

**Anais do
II colóquio
de psicanálise
com crianças**



Departamento
de Psicanálise
da Criança

**A transferência
na clínica
com crianças.**

Em comemoração aos 100 anos
do texto "A dinâmica da transferência"
de S. Freud, de 1912.

**31 de agosto e 01
de setembro de 2012
no Instituto Sedes
Sapientiae São Paulo**

Realização



Agência de turismo
oficial do evento



Apoio



II COLÓQUIO de psicanálise com crianças

A transferência na
clínica com crianças

Anais do II Colóquio de Psicanálise com Crianças

A Transferência na clínica com crianças

2012



DEPARTAMENTO DE
PSICANÁLISE DA CRIANÇA

Edição 1, 2012, São Paulo - SP

Número de ISBN:
978-85-63996-01-5

II COLÓQUIO de psicanálise com crianças

A transferência na
clínica com crianças



O Departamento de Psicanálise da Criança do Instituto Sedes Sapientiae, em comemoração aos 100 anos da publicação de “A dinâmica da Transferência” – , de S. Freud, promoverá o II Colóquio de Psicanálise com Crianças: A Transferência na Clínica com Crianças, nos dias 31 de agosto e 01 de setembro de 2012.

A partir do texto de Sigmund Freud, A dinâmica da Transferência, de 1912, como pensar a transferência hoje na clínica com crianças, não apenas nas diversas metapsicologias, como também nas diversas áreas de intervenções da psicanálise.

Comissão Organizadora

Ada Morgenstern
Fernanda Ferrari Arantes
Flávia Blay Levisky
Julia Eid
Leonor de Carvalho Franco
Ligia Paula Silber Rabinovitch
Maria do Carmo Vidigal Meyer Dittmar (Lila)
Maria Engracia Garcia Perez
Patricia Fraia

Comissão Científica

Afrânio de Matos Ferreira
Maria do Carmo Vidigal Meyer Dittmar (Lila)
Maria José Porto Bugni
Mariângela Mendes de Almeida
Mary Ono

Fundamentação

O II Colóquio de Psicanálise com Crianças: A transferência na clínica com crianças, comemora o centenário da publicação de “A dinâmica da transferência” (1912), texto que compõe a série sobre a técnica, na qual Freud procurou definir teoricamente o conceito de transferência e a maneira pela qual esse fenômeno opera no tratamento analítico.

O termo transferência já havia sido mencionado por Freud anos antes no texto Estudos sobre a Histeria (1895), nas breves considerações ao final do célebre Caso Dora (1905 [1901]) e foi, pouco a pouco, adquirindo um valor mais preciso à medida em que a compreensão do tratamento psicanalítico e de seus parâmetros foram se desenvolvendo.

Sabe-se que a noção de transferência é extremamente fundamental para a clínica psicanalítica e tornou-se condição imprescindível para uma análise. Ainda que exista uma diversa gama de interpretações, tal conceito mantém em seu teor primordial a idéia de ser um modo de deslocamento ou repetição de conteúdos recalçados – sentimentos, desejos, impulsos libidinais que foram retidos no curso do desenvolvimento – que são revividos na situação analítica, na qual o psicanalista encontra-se inserido.

Entretanto, dentre os descendentes da teoria psicanalítica, os pioneiros analistas de crianças percorreram as investigações freudianas com diversas indagações. Questionavam as possibilidades da criança transferir e de que maneira isso poderia ocorrer. Essa velha e conhecida história teve início com o conflito teórico entre duas grandes psicanalistas. Enquanto Melanie Klein propunha um psiquismo constituído desde os primórdios, privilegiando a atividade fantasmática da criança – defendendo que a transferência era possível desde a tenra idade –, Anna Freud partia da premissa de uma análise baseada na noção de um aparelho psíquico em constituição, ou seja, na qual só era possível estabelecer transferência após a dissolução do Complexo de Édipo.

As controvérsias e descobertas decorrentes desse conflito permitiram que a psicanálise com crianças pudesse avançar consideravelmente na compreensão do psiquismo infantil e, por consequência, na constituição da subjetividade.

Atualmente, a transferência – fenômeno das relações humanas – tão indispensável na clínica psicanalítica, é também facilmente identificado no vasto campo das ciências humanas, principalmente no que diz respeito ao entendimento das inúmeras relações clínicas que se constituem. Isso faz com que nós, analistas, tenhamos que encontrar diferentes estratégias que promovam o trabalho psíquico, até mesmo quando o setting não corresponde aos tradicionais critérios psicanalíticos.

Há três anos pudemos comemorar a publicação do texto “A análise da fobia de um menino de 5 anos” (1905), no Colóquio 100 anos de Psicanálise com Crianças, uma vez que ele abriu as portas para a clínica psicanalítica com crianças.

Hoje podemos festejar o centenário de um conceito psicanalítico, de um fenômeno clínico que atravessa o século carregando a sua história, promovendo o manejo na clínica psicanalítica – e como veremos no Colóquio –, seja com bebês, crianças e para além do setting formal das quatro paredes.

É por considerarmos a transferência tão fundamental à prática clínica com a qual nos ocupamos, que propomos neste Colóquio um espaço e tempo de encontro com colegas que desejam debater, construir e refletir conjuntamente.

SUMÁRIO [CLIQUE NO TÍTULO PARA LER O TRABALHO, [PARA VOLTAR AO SUMÁRIO](#), APERTE [TAB](#)]

Demandas para o olhar analítico junto a grupo de profissionais em UTI neonatal: transferências múltiplas?	7
Alexandra Huebner Gorge, Veridiana Chimirri, Mariângela Mendes de Almeida	
Notas sobre a transferência no contexto de pesquisa com Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)	13
Angela Flexa Di Paolo, Rogério Lerner, Ana Sílvia de Moraes, Andrea Bianchini Tocchio, Edna Márcia Koizume Bronzatto, Gabriela Xavier de Araújo, Nathalia Teixeira Caldas Campana	
A busca pela boa mãe: a amamentação como depositária das angústias no exercício da maternidade	18
Audrey Setton Lopes de Souza, Denise de Sousa Feliciano	
A intervenção precoce em situações de dificuldades alimentares: criando condições de comunicação	23
Audrey Setton Lopes de Souza, Magaly Miranda Marconato Callia	
Novas indagações e antigas controvérsias na psicanálise com crianças	28
Belizia Aben- Athar Barcessat	
Sobre a presença e a angústia do terapeuta na sessão	29
Carla Lam	
O indizível: a revivescência da rejeição materna	30
Cassandra Pereira França	
Possibilidades de análise em uma Instituição em situações de abuso	36
Christiane Sanches	
Psicanálise e interdisciplinaridade: por um saber que falta	40
Cristiani M. Beltran Fanti	
Escuta psicanalítica de grupo de pais no atendimento institucional de crianças com sinais de autismo	44
Cristina Keiko Inafuku de Merletti	
Provisoriedade e vínculo na instituição de acolhimento: a potencialidade dos encontros	48
Cristina Seguin, Cristina Almeida de Souza, Flávia Blay Levisky, Lia Lima Telles Rudge, Sandra Ungaretti	
Algumas intervenções muito simples para contextos escolares bastante precários	53
Daniel Rodrigues Lirio	
Carta a um jovem paciente	56
Daniele John	
Uma mosca no “Inferno de Dante”	60
Denise de Sousa Feliciano	
A criação na clínica institucional: projeto intersetorial na escola	61
Denise Maria Cardoso Cardellini	
Quando o ambiente é o abrigo: cuidando das cuidadoras	66
Dra. Denise Sanchez Careta, Profa. Dra. Ivonise Fernandes da Motta	
A importância da recusa em análise com crianças	70
Elisa Maria de Ulhoa Cintra	
Transferência e transicionalidade na clínica com bebês	71
Elisa Motta lungano	

