante deste panorama, uma importante pergunta feita por Jacques Lacan produz uma reviravolta no campo analítico: Qual o objeto da psicanálise? Trata-se do adulto, da criança?

Não. Não se trata do eu, nem do comportamento, muito menos da personalidade ou dos transtornos categorizados pelo CID-10 ou DSM-IV. O objeto da descoberta freudiana é o sujeito do inconsciente, aquele que não se define por um tempo cronológico, mas sim segundo a lógica da linguagem que o constitui. Neste sentido, o sujeito só pode surgir como efeito de linguagem, servo “de um discurso em cujo movimento universal seu lugar já está inscrito desde seu nascimento, ainda que seja apenas sob a forma de seu nome próprio” (Lacan, 1957, p.226).

A incidência da linguagem do Outro no pequeno vivente humano dá abertura para a própria condição de ser daquele sujeito. Sou Ana Carolina e a minha existência como Ana Carolina depende de uma série de significantes que me identificam enquanto ser assim-assado, ao mesmo tempo em que exclui uma série de outras significações, já que o encontro com a palavra resulta sempre em perda. É sobre esses tempos de significação que Alba Flesler (2012) aporta a estruturação do sujeito. O nascer cronológico não garante a existência do sujeito. Este precisa nascer para a linguagem e essa entrada na cultura implica em perda de gozo, isto é, na medida em que a linguagem passa a regular a economia de gozo, ela instala a falta de um objeto capaz de satisfazer completamente aquele ser, o que possibilita os deslizamentos próprios do desejo na constante busca do objeto. Neste sentido, afirma Lacan, não deve haver confusão entre sujeito e eu (ego), pois o sujeito está sempre referido ao Outro – tesouro de significantes –, enquanto o Eu,

cuja força nossos teóricos definem agora pela capacidade de suportar uma frustração, é frustração em sua essência. É frustração não de um desejo do sujeito, mas de um objeto onde seu desejo está alienado e que, quanto mais ele se elabora, mais se aprofunda para o sujeito a alienação de seu gozo (LACAN, 1953, p.114).

É, por certo, na obra de Lacan que encontramos os elementos de uma reorganização teórica dos dados referentes ao fundamento do psiquismo infantil

na experiência analítica. Ao retomar o valor da fala e da palavra na experiência freudiana, o autor aborda os desdobramentos da relação de objeto segundo três categorias: o imaginário, o simbólico e o real, destacando a função da análise no eixo simbólico, caminho possível à verdade do sujeito. Em Lacan, a leitura do Édipo freudiano tem seus personagens ressignificados pela função que ocupam na estruturação do sujeito. Desse modo, abre-se uma brecha no imaginário social de que os pais possuem essencialmente a missão de educar e moralizar uma criança, para se pensar a relação entre pais e filhos a partir do lugar que estes ocupam na estrutura parental. Afinal, o que uma criança questiona com seu sintoma não é o desejo dos pais em relação a ela e, também, entre eles próprios?

Vejamos, então, de que maneira estes *desejos* aparecem na constituição do sujeito segundo a leitura lacaniana das coordenadas de Freud.

De fato, o nascimento de uma criança é antecipado por uma série de eventos simbólicos que preparam o terreno em que aquele pequeno ser irá se constituir. Sonhos serão traçados, roupas serão compradas e um nome será escolhido. Na mãe, o desejo de ter um filho surge em razão de uma falta instalada, a ausência fálica, que será recoberta pela ilusão de que o filho possa ocupar esse lugar. Flesler (2012) nos lembra de que essa ilusão é imprescindível à inscrição criança na economia libidinal do Outro materno, sem o qual o bebê pereceria em descuido e abandono. Por outro lado, no plano simbólico, revela-se o engano: o filho não equivale ao falo. Se do lado materno essa lógica aparece, do lado da criança algo também acontece. O Outro propõe e o sujeito responde, afirma a autora e, “no início, responde sim e se aliena da proposta. Trata-se de ser ou não ser o pequeno esperado, de alçar ou não o elevado patamar que simboliza o falo” (Flesler, 2012, p.71).

Essa identificação fálica primitiva da criança não depende, por assim dizer, da entrada do Pai como privador, pois, como nos diz Lacan (1957-58/1999, p.188), ela “é aquela em que a metáfora paterna age por si só, uma vez que a primazia do falo já está instaurada no mundo pela existência do símbolo, do discurso e da lei”. Assim, neste momento, “para agradar a mãe, é necessário e suficiente ser o falo”, ali onde o desejo da criança é desejo do desejo da mãe. (Lacan, 1957-58/1999). É notório o predomínio da função imaginária diante dos escassos recursos simbólicos da criança em articular real e imaginário. Tal

dialética do ser ou não ser o falo só será colocada em xeque quando a criança descobre a castração no Outro primordial.

Algo que estava coberto no tempo anterior *se descobre* e, retirada a cobertura, a criança percebe que não era o falo. A ilusão fica a descoberto. É um tempo pulsante, inquietante, no qual se verifica um gozo, retirando o véu com o qual se cobria e se vestia a ilusão de completude. (FLESLER, 2012, p.73)

O despertar para a falta no Outro se produz exatamente no instante em que a entrada de um terceiro elemento, o pai, estabelece um rompimento na relação dual entre a criança e a mãe. A introdução da lei primordial do incesto se faz, assim, pela nomeação do pai: és meu filho, e tens tua mãe proibida como objeto de satisfação. A lei do pai possibilita à criança desvincular-se de sua identificação fálica, pois esta passa a reconhecer que, de fato, a mãe é dependente de um objeto que “não mais é o objeto imaginário com o qual o sujeito pode tapear, mas o objeto sobre o qual um Outro é sempre capaz de mostrar que o sujeito não o tem, ou o tem de forma insuficiente”(LACAN, 1956-57, p.213). O pai, ao desejar como mulher aquela que também é mãe, restringe o gozo da relação que impediria o surgimento do desejo na criança, e desloca a dialética do ser ou não ser o falo, para a do ter ou não o falo. De acordo com Flesler (2012), trata-se novamente do desejo dos pais operando na antecipação e nomeação do sujeito: reconheço teu gozo fálico e te antecipo que ele está destinado ao corpo de teu futuro parceiro.

Como se percebe, é todo um jogo significante que coloca em questão o sujeito e o Outro. Jogo em que a criança é convidada a ser um brinquedo, para em seguida passar a brincar, ideia que encontra ressonância na clínica, quando a ausência do brincar na criança indica certa dificuldade dela em dispor do simbólico para enlaçar as vicissitudes do real e do imaginário. Pilar estrutural da fantasia do sujeito, as brincadeiras, desenhos, sonhos e devaneios, elementos característicos do universo infantil, promovem o enlaçamento dos registros real, simbólico e imaginário, fundamental à existência do sujeito.

Num primeiro momento, a criança não oculta a cena lúdica ao olhar do outro, ela brinca. Em seguida, o sujeito passa a se ver no sonho diurno e a cena não é percebida, mas é hipnótica, as crianças passam horas imaginando-as e costumam ocultar a cena de sua fantasia, não querem contá-la. Os fios da fantasia vão preparando o tecido, as tramas da futura colocação no mundo, da entrada em cena, momento crucial de alcançar, na chamada realidade, certa medida de realização para os gozos sonhados (FLESLER, 2012, p.103).

O acesso à realidade depende desse modo, de uma recriação dos objetos na cena fantasística, enquadre que dialetiza o lugar do sujeito e do Outro. Se há jogo entre os termos e a castração do Outro se faz reconhecer na não complementaridade entre resposta e demanda, o sujeito encontra na cena lúdica um espaço para se articular na via desejante. “Brincando a criança dinamiza, põe em movimento lúdico a demanda do Outro e permite que se produza um resto promovedor, causa de desejo e orientador dos gozos enlaçados a ele” (Flesler, 2012, p113). De outro modo, se não há alternância e a criança vira presa da fantasia materna, a construção do sujeito e da realidade fica impedida.

Lembremos que, segundo Lacan, a primeira imagem, a qual o sujeito se reconhece e se apropria por identificação através do olhar do Outro, é uma imagem especular, rígida, que tapeia o real do corpo despedaçado através de um suporte imaginário. Eis a metáfora do estádio do espelho em sua função organizadora do eu. Contudo, ao adentrar na cena lúdica “o sujeito recria sua ausência dando lugar à constituição de um outro operador: o semblante”. Trata-se de uma cobertura imaginária que, ao contrário da imagem especular, “indica, na realidade, o real do objeto tanto por sua ausência quanto por sua presença” (Flesler, 2012, p.115-116).

É que o brincar permite abertura para fazer-se outra coisa: um personagem, um objeto, ou seja, “oferecer aparência de ser, brincar com o equívoco ou produzir o engano” (op.cit, p.104). A partir desta perspectiva, o brincar adquire na cena analítica uma função que não se define, simplesmente, pela diversão de brincar. Trata-se de colocar o objeto em jogo, perceber os tempos do sujeito e permitir a recriação dos modos de operação do mesmo, experiência que ao contrário do que se pensa, muitas vezes é bastante incômoda para a criança, pois implica reposicionamentos de gozos. De algum modo, o funcionamento sintomático aparece na cena, e mesmo que a criança não consiga se interrogar sobre as questões que a levaram até o analista, essa ausência de saber, esse incômodo aparece articulado no discurso dos pais.

A psicanálise, tal como discutimos até aqui, vem lançar luz sobre a própria concepção do sintoma – sua presença, em última instância, denuncia um conflito. Apesar disso, não raro, muitos dos sintomas apresentados pela criança são frequentemente interpretados pelo adulto como um problema orgânico, quando

volta e meia podem vir a ser uma resposta da criança ao conflito estabelecido em seu psiquismo. Maud Mannoni, importante psicanalista que se dedicou ao trabalho com crianças, nos lembra de que Freud indicara a importância dos primeiros conflitos da criança na vida do ser humano. Trata-se de “conflitos identificatórios, e não de conflitos com o real”, ou seja, de “uma situação imaginária que deve pouco a pouco simbolizar-se” (Mannoni, 1980[1967], p.29).

Em *Nota sobre a criança*, Lacan (1969/2003, p. 369) afirma que “o sintoma da criança acha-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar”, surgindo, nesse contexto, como um representante da verdade do casal parental. De acordo com o autor, embora complexos de abordar na clínica estes casos seriam os mais acessíveis à intervenção do analista. O cenário se torna mais complicado quando o sintoma da criança decorre essencialmente da subjetividade da mãe.

Aqui, é diretamente como correlata de uma fantasia que a criança é implicada. A distância entre a identificação com o ideal do eu e o papel assumido pelo desejo da mãe, quando não tem mediação (aquela que é normalmente assegurada pela função do pai), deixa a criança exposta a todas as capturas fantasísticas. Ela se torna o “objeto” da mãe e não mais tem outra função senão a de revelar a verdade desse objeto. (LACAN, 1969/2003, p. 369).

Vimos que a relação com os pais deve possibilitar à criança deixar a fascinação imaginária da situação dual com a mãe para adentrar na ordem ternária (Complexo de Édipo) onde poderá reconhecer as leis da cultura e linguagem estruturantes da vida social. Ainda que Lacan não tenha se dedicado clinicamente ao atendimento de crianças, seu ensino teve repercussões importantes nas experiências de Françoise Dolto e Maud Mannoni, duas psicanalistas de destaque no campo psicanalítico francês. Vejamos, a partir de agora, algumas contribuições destas autoras.

A primeira delas, Françoise Dolto, pediatra e psicanalista amiga de Lacan, tornou-se uma referência não só no campo analítico; suas conferências, artigos e falas no rádio se dirigiam a todos: educadores, médicos, professores, pais, etc., e sua fabulosa capacidade de entender e acolher a infância lhe rendeu uma “popularidade ainda maior que a de Lacan na França, e a teria conquistado mesmo que não se tornasse lacaniana” (Roudinesco, 2008, p.329).

Em entrevista *A propósito de “La cause des enfants”*, datada de 10 de

junho de 1985, Dolto conta como o desejo de tornar-se “médica de educação” a encaminhou para a pediatria e para a psicanálise de crianças. Filha do meio em uma família numerosa, a pequena Françoise estava sempre atenta ao modo como os adultos se relacionavam e tratavam as crianças. Certa vez, compreendeu que seu irmãozinho de cinco anos começara a vomitar após uma discussão entre a cozinheira e a governanta. Nada pode ser dito sobre o episódio, pois talvez os pais não acreditassem nela e a ideia de doença física prevalecia; o médico recomendou que a criança não sáísse durante três dias porque “talvez estivesse com alguma coisa encubada”.

Para Dolto, somente a nomeação verdadeira das coisas e situações que dizem respeito à criança é capaz de humanizar e dignificar uma criança. Quando ela começou a falar diretamente aos bebês que cuidava, percebeu a sensibilidade quase mágica do filhote humano às simples intenções de comunicação. Muitas pessoas estranharam, mas era curioso o modo como as crianças, ainda que não falassem, compreendiam a linguagem daqueles que a amam e se interessam por ela.

A linguagem preexiste à fala, existe antes da fala, nas mímicas, nos gestos, nas atividades corporais e sensoriais e nas passividades, pelos quais se estabelecem cumplicidades de sentido entre a criança e as pessoas que a rodeiam (DOLTO, 2007, p.109).

De modo semelhante, o silêncio, a ausência de palavras pode interferir no desenvolvimento da criança. A autora relata, por exemplo, um caso em que um casal de pais lhe consultara porque sua filhinha não falava. Enquanto relatavam sua história, as dificuldades que houve na família, a criança brincara com umas bonecas e fizera um jogo repetido de “deixar cair entre as pernas da mãe alguma coisa que caiu no chão, eu disse com meus botões: Mas o que é que ela está me contando? Aconteceu alguma coisa. Talvez seja isso que a impediu de falar”. Ao compartilhar com os pais a impressão de que a criança queria lhe dizer que houve um bebê que eles poderiam ter segurado e deixaram cair, os pais estupefatos se olharam e a mãe disse: “Não é possível que ela possa saber disso!”.

Neste momento, é impossível não lembrar o comentário de Roudinesco no livro *Jacques Lacan: esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento*, no capítulo em que trata dos destinos cruzados de Lacan e Dolto.

Por isso a maneira como se tornou freudiana assemelhou-se tanto a uma conversão religiosa. Se o acesso de Lacan ao freudismo foi uma aventura

racional, que resultou numa reelaboração teórica, o de Dolto foi da ordem de uma revelação mística, (...) uma vez que a conversão ao freudismo tivera por efeito desintelectualizá-la ou “despoluí-la”, como ela gostava de dizer, ou seja, liberá-la das coerções da razão e fazê-la assim chegar a uma espécie de naturalidade primitiva do pensamento, anterior ao pensamento racional (ROUDINESCO, 2008, p.323-4).

Voltando ao caso: a mãe perdera um bebê por volta do sexto, sétimo mês de gravidez – quando a criança tinha catorze meses – e nada lhe contou sobre isso. Ela mesma acreditara que aquilo não tivera importância, “poderia ter outros filhos”, mas naquele momento pôde se dar conta do quanto tinha sofrido com aquele aborto. O marido então lhe diz: “Mas, se eu soubesse que você tinha ficado tão magoada! Você foi tão valentona. Eu, de minha parte, sofri muito. Eu pude falar disso, sei lá com quem, mas você, você foi tão valentona!”. Ela reconhece que havia sido assim, “já nem me lembrava”, diz. E, naquele instante a pequena resolve falar: “Vem, papai, é uma chata!”.

Uma criança de quatro anos que nunca tinha falado. Ela tinha começado fonemas, como toda criança pequena, antes daquele incidente e pouco a pouco entrara em silêncio. A inteligência de uma criança é fantástica. Ela ajuda os pais. O mutismo daquela criança era algo que ocorrera depois do aborto. A mãe ficara muda sobre o que sofrera e a criança se tornara potencialmente muda por identificação com o “profundo” de sua mãe (DOLTO, 2007, p.151-152).

Um dos pontos essenciais na luta de Dolto pela causa da criança refere-se ao modo como a nossa educação limita a liberdade e a autonomia das crianças. Nesse sentido ela é enfática e, em suas palavras, quase sempre podemos escutar um “é preciso” deixar a criança assumir alguns riscos, evitando-se claro os riscos a sua integridade física, ou um “não se deve” fazer tal coisa, de modo que a ideia de uma orientação para a educação parece evidente. Contudo, trata-se de uma orientação que busca sempre mediar a relação dos pais com a criança através da linguagem: “se, em todas as tarefas perigosas a criança for acompanhada pela palavra e pelo gesto, você a verá tornar-se extremamente prudente, muito engenhosa na família e quase não sofrer mais acidentes” (Dolto, 2007, p. 35). Desse modo, a questão central da educação passa pelo respeito e confiança naquele pequeno sujeito. Trata-se de possibilitar à criança, situações em que sua autonomia e seu senso crítico possam se desenvolver ao máximo, já que as relações em sociedade se baseiam nesses princípios.

Só há uma lei. A lei primordial é a interdição do incesto e é, sobretudo, a de estorvar a liberdade do outro ali onde está o desejo do outro. Acho que se muito cedo a criança sabe que é um entre outros, em vez de ser o centro da família, podemos conseguir com muita facilidade. (DOLTO, 2007, p.156)

Partindo dessa perspectiva, Françoise fundou um espaço destinado a crianças de 0 a 3 anos e seus pais, a *Maison Verte*, onde o convívio coletivo, a circulação de palavras e a comunicação livre poderia facilitar o processo de separação entre pais e crianças quando da entrada destas nas creches e, posteriormente, no processo escolar. *É um local de lazer e de palavras*. Lá as crianças poderiam experimentar a dinâmica social com outras crianças e seriam advertidas, pela fala, “de que vai ser tratado por alguém que tem a confiança de sua mãe, mas que nunca será uma mamãe e que não tem nenhum direito sobre eles”. Desse modo, elas se certificam que não vão ser despojados dos pais por uma pessoa que cuida delas e sua continuidade de ser poderá ser preservada.

De acordo com Dolto, o “despertar psicossocial se situa entre os dois meses e meio e seis meses”, ainda que a criança pareça mais passiva que ativa. Ela é capaz de estar atenta a toda fala e ruídos à sua volta, e mostra-se interessada quando alguém lhe dirige a palavra, mesmo que não se acredite que ela compreenda a linguagem. É na relação de palavras, de trocas sensoriais e afetivas com o cuidador que o bebê constrói seus primeiros jogos de prazer. Depois, além de sentir prazer no jogo compartilhado, ele também será capaz de se divertir sozinho e Freud nos lembra disso quando constatou o prazer da criança pequena no jogo do fort-da, em que a simbolização da ausência da mãe representava a própria continuidade do existir na criança.

Com esse jogo, ela se afirma a si mesma como sujeito da continuidade de seu ser no mundo. Supera a provação constituída por ausências insólitas do objeto descontínuo no espaço e no tempo, representado por sua mãe ou pelo ser eleito, objeto graças ao qual ela se sabe viva e comunicante (DOLTO, 2007, p.112).

Já nas primeiras atividades lúdicas é possível observar a criatividade e a multiplicidade de invenções que a criança é capaz de expressar no brincar. Dolto (2007, p.113) afirma que *todo jogo é mediador de desejo*, traz consigo uma satisfação e permite expressar seu desejo aos outros, em jogos compartilhados. Assim, descreve que por volta dos cinco, seis meses o desejo de comunicar-se impulsiona o bebê ao *jogo do perceber e explorar*: “gosta de distinguir, de

comparar formas, sons, cores e se possível criá-los modificando as formas”. Depois, vem o *jogo do ter e do guardar* objetos em cestos, sacolas e levar consigo, até aparecerem os *jogos de fazer*: de encaixes, de construção, quebra-cabeça etc. “O jogo é, pois, estreitamente associado ao aprendizado da linguagem, e não só no sentido de “falar”, mas do código de significância dos gestos e dos comportamentos” (Dolto, 2007, p.115).

Foi no tratamento de uma menina de cinco anos e meio, cuja vivência de grandes problemas desde o nascimento havia estabelecido um estado grave de anorexia mental, dificuldades na fala, na afetividade e certo funcionamento típico da psicose, que Françoise fez uma aposta e acabou criando uma ferramenta auxiliar na cura de pacientes que pareciam apresentar bloqueios na expressão de fantasias e emoções associadas às do estágio oral e ano-uretral – fantasias e emoções sempre pré-edipianas (Dolto, 1946/1984). Surge, assim, a boneca-flor: uma representação material de uma figura vegetal com forma humana no corpo e cabeça floral, sem os detalhes do rosto, mãos e pés. Sigamos a ocorrência desta ideia a partir do tratamento de Bernadette, essa menina que inspirou Dolto a utilizar uma boneca-flor como suporte de transferência, diante da fixidez de um quadro paranoico-ansioso.

Bernadette apresentava, desde o nascimento, algumas “deficiências” decorrentes de uma hemiplegia dita obstétrica: a cabeça inclinada, um estrabismo interno bilateral, o braço esquerdo dobrado com a mão esquerda sobre o antebraço e a perna esquerda era um pouco arrastada, e uma grande dificuldade na alimentação acompanhada por recusa, vômitos, chegando até a perder sangue pelo ânus, sintomas cujo predomínio da organicidade levou Dolto a descartar a utilidade de um tratamento psicanalítico, num primeiro momento. Contudo, por insistência da mãe da criança, que havia feito psicanálise há dez anos e ouvira dizer que algumas crianças retardadas estavam sendo tratadas pela psicanálise nos Estados Unidos, Françoise aceita receber a criança para tratamento.

Em suas brincadeiras, Bernadette parece não se interessar pela analista, monologa, seus desenhos são completamente abstratos, confabula e expressa com veemência os sentimentos negativos em relação a figuras femininas: mostra-se muito difícil com a empregada, diz detestar a irmã e fala com uma voz monocórdia que sua mamãe não quer que ela coma, “ela quer olhar dentro do meu cardíaco, ela é má, quer sempre remexer no meu coração, mas não sou eu que

estou dizendo isso, foi a macaca que disse isso” (Dolto, 1946/1984, p.113). A macaca advém com frequência em suas fabulações: representante de sua própria agressividade, a macaca-má passa a ter uma existência alucinatória, quer entrar em Bernadette no momento em que ela come e, quando ela termina de comer, sua mãe a surpreende dando fortes socos no estômago para fazê-la sair. Suas bonecas e animais de brinquedo não interessam mais a ela, diz sua mãe. Nessa oportunidade, a analista resolve dizer que talvez ela quisesse uma boneca-flor, ideia recebida com curiosa alegria pela criança.

A chegada de Rosine, a boneca-flor de Bernadette, é encarada pela criança como um verdadeiro inferno. Dessa vez ela fala diretamente à analista que essa boneca é horrível, má, que se diverte batendo nas bonecas humanas e nas bonecas animais. A materialização desse objeto imaginário permitiu a criança projetar na realidade as angústias vividas durante o período em que alimentar-se era doloroso e extremamente difícil. Falando sobre a boneca, Bernadette pôde revelar-se: “Ser má para ela se chama ser gentil, porque ela tem um braço e uma perna que não funcionam (...) ela não é má, ela está doente; você vai cuidar dela” e parte satisfeita por ter deixado sua boneca com a doutora que vai cuidar dela. (Dolto, 1946/1984, p.116).

Após o episódio que parece ter consolidado a relação transferencial, Bernadette voltou a se interessar por seus brinquedos mostrando-se, porém, mais cuidadosa. Na sessão seguinte perguntou como estava sua boneca-flor e, ante a fala da analista de que havia cuidado dela todos os dias, mas só ela mesma seria capaz de dizer como estava, Bernadette se pôs a fazer toda uma cena:

A criança falou baixo com sua boneca, colocou-a junto ao ouvido para escutar o que ela respondia, depois a fez dançar sobre a mesa e, de repente, com uma voz modulada que eu não conhecia nela e que nunca a tinha escutado usar disse-me: Ela está curada, o braço e a perna dela funcionam muito bem, você cuidou muito bem dela. (DOLTO, 1946/1984, p.116)

Segue-se a partir daí, segundo Françoise, uma série de sessões “puramente esquizofrênicas”: os enunciados ilógicos e a liberdade dos gestos da criança tomam conta da cena que encontra na figura da analista uma cúmplice atenta e silenciosa. Um acontecimento um tanto delirante e ao mesmo tempo catártico provoca um novo reposicionamento da criança: em uma espécie de cerimônia em que estavam presentes seres vivos (seus pais e a empregada) e inanimados

(bonecas e animais), Bernadette iniciou a destruição de um pequeno objeto de sua arca de Noé, a macaca, considerada a “responsável por seu impedimento de comer e viver”. Tal linchamento, possível somente com a ajuda do pai, proporcionou à Bernadette descanso e calma. Durante as sessões posteriores ainda era evidente seu estado de confusão, contudo, sua vida social e escolar ia muito bem e a anorexia desaparecera completamente. Quatro anos após o fim do tratamento, a criança continuava a se desenvolver normalmente: acompanhava a turma de sua idade, fazia aulas de ginástica, mal se percebia a dificuldade da perna esquerda, mostrando-se mais independente e alegre.

Acreditando no potencial de suporte transferencial da boneca-flor, Dolto passou a utilizar tal objeto nas análises de crianças que apresentavam importantes questões narcísicas, sobretudo aquelas referentes aos estágios pré-genitais, além de empregá-la ainda, na análise de adultos emudecidos e muito inibidos na vida. Segundo a autora, diante “de uma criatura imaginária que, se vivesse, seria por natureza, tal como eles próprios se tornaram por angústia, desprovidos da fala e sem liberdade de ação”, estes pacientes são levados a articular uma série de associações e emoções que de outra forma não seriam suscitados no trabalho psicanalítico clássico (Dolto, 1946/1984, p.155).