Entre o tempo e o outro: o reconhecimento da experiência nas franjas da transferência ..	77
Eugênio Canesin Dal Molin	
Entre mamar e surfar, análise de um menino	81
Fernanda Dornelles Hoff	
Um paciente que são dois: clínica extensa no consultório	82
Fernanda Sofio	
O lugar da demanda na análise com crianças	87
Flávia Blay Levisky	
Algumas questões relacionadas à transferência no psicodiagnóstico interventivo	88
Giselle Faria Guimarães, Mariana do Nascimento Arruda Fantini	
Criança hospitalizada: transferência(s)?	93
Helena Julio Rizzi, Vanessa Keiko Rossaka	
Grupo de atendimento a pais e bebês: campo transferencial para a construção da parentalidade	98
Ida Bechelli Almeida Batista, Mariângela Mendes de Almeida	
O marcador implacável: a transferência em um caso de patologia neuromuscular degenerativa na infância	105
Isabella Silva Borghesi	
Clínica psicanalítica de crianças e adolescentes	
Promoção de saúde: desafio da atualidade	109
Profa. Dra. Ivonise Fernandes da Motta	
Considerações sobre ética e psicanálise na clínica com crianças	113
Julia Eid	
A construção da alteridade em um dispositivo lúdico de interventores múltiplos com sujeitos autistas	114
Julia Maciel Soares	
Para concluir um projeto de pesquisa	119
Jussara Falek	
Algumas especificidades do manejo da transferência na clínica psicanalítica com crianças que sofreram rupturas nos seus laços primordiais	128
Lia Lima Telles Rudge, Cristina Almeida de Souza, Cristina Maria Banduk Seguin, Flávia Blay Levisky e Sandra S. Grama Ungaretti	
Uma reflexão sobre o brincar na cena clínica	133
Luciana Pires	
O menino onça-pintada: o pai como segredo	134
Luís Henrique de Oliveira Daló	
Crianças encoprélicas - Uma clínica transbordante	135
Marcia Porto Ferreira	
Embalando o sono: Contendo as transferências das relações iniciais pais-bebê	139
Maria Cecília Pereira da Silva	
A Metodologia IRDI - uma intervenção com educadores de creche a partir da psicanálise ..	145
Maria Eugênia Pesaro e Maria Cristina Machado Kupfer	

Questões sobre a transferência na clínica de crianças com gagueira	146
Maria Inês Tassinari	
A imitação no estabelecimento da relação transferencial com crianças autistas	149
Maria Izabel Tafuri	
A clínica com crianças autistas responde sobre suas causas?.....	154
Mira Wajntal	
A psicanálise e a transferência	159
Monica Nezan	
A transferência em diferentes modelos de intervenção precoce em comunidades de baixa renda.....	165
Nadia Regina Prando	
A construção da história inicial de vida e sua importância para a criança em acolhimento. .	171
Pammela Makarowits de Mattos, Dra. Denise Sanchez Careta, Profa. Dra. Ivonise Fernandes da Motta	
O estado de desamparo em crianças vítimas de abuso sexual e suas implicações na contratransferência	177
Rafaela Cristina Bittencourt Garcia	
Intervenção nas relações iniciais e a transferência no atendimento clínico a pais e bebês. .	182
Rafaela Moura De Souza, Rayssa Yussif Abou Nassif	
De que modo o objeto primário pode contribuir na atenuação do trauma no aparelho psíquico?.....	183
Rafaela Pazotto Verticchio, Isabella Cristina Barral Faria Lima	
Clínica psicanalítica com bebês institucionalizados	
A facilitação para a promoção da saúde mental.....	188
Renata Rocha, Dra. Denise S. Careta e Prof. Dra. Ivonise F. da Motta	
Recordar, desenhar, esquecer: deslocamentos e recusa em um caso de abuso sexual infantil	193
Renata Udler Cromberg, Eugênio Canesin Dal Molin, Isabella Silva Borghesi	
Variedades clínicas da transferência em Winnicott: um estudo do caso Piggle.....	197
Ricardo Telles de Deus, Leopoldo Fulgencio	
A importância de um ambiente humano adaptado como auxílio no tratamento de uma criança em acolhimento – a clínica na instituição	202
Robson Thiago Barbosa Nakagawa, Dra. Denise Sanchez Careta, Profa. Dra. Ivonise Fernandes da Motta	
A dinâmica da clínica: interpretações transferenciais e atos analíticos.....	207
Rogéria Coutinho Brandani	
A dinâmica da transferência em um atendimento de uma criança autista	211
Rogerio Lerner	
Aspectos transferenciais na clínica com crianças que apresentam risco psicótico	216
Silvana Rabello	
A dinâmica da transferência: quando a elaboração não vem... ..	217
Tatiana Inglez-Mazzarella	

Demandas para o olhar analítico junto a grupo de profissionais em uti neonatal: transferências múltiplas?

Alexandra Huebner George (Apres.)¹,
Veridiana Chimirri²,
Mariângela Mendes de Almeida³

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – HOSPITAL SÃO PAULO - UNIFESP

Palavras-chave: Escuta psicanalítica no hospital; Grupo de Reflexão para profissionais de UTI neonatal; Redes de continência; Transferências múltiplas.

Introdução

Relatamos neste artigo a proposta de um Grupo de Reflexão semanal com profissionais da UTI Neonatal do Hospital São Paulo -UNIFESP (referência para gestações e bebês de risco), realizado por duas Psicólogas e uma Enfermeira. Enfatiza-se a construção de um espaço de continência para preocupações vivenciadas no cotidiano da equipe de enfermagem, médicos e residentes, fonoaudiólogos, e fisioterapeutas no contato com os bebês e seus pais, marcado por intensa vulnerabilidade frente a angústias pela constante iminência de morte e malformação dos bebês.

Pretende-se que esta experiência possa gerar maior capacidade de continência e consciência das transferências múltiplas envolvidas no processo de cuidado às famílias. Observam-se inúmeras demandas: dos pais em relação aos profissionais de assistência neonatal e à instituição (UTI de alta complexidade em hospital universitário referência nacional); dos pais e dos profissionais em relação aos psicólogos e chefia de enfermagem como potenciais provedores de resolutividade imediata de conflitos, angústias e ansiedades; dos bebês em relação ao entorno físico e relacional continente proporcionado pelo ambiente da UTI.

O trabalho realiza-se a partir da Discussão de Situações de Trabalho vivenciadas pelos profissionais, amplificadas por observações compartilhadas do desenvolvimento infantil, vincular e de dinâmicas de funcionamento mental no contexto da UTI Neo-Natal.