Para Françoise, a introdução da boneca-flor provoca um desdobramento transferencial muito particular “que gera toda a originalidade e eficácia curativa do procedimento”: a boneca não tem olhos, nariz, boca – nenhuma saída de comunicação – nem mesmo pés, mãos, e diferenças que pudessem indicar frente e costas, o que se assemelha ao que se supõe sentir o pequeno lactente ainda indiferenciado do corpo da mãe. Sendo assim, a criança poderia projetar ali seus sentimentos mais arcaicos, liberando-se dessas angústias paralisantes. No caso de Bernadette, a hemiplegia enquanto incidência real parecia inviabilizar o sentimento de unidade interna da criança. Havia uma mão-garra (*filha de lobo*) que expressava seu amor de modo sádico (*é preciso que ela arranhe, é preciso ela ver sangue*) e a mão direita (*filha de humano*) que *não ama, nunca faz mal*. Nascer tinha sido violento e qualquer impulso no sentido da vida (mamar, beber etc) era vivido como ameaça à integridade pela criança e provocava muita angústia nos pais. Ela mesma não conseguia dissociar a presença corporal dos pais do seu próprio corpo que sofria e sua saída de sujeito alojara-se num desejo perverso: amar para ela significava ser má para os outros. Portanto,

A boneca-flor, convertendo-se em suporte dessa perversão, desembaraçou Bernadette, em grande parte, da dimensão negativa de sua ambivalência em relação a sua verdadeira mãe e de um efeito contrário de angústia de culpa. *A criança libertou-se de seu caráter paranoico pela projeção nos animais: a filha-do-lobo*, projeção do objeto parcial mãe esquerda do corpo, lado enfermo, e a macaca, personagem fantasiado que representava o ego, frustrado por não ser semelhante aos outros seres humanos (DOLTO, 1946/1984, p.133).

Interessante notarmos na descrição do caso Bernadette, poucas referências em relação ao lugar que aquela criança ocupava na rede familiar. Nada é dito sobre a relação do casal, a existência ou não de irmãos e de relações com outras pessoas da família. Dando destaque a essa rede de significações que é a história familiar, Maud Mannoni – outra grande psicanalista de crianças que teve sua clínica influenciada pelo ensino de Lacan – vai nos dizer que, embora a mobilização dos pais pela procura de ajuda seja objetivável por uma perturbação localizada na criança, “a queixa dos pais, se tem por objeto a criança real, implica também a representação que o adulto se faz da infância” (Mannoni, 1971, p.9). É a partir da reconstrução da história daqueles sujeitos (filhos que agora se tornaram pais) em sua relação com a criança, que se torna possível reordenar as fantasias que estruturam os sintomas.

Considerando, então, o sintoma da criança como enigma a decifrar, isto é, algo que se constrói no campo do Outro enquanto um apelo à verdade, Mannoni vai se preocupar em admitir no tratamento da criança uma escuta cuidadosa dos pais, principalmente, das mães que estabeleceram uma espécie de fusão fantasmática em relação ao filho “doente”. Conforme assinalado por Lacan, a criança em seu sintoma torna-se suporte de um drama que a ultrapassa, pois em última instância este se refere à dinâmica edípica dos próprios pais circunscrita pela história familiar.

Atenta a estas configurações e apoiada pelas orientações de Dolto, Mannoni voltou sua prática e pesquisa clínicas para o atendimento de crianças ditas débeis. Verificou que após sucessivas e infrutíferas tentativas de reeducação, aquelas crianças com “debilidades mentais” atestadas por vários instrumentos psicométricos, suscitavam nos pais e demais profissionais de saúde a procura por um último recurso: o analista. Fato é que, após iniciarem uma psicoterapia muitas crianças passaram a apresentar progressos em diversas áreas diagnósticos,

progressos que produziram questionamentos quanto ao próprio valor de um diagnóstico tão limitador.

Naquele momento, o diagnóstico de “debilidade mental” por si só era indicativo da ineficácia de um trabalho psicoterápico. Aquelas crianças tinham um destino irremediável e qualquer suposição de um sujeito ali parecia inviável. Segundo Mannoni (1999, p.129), “os psicanalistas ocupavam-se basicamente das crianças normais, inibidas ou neuróticas em que a *estupidez* era o sinal de bloqueio afetivo que repercutia no plano intelectual”, ou seja, crianças que embora tivessem um Q.I dentro da média apresentavam um funcionamento retardado. A insuficiência mental, pelo contrário, não havia despertado interesse dos psicanalistas até as primeiras análises desses casos revelarem que, para além do orgânico, há algo da ordem da relação dessas crianças com o Outro que, muitas vezes, as mantém num lugar de débil e as impede de se revelarem como sujeitos de desejos.

Não se trata de curar a debilidade. Mannoni deixa isso claro quando diz que mesmo em análises consideradas um sucesso, testes continuavam indicando um Q.I. notoriamente insuficiente. Mas em que sentido a psicanálise poderia ser útil a uma criança retardada e sua família? É o que discute no livro *A criança retardada e a mãe*, publicado originalmente em 1964.

A fim de tentar abordar as consequências do diagnóstico de retardamento na construção do sujeito, a autora retoma a questão do lugar fantasmático que um filho ocupa para a mãe: condição tanto de possibilidade, quanto de impedimento do advir do sujeito. Como sabemos, o desejo por um filho nasce, a princípio, como via de acesso a alguma coisa perdida vislumbrada na infância. Contudo, esse filho quando nasce, ou seja, quando algo da demanda pode se realizar, cria do lado da mãe sua primeira decepção: o surgimento do filho na realidade tem por consequência uma separação desse objeto fantasmático.

E é a partir desse momento, com esse filho separado dela, que a mãe vai tentar reconstruir seu sonho. A esse filho de carne vai-se sobrepor uma imagem fantasmática que terá por papel reduzir a decepção fundamental da mãe (decepção que tem sua história na infância dela) (MANNONI, 1964/1999, p.55).

Assim instala-se o verdadeiro mal-entendido entre a demanda materna e a resposta da criança. Se a demanda da mãe visa algo de que nem ela mesma se dá conta, e a este objeto capaz de preenchê-la ela assimila o filho, qualquer pretensão

da criança que siga em direção à autonomia e ao desejo próprio vai corresponder, para a mãe, ao desaparecimento imediato do suporte fantasmático de que ela necessita. De outro lado, a criança não sabe que é convocada a assumir o voto inconsciente da mãe. “Sem o saber, ela é, de certo modo, “raptada” no desejo da mãe” e só num segundo tempo terá o circuito desviado pelo surgimento de seu próprio desejo (Mannoni, 1964/1999).

O que ocorre, então, se este filho carregado de sonhos perdidos da mãe nasce *doente*? Se, para qualquer mãe, o nascimento de uma criança nunca corresponde exatamente ao que ela espera, donde as reações fantasmáticas estarão sempre em jogo, para a mãe de uma criança doente o drama será intensificado pela realidade de um corpo enfermo.

no momento em que, no plano fantasmático, o vazio era preenchido por um filho imaginário, eis que aparece o ser real que, pela sua enfermidade, vai não só renovar os traumatismos e as insatisfações anteriores, como também impedir posteriormente, no plano simbólico, a resolução para a mãe do seu próprio problema de castração. Porque esta verdadeira chegada à feminilidade terá inevitavelmente de passar pela renúncia à criança-fetice, que não é senão o filho imaginário do Édipo (MANNONI, 1964/1999, p.5-6).

Ora, a debilidade mental, nos diz a autora, vai ocupar a mãe de tal maneira que a falta objetivada nas insuficiências do filho vela todo o problema da castração na mãe. Enquanto ela estiver convencida de que é nele que alguma coisa falta, a doença da criança servirá para encobrir a própria doença materna. Todo desejo de despertar, por parte da criança, pode encontrar limites no desejo materno: “ele não pode”, até que a criança passa a perceber que é na medida em que “não pode” que ela encontra um lugar de cuidado e amor junto à mãe, situando ambos num vínculo patológico.

Tal conjuntura parece encontrar reforço na frequente ausência de uma situação triangular nesses casos. Raramente o pai ocupa-se de uma criança-problema e, será à lei da mãe (não poderás separar-te de mim) que o filho estará destinado. Quando acontece do pai ocupar-se da criança trata-se, na maioria das vezes, de uma identificação com o próprio lugar materno, já que “como responsável pela lei, o pai só pode sentir-se perplexo diante de um filho que, de início, é destinado a viver fora de todas as regras” (Mannoni, 1964/1999, p.7).

Comentando o processo de chegada desses casos na clínica, Maud destaca

o quanto a incerteza de uma melhora se mostra tão mais evidente nos casos de debilidade mental, ao ponto do analista ser considerado, muitas vezes, pelos pais como um daqueles “exploradores da desgraça que as pessoas consultam sabendo de antemão que serão exploradas”. Esse é geralmente o posicionamento dos pais: recusam e destituem de valor o tratamento proposto ou, quando não, delegam toda a responsabilidade à mulher, “isso não é comigo”. Se por um lado o pai desiste, a mãe, de outro, resiste, não aceita os diagnósticos e segue, obstinadamente, numerosos especialistas em busca de um saber que aplaque a angústia de ter um filho com o qual seu narcisismo foi bruscamente ferido.

Feita para dar a vida, ela é de tal modo sensível a qualquer atentado à vida que saiu dela, que pode também sentir-se senhora da morte quando o ser que trouxe ao mundo torna impossível, para ela, qualquer projeção humana. Trata-se de um pânico diante de uma imagem de si que já não se pode nem reconhecer nem amar. (MANNONI, 1964/1999, p.2).

Ao mesmo tempo em que a mãe busca no analista da criança um suporte para sua angústia, ela vai confiar o filho a outra pessoa senão “para provar a si mesma e aos outros que ninguém além dela é capaz de fazer face à situação”. Nesse jogo, surgem as armadilhas transferenciais. A criança passa a ser objeto do cuidado de um Outro e pode confundir-se na Onipotência Materna que essa mãe vai despertar e naquela que a analista mesma encontrou em sua própria primeira infância, motivo que pode levar à interrupção do tratamento (Mannoni, 1964/1999, p.41-42).

Vejamos um exemplo citado pela autora. Trata-se de uma criança oligofrênica que foi submetida a uma psicoterapia experimental por três meses para avaliação. Ao final os pais deveriam procurar o médico analista que aconselhou o tratamento para saber se deveriam ou não continuar. Próximo do fim do prazo estabelecido, o analista comunica a mãe sua dúvida: “Creio que cheguei a um limite, mas se o médico acha que se deve continuar eu concordo”. Essa observação provoca uma ruptura brutal. Por quê? Pergunta-se Mannoni.

A questão resulta da ambiguidade da mãe – *sou onipotente, não sou onipotente* – projetada no analista do filho. Entregar a criança ao analista é supor neste certa onipotência, contudo se ele assume tal lugar a mãe perde sua função e já não é capaz de entregar o objeto de sua angústia que completaria a falta no analista. Faz-se, portanto, necessário mostrar-se não onipotente: um “posso tentar

sempre” revelaria esse espaço de falta e, ao mesmo tempo, proporcionaria à mãe reinvestir o analista de certa potência. No entanto, quando o analista revela “cheguei a um limite”, isto é, *eu não sou onipotente*, mostra à mãe através da sua castração, a castração dela própria. A sua recusa em ser o suporte da angústia do Outro provoca a interrupção do tratamento. (Mannoni, 1964/1999).

Entre outras razões, é por isso que o analista de crianças precisa estar atento aos efeitos que o sintoma da criança produz nos pais, e ao modo como a doença do filho acaba ocupando um valor estruturante na própria doença dos pais. É claro que nem todos os pais de crianças débeis são psiquicamente perturbados. Estes, por exemplo, não chegam ao analista justamente por não apresentarem um grave comprometimento na relação pais-filhos. Por outro lado, quando “a função do filho é ser esse objeto fantasmático que protege os pais contra a revelação do próprio nó da sua neurose”, o processo de cura da criança implica um forte desencadeamento das defesas dos pais, os quais em situações mais graves podem recorrer até ao suicídio, como aconteceu em um dos casos relatados pela autora.

É por isso que aqui, mais do que em qualquer outro caso, impõe-se ao terapeuta a necessidade de receber as mensagens dos pais, os quais não poderão suportar a sua angústia se ela não passar pelo analista do filho. (MANNONI, 1964/1999, p. 83).

5. Os pais no tratamento psicanalítico de crianças

Fato incontestável na clínica com crianças é a necessidade da realização de alguns encontros com os pais a fim de situar a questão que impulsionou a procura pelo analista, realizar o contrato, ou mesmo rever alguma questão durante o tratamento. Isto porque a criança só chega ao analista levada por um adulto que percebe o sofrimento do pequeno ou tem, ele mesmo, algum forte incômodo decorrente do comportamento da criança. Na clínica, muitas vezes são os pais que recebemos primeiro, uma, duas, três vezes, antes mesmo de ver a criança. Outros pais, por exemplo, quando solicitados a comparecerem a uma entrevista com o analista já não conseguem fazê-lo sem a presença da criança – o “real” motivo de seu desespero. Mas o que nos leva, como analistas, a tomar esse ou aquele procedimento quando a presença dos pais se revela iniludível nesta clínica?

Freud foi sensível a essa questão. Embora não tivesse adentrado no campo da psicanálise com crianças – orgulhoso que era das contribuições de sua filha Anna Freud por ter “compensado essa falha” em sua obra – ele destacou uma especificidade da transferência no tratamento dispensado à criança.