Ao favorecer o aprender com a experiência de continência às próprias ansiedades, e ao ampliar a compreensão de ansiedades parentais e angústias primitivas, o olhar psicanalítico, veiculado através do Grupo de Reflexão, pretende fortalecer a consistência da rede de cuidados em contexto de risco e vulnerabilidade em período tão fundamental para o desenvolvimento de vínculos entre pais, bebês e profissionais.

Observamos que no contexto institucional relacionado ao cuidado de bebês de alto-risco, tanto pais e bebês, quanto profissionais envolvidos neste trabalho, podem se beneficiar da continência oferecida pela escuta psicanalítica. Como se constituiriam os pilares do olhar psicanalítico neste enquadre peculiar em suas várias camadas de ressonância?

1 Psicóloga da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital São Paulo, Especialista em Psicoterapia Breve Psicanalítica, Psicoterapeuta da Infância e Adolescência, Membro do Núcleo de Atendimento a Pais e Bebês do Setor de Saúde Mental da Pediatria, Membro do Grupo e Bioética do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. alehg@uol.com.br

2 Encarregada da Equipe de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital São Paulo – UNIFESP. vchimirri@hotmail.com

3 Psicóloga, Psicoterapeuta com Mestrado pela Tavistock Clinic e University of East London, Docente e Membro do Depto. de Psicanálise da Criança do Instituto Sedes Sapientiae, Coordenadora do Núcleo de Atendimento a Pais e Bebês, Setor de Saúde Mental, Depto de Pediatria, UNIFESP, Membro Filiado ao Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. mamendesa@hotmail.com

Configurando o contexto

A sociedade atual encontra-se sensibilizada pela dor dos familiares e principalmente das mães de bebês internados nas unidades de terapia intensiva neonatal. Entretanto, torna-se importante conhecer também as necessidades dos profissionais atuantes nesse ambiente de trabalho.

Humanizar não é apenas atender melhor, mas olhar para os dois lados envolvidos na relação assistência-família (Machado et al, 2005).

É de consenso na literatura que o ambiente de uma unidade neonatal assim como o processo de internação são situações que expõem o paciente criticamente doente e sua família a circunstâncias que geram sentimentos intensos, que manifestos ou suprimidos neste momento de crise potencializam o estresse causando fortes reações emocionais.

Os profissionais de saúde envolvidos no cuidado compartilham o mesmo ambiente e vivenciam juntamente ao cliente a intensidade das experiências emocionais. Este contato com tantas realidades diversas e o processo de identificação com o momento ou o contexto familiar, podem afetar o desempenho profissional e influenciar as relações interpessoais.

A emoção manifesta por um determinado cliente pode mobilizar um grande número de profissionais ou tocar profundamente alguns membros da equipe, gerando um clima de tensão emocional, sentimento de impotência, insuficiência, sofrimento e incerteza. Isto tudo pode gerar desentendimentos e abalar as relações de trabalho.

Há inclusive o estigma, que o profissional de saúde carrega, de que seu cuidar é que determina o bem estar do paciente, portanto, se o paciente passa por momentos críticos e delicados, evoluindo para uma inviabilidade, a equipe se sente insuficiente e incapaz de prestar-lhe auxílio.

Nesse contexto, a equipe de enfermagem caracteriza-se como população mais suscetível a esse tipo de abalo, tendo em vista o fato de constituir uma categoria que permanece 24 horas ao lado do cliente, acolhendo e dando continência, vivenciando e por vezes participando ativamente ou mesmo sendo alvo dos momentos de manifestação emocional familiar. Por estes motivos, iniciou-se o trabalho com as enfermeiras e auxiliares de enfermagem.

Para a realização do papel acolhedor e continente à família e seu bebê, é necessário que o profissional seja instrumentalizado e desenvolva recursos para compreender as reações do paciente e da família e assim atender às suas necessidades. O profissional necessita de um espaço onde possa organizar suas idéias e trabalhar suas emoções, compartilhar suas percepções acerca das situações cotidianas e se reorganizar emocionalmente como indivíduo e como parte de uma equipe e de uma rede de cuidados. Psicanaliticamente, estaríamos desta forma, tentando compreender os movimentos transferenciais que ocorrem a partir dos pais e bebês para os profissionais e para a instituição, mas também oferecendo escuta para os aspectos internos dos profissionais que se transferem para a situação de trabalho, modulando sua capacidade de continência e também demandando receptividade transferencial em outros espaços de acolhimento e elaboração psíquica.

A formulação de uma demanda

Observando-se o dia-a-dia da equipe de enfermagem nesse tipo de unidade, percebem-se momentos de intensa pressão e exigência interna. "O sofrimento das pessoas que compõem a equipe de Enfermagem parece ser mascarado pelo cumprimento das rotinas." (Ribeiro et al., 1998).

"Ser um profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco implica cuidar de um recém-nascido frágil e indefeso que apresenta um quadro de saúde grave. Esse quadro oscila diariamente entre momentos de melhora e de piora, sendo constante a ameaça da morte" (Machado et. al., 2005). Diante dessa realidade o profissional se depara com sentimentos de insegurança, impotência e angústia.

É através da negação, da racionalização, do deslocamento e projeções das emoções que esses profissionais da área da saúde parecem acreditar que podem se defender contra a angústia gerada pelo seu trabalho. Porém, o que se observa é que essas defesas, muitas vezes, não conseguem alcançar seu objetivo.

Transferências não explicitadas, permanecendo em estado bruto como projeções maciças, oferecem-se muitas vezes como realidade alternativa ao contato com a experiência emocional a ser evitada.

Apenas “adentrando cada vez mais esse contexto de compreensão das vivências dos profissionais de saúde é que se poderá realmente favorecer mudanças nas relações entre profissionais e pacientes, visando à humanização do atendimento” (Machado et. al., 2005).

Como parte das estratégias para instrumentalizar o trabalho da equipe de enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, foi solicitado pela Encarregada da Enfermagem à Psicóloga responsável pelo acompanhamento da Unidade, a possibilidade de oferecimento de um espaço de reflexão sobre o trabalho e suas repercussões emocionais no cotidiano da equipe.

Em agosto de 2008, surge a demanda da equipe de enfermagem com um pedido para que se criasse um espaço de interlocução onde a equipe de enfermagem pudesse expressar suas ideias, pensamentos, dificuldades e facilidades, assim como falar de suas emoções, desencadeadas pela rotina de trabalho dentro da unidade de terapia intensiva neonatal. O A equipe de enfermagem do turno da manhã foi beneficiada pela implantação do Grupo de Reflexão em função da encarregada da enfermagem estar presente neste período na unidade e de ser o período onde as decisões e procedimentos planejados ocorrem com maior frequência.

Em janeiro de 2009, o Grupo de Reflexão se abre para a participação dos demais profissionais de saúde da UTIN, com o objetivo de favorecer maior fluência na comunicação entre os profissionais e integração da equipe neonatal no cuidado à família. A possibilidade desta interlocução e troca entre todos os profissionais envolvidos no cuidado ao bebê e sua família já é resultado do trabalho desenvolvido durante o primeiro semestre de sua implantação.

Em virtude dos efeitos benéficos dessa iniciativa, a equipe de enfermagem do turno da tarde solicita a mesma oportunidade. Em junho de 2011, o trio responsável pelo desenvolvimento desta proposta se organiza para atender à solicitação dos profissionais do período vespertino.