As resistências internas contra as quais lutamos, no caso dos adultos, são na sua maior parte substituídas, nas crianças, pelas dificuldades externas. Se os pais são aqueles que propriamente se constituem em veículos da resistência, o objetivo da análise – e a análise como tal – muitas vezes corre perigo. Daí se deduz que muitas vezes é necessária determinada dose de *influência analítica* junto aos pais (FREUD, 1933, p.146).

Na tradução em espanhol deste texto, citado por Flesler (2012), lemos: “costuma ser necessário juntar à análise da criança algum *influxo analítico* sobre seus progenitores”. A que tipo de “influxo analítico” Freud se refere? Como o analista deveria se posicionar frente ao “nó” da presença dos pais na análise da criança?

Como vimos no capítulo 4, a diversidade das experiências clínicas com crianças resultou, por parte dos analistas, em formas variadas de condução do

“problema dos pais” no tratamento de crianças e adolescentes, sujeitos socialmente protegidos e impedidos de assumirem legalmente todos os seus atos.

Rosenberg (2002) conta que, na época em que começou sua clínica com crianças a partir de sua formação kleiniana, prevalecia a ideia de que a análise das fantasias da criança seriam capazes de promover mudanças no próprio meio familiar. Os pais eram então convocados somente uma ou duas vezes ao ano. Praticamente negavam-se as transferências dos mesmos com o analista e, se eles procuravam saber e participar do tratamento do filho instaurava-se uma verdadeira luta entre eles e o analista.

Num segundo tempo, após reconhecer as dificuldades transferenciais, a autora abre um espaço aos pais com a finalidade de trabalhar suas resistências em relação ao tratamento da criança: questões de pagamento, os ciúmes em relação à analista, etc. Nota-se uma abertura, mas de maneira alguma os pais eram incluídos no processo de tratamento da criança.

Se no tratamento do adulto os pais aparecem sob a forma de realidade fantasística, na infância esse processo de substituição dos pais reais para pais da fantasia se dá em contínuo movimento. Para além do período cronológico da saída da puberdade para a vida adulta, essa substituição se definirá, antes, pela passagem de um tempo lógico em que os pais farão parte de uma história infantil. É o movimento próprio da historicização do sujeito, movimento que pode estar impedido se “alguma coisa não consegue se transformar em passado, continua permanente e vigente, retém uma eficácia que, longe de ser uma atualização no presente de um tempo já percorrido, perdura como presente atual” (Flesler, 2012, p.137), como no caso que veremos adiante de um garotinho, Caio, cujo sintoma parecia um apelo à não submissão em relação às fantasias da mãe.

Neste ponto, percebemos na escuta clínica, e em nossos embates pessoais na análise, o quanto essa passagem pode ser dolorosa. Reinscrever-se num lugar diferente daquele velho e familiar palco da infância parece ser um movimento natural e, no entanto, requer muita coragem.

Os pais chegam, assim, desnorteados pela presença do sintoma da criança. Desencorajados e invadidos pela angústia, alguns procuram saber que mistério encontra-se encerrado no sintoma do filho e, nesses casos, afirma Flesler (2012), a disponibilidade para a análise é facilitada graças ao motor da transferência: a suposição de saber. Mas nem todos os pais se questionam e ainda assim buscam

ajuda analítica. Para quê? Para demandarem o ajuste daquele pequeno ser, que feriu o seu narcisismo manifestando-se de uma maneira diferente daquela esperada por eles. Assim nos procuram para que a criança pare de brigar com o irmão, para que melhore seu desempenho na escola, para que deixe de ser respondão e rebelde, etc. Entregam-nos o filho e suplicam: conserte-o!

Aparecem, também, pais pouco implicados com a queixa que, originada em alguma instância terceira (escola, pediatra, justiça, etc), despertou a necessidade de um encaminhamento para tratamento psicológico. Lembro-me de um caso de uma garota de 11 anos que havia sido abusada e fora encaminhada ao ambulatório pela justiça. Ela estava em tratamento há pouco mais de um ano e me foi repassada em virtude da saída, do serviço, de sua antiga analista. Ao entrevistar a mãe e perguntar por que gostaria que a filha continuasse o processo, ela diz: foi o juiz quem determinou. Não questionam, nem demandam e, só se aproximaram de um analista como que para cumprir uma ordem externa. Em síntese, segundo Flesler:

[...] o primeiro dos casos é o mais aberto ao lugar de sintoma que o filho ocupa no casal parental; o segundo apresenta a vertente amorosa do narcisismo dos pais; e o terceiro, a expressão mais ou menos peremptória do gozo quando a criança encarna o lugar de objeto na fantasia materna ou no gozo do pai (FLESLE, 2012, p.143).

Que a presença real dos pais seja algo peculiar à clínica de crianças, não se pode negar. Mas voltando ao impreciso *influxo analítico* colocado por Freud, como podemos preservar o lugar do trabalho analítico da criança, sem deixar de incluir os pais? O que fazer quando o trabalho com a criança revela o inconsciente dos pais, na medida em que eles também estão em transferência com o analista do filho?

Vimos que, para Anna Freud, o ponto central do atendimento psicanalítico às crianças está nos meios encontrados pelos pais para “educarem” a vida pulsional dos filhos. Entrevistas para colher informações desse funcionamento são imprescindíveis, pois através delas o analista poderia traçar as orientações necessárias às mudanças na realidade que favoreceriam o desenvolvimento da criança.

Melanie Klein, como vimos, já discordava dessa posição. Ela reconhecia a participação dos pais na construção do psiquismo infantil, mas como conferia

grande importância aos processos internos da criança, tratava de excluir os pais do processo de análise dos pequenos. A ideia de se encaminhar os pais a outro analista, caso a análise do filho lhes suscitasse uma demanda, logo passou a ser o mais recomendável.

Rosenberg (2002) conta como a descoberta de um outro modo de conceber a subjetividade modificou a sua clínica. Do sujeito constituído da aceção kleiniana à constituição do sujeito a partir do campo do Outro, após a grande influência do discurso de Lacan nos trabalhos de psicanalistas que se dedicavam à clínica com crianças, a autora passou a defender que na “formação do sujeito psíquico há processos de fundação que advêm do campo do Outro e há outros elementos que vem do intrapsíquico” (p.61). Tal posicionamento decorre das concepções de Laplanche. Afastando-se do estruturalismo lacaniano, Laplanche vai defender que,

O inconsciente da criança não é diretamente o discurso do outro, nem mesmo o desejo do outro. Entre o comportamento significativo, inteiramente carregado de sexualidade (o que se quer sempre esquecer de novo), entre esse comportamento – discurso – desejo da mãe e a representação inconsciente do sujeito, não existe continuidade, nem mesmo pura e simples interiorização; a criança não interioriza o desejo da mãe. Não aprende a fantasia materna ou não a interioriza; ou ainda – para fazer referência à aprendizagem da linguagem verbal, a cujo respeito se diz de bom grado, que a criança nela se introduz sub-repticiamente, como do interior – a criança não se insinua da mesma maneira na fantasia parental (LAPLANCHE apud ROSENBERG, 2002, p.65).

O inconsciente da criança seria fundado, portanto, a partir desses restos não-metabolizados da relação com Outro, restos que vão produzir marcas no psiquismo e no corpo da criança. Desse modo, diz Laplanche apud Rosenberg (2002), seria apressado demais afirmar que o inconsciente é o discurso do Outro, e conceber o discurso da criança como puro reflexo do discurso dos pais.

Entendemos, contudo, que essa pode ser uma ideia um tanto rasa do aforismo lacaniano. Dizer que o inconsciente é o discurso do Outro significa, para nós, pensar que o inconsciente se estabelece no espaço discursivo a que o Outro dá suporte significativo, ou seja, ele não é interno, não é individual, mas se constrói na relação em que “o reconhecimento do desejo” só pode se referir “ao desejo de reconhecimento” (LACAN, 1957, p.255).

É neste ponto que as funções materna e paterna tornam-se essenciais ao advir do sujeito. Sem suporte simbólico não há sujeito e, se estas funções de

algum modo são pouco efetivas, dificuldades importantes podem surgir na constituição do sujeito. Foi seguindo esta direção que vimos, com Dolto e Mannoni, uma reabertura da questão do lugar dos pais na análise da criança. Trata-se de reconhecer que o sintoma desta está enlaçado ao funcionamento dos pais, ao que é transmitido por eles ao nível inconsciente.

O que se depreende é a maneira pela qual uma criança é marcada, não somente pela maneira como é esperada antes do seu nascimento, como também pelo que vai ela em seguida representar para um e outro dos pais em função da história de cada um. Sua existência real vai chocar-se assim com as projeções paternas inconscientes donde vêm os equívocos. Se a criança tem a impressão de que todo o acesso a uma palavra verdadeira lhe é vedado, pode em certos casos procurar na doença uma possibilidade de expressão (MANNONI, 1971, p.65).

Nesse sentido é importante perceber as amarrações que envolvem pais e filhos num enlace patológico. A escuta dos pais pelo analista da criança surge então com a função de redimensionar os problemas que tanto o filho quanto eles próprios enfrentam no momento em que procuraram a psicoterapia. Não se trata de responder à demanda – *o que fazer?* – aconselhando-os a agir desta ou daquela maneira, e sim de possibilitar a estes adultos se potencializarem como pais, ressituando-os como responsáveis pela criança.

Partindo desse entendimento não haveria razões para excluir os pais do tratamento a fim de garantir o axioma técnico de que o analista da criança não se transforme em analista dos pais. É colocando-se ao nível do tratamento da criança que a mensagem dos pais deve ser recebida, afirma Mannoni (1964/1999). De fato, o trabalho com a criança evidencia muito do discurso dos pais, e aceitar esse aparecimento “real”, através da escuta destes, “permite mesmo o desaparecimento progressivo, no discurso do sujeito, de uma palavra alienante que, às vezes, não é mais do que a palavra de um dos pais intervindo no lugar da do sujeito” (Mannoni, 1964/1999, p.84).

A atitude de recusa em atender os pais na clínica com crianças, embora amparada na importante questão do sigilo e preservação do espaço da criança, pode provocar, entretanto, a própria interrupção e abandono do tratamento. Se, ao contrário, os pais podem encontrar no analista do filho alguém a quem imputar seus fracassos ou mesmo os insucessos do tratamento da criança, a esperança subsiste e a aposta no tratamento pode continuar a existir. Mannoni (1964/1999,

p.85) afirma que “o fato de saber que o analista está à disposição basta para que sua solicitação [dos pais] não venha se intrometer no próprio tratamento do filho”.

Se negligenciamos a demanda dos pais, especialmente no caso dos débeis e dos psicóticos, comprometemos, no plano técnico, a verdadeira marcha do tratamento, que ficará sempre a um nível superficial, artificial, diria eu. Desse modo é através da criança que irá efetuar-se essa demanda, tirando do psicanalista uma possibilidade essencial de ação, pondo a criança num estado de insegurança e de culpabilidade em face da cura (MANNONI, 1964/1999, p. 84).

Desta feita, as possibilidades de intervenção na clínica com a criança irão depender da transferência estabelecida com os pais. Assim, para além das resistências da criança, há a resistência dos pais, e o desafio da analista será justamente manejar essas dificuldades a fim de promover o trabalho dos sujeitos em questão. Para Rosenberg (2002), nem todo sintoma da criança representa o deslocamento de conflitos parentais. Contudo, admite que em determinados momentos a cura da criança encontra-se impedida não pela castração da criança, mas pelos problemas de castração ou Édipo dos pais que se atualiza na própria criança.

[...] os pais (ou um deles) entram no exato momento em que, devido ao peso que o intersubjetivo tem na formação do sintoma ou na estruturação das neuroses, faz-se necessário que algo também se modifique no inconsciente de um ou de ambos os progenitores, ou algo de sua relação. Ao incluí-los na sessão, pensa-se em produzir um efeito analítico que permita a continuação da análise da criança. (ROSENBERG, 2002, p.54-55)

Acreditamos, portanto, ser imprescindível ao trabalho analítico avaliar as várias versões e motivações que estão em jogo no que é apresentado como sintoma da criança. Para além de escutar e acolher as angústias daquele que acompanha a criança, é necessário abrir um espaço para endereçar-se a ela, dar-lhe a possibilidade de falar e se posicionar enquanto sujeito, já que é esta a aposta que se faz no tratamento psicanalítico.

5.1 Experiências Clínicas:

No texto *A criança e a instituição*, Di Ciaccia (2005) nos diz logo de início que não existe criança sem instituição. Trata-se de reconhecer que a instituição é uma construção humana que produz efeitos simbólicos sobre o próprio homem. “Foi na família que Freud localizou o simbólico em ato. Familiar ou não, toda instituição tem a responsabilidade de transmitir um desejo que não seja anônimo e uma particularidade que não seja passível de ser resolvida no universal do ideal” (Di Ciaccia, 2005, p.22). A prática analítica em instituições destinadas ao cuidado de crianças deve, portanto, procurar privilegiar o que há de mais particular em cada situação clínica, em cada arranjo familiar, pois só esse direcionamento é capaz de abrir espaço para as manifestações do sujeito, orientando assim o caminho para os deslocamentos possíveis.

Os relatos de experiência que apresentaremos a partir de agora se referem a alguns atendimentos realizados durante o Curso de Especialização em Psiquiatria e Psicanálise com Crianças e Adolescentes no Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria da UFRJ entre março de 2010 e março de 2012.

O SPIA tem um funcionamento de tipo ambulatorial onde crianças (a partir de 2 anos) e adolescentes (até 17 anos) que apresentam sofrimentos de tipos variados são recebidas para avaliação e/ou tratamento psiquiátrico e psicoterápico. Os casos são previamente avaliados pela triagem, e tais demandas podem ser absorvidas pelo serviço – que está ligado ao SUS – ou os casos são encaminhados a outro serviço ligado à rede de saúde mental do município.

De queixas escolares a quadros de neuroses graves, psicóticos e autísticos, o serviço está atravessado por múltiplos sujeitos e discursos. Se a criança protagoniza a cena, como tratá-la sem antes estar atento ao que falam seus pais, a escola, o pediatra, o psiquiatra, a própria instituição e suas regras? De fato, muitos atendimentos são definidos a partir de condições institucionais como: vagas nos grupos de supervisão, tipo de psicopatologia, territorialidade etc, mas também, e porque não dizer, pelo interesse e disponibilidade dos profissionais e alunos da especialização que passam pelo serviço.

Além do discurso institucional, o trabalho é atravessado ainda pela precariedade social em que a maior parte da clientela do serviço encontra-se envolvida. Ainda que tais condições possam ser acrescidas da resistência ao trabalho analítico, elas de fato chegam a impedir a continuidade de muitos tratamentos.

Passemos, então, ao relato dos casos e vejamos como o tratamento da criança depende, em certo modo, da inserção dos pais e dos efeitos transferenciais despertados durante o trabalho analítico.

5.1.1 Joana e a separação

Um dos primeiros casos que atendi durante a experiência no SIPA/IPUB foi o de uma menina muito esperta que, neste trabalho, resolvi chamar de Joana. Quando chegou ao serviço, ela tinha 8 anos e nunca havia feito psicoterapia. Sua mãe, Lúcia, resolvera procurar ajuda porque, desde a separação dos pais, a criança apresentava-se mais agitada, ansiosa, às vezes, sensível e chorosa. Tinha dificuldades para dormir, alguns comportamentos obsessivos, e seu rendimento escolar havia caído. Lúcia acreditava que tudo isso estava relacionado às atitudes “irresponsáveis” do pai das crianças (Joana tinha uma irmã mais velha), que “sumia” da vida das filhas como forma de punir a mãe pela separação.

Quando Paulo (o pai de Joana) e Lúcia se conheceram, Jéssica, a irmã mais velha de Joana, tinha por volta de três anos de idade. Paulo, que tinha outros filhos com quem não mantinha uma boa relação, logo ficou encantado com a pequena Jéssica e, de fato, passou a tratá-la como filha. No entanto, o fato de não ser pai biológico de Jéssica transformou-se em segredo de família e só pôde ser revelado durante o tratamento das duas meninas – Jéssica também estava em psicoterapia no mesmo serviço.

Joana não foi planejada, mas foi muito bem recebida pela nova família constituída. Lúcia teve uma gravidez e parto sem intercorrências, porém esteve bastante ansiosa, pois aos seis meses de gestação teve que sair de licença em

função de uma tendinite; passou três meses “parada” em casa esperando o nascimento do bebê. Nesse período, Lúcia comia descomedidamente, pois assim seu “bebê ficava quieto”. Até o oitavo mês, esperava-se a chegada de um menino, cujo nome e enxoval já haviam sido escolhidos.

Joana nasceu bem grande e pesada, *“ela parecia um menininho, bem durinha já, parecia um lutador de sumô”*, disse a mãe. Apresentou intolerância ao leite e problemas de refluxo aos quatro meses, o que provocou bastante sofrimento ao bebê e a sua família nesse período. Passados os episódios difíceis com relação à alimentação, Joana desenvolveu-se normalmente, exibindo somente uma leve dificuldade na fala devido à rapidez com que articulava as palavras o que, por sinal, se assemelhava ao modo ansioso com que a própria Lúcia falava.

Antes da separação dos pais, Joana tinha uma ótima relação com Paulo. Por ter um horário mais flexível no trabalho, era ele quem dava mais atenção às filhas: preparava o almoço, ajudava com as tarefas escolares, etc. Mas as brigas por motivos de ciúmes da mulher, e o frequente uso de bebidas alcoólicas pelo pai, provocou a separação nada amigável do casal. A briga se estendeu na justiça e, passados dois anos, quando Lúcia procurou ajuda para as filhas – de maneira indireta, para ela própria – aquela família parecia exausta diante de tantos conflitos.

No primeiro encontro, Joana mostrou-se muito desenvolta com a analista e logo sinaliza: *“lá em casa só tem mulher... só um primo que me visita”*. Sua mãe, que a acompanhou no início da sessão, reconheceu a queixa da filha, mas começou a lembrar junto com ela que alguns tios e o próprio pai de Joana também a visitam. Já sozinha com a analista, Joana falou de sua irmã, da nova escola *“mais exigente”* e da relação difícil com o pai depois que ele saiu de casa; *“já passei um mês sem falar com ele... uma vez ele disse que não queria mais falar comigo... se eu começo a reclamar ele bate o telefone na minha cara”*.

Contou ainda que vinha se sentindo muito mal, às vezes vomitava na escola e sentia muita dor de cabeça. Falou da tia Nora – prima de sua mãe que cuida dela desde pequena – e da preferência de sua avó pela irmã Jéssica. Revelou-me um segredo: *“acho que minha avó não gosta de mim porque eu nasci no dia em que meu avô faleceu... mas sabe, ele merecia; bebia muito, vivia caindo”*. Pouco depois, Joana voltou a falar da separação dos pais: *“minha mãe sofria muito, eu entendo... acho que meu pai é igual ao pai dela”*.

Parecia clara a divisão da criança: Joana reconhecia o sofrimento que a presença de um pai bêbado causava à sua família, porém temia nas ausências do pai a possibilidade evidente da própria morte dele que poderia ser castigado tal qual seu avô. O discurso religioso evangélico era muito presente na família e parecia justificar muitas ações da mãe no sentido de proteger as filhas da desatenção do pai. Paulo chegou a ser convocado a uma entrevista ainda no começo do tratamento da criança. No entanto, sua negativa se manteve durante todo o período em que acompanhei o caso: *“já que se tratava de uma questão extrajudicial ele não iria falar de sua vida pessoal a uma desconhecida”*.

Lúcia inventava desculpas que só confirmavam Paulo no lugar idealizado em que Joana tinha o pai, e a partir do momento em que mãe e filhas passaram a encarar os fatos e as dificuldades de Paulo, as demandas diminuíram e Joana pôde encontrar outros meios de lidar com a situação.

Joana passou a trabalhar outros conteúdos; costumava brincar e falar das diferenças físicas que tinha em relação à irmã Jéssica sempre associando a alguém da família: da altura à cor e tipo do cabelo ela não conseguia dizer que a irmã parecia com algo de seu pai. Tempos depois, Lúcia me procurou, pois Joana estava mais ansiosa, irritada e apresentara nova queda no rendimento escolar. Revelou-me que não sabe como contar sobre a paternidade de Jéssica, que agora estava descobrindo alguns parentes pelo Facebook, já que suas duas filhas andavam brigando muito e ela temia que Joana utilizasse o fato em alguma dessas situações para “rebaixar” a irmã.

Lúcia não sabia o que fazer com Joana, *“ela não aceita ser chamada atenção, muda de humor rapidamente e a professora dela disse que ela acaba se prejudicando por querer ajudar e agradar os colegas; fez uma conta enorme na cantina da escola porque decidiu comprar chocolates pra todos os amiguinhos”*. Ela questionou a necessidade de procurar um psiquiatra, *“não seria o caso dela tomar algum remédio?”*. Em contrapartida ofereci atendê-la duas vezes por semana e me coloquei à disposição para receber Lúcia quando ela julgasse necessário.

Após a semana do feriado do carnaval, Joana voltou dizendo que não falaria comigo, porque eu não lhe contei uma coisa que sabia. Antes que eu respondesse qualquer coisa, disse que tinha duas coisas para me contar: sua mãe não estava em casa, pois havia feito uma cirurgia e ainda estava no hospital; e a

Jéssica não era sua irmã por parte de pai. Conta que foi a irmã quem lhe contou. “*Eu chorei, primeiro eu não acreditei... sabe, eu e Jéje somos muito unidas, ela sempre fala as coisas pra mim e pra minha vó*”. Lembrou vários acontecimentos anteriores que a deixaram em dúvida sobre a paternidade da irmã. “*Acho que eu já sabia*”, conta. Lúcia só soube da conversa das filhas depois que saiu do hospital e, ao contrário do que temia, as meninas pareciam mais próximas.

Em virtude da cirurgia, Lúcia teve de tirar alguns meses de licença do trabalho, e a convivência diária com as questões da casa e da família a deixavam muito estressada. A relação com as filhas tornou-se difícil e ela sentia que deixou a criação das meninas muito nas mãos da “tia Nora”, que as mimava demais. Sua atenção redobrada, principalmente em relação ao rendimento escolar, era vista por Joana como extremamente ameaçadora. A criança passara a mentir e esconder fatos importantes com medo das retaliações da mãe. Estudar com Lúcia era insuportável, e raramente o pai, com quem ela gostava de estudar, estava disponível.

A análise da criança parecia obstruída e uma sessão conjunta foi acordada com a mãe e a criança. Lúcia pôde então falar, diante de Joana, das angústias e medos que tinha em relação aos comportamentos da filha e ambas puderam ressituar a problemática: embora a mãe se sentisse extremamente afetada pelo “insucesso” escolar da filha foi importante para ela perceber o quanto suas exigências eram encaradas pela criança como puro capricho. Além disso, Joana pôde reconhecer que ela provavelmente sofreria as consequências do próprio “descompromisso”: era ela quem sairia “perdendo”, caso não voltasse a se dedicar.

A presença do psicanalista com quem os pais e a criança estão em transferência pode operar como efeito potencializador ou amortecedor das mensagens enigmáticas possibilitando um efeito particular no recalque dos pais, do filho ou do próprio analista que a partir de então poderá dispor de novos materiais. (ROSENBERG, 2002, p.42).

Tempos depois, Joana conseguira recuperar as notas, chegando a receber elogios da professora no final do ano para alegria de todos. No entanto, um novo “problema” preocupava a família: a redescoberta⁶ da minha saída do serviço dali a

⁶ Todos os pacientes e familiares são informados da dinâmica institucional: a princípio o tratamento tem duração de dois anos – período de duração do curso – com cada psicólogo. Ao final

alguns meses parecia reatualizar o sofrimento experimentado com a separação e saída de Paulo da casa da família. Joana passou então a falar o quanto às vezes demorava a chegar o dia da terapia, de como gostava de conversar e “despejar” as coisas comigo, pois eu conseguia entendê-la etc. Queria saber porque eu teria que sair, “*não tem como você ficar vários anos e anos?*”, “*quanto tempo ainda teríamos?*”.

Lúcia também me procurou aflita quando soube da notícia por Joana e pela tia Nora, que era quem levava a criança para a terapia. Achava que a filha melhorara bastante depois que iniciou o tratamento. Ela agradecia também o jeito como tratei suas questões difíceis, com cuidado e apoio que foram bem importantes quando ela se via em desespero. Sabia que o trabalho precisava continuar, “*parece que a Joana me vê como uma inimiga às vezes*”.

Reafirmei a importância da continuação do tratamento e falei que o sucesso que alcançáramos até ali era fruto da relação de confiança que havíamos estabelecido, eu, ela e Joana. Reconhecia que era difícil para elas aquela interrupção; também era para mim que me dedicara a acompanhá-las durante aquele período. De todo modo, essa separação aconteceria em algum momento.

Na última sessão com Joana ela lembrou vários acontecimentos bons de sua tenra infância: o dia da formatura da mãe, as idas com ela à universidade, a antiga casa em que moravam quando os pais eram casados. Depois, contou que seus pelinhos estavam crescendo e que tinha curiosidade em saber como era ter cólicas assim como sua irmã. As mudanças eram evidentes e inevitáveis e, embora Joana brincasse dizendo que estaria lá na próxima semana, ela não as negava. Lúcia resolveu continuar o tratamento da criança com uma próxima psicóloga, apesar de ter dito que me ligaria, caso ela e a filha não conseguissem se “adaptar” à novidade. Não recebi ligação alguma e tive notícias de que Joana continua indo ao serviço.

do período, caso haja indicação para continuar, os pacientes são encaminhados para outro psicólogo estagiário.

5.1.2 Lucas

Lucas chegou ao SPIA aos dois anos de idade. Foi encaminhado pelo pediatra por estar apresentando sinais autísticos. Ele então começou uma psicoterapia e, ao final de dois anos, seu caso me foi repassado para continuar o tratamento.