Características da população alvo demandante do Grupo de Reflexão: nossa casuística

- A Unidade Neonatal é composta por 24 leitos sendo 8 de cuidados intensivos, 8 de cuidados semi-intensivos e 8 de cuidados intermediários, com um índice de ocupação acima de 80 % destinada ao atendimento de pacientes que necessitam de atendimento de alta complexidade com prognóstico incerto, devido a malformações ou condições clínicas precárias, que comprometem sua recuperação plena, associando-se fatores de ordem socioeconômica e cultural, que por vezes dificultam, restringem ou inviabilizam as altas.
- A Unidade Neonatal está inserida em uma instituição de ensino, dedicada à formação de profissionais já graduados com o objetivo de especialização e pós-graduação, fato que promove uma variada rede de conexões e relacionamentos (aumentando a rede de movimentos em transferências múltiplas) que exige dos envolvidos flexibilidade, receptividade, assertividade e organização, o que muitas vezes se mostra desgastante para o grupo, considerando as diferentes funções que necessitam desempenhar. (vide ilustração em anexo).
- A equipe de enfermagem é numerosa e constitui a única categoria profissional presente constantemente dentro da Unidade sem rotatividade, tendo em vista que os demais profissionais atuam de maneira periódica em esquema de estágios, ou com períodos de dedicações variados, de acordo com os variados campos.

Caracterização e objetivos da proposta do Grupo de Reflexão: metas e fontes

A partir da solicitação da equipe de enfermagem da UTI, instituiu-se um Grupo de Reflexão semanal, com duração de uma hora, realizado por duas Psicólogas⁴ (sendo a primeira, presença regular e contínua na Unidade Neonatal), junto à Encarregada de Enfermagem⁵ e profissionais de enfermagem presentes no dia, com os seguintes objetivos:

1. Favorecer a humanização da relação entre profissional de saúde e paciente.
2. Abrir espaço de acolhimento para a equipe de profissionais.
3. Instituir um espaço de reflexão sobre o dia-a-dia de trabalho na UTI Neonatal.
4. Gerar maior capacidade de continência para os profissionais (das próprias ansiedades e das ansiedades expressas pelos pais e bebês).
5. Facilitar repercussões do acolhimento ao profissional na melhoria da qualidade do cuidado com os bebês e suas famílias.
6. Facilitar repercussões do acolhimento e interlocução entre os profissionais na melhoria das relações profissionais e no potencial da equipe para funcionar como um grupo de trabalho (Bion, 1975).

Ao recorrermos às contribuições psicanalíticas de Bion, nos referimos a estimular a equipe a desenvolver recursos para um nível de funcionamento grupal em que se observa a cooperação dos indivíduos, a criatividade a partir do contato com a realidade, e a elaboração a partir da tolerância à frustração e de processos de representação, que possibilitam o desenvolvimento das tarefas a que o grupo se propõe, em contraposição a um nível de funcionamento em que prevalecem elementos latentes de persecutoriedade, onipotência, culpa, evasão da realidade, projeções, e alianças fragmentadoras (Bion, 1975).

Nos Grupos de Investigação em Função Terapêutica, prática similar a esta aqui relatada, instituída por Fábio Herrmann com equipes de Enfermagem na Hematologia, Centro Cirúrgico, Enfermaria e Ambulatórios do Hospital das Clínicas de São Paulo, o profissional/analista evoca e incita a capacidade simbólica do grupo, oferecendo espaço ao trânsito entre os sentidos, deslocando os valores de senso comum, permitindo a emersão de representações reveladoras da lógica do inconsciente (Herrmann, 2006).

Instrumentos psicanalíticos em ação: a constituição de um setting

Os Grupos de Reflexão se reúnem todas as semanas na própria Unidade, em dois turnos, no ambiente característico junto aos bebês, com a participação voluntária dos profissionais presentes e disponíveis no dia. Há, portanto, certo rodízio de presenças dentro do grupo, geralmente oscilando entre 2 e 8 participantes, além das psicólogas. O convite é estendido aos profissionais de outros turnos que queiram estar presentes. Há também um rodízio de local, de acordo com a disponibilidade de salas e profissionais participantes.

Os profissionais são convidados a trazerem livremente preocupações com o seu dia a dia de contato com os bebês internados e seus pais. Busca-se detalhar a situação relatada, na tentativa de expandir as possibilidades de compreensão dos aspectos envolvidos no cuidado aos bebês, e possíveis motivações emocionais presentes nos contatos entre pais e profissionais, e no contato dos profissionais entre si, diante de angústias inerentes a seu contexto de trabalho. Assim, movimentos transferenciais e contratransferenciais entre as várias instâncias de cuidado podem ser evidenciados, comentados e elaborados no contexto também cuidador e continente do Grupo de Reflexão.

A proposta baseia-se no modelo de Discussão de Situação de Trabalho presente nos cursos de formação em Estudos Observacionais Psicanalíticos, e na tradição desenvolvida pela Clínica Tavistock de Londres (referência para o atendimento de Crianças e Famílias no National Health Service na Inglaterra e referência internacional no setor de assistência, ensino e pesquisa em cuidados na área de Saúde Mental).

4 Alexandra Huebner George e Mariângela Mendes de Almeida

5 Veridiana Chimirri

Aqui em São Paulo, desde 1987, a partir da iniciativa do Centro de Estudos Psicanalíticos Mãe-Bebê-Família, (Mélega, 1997), divulgam-se e desenvolvem-se propostas deste tipo de trabalho, tanto no âmbito clínico quanto institucional. Nestes modelos, são pilares fundamentais os desdobramentos da Observação da relação pais-bebê (Tavistock - Esther Bick) em suas dimensões facilitadoras para a compreensão das relações entre cuidadores e cuidado, e para o acolhimento a aspectos emocionais e estados de mente primitivos presentes em nosso cotidiano relacional e profissional.