Em uma primeira entrevista, Marta me disse que Lucas “estava demais”, não parava quieto, não a respeitava e chegava a agredi-la física e verbalmente. Notei que Marta nunca se referia a Lucas chamando-o de filho e, me surpreendi com o fato dela se sentir tão “indefesa” frente a uma criança de apenas quatro anos de idade. Curiosamente Lucas adorava ir para a escola. Embora tivesse dificuldades de se concentrar em algumas atividades, ele às vezes se mostrava prestativo e ajudava a professora. Ao pai e às avós ele também respeitava quando chamado atenção.

Marta dizia estar cansada, desejava voltar a trabalhar, mas não encontrava apoio algum no marido. João trabalhava muito e acreditava que ela devia se dedicar ao filho que precisava ir frequentemente a médicos e terapias. O casamento não ia bem e os conflitos entre o casal já aconteciam antes mesmo da chegada da criança. Marta conta que teve uma gestação muito conturbada. O filho não foi planejado; ela descobriu que estava grávida depois que teve de parar a pílula devido ao aparecimento de um mioma. Sentia muitas dores e, a partir do segundo mês, saiu do emprego, uma vez que começara a tomar remédio para segurar o bebê.

Quando Lucas tinha um mês de vida, uma briga com a família do marido a deixou muito deprimida e culpada. Eles moravam em uma pequena casa emprestada pelo padrasto de João, que o tinha como verdadeiro pai. O padrasto estava muito doente e sua esposa solicitou a casa imediatamente para que eles pudessem ficar mais próximos dos serviços médicos, deixando poucas alternativas ao casal. No dia da “invasão” da casa, Marta se negou a aceitar o sogro doente no mesmo cômodo em que estava seu filho recém-nascido. A confusão acabou provocando mal estar no sogro, que faleceu poucos dias depois no hospital.

Desde então, Marta passou a sentir-se muito nervosa, sentia medo que roubassem seu filho quando saía de casa. Lucas sempre dormiu na cama do casal com a mãe. Como o pai chegava tarde do serviço, acabava deixando o filho em seu lugar e passou a dormir num colchão no quarto da criança. *“Eu sei que é errado”, diz Marta, “mas não consigo fazer com que ele fique no quarto dele. Já tentei várias vezes, mas ele sempre acorda chorando e volta pro meu quarto dizendo: mãe, eu quero você”.*

Quando encontrei Lucas pela primeira vez, ele saiu disparado em direção ao armário onde ficavam guardadas as caixas de brinquedos. Apresentei-me e falei que a nossa caixa de brinquedos já estava a sua espera na sala de atendimento. Ele entrou como um furacão, explorou os brinquedos e pediu para que eu girasse a bola no dedo igual o seu pai fazia. Perguntei se o pai brincava com ele, respondeu que não. Enquanto construíamos uma casa de massinha, Lucas falou *“tem que colocar os olhos”*. Pergunto: *“ah, então essa casa tem olhos?”*, e ele nada respondeu.

Nesse primeiro momento, em todas as vezes que eu estava conversando com Marta, fosse no corredor ou mesmo na sala de atendimentos, Lucas interrompia batendo ou chutando a porta, ou perguntando e reclamando algo que poderia esperar para ser resolvido pouco depois. Era insuportável para ele ser contrariado: ficava nervoso, gaguejava, se descontrolava. Marta só sabia lhe dizer para se comportar ou então ficaria sem ver TV.

Já a partir do primeiro mês, Marta sinalizara o grande obstáculo ao tratamento: as faltas recorrentes acompanharam todo o processo. De fato, elas indicavam a forte resistência da mãe em sair da posição de gozo em relação ao filho. Lucas era o motivo de sua insatisfação profissional, ao mesmo tempo em que figurava como sua *“companhia”* como ela bem dizia: *“ele assiste a novela comigo e às vezes eu quero dormir e ele quer ficar assistindo o filme que passa depois. Um dia, eu deixei ele sozinho lá assistindo e fui dormir. Pouco depois ele não aguentou e foi pra cama”*.

Embora aparentemente se colocassem à disposição, as tentativas de marcar uma entrevista com os pais juntos, ou mesmo ouvir o pai ao menos uma vez, foram infrutíferas. Marta eventualmente esquecia ou ocorria algum imprevisto que impedia a ida de João, mesmo em dias de folga do trabalho. Ela parecia requisitar a atuação do marido junto ao filho, mas suas atitudes mostravam outra coisa.

Certa vez, Marta revelara que, durante a adolescência, pensava em ter uma “produção independente”. Em seu discurso, João não assumia a função de “educar” e impor os limites à criança ficando tudo a cargo dela. No entanto, ela sentia inveja da festa que o filho fazia quando o pai chegava, enquanto ela, que cuidava do filho e suportava suas tolices o dia inteiro, pouco reconhecimento e carinho recebia dos homens da casa.

As pinturas feitas por Lucas durante as primeiras sessões eram sempre carregadas de um excesso de tinta e uma confusa mistura de cores que tendia sempre para uma espécie de borrão escuro. Enquanto isso, Marta começava a se questionar. Contou que, alguns dias antes, João foi pôr o filho para dormir e acabou pegando no sono também. Ela, para não incomodá-los, resolveu colocar o colchão ao lado da cama para descansar. Contudo, foi acordada por João que, ao se dar conta de que estava dormindo com o filho muito espaçoso e agitado, pedira para trocar de lugar com ela. Marta imediatamente concordou, porém depois ficou pensando: “*ué, porque a gente não colocou o Lucas na cama separada?*”.

Durante as sessões, Lucas pouco falava. Além da pouca idade, sua agitação motora o impulsionava sempre aos jogos e brincadeiras em que ele dominava a cena e me comandava. Por sua mãe, eu ficara sabendo que ele tinha medo de ficar sozinho no quarto dos pais, dizia ter um monstro no guarda-roupa e saía correndo. As crises de ciúmes haviam diminuído quando a criança testemunhara alguma demonstração de carinho entre o casal. Agora ele dizia rindo: “*tá namorando, tá namorando...*”.

A frequência irregular no tratamento dificultava cada vez mais a continuidade do trabalho. Em conversa com a mãe e com a criança, reavaliávamos a demanda pelo tratamento e o desejo da família por aquele espaço. Marta colocava que as dificuldades financeiras e os problemas de saúde às vezes a impossibilitavam de levar a criança à consulta, mas julgava o tratamento do filho importante e se comprometera a faltar somente em casos extremos. Na sessão seguinte, Lucas parecia mais disposto a tratar seus conflitos. Empenhado em utilizar as tintas ele fez um primeiro desenho em que constavam: dois grandes olhos, uma boca e um corpo quadrado sem os membros; na segunda prancha, dois olhos e um corpo quadrado equilibravam-se numa corda bamba “*como um palhaço*”. Enquanto pintava Lucas falou: “*eu tenho medo*”;

No terceiro desenho a criança começou traçando um quadrado com dois olhos dentro do contorno: “*é uma barriga, tem um neném dentro*” e começou a sobrepor várias cores dizendo “*tem que brilhar*”. Após misturar todas as cores e produzir um borrão escuro, ele gritou: “*nasceu!*”. Depois pediu outro papel e me perguntou: “*está pronta pra ver? vou te mostrar...*”. Começou a fazer um grande contorno, agora com dois olhos do lado de fora do traçado. Preencheu o contorno novamente misturando várias cores. Dessa vez, mais excitado e enérgico ele utilizou tinta em excesso e chegou a furar o papel. Intervim: “Difícil não misturar as tintas né? Quem gosta de tudo junto assim?”. Para minha surpresa, o pequeno falou: “*A mamãe. Assim fica bonito*”, entre risos sarcásticos. Disse que também percebia que para a mamãe dele era difícil separar-se do bebezinho que ele havia sido e, agora, ele mesmo estava vendo⁷ que, para o desenho ficar colorido, as cores não poderiam estar todas misturadas.

Após essa sessão a mãe recuou e novas faltas sucessivas emperraram o tratamento. Esse “resgate” era sempre viabilizado pela abertura de um espaço para que Marta expusesse suas dificuldades. Algo começava a circular, embora os movimentos de Marta sempre fossem acompanhados de muita resistência. Ela pode falar um pouco do quanto se sentia insegura em “liberar” o filho para brincar com outras crianças do prédio, ou mesmo desmamá-lo. Escondia do marido a mamadeira que dava à criança a noite e, dizia: “*todo mundo acha que ele melhorou muito depois que começou o tratamento; só comigo que às vezes acho que não mudou nada*”.

Um longo período de ausências associou-se às férias de final de ano. Em janeiro, quando tentamos retomar contato e iniciar o processo de passagem para outro analista, já que havia indicação para continuar a terapia, a criança parecia bem e sem medicação há três meses. A relação entre seus pais, entretanto, estava mais difícil, e o drama havia se acentuado por dois motivos: o pai estava desempregado e a mãe possuía uma leve suspeita de estar grávida. “*Acho que é o mioma, mas fica mexendo... é estranho*”. Desde então não deram mais notícias e interromperam o tratamento.

⁷ Em sessões anteriores a criança fez alguns desenhos em que se podia reconhecer cada cor por estarem separadas e repetiu algumas vezes: “não pode misturar, viu?”.

5.1.3

Caio e os fantasmas

Caio, um garotinho de 6 anos, chegou ao serviço acompanhado por sua mãe, Maria. Ela estava ávida por “saber” que doença tinha seu filho. Haviam passado por alguns serviços de saúde e Maria precisava confirmar um diagnóstico de “autismo” dado à criança. Na internet, encontrou o site do IPUB e resolveu buscar no SPIA uma resposta para as interrogações em relação ao filho.

A criança apresentava-se excessivamente agressiva nas relações sociais, não aceitava limites, batia e xingava tanto os colegas quanto figuras de autoridade (professora, mãe, avó e tios). Ficava mais agitado com “mudanças”, possuía tiques com as mãos, medo do escuro, e naquele período não estava frequentando a escola, pois a psiquiatra que o acompanhava havia concedido uma licença médica, em função do grave quadro apresentado. Sem grandes progressos no tratamento medicamentoso, Caio foi encaminhado para psicoterapia individual.

Nas entrevistas iniciais, Maria contou que até os três anos Caio era uma criança normal; *“nessa idade ele viu o pai pela primeira e única vez... a minha mãe acha que tem a ver com isso, mas eu acho que fizeram alguma coisa com meu filho na creche, não sei, não sei se não abusaram do meu filho...”* diz ela. Em seguida, Maria passou a relatar a história da doença da criança, história que parecia ser a de sua própria “doença”.

Por volta dos três anos, Caio apresentou assaduras graves no bumbum, o que levantou em Maria a suspeita de abuso sexual, hipótese descartada pelo médico pediatra que cuidou da criança. Imbuída da “quase certeza” de que o filho teria sofrido um abuso ela o tirou da creche, pois não confiava nas pessoas de lá, *“lá também recebiam crianças de risco”*. Depois desse episódio, ela orientou o filho a tomar cuidado com as pessoas, principalmente os homens, *“tá cheio de pedófilo por ai, se alguém encostar em você, te colocar no colo, entra de porrada mesmo, se falarem que vão me fazer alguma coisa, me matar, não acredita, deixa me matarem mas não deixa ninguém encostar em você”*.

Quando descobriu a gravidez, Maria já estava separada do pai de Caio e, desempregada, voltou para a casa da mãe onde morava também uma irmã, mulheres com as quais sempre teve muitos conflitos. O pai não assumiu a criança

e tempos depois se casou com outra mulher. “*Antes de ele dizer pra eu tirar, eu disse logo que teria, aquele filho era meu*” diz Maria. Não importava o que Caio representava no desejo do pai que, nas palavras de Maria, não passava de um esquisito, certamente um doente mental. Ela, pelo menos, havia percebido a doença do filho logo no início, e se lamentava: “*acho que escolhi mal o pau (Pai) do meu filho... eu podia ter evitado, tinha certeza que tinha engravidado naquele dia...*”. Associava ainda a doença da criança à de uma irmã que faleceu ainda adolescente – “*começou no joelho e foi pra cabeça... ela era igualzinha ao Caio, agressiva, xingava e batia na minha mãe*”.

A construção da mãe em torno da doença do filho parecia uma projeção dos “abusos” que ela própria havia sofrido. Maria perdeu o pai aos seis anos de idade, e contava que sempre teve de se virar sozinha: “*minha mãe nunca foi presente, eu aprendi tudo na porrada... levava pra escola aqueles desodorantes com álcool para me proteger dos meninos, sabe? Batia mesmo pra me defender... vivi muito na rua, já vi cena de abuso*”. Relatava algumas experiências perturbadoras. Ela mesma não sabia o que fazer com essas marcas, marcas que faziam seu filho adoecer. De acordo com Maud Mannoni (1971, p.57), “o fantasma é uma história precisa que só pode sair da angústia e implica para o sujeito ameaça vinda do Outro, com o perigo de lesão corporal...”.

A escuta dessa mãe tornou-se imprescindível na condução do tratamento da criança. Maria parecia procurar, através do filho, uma cura para si mesma. Desde o nascimento de Caio, ela não conseguira voltar a trabalhar de forma efetiva. Não tinha motivo algum para comemorar seu próprio aniversário: “*nasci no dia em que meu filho nasceu, só comemoro esse dia...*” dizia entre lágrimas. A chegada do filho trazia a promessa de uma nova vida, no entanto, Maria parecia revelar com crueza a que realidade fantasmática e traumática estava presa.

Completamente dependente em relação a sua própria mãe, inclusive financeiramente, Maria queixava-se de modo quase infantil da ausência de lugar junto ao amor da mãe: “*ela sempre defendeu minha irmã, nunca ficou do meu lado...*”. De maneira inversa, ela não se separava do filho. Faziam tudo juntos: passeios, natação, até na escola nova havia uma sala “*para as mães ficarem perto.*” “*Não entendo porque ele faz isso comigo*”, como Caio poderia opor-se a tanta dedicação e amor materno?

Na primeira sessão, Caio não ofereceu qualquer resistência para entrar sozinho com a analista. Enquanto explorava os brinquedos da caixa dizia “*não conseguir parar de fazer má criação*”. Sua fala era agitada. Não se sentava para brincar. Inteiro inquieto ficava irritado por não conseguir construir o castelo tal como o modelo exibido na caixa do brinquedo. “*tô confuso*”, dizia. Tentei lhe ajudar, dizendo que poderíamos construir da maneira que quiséssemos. Ele se irritou ainda mais, “*você tá doida? Sua boboca, idiota, safada...*”. Ficou encantado com outro brinquedo (uma bola de silicone que brilha) e o nomeia de *ouriço do mar*. Em desespero, gritou: “*como é que faz ele parar, eu preciso, eu preciso ter o controle*”.

As sessões seguintes giraram em torno de narrações encenadas das historinhas da turma da Mônica. Caio não sabia ler, mas contava com detalhes as histórias lidas por sua mãe e os episódios que assistia no DVD. Preocupava-se com a ordem dos acontecimentos nas histórias, atrapalhava-se, angustiado dizia “*tá tudo errado*” na narração que parecia ser a de sua própria história: “*o Cascão é ridículo, burro... a Mônica⁸ é forte mesmo sem o coelho... os planos do Cebolinha não funcionam porque o Cascão estraga tudo*”.

As dificuldades de Maria eram o impedimento ao tratamento. Faltas eram recorrentes, e ao final do terceiro mês eu só havia tido cinco encontros com a criança. Uma nova psiquiatra assumiu o caso em virtude da primeira médica que o atendia haver se desligado do serviço. Como veremos, a mudança mostrou-se catastrófica para mãe e criança.

Caio passou a ficar mais agressivo nas sessões: xingava, ameaçava bater, batia, entrava e saía da sala. Chegou a esconder-se na sala da recepção quando ia chamá-lo para o atendimento: “*cadê ela?*”, disse assustado. Perguntei de que ele sentia medo. Ele irritado disse: “*não dá pra explicar, não dá pra explicar... vamo jogar, vamo!*”. Durante o jogo, ele interrompeu e, com uma voz ameaçadora, falou: “*a minha mãe contratou você e aquela outra doutora nova pra me pegarem né?*”. Mãe, psicóloga e psiquiatra possuíam, para ele, o mesmo valor simbólico: um outro feminino ameaçador e persecutório.

⁸ A criança fez um único desenho durante todo o período do tratamento: “vou desenhar eu na barriga da minha mãe, aquela *dentuça, gorducha...* eu queria voltar pra barriga da minha mãe, eu era feliz”. (anexo)

Maria encontrara dificuldades para receber o tão esperado diagnóstico. A equipe médica trabalhava com a hipótese de um transtorno hipercinético⁹ associado a transtorno de conduta, mas ela continuava a fazer seu apelo em outros lugares. Caio iniciara uma avaliação neuropsicológica em uma ONG, onde trabalhavam com a hipótese de psicose infantil inespecífica. Nenhum desses saberes aplacava a angústia de Maria, embora a entrada de um profissional do sexo masculino (um fisioterapeuta) tenha, de alguma maneira, começado a barrar o gozo dessa mãe. Ela começou a falar da condução do trabalho desse fisioterapeuta e do quanto era difícil para ela e o filho se submeterem a algumas regras. Caio havia me dito que, certa vez, conseguiu controlar sua *má criação* quando diante desse doutor.

A esta altura (após 12º encontro), a criança já havia retornado à escola, onde permanecia uma hora por dia, em atividades focais acompanhadas por uma professora. Já escrevia seu nome e algumas palavras. Elegeu o jogo UNO para eu ensinar-lhe, e brincávamos durante as sessões. Inicialmente, teve dificuldades para entender e seguir as regras do jogo; não aceitava perder em hipótese alguma, chegando a me agredir e ameaçar rasgar as cartas do jogo. Ao poucos, tornou-se mais flexível, embora não reconhecesse quando ganhava a partida, e se descontrolasse todas as vezes em que perdia.

Em um dos nossos encontros revelou já ter 7 anos e então lhe perguntei como foi seu aniversário: “*eu ganhei um pião, mas eu quebrei ele depois..nunca mais vou querer ter um pião na vida...*”, contou irritado e decepcionado. “Você ficou triste?”, perguntei. Parecendo dar-se conta de sua tristeza naquele momento, Caio respondeu que sim e num misto de choro e desespero, grita: “*porque você perguntou sobre isso?*”. Caio não suportava qualquer fala que escancarasse sua falta e imediatamente pediu para voltarmos para o jogo.

⁹ Grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hipercinéticas são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são frequentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham frequentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de auto-estima. Fonte: CID-10, F-90.

No momento em que Maria iniciou sua psicoterapia com outra psicóloga do serviço, Caio começou a falar de seu medo de escuro, de monstros e fantasmas: *“a minha mãe não me ouve, ela diz que monstro não existe... eu sei que não existe mas tenho medo”*. Desenvolveu, a partir disso, uma brincadeira com fantasmas. Quando desligava a luz da sala e ligava o ventilador no máximo – o que fazia certo barulho – os fantasmas apareciam para nos assustar. Para nos defendermos, criamos fórmulas que enfraqueciam os fantasmas. Ele disse que, primeiro, eles perderiam o poder de ultrapassar coisas e paredes; depois eles não conseguiriam mais voar, só andar. Assim, pulariam da janela, cairiam e morreriam. Contudo, eles se recuperariam e voltariam transformados: já que não voariam, não seriam mais fantasmas e sim monstros ou vampiros.

Embora continuasse apresentando-se essencialmente agitado e irritável, Caio vinha produzindo bastante em suas últimas sessões. Desde sua primeira sessão, a criança pareceu sinalizar seu sofrimento e dirigir certo apelo à analista no sentido de ressignificar o que lhe ocorria: *“eu não consigo parar de fazer má criação”*, *“eu preciso ter o controle”*.

Transferência intensificada, Caio fazia da relação analítica um verdadeiro playground de suas vivências: ora chamava a analista de vó, tia, brincava e a tinha como uma aliada na luta contra os fantasmas, ora só havia espaço para dirigir-se agressivamente à analista, mostrando-se pouco aberto a negociações, tendo como frágil recurso a vitimização diante das recusas da analista em continuar o pacto com o que de sintomático se repetia. Se a oferta analítica se caracteriza diretamente por uma oferta de escuta é porque algo do sintoma pode ser articulado na linguagem significante. Caio recuava sempre que algum questionamento da analista lhe convocava a falar sobre algo difícil. Mas ele não emudecia, pedia para brincar e no brincar suas dificuldades também apareciam e tinham oportunidade de serem ressignificadas.

Ainda que os atendimentos fossem extremamente difíceis e angustiantes, eram notórios alguns efeitos do trabalho analítico empreendido por Caio. Contudo, como vimos, a cura de uma criança depende da transferência dos pais, e a mudança ocorrida na equipe psiquiátrica havia instalado um verdadeiro mal-estar entre a mãe e a própria equipe institucional. Em virtude da complexidade do caso, das faltas recorrentes e da discordância da mãe quanto ao diagnóstico e condução clínica da nova psiquiatra, vários elementos do contexto de atendimento

institucional foram reavaliados: segundo a psiquiatria, a criança não respondia à medicação, porque o eixo central de seus sintomas estava situado no confuso e violento ambiente familiar, ou seja, a psiquiatria nada tinha a fazer, o trabalho deveria ser ampliado à família. Por outro lado, o trabalho de análise que vinha sendo desenvolvido no ambulatório logo sofreria mudanças, pois, a cada finalização do curso de especialização, o caso é encaminhado a outro analista, dinâmica que, neste caso, poderia tornar-se problemática à condução do trabalho.

Diante deste panorama, e das reações transferenciais despertadas na instituição, a equipe clínica decidiu por encaminhar a criança e sua família para tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil em sua área de referência. Decisão tomada, restava-me conduzir o processo de encaminhamento da melhor maneira possível. Era preciso construir um novo espaço de acolhimento em que aqueles sujeitos pudessem se engajar e continuar o tratamento. Maria deixara clara a sua insatisfação e frustração em relação aos médicos, e o trabalho que tentávamos, naquele momento, não fora capaz de fazê-la deslocar a questão. Sua peregrinação por vários serviços reforçava a ideia de que ninguém seria capaz de “saber” o problema do seu filho. Sobre esse tipo de situação Mannoni nos diz:

É essencial compreender-se, porque serve de modelo a certo tipo de relação *mãe-médico* (a criança é aí utilizada para sublinhar a carência do médico). Mas o jogo da análise se processa também em outro nível. É a partir da relação patogênica *mãe-filho* que o trabalho analítico deve ser feito (não denunciando a relação dual, mas a introduzindo tal como na transferência): é por aí que assistiremos de início a um revestimento narcísico da mãe: em seguida, é numa relação ao outro que vai surgir o elemento terceiro (significante) que permitirá à mãe situar-se (quer dizer, situar-se em relação a seus próprios problemas fundamentais, não mais neles incluindo a criança) (MANNONI, 1971, p.81).

Com muita dificuldade, Maria e o filho conseguiram chegar ao serviço referenciado e iniciaram entrevistas de avaliação. Quando, em sessão, iniciei a conversa sobre seu desligamento e transferência para o novo local de tratamento, Caio logo modificou a entonação da voz, apertou meu rosto e disse: “*fantasmas... eles vão embora e depois voltam*”. Ficou agitado, agressivo. Interpretei sua reação, disse que talvez estivesse com tanta raiva que gostaria até de me matar. “*Matar?*”, ele se surpreendeu e jogou em mim todas as peças do dominó. “*Porque não foi de verdade?*” questionou. Depois pediu para brincar, mas *sem falar*.

Dispôs em fileira as peças do dominó. “*Tem que ir até o fim... acho que não vai dar pra ir até o fim, né?*” e derrubou as peças.

No penúltimo encontro ele contou que estava aprendendo a subir em uma barra de ferro, “*tem que ter força, só que tem uma hora que eu paro, aí eu pulo e caio*”. Falou que tentou ensinar sua mãe a jogar UNO: “*eu expliquei direitinho, mas ela é burra mesmo*”. Um mês e meio após essa sessão, depois de haver tentado marcar, por diversas vezes, a sessão de encerramento com Maria, convidei Caio e sua mãe para entrarem juntos. Ele questionou o motivo de eu não atendê-lo sozinho, e sua mãe entendeu que ele queria expulsá-la da sala. Ele então disse: “*eu não quero expulsar você, só quero que saia*”. Diante de seu pedido, resolvi atendê-lo primeiro e só depois chamar sua mãe. Ela saiu contrariada e quando comentei esse pequeno episódio, a criança falou: “*ela não entende*”.

Descobriu uma outra porta na sala que se encontrava fechada. Entrou e saiu da sala, fingiu estar *preso*. Dirigiu-se até a janela e falou que se jogar por ela não lhe parecia uma boa ideia. Pediu uma solução. Completamente insegura com aquele “*fechamento/interrupção*” do trabalho que vínhamos fazendo, respondi que podíamos descobrir, estava na nossa cabeça. Nesse momento, ele pediu para jogar UNO, como de costume, e acabou descobrindo um jogo de baralho comum. Solicitou que eu o ensinasse e fez várias perguntas sobre aquele jogo. Encontrei nessa situação uma maneira de introduzir esse outro lugar onde ele poderia solicitar ajuda. Aquele era um novo jogo, com novas regras e ele poderia aprender com o psicólogo que já o estava acompanhando no CAPSI. Ele aceitou o jogo como presente, saiu da sala e ficou aguardando na recepção enquanto conversava com sua mãe.

Resolução senso comum? De fato, naquele momento eu parecia querer assegurar o que na verdade era simplesmente uma possibilidade: que ele topasse jogar um novo jogo, continuasse sua análise sem sentir como perda aquele primeiro tempo. Sustentar o desejo de analista diante de demandas institucionais tão demarcadas era tarefa difícil. Caio demonstrou claramente, em sua última sessão, que gostaria de preservar o seu espaço de análise: “*eu não quero expulsar você, só quero que saia*”, disse à mãe. Além disso, vários elementos demonstraram suas tentativas de elaboração dos conflitos em que se via envolvido. Diante disso, nos perguntamos: porque tanta descrença quanto à eficácia da psicanálise por parte da equipe, neste caso? Porque interromper um

tratamento baseado na ideia de que há um dispositivo “melhor” para conduzir o caso?