Percursos e realizações no cotidiano dos Grupos de Reflexão

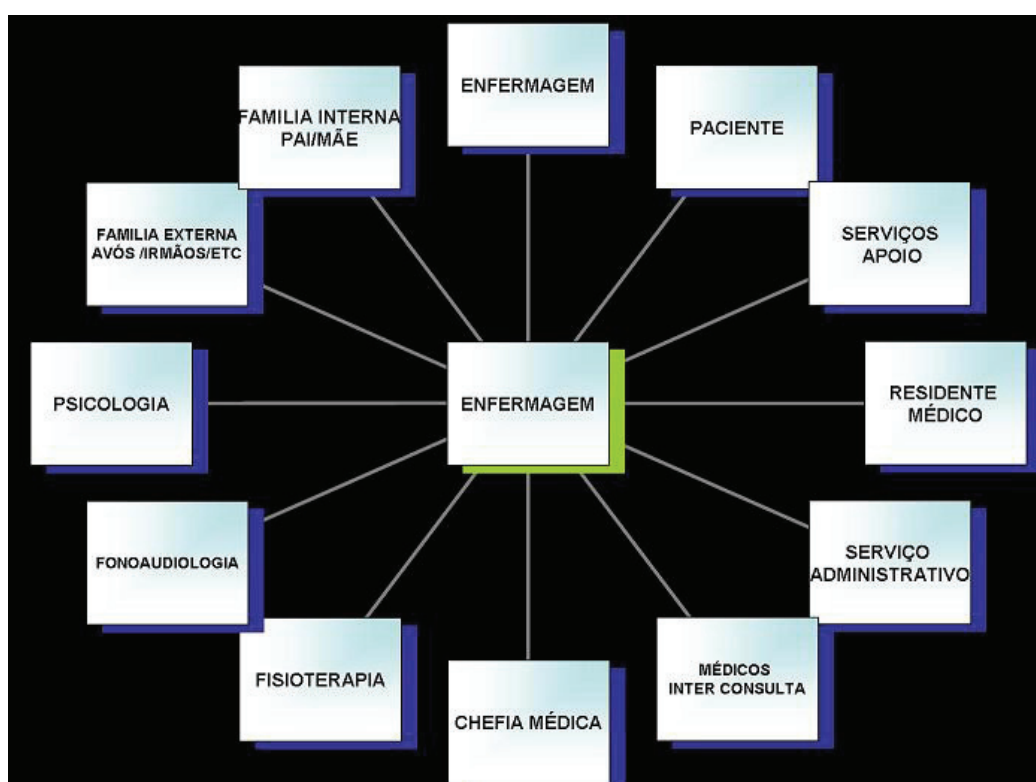
Durante os Grupos de Reflexão, enfatiza-se a construção de um espaço de continência para preocupações vivenciadas no cotidiano da equipe de profissionais no contato com os bebês malformados ou prematuros e seus pais.

Apontam-se paralelos entre a experiência emocional das funcionárias, marcada por intensa vulnerabilidade frente a angústias de perda pela constante iminência de morte dos bebês, e o processo vivenciado ali no Grupo de Reflexão. Verifica-se aqui, novamente como o dispositivo clínico da transferência para o aqui-agora do contato terapêutico grupal pode favorecer a elaboração de aspectos emocionais presentes no cotidiano da instituição.

Verifica-se que ansiedades envolvidas no cuidado de bebês de alto risco, se não acolhidas, compartilhadas e elaboradas, tendem a ser projetadas nas relações intra-equipe ou nas condições de trabalho, interferindo na qualidade do serviço oferecido aos usuários e na saúde emocional dos profissionais e da equipe. O trabalho empreendido pelo Grupo de Reflexão pode facilitar o fluxo das ansiedades para espaços de continência, como alternativa a praticas projetivas que visam à evasão e evacuação de sofrimento psíquico, e que interferem no cotidiano profissional e relacional da equipe.

Considerações finais: Expansões e perspectivas

A experiência no Grupo de Reflexão pode ser geradora de maior capacidade de continência para a Equipe de Profissionais em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, num período fundamental para o desenvolvimento do vínculo pais-bebê.



Ao favorecer o aprender com a experiência de continência às próprias ansiedades dos profissionais e ao ampliar a compreensão acerca das reações infantis, das ansiedades parentais, e das múltiplas transferências envolvidas nas relações de cuidado, o Grupo de Reflexão nesse serviço tem contribuído para a promoção de saúde em contexto de risco e vulnerabilidade no início da vida, para pais, bebês e profissionais.

A solicitação de ampliação da proposta inicial (1 Grupo dirigido à área de Enfermagem) para outros turnos e outros profissionais parece demonstrar o interesse de que este tipo de atividade, que se apresenta como bastante inusitado na experiência de profissionais já experientes e gabaritados, se integre de maneira mais presente à rotina e cultura da UTI. Os Grupos passaram a ter um caráter multidisciplinar, tal como numa família nuclear, em que a relação inicialmente dual com o cuidador primário mais constante (a equipe de enfermagem / "mãe") vai sendo enriquecida e complementada a partir da inclusão de terceiros significativos. A expansão e multiplicação de uma rede de continência se fortalece.

Referências Bibliográficas

BION, W. R. *Experiências com grupos*. 2. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Imago/EDUSP, 1975.

HERRMANN, F. Morte e Vida no Hospital. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo. 39(71): 57-64, dez. 2006.

MACHADO, C. E. e **JORGE**, S.B. Ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco: o risco e o invisível – *Estudos de Psicologia*. Campinas 22(2) 197-207 abril-junho-2005.

MÉLEGA, M.P. *Observação da Relação Mãe-Bebê – Método Esther Bick – Tendências*, São Paulo: Unimarco, 1997.

MÉLEGA, M.P. e **MENDES DE ALMEIDA**, M. *Innovations in Parent-Infant Psychotherapy*, London: Karnac, 2007.

RIBEIRO, M.C.; **BARALDI**, S. e **PAES DA SILVA**, M. J. A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: Ritual do preparo do corpo." *Rev. Esc. Enf. USP*, V.32, n.p. 117-23 ago-1998.

Notas sobre a transferência no contexto de pesquisa com Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)

Angela Flexa Di Paolo (Apresentador do Trabalho)¹, Rogério Lerner², Ana Silvia de Moraes³, Andrea Bianchini Tocchio⁴, Edna Márcia Koizume Bronzatto⁵, Gabriela Xavier de Araújo⁶, Nathalia Teixeira Caldas Campana⁷

Palavras-chave: Sinais Iniciais de Problemas De Desenvolvimento, Transferência, Psicanálise e Pesquisa, Indicadores Clínicos de Risco para Desenvolvimento Infantil.

Introdução

Ao propor debater o tema transferência em um contexto de pesquisa que põe em jogo a aplicação de um protocolo que busca detectar sinais de risco de transtornos na infância (Cf. LERNER; KUPFER, 2008; KUPFER, et al, 2008; KUPFER et al., 2009; KUPFER et al., 2010), algumas questões se inscrevem: de que forma é possível observar manifestações de transferência? Como sustentar a posição de um pesquisador interessado em observar sinais de problemas na infância e, ao mesmo tempo, partir do discurso psicanalítico que já opera seu tratamento? Como sustentar uma posição investigativa que permita reconhecer/sustentar laços transferenciais sem ignorá-los ou interpretá-los em excesso?

Tendo em vista esses questionamentos, este trabalho tem como objetivo principal debater a importância do reconhecimento desse laço transferencial inerente à pesquisa com pais-bebês, realizada ao longo dos primeiros 18 meses de vida da criança. Em se tratando de um instrumento que foi construído a partir da psicanálise, é notável que o seu uso não se restrinja a uma aplicação protocolar, mas que permite

1 Angela Flexa Di Paolo é psicóloga graduada pela Universidade Federal do Pará (UFPA), mestre e doutoranda em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Pesquisadora na área de infância e psicanálise. angela_flexa@yahoo.com.br.