De fato, estas perguntas só puderam ser formuladas após a construção dos casos aqui apresentados. No momento da decisão pelo encaminhamento de Caio, nem mesmo eu, enquanto analista, pude sustentar a continuidade do tratamento. As resistências vinham também de outra fonte. Observamos que o arranjo institucional do ambulatório de psiquiatria infantil infelizmente encontra uma série de limitações: a falta de confiança no tratamento analítico no contexto de casos graves; a ausência de estratégias concretas para o atendimento dos pais e familiares; a falta de um espaço mais efetivo para discussão em equipe (psiquiatras, psicólogos e supervisores), questões que apareceram a partir destes dois últimos casos, que servem para nossa reflexão e, quem sabe, de inspiração para a reformulação do modelo de assistência ambulatorial.

Ainda que apresentem limitações, reconhecemos que o trabalho desenvolvido nos ambulatórios públicos é de fundamental importância e até mesmo organizador para as famílias e suas crianças e adolescentes.

O fato de se sentir acolhido por um profissional ou por um serviço, num mundo muitas vezes ameaçador e persecutório, pode em si mesmo viabilizar que a criança ou o adolescente experimentem ou voltem a experimentar situações corriqueiras como ir à escola, à praça, ao supermercado, andar de ônibus. (...) trata-se de oferecer oportunidades para que possam fazer experiências de subjetivação e talvez assim abrir algumas portas para que avancem no enfrentamento do mundo. (OLIVEIRA, 2007, p.44).

Esse efeito regulador que o espaço institucional, ou melhor, que o espaço de escuta oferece aos pacientes e familiares foi percebido em todos os casos. Percebemos que no caso de Joana, talvez por seus sintomas exibirem claramente uma questão familiar, as intervenções junto à mãe e à criança produziram efeitos mais rápidos e novos conteúdos puderam movimentar o trabalho analítico. Nos dois últimos casos (Lucas e Caio), contudo, encontramos muito mais dificuldades. Reconhecíamos que a questão central perpassava diretamente a relação da mãe com a criança, mas só abrir um espaço para escutá-las parecia insuficiente.

Apesar da análise de Caio e de Lucas agenciarem conquistas importantes à construção daqueles sujeitos – Lucas teve uma boa inserção escolar que talvez tenha sido resultado do trabalho feito precocemente, e Caio voltara à escola e já

brincava com outras crianças na pracinha sem agredi-las – sentimos que algo de nossas intervenções “falhava” junto a essas mães. Seria o caso de também tratá-las já que só conseguiam se dirigir ao analista de seu filho? De que modo faríamos isso? Ou nossos esforços deveriam objetivar o redirecionamento dessa demanda não como condição para analisar a criança, mas como decisão própria dos pais?

Tais questões permanecem em aberto. O que se percebe é que,

A criança doente faz parte dum mal-estar coletivo, sua doença é um suporte de uma angústia dos pais. Tocando no sintoma da criança, arriscamo-nos a fazer emergir brutalmente o que nesse sintoma servia para alimentar ou, ao contrário, a diluir a ansiedade do adulto. (MANNONI, 1971, p.73)

Evidenciar o problema da ligação patogênica mãe-filho não parece ajudar muito nesse processo. A condução médica psiquiátrica geralmente vai nesse sentido e, se a análise também segue esse caminho, facilmente se verá impedida em algum momento. É que tal relação não pôde ser simbolizada pela mãe e entendemos que esse apelo que ela faz ao analista do filho vislumbra justamente essa significação. Então que posição tomar diante de uma relação de trabalho que surge atrelada a outro sujeito em cena: a criança? Como especificar e manejar tais relações transferenciais?

Questões não respondidas mobilizam futuras investigações...

6. Considerações finais

A proposta deste estudo consistiu em avaliar como a questão da presença e do lugar dos pais na clínica psicanalítica com crianças estava situada no campo teórico, já que tal problema sempre mobilizou questionamentos em nossa prática clínica. Freud nos lembrava que cada paciente é um novo conjunto de enigmas. Era assim também que ele compreendia o sintoma: como um enigma a ser decifrado no decorrer do tratamento pela fala, pelo simbólico que o sustenta.

Foi a partir desse caráter enigmático, disso que tantas vezes se apresenta como indissolúvel no sintoma que o nosso trabalho se inspirou. Os casos acompanhados durante a experiência no IPUB/UFRJ revelavam exatamente que a clínica se faz a cada vez, a cada encontro e, quase nunca conseguimos, como analistas, traçar um caminho contínuo, unidirecional. Avanços e recuos estão sempre presentes, dados que a clínica com crianças parece nos mostrar de maneira mais evidente.

Na tentativa de abordar tais especificidades, iniciamos o nosso trabalho apresentando as transformações que ocorreram, no decorrer dos séculos, no que diz respeito à noção de criança e a própria construção da ideia de infância. Vimos que a psicanálise surge num momento em que a criança já ocupa um lugar diferenciado no campo social e na estrutura familiar, lugar, porém, orientado por um discurso moral e pedagógico. No entanto, a clínica e a teoria psicanalíticas apontavam a presença de um infantil irreduzível no adulto; assim, as primeiras marcas da vida do sujeito estruturariam seu psiquismo.

Seguindo a teoria freudiana vimos que o aparelho psíquico tem seu funcionamento inaugurado no movimento de exigência próprio da atividade pulsional. Inicialmente tomado pelo desamparo em sua condição primordial, o filhote humano começa a organizar a confusão pulsional através dos cuidados e apoio do outro materno. A partir das experiências de angústia e desamparo, até a primeira infância o perigo pode ser revelar pelo perigo da perda do objeto, em

função da estreita relação da criança com o outro; posteriormente esse perigo toma a forma de angústia de castração e medo do supereu, de modo que uma certa tensão permanente torna-se característica do psiquismo.

Após identificarmos na obra freudiana uma variedade de ideias sobre a infância e o infantil, destacamos o caso clínico do pequeno Hans como texto inspirador da construção do campo da psicanálise com crianças. Caminho aberto com Hans, partimos para as primeiras experiências de psicanalistas na clínica com crianças. Vimos com Anna Freud uma tendência a transformar a situação analítica em atividade pedagógica, visto que a autora sustentava ser incapaz de haver o estabelecimento da transferência entre criança e analista, pois a criança ainda estaria presa às relações reais com os pais como objetos de amor.

Com Melanie Klein, a psicanálise com crianças, elevada a um estatuto legítimo, passa a centrar-se na técnica do brincar como expressão simbólica dos conteúdos inconscientes. Através desse instrumento o analista teria acesso e poderia intervir, via interpretação, no material fantasmático da criança. Mostramos ainda algumas das principais ideias de Winnicott, outro importante psicanalista que se dedicou às crianças e desenvolveu uma teoria sobre o espaço transicional e a função dos objetos na construção do psiquismo do bebê.

Ainda no quarto capítulo, vimos a influência do ensino de Lacan nas experiências clínicas de Françoise Dolto e Maud Mannoni, psicanalistas francesas que trataram de recolocar a questão dos pais no tratamento infantil, reconhecendo a importância dos mesmos no sucesso da condução clínica.

No último capítulo fizemos um apanhado da questão a partir dos autores trabalhados anteriormente. Na tentativa de enriquecer a discussão, tratamos de apresentar três casos clínicos atendidos no SPIA/IPUB/UFRJ a fim de ilustrar que ao mesmo tempo em que inclusão dos pais é importante ao tratamento da criança, as repercussões dessa inclusão podem dificultar ou mesmo impedir a continuidade do trabalho, caso o analista encontre fortes obstáculos no manejo com os pais.

Destacamos que as dificuldades encontradas se referiram tanto à relação de transferência/contratransferência, quanto aos aspectos e limites institucionais. Nossa aposta, perspectiva mesma da psicanálise, consistiu em “abrir brechas” nos conflitos que se apresentavam às crianças, através da fala e dos jogos, de modo que elas pudessem encontrar outras vias de expressão e construir um novo rumo à

sua história, sem que o recurso ao sintoma representasse a única via de expressão do conflito, immobilizando-as no gozo ali instaurado.

7. Referências Bibliográficas

ANSERMET, François. **Clínica da Origem:** a criança entre a medicina e a psicanálise. [Opção Lacaniana nº02] Rio de Janeiro: Contra capa livraria, 2003.

ARAÚJO, Marlenbe Silveira. Pioneiras em psicanálise de crianças e adolescentes – Hermine Von Hug-Hellmuth. In: **Revista Brasileira de Psicoterapia**. ISSN 1516-8530. Porto Alegre: CELG, Vol.11, nº 3, 2009.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

BERNARDINO, L.M.F. (Org.) A abordagem psicanalítica do desenvolvimento infantil e suas vicissitudes. In: **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta, 2006.

CAMAROTTI, Maria do Carmo. O nascimento da psicanálise de criança – uma história para contar. In: **Reverso**. Belo Horizonte: Ano 32, nº 60, p.49-54, 2010.

CAVALCANTI, Ignez Leturzia. O sujeito da psicanálise em instituições psiquiátricas públicas. In: ALTOÉ, Sônia e LIMA, Marcia Mello (orgs). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

DI CIACCIA, Antonio. A criança e a instituição. In: ALTOÉ, Sônia e LIMA, Marcia Mello (orgs). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

DOLTO, Françoise. **No Jogo do desejo**. Rio de Janeiro: Zahar Editores S.A, 1984.

_____. (1961) Situação atual da família. In: **As etapas decisivas da infância**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. (1985) A propósito de “La cause des infants”. In: **As etapas decisivas da infância**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. (1987) A criança e o jogo. In: **As etapas decisivas da infância**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

FLESLER, Alba. **A psicanálise de crianças e o lugar dos pais**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

FREUD, Anna.(1926). **O tratamento psicanalítico de crianças**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1971.

FREUD, Sigmund.(1896). A etiologia da histeria. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. volume III, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____.(1900). A interpretação dos sonhos. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. volume V, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____.(1905). Os três ensaios sobre a sexualidade. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. volume VII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____.(1908). Sobre as teorias sexuais infantis. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. volume IX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____.(1908). Escritores criativos e devaneio. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. volume IX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____.(1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. volume X, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____.(1915). A pulsão e suas vicissitudes. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. volume XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____.(1917). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. volume XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____.(1918[1914]). História de uma neurose infantil. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. volume XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____.(1919[1918]). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. volume XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____.(1920). Além do Princípio do Prazer. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. volume XVIII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____.(1926). Inibição, sintoma e angústia. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. volume XX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____.(1933). Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. volume XXII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GUTFREIND, Celso. **As duas análises de uma fobia em um menino de cinco anos – O pequeno Hans: a psicanálise de ontem e hoje**. (coleção Para ler Freud). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

KAUFMANN, Pierre. **Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan**. (trad.) Vera Ribeiro, Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

KLEIN, Melanie. (1926). **Psicanálise da Criança**. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1981.

LACAN, Jacques. (1956-57). **O seminário 4: A relação de objeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.

_____. (1957-58). **O seminário 5: As formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

_____. (1953). Função e Campo da Fala e da Linguagem em Psicanálise. In: **Escritos**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. (1957). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: **Escritos**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. (1969). Nota sobre a criança. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

MANNONI, Maud. **A criança, sua “doença” e os outros**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

_____. **A criança retardada e a mãe** (1964). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

OLIVEIRA, Raquel Corrêa de. A chegada de crianças e adolescentes para tratamento na rede pública de saúde mental. In: COUTO, Maria Cristina Ventura e MARTINEZ, Renata Gomes (orgs.). **Saúde Mental e Saúde Pública: questões**

para a agenda da Reforma Psiquiátrica. NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

Organização Mundial de Saúde. **Décima Classificação Internacional de Doenças/ CID-10.** Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo/Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde, 1997.

ROSENBERG, Ana Maria Sigal (org.). **O lugar dos pais na psicanálise de criança.** São Paulo: Editora Escuta, 2002.

ROUDINESCO, Elizabeth. **Jacques Lacan: esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento.** São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

ROZA, Eliza Santa. **Quando brincar é dizer: a experiência psicanalítica na infância.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1999.

SEGAL, Hanna. **Introdução à obra de Melanie Klein.** Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975.

RUDGE, Ana Maria. Trauma e temporalidade. In: **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental.** Ano VI, nº 4, 2003.

SHEPHERD, Ray. **D.W. Winnicott – Pensando sobre crianças.** trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artmed, 1997.

WINNICOTT, D. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes, 1988.

_____. Preocupação materna primária. (1956). In: **Da pediatria à psicanálise.** Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. A tendência anti-social (1956). In: **Da pediatria à psicanálise.** Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. Fatores de integração e desintegração na vida familiar (1965). In: **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo: Martins Fontes, 1993.

_____. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil (1967). In: **O brincar & a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil** (1971). Rio de Janeiro: Imago, 1984.

_____. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: **O brincar & a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. O brincar – uma exposição teórica. In: **O brincar & a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. O brincar – a atividade criativa e a busca do eu (self). In: **O brincar & a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **A criança e o seu mundo**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 1982.

ZORNIG, Silvia Abu-Jamra. **A criança e o infantil em psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2008.