2 Rogério Lerner é psicanalista, Professor Associado (Livre-docente) e orientador de Pós-Graduação no IPUSP, Fellow do College of Research Training Programme - University College London/IPA. Lidera o grupo de pesquisa CNPq "Transtornos do espectro de autismo: detecção de sinais iniciais e intervenção", com verbas de pesquisa de órgãos nacionais e internacionais. rogerlerner@usp.br

3 Ana Silvia de Moraes Graduada é psicóloga graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com experiência em clínica infantil. Formação prática no Núcleo de Intervenção Precoce (NIP) do Lugar de Vida – Associação de Educação Terapêutica. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), com bolsa FAPESP. anasmorais@hotmail.com

4 Andrea Bianchini Tocchio é psicóloga graduada pela Universidade São Marcos. Aprimoramento em Saúde Mental pela PUC-SP. Especialização em Psicologia Hospitalar Materno-Infantil pelo Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros. Mestranda do Programa de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), com bolsa CAPES e FAPESP. andreatocchio8@gmail.com

5 Edna Márcia Koizume Bronzatto é psicóloga graduada pela Universidade Bandeirante de São Paulo. Mestranda em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Formação em Psicanálise pelo Instituto Langage e pelo Centro Lacaniano de Investigação da Ansiedade. Pesquisadora na área de detecção precoce de risco para transtorno de espectro de autismo e de transtornos de desenvolvimento. marcia.koizume@ig.com.br

6 Gabriela Xavier de Araújo é psicóloga graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, mestre em psicopatologia, psicanálise e medicina pela Université Paris VII, doutoranda pela Université Paris VII em cotutória com o Programa de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). gabrielaxdearaujo@hotmail.com

7 Nathalia Teixeira Caldas Campana é psicóloga graduada pela PUC-SP, com experiência em Acompanhamento Terapêutico e Observação de Bebês. Aprimoramento na clínica de Casal e Família pela PUC-SP. Especialização em Psicologia da Infância pelo Departamento de Pediatria da UNIFESP. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). nacampana@gmail.com

efeitos analíticos que põem em evidência questões psíquicas referentes ao laço pais-bebês, à maternidade, à paternidade. Serão abordadas algumas vinhetas que mostram como a aplicação do IRDI em contextos de pesquisas do grupo inscrito no CNPq “Transtornos do espectro de autismo: detecção de sinais iniciais e intervenção” favoreceu intervenções clínicas.

A pesquisa de campo acontece nos seguintes locais: Hospital Universitário da USP, 14 UBS's do Município de Embu das Artes, Centros de Atenção Psicossocial, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP e Escola Terapêutica LUMI. Antes de passarmos ao material de pesquisa, faremos algumas considerações de Freud a respeito da transferência.

A transferência preexiste à psicanálise, manifestando-se na vida cotidiana e, por vezes, sendo manejada por educadores, professores e médicos (Freud 1912, 1915). Mais do que certa repetição do passado, ela funcionaria como um *entre*, como um escopo de ligação entre dois termos (passado/presente, longe/perto, eu/outro), como aponta Hanns (1996). Marca uma transição, uma passagem entre um eu e um outro, que acentua, ao mesmo tempo, uma proximidade e uma distância.

Na Conferência XXVII, Freud (1916) anuncia a noção *transferência* como a ocasião em que o paciente transfere para o médico intensos sentimentos de afeição, que nem se justificam pela conduta do médico, nem pela situação que se criou durante o tratamento. A forma pela qual essa afeição se expressa e os objetivos que ela tem em vista, dependem do curso da relação pessoal entre as duas pessoas em questão, e remetem à história infantil de cada paciente.

Esse novo fato que, portanto, admitimos com tanta relutância, conhecemos como *transferência*. Com isso queremos dizer uma transferência de sentimentos à pessoa do médico, de vez que não acreditamos poder a situação no tratamento justificar o desenvolvimento de tais sentimentos. Pelo contrário, suspeitamos que toda a presteza com que esses sentimentos se manifestam deriva de algum outro lugar, que eles já estavam preparados no paciente e, com a oportunidade ensejada pelo tratamento analítico, são transferidos para a pessoa do médico [...]. Algumas mulheres conseguem sublimar a transferência e moldá-la até que atinja essa espécie de viabilidade; outras não de expressá-la em sua forma crua, original e, no geral, impossível. Mas, no fundo, é sempre a mesma, e jamais permite que haja equívoco quanto à sua origem na mesma fonte (FREUD, 1916, p. 443).

Nesse ensaio, Freud (1916) se interroga sobre a origem da transferência, que dificuldades nos causa, como as superamos e que vantagens dela podemos auferir. Ele indica posições que servem como uma espécie de manual técnico de análise: primeiramente, nunca se deve ceder às exigências do paciente, decorrentes da transferência. Em seguida, deve-se superá-las, mostrando ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação atual e não se aplicam à pessoa do médico, mas sim que eles estão repetindo algo que lhe aconteceu anteriormente. Desse modo, abre-se a possibilidade de transformar a repetição em lembrança.

Freud (1912, 1915, 1916) busca abordar de que modo pode-se superar a transferência em um contexto de análise, manejando-a, de modo a deixar claro para o paciente aquilo que faz parte de seu sintoma, de suas repetições. Partindo destas considerações teóricas, passemos ao contexto de pesquisa.

A pesquisa com Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI): manifestações de transferência

A Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil teve como objetivo estabelecer e validar um instrumento, o IRDI, composto de 31 indicadores de desenvolvimento cuja ausência está significativamente associada a problemas de desenvolvimento em crianças aos 3 anos (Kupfer et al, 2008). O IRDI foi construído a partir de 4 eixos fundamentais em torno dos quais se organiza a subjetividade (KUPFER, 2009; MARIOTTO, 2009; PESARO, 2010). Segundo Mariotto (2009), tais eixos esclarecem de que forma o laço constitutivo se enoda e como isso pode ser verificado entre os bebês e seus cuidadores. Desta forma, as bases do IRDI já se constituem como uma contribuição do estudo, pois até 2001 a maior parte das escalas e medidas de avaliação desconsiderava os operadores relacionados ao processo de subjetivação e, portanto, o adulto cuidador.

Ao se colocar como pesquisador, o psicanalista não cessa de articular clínica, teoria e pesquisa. Tais termos se tornam indissociáveis quando há uma investigação corrente, quando há questões que precisam ser respondidas e sofrimentos psíquicos por serem tratados. Ao nos voltarmos especificamente para o contexto teórico-investigativo de uma pesquisa cujos referenciais teóricos partem da psicanálise, é possível abrir espaço para uma escuta que acontece na transferência e, conseqüentemente, apontar caminhos possíveis de tratamento.

Uma vez atravessado pelas relações transferenciais, cabe ao pesquisador sustentar-se nessa posição de reconhecer os problemas em questão, de apontar tratamentos possíveis, de cuidado com o outro, pautando-se em uma dimensão ética do cuidado, sem cometer excessos interpretativos que precipitem o sujeito em uma capacidade elaborativa fora de contexto e, por outro lado, sem deixar de intervir e de propor direcionamentos para os sofrimentos que aparecem, de modo a intervir antes que patologias graves se cronifiquem.

A seguir, passemos a algumas vinhetas em que se pode observar a utilização do IRDI, cujas aplicações tiveram desdobramentos para além do contexto da pesquisa, facilitadas pela relação transferencial do pesquisador com os pais.

Caso 1

Caio foi acompanhado pelas pesquisadoras desde 1 mês de vida no Ambulatório de Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da USP. Ele chegou à consulta acompanhado apenas da mãe. Na aplicação das três primeiras faixas do IRDI (até 12 meses), Caio não apresentou nenhum indicador ausente, no entanto, algumas situações chamaram a atenção tanto do pediatra como da equipe de pesquisadoras. Desde o início, a mãe de Caio apresentou várias dúvidas quanto à alimentação (o que poderia oferecer, que horário, efeitos etc.); chegou a deixá-lo sozinho na maca enquanto buscava a fralda para trocá-lo; tinha dificuldade em fazê-lo parar de chorar (durante os primeiros exames, a criança chorava muito), situações estas que chamaram a atenção do pediatra porque a mãe já tinha um filho de 4 anos, ou seja, estava “tendo dúvidas demais para uma mãe que já tinha outro filho”, nas palavras do médico.

Aos 5 meses, Caio começou a freqüentar a creche, o que mudou radicalmente sua rotina, horários e alimentação. Sua mãe voltou a trabalhar e a assistir aulas (no curso de Ciências Sociais da USP), no começo ela contou que ele chorava muito ao se despedir dela, ela chegou a dizer “eu percebi que ele só gosta de mim, só quer ficar comigo”.

Pelas preocupações já anunciadas pelo pediatra e pela dificuldade de separação observada pelas pesquisadoras, foi oferecida escuta para esta mãe, fora do dia da consulta pediátrica de Caio. Ela aceitou e foi ao atendimento realizado por uma das pesquisadoras.

Nesta ocasião, ela pôde falar sobre as dificuldades que enfrentou durante e após a gestação do primeiro filho. Ela contou que ele foi inesperado e que tanto ela como o marido faziam faculdade nesse período. Durante os três primeiros anos, se dividiram morando um tempo na casa de seus pais, outro tempo na casa dos seus sogros. E que só há cerca de um ano mudaram-se para uma casa própria, lugar em que nasceu Caio. Ela contou que isso tem sido motivo de muitas preocupações, discussões e negociações, pois era a primeira vez que estava morando sem os pais, ela chegou a dizer que pensou “e agora?! É a primeira vez que vamos morar sem um adulto na casa!”. Logo, percebe-se que há uma dificuldade dessa mãe que pôde ser observada durante as consultas e neste atendimento, de se ver agora em uma nova fase de sua vida, fase em que está construindo um novo espaço, novas relações, com o marido, com os filhos, com seus sogros e seus próprios pais. Ela disse que agora é a primeira vez em que ela e o marido “são chefes de família”.

Ela compareceu apenas a uma consulta agendada com a pesquisadora e que, se precisasse, procuraria novamente. Não foi possível acompanhar se houve efeitos na relação dessa mãe com os filhos ou com o marido a partir dessa consulta, mas se pode afirmar que, neste caso, a intervenção clínica com a mãe de Caio foi possibilitada pelo IRDI que, apesar de não indicar risco de desenvolvimento, apresentou risco de

sofrimento psíquico tanto para o bebê como para a mãe. A consulta abriu espaço para que ela pudesse falar de suas angústias que permearam o nascimento dos filhos, tanto do primeiro, como do segundo, de sua dificuldade em construir um lar com o marido e os filhos, das dificuldades de separação, enfim. Situações essas que puderam ser relatadas para alguém que a escutava sustentada pelos referenciais psicanalíticos, posição esta que favorece o uso do IRDI para além das consultas pediátricas, permitindo o estabelecimento e a manutenção de laços transferenciais.

Caso 2

Guilherme foi encaminhado para um Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSI a pedido da creche por não se relacionar com outras crianças e não se vincular com a educadora. Na ocasião em que o IRDI foi aplicado, Guilherme tinha 18 meses de idade e estava em avaliação diagnóstica com suspeita de autismo. Enquanto a psicóloga que aplicava conversava com sua mãe a respeito do IRDI-24 (A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas), o menino estava no grupo terapêutico. A mãe afirmava que o filho não reagia a sua ausência, mas neste momento o bebê foi trazido até ela, pois estava chorando, inconsolável, no grupo. Guilherme olhou para sua mãe, fez uma pausa em seu choro e lhe estendeu os braços pedindo colo. A mãe acolheu o filho e ele parou de chorar. A psicóloga perguntou o que a mãe achava que tinha acabado de acontecer e ela respondeu: “ah, sei lá... acho que ele estava incomodado com alguma coisa e quando me viu ficou calmo, mas não acho que ele estava chorando porque estava sentindo minha falta...”. Logo, Guilherme foi para o chão e começou a andar pela sala. Apontou para o armário e tentou abri-lo, mas estava trancado. Imediatamente, ele começou a chorar e a mãe colocou uma mamadeira em sua boca. A psicóloga perguntou: por que será que Guilherme começou a chorar? A mãe sorriu e disse: “ele queria abrir o armário, porque sabe que lá tem brinquedo”, diante disso, a psicóloga perguntou por que ela havia dado a mamadeira ao filho, ao que ela sorriu sem graça e respondeu: “é mesmo, é que é tão difícil para mim ouvi-lo chorar que preferi calá-lo, mas assim ele não vai falar, né?” Ainda nesta aplicação, a mãe disse que o filho fala “ma” e “pa”, mas que ela não sabe se isso quer dizer mamãe e papai e por isso não assume que quando ele diz “ma” está chamando por ela. A psicóloga disse que mesmo que inicialmente não fosse essa a intenção de Guilherme, pode ser que esse “ma” virasse “mamãe”.

Na semana seguinte a mãe pediu para conversar com a mesma psicóloga, para dizer que depois da conversa que tiveram a respeito do desenvolvimento de Guilherme, ela conversou com o marido e os dois mudaram de atitude em relação à criança: “à noite estamos contando historinhas para ele e agora ele já sabe contar até cinco!” A aplicação do IRDI possibilitou que houvesse uma conversa com a mãe a respeito da relação estabelecida com o filho e sobre o desenvolvimento emocional da criança, favorecendo que se construíssem opções no vínculo entre os mesmos.

Foram realizadas intervenções, mesmo num âmbito de pesquisa, não apenas para responder ausente ou presente para cada item do IRDI, mas que puderam expressar os entrelaçamentos da relação entre mãe e filho e viabilizaram o reconhecimento da mãe de sua posição. Um único encontro pôde ter tido grande significado e efeito para a mãe, ao ponto dela pedir para falar novamente com a psicóloga que a acolheu e contar as mudanças frente às manifestações do filho.

Considerações finais

A aplicação do IRDI tem ocorrido em diversas instituições de saúde, como UBS, HU e CAPSI. Em cada uma, há uma maneira particular de apropriação do instrumento por parte da equipe e de aplicação por parte das psicólogas pesquisadoras. Nas UBS, a aplicação tem sido realizada por ACS e auxiliares de enfermagem que passaram por um curso onde a complexidade da interação entre aspectos orgânicos e relacionais do desenvolvimento é considerada pela abordagem do psiquismo proposta pela psicanálise e explicitada em situações cotidianas. O destaque dado ao longo do curso para o sentido que tais situações cotidianas têm no entrelaçamento entre desenvolvimento da criança e relações estabelecidas com seus pais fazem com que o uso do protocolo IRDI não se reduza a uma mera repetição de mais uma escala a ser aplicada pelo profissional,

mas adquira uma significação na relação transferencial dos profissionais de saúde e dos pesquisadores com as famílias. O momento de aplicação do IRDI se transforma em um espaço para falar das dúvidas dos pais, de suas inseguranças, questionamentos, expectativas, angústias, o que favorece a manutenção de uma relação de transferência na medida em que o profissional comparece onde há demanda para ele, onde há demanda por uma escuta e por uma busca de saberes.

A diversidade de lugares evidencia alguns benefícios proporcionados pela instrumentalização para uso dos IRDI tanto por parte da equipe que a recebe como por parte da família que tem seu bebê avaliado. Há um interesse e uma preocupação da equipe a que o IRDI permite dar uma significação, uma sistematização de observações que geralmente ficariam soltas e que podem passar a fundamentar o início de possíveis tratamentos com bebês em risco. Para as famílias, a aplicação e a decorrente orientação podem servir como oportunidade de cuidado e acolhimento de sua singularidade, representando uma oportunidade de alívio quanto a algum temor de dificuldade de desenvolvimento avaliado como inexistente ou de início de trabalho quando algum sinal é detectado.

As vinhetas ilustradas neste trabalho exemplificam algumas situações em que a aplicação do IRDI favoreceu a detecção de sofrimento psíquico na relação transferencial com o pesquisador ou com o profissional que o aplica, pois, ainda que algum indicador se expresse como presente, é possível notar sutilezas de angústias e de sofrimento que não apareceriam em uma simples aplicação protocolar. Esse é o elo que pretendemos situar neste trabalho: a articulação entre a pesquisa (uso de protocolo) e a assistência (orientação e encaminhamentos para pais e bebês em risco), entre os referenciais psicanalíticos e sua intervenção na singularidade de cada caso.

Referências Bibliográficas

- FREUD, S. A dinâmica da transferência. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1912].
- _____. Observações sobre o amor transferencial. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1915].
- _____. Conferência XXVII. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1916].
- HANNS, L. A. **Dicionário comentado do alemão de Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- KUPFER, M. C. M. et al. A pesquisa IRDI: resultados finais. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. (Orgs.) **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008.
- _____. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online**. v. 6, n. 1, p. 48-68, 2009.
- _____. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. **Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 16-30, março 2010.
- LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. (Orgs.) **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008.
- MARIOTTO, R. M. M. **Cuidar, educar e prevenir: as funções da creche na subjetivação de bebês**. São Paulo: Escuta, 2009.
- PESARO, M. E. **Alcance e limites teórico-metodológicos da Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil**. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

A busca pela boa mãe:

A amamentação como depositária das angústias no exercício da maternidade

Audrey Setton Lopes de Souza¹

Denise de Sousa Feliciano²

Palavras-chave: Intervenção Pais-Bebê, Intervenção Precoce, Amamentação.

Recebemos Flora profundamente angustiada. Sua segunda filha Lara, então com dois meses de idade, não aceitava mamar em um de seus peitos. Na primeira entrevista em que estava só com uma das analistas contou que essa preferência de Lara perturbava a ela e ao marido e que ambos estavam tão tomados de preocupação que a dinâmica familiar parecia ter se perturbado.

Flora relata com certo tom nostálgico a tranquilidade na relação com sua primeira filha Bruna, que parece ter permitido que se estabelecesse certa confiança em sua capacidade de maternagem levando o casal à decisão de ter mais um filho. No entanto, junto com o nascimento de Lara, novas perspectivas de trabalho a colocavam em um conflito que pareciam soar como uma escolha entre ser mãe *ou* profissional, e a deixava culpada pela ideia de negligenciar os cuidados com a filha recém chegada. Em sua primeira experiência de maternidade, pode ficar com a filha em tempo exclusivo até que ela estivesse com mais de um ano de idade.

Em meio ao relato da situação atual, evoca uma série de ressentimentos que ela e sua irmã têm em relação à mãe, figura muito admirada por sua competência como profissional mas muito criticada por sua pouca disponibilidade afetiva para com as filhas. Certamente essas memórias intensificam os conflitos que vive agora e o medo de ver repetidas na relação com as filhas a mesma situação emocional que colore suas relações com a irmã e a mãe.. Dessa forma vive intensamente a ambivalência massacrante entre mãe-boa e mãe-má, conflito que parece adquirir corpo na recusa de Lara em mamar em um dos seios, como se esta divisão personificasse a presença deste objeto mau na relação com a filha.

Embora esse enredo seja derivado de suas fantasias e conflitos que remontam a sua própria vivência arcaica, a analista sugere que sejam feitas inicialmente sessões de intervenção pais-bebê, pelo caráter vincular que o conflito adquire e por seu efeito sobre as funções maternas o que a impede de funcionar como objeto primordial continente às angústias de sua filha, representando um risco ao seu desenvolvimento mental saudável.

O que se coloca em questão é o processo de *parentalização*, conceito psicanalítico que refere-se ao processo pelo qual os pais vivenciam profundas transformações identificatórias nas quais são reeditados conflitos antigos e que permitem que se tornem pais desta criança. A partir destes vínculos afetivos construídos nesse interjogo interno e relacional que será constituída a vida psíquica da criança e seu processo de subjetivação. No processo de construção da parentalidade estão envolvidos aspectos psíquicos inconscientes que são transmitidos através das gerações: aspectos intergeracionais e transgeracionais.

¹ Psicóloga e psicanalista. Doutora em psicologia (IPUSP-SP) docente da graduação e pós-graduação do IPUSP-SP; membro associado da SBPSP; membro efetivo do Departamento de Psicanálise da Criança do Sedes; docente no "Curso de Introdução a Intervenção Precoce na Relação Pais Bebê" e "Psicanálise da Criança"- Sedes. asetton@uol.com.br.

² Psicóloga e psicanalista. Doutora em psicologia (IPUSP-SP); membro efetivo no Depto. Psicanálise da Criança – Sedes e docente nos cursos: "Introdução a Intervenção Precoce na Relação Pais Bebê" e "Amamentação e Psiquismo: Reflexões"; membro filiado na SBPSP; membro da Sociedade Brasileira de Pediatria SBP e membro do Depto. de Saúde Mental da Sociedade de Pediatria de SP. denisefeliciano@uol.com.br.

À medida que essas vivências intrapsíquicas primordialmente maternas podem ser vivenciadas em sala de análise, na presença das duas filhas, do marido e das analistas, é possível perceber uma gradativa reconfiguração na dinâmica familiar e do casal parental, a partir da elucidação das fantasias persecutórias de ambos e do oferecimento de um espaço de compreensão e continência para as angústias familiares. Acreditamos que a partir daí a questão da demanda de análise individual possa ser recolocada

O interesse da psicanálise em olhar para as primeiras relações e procurar meios de intervir nessa dinâmica iniciou-se a partir da observação de que muitas patologias intrapsíquicas e interrelacionais da vida ulterior do indivíduo estariam dando sinais desde o início de vida, quando se constitui o protótipo das relações objetais com os objetos primordiais. Entretanto os pais que geralmente protagonizam esse cenário são inundados por questões relativas à sua própria experiência arcaica em aspectos que muitas vezes não foram elaborados de forma a poderem sustentar o lugar parental necessário ao seu bebê.

Os atendimentos nessas dinâmicas tem se mostrado importantes para que muitos desajustes no vínculo que são expressos através de distúrbios do desenvolvimento fisiológico do bebê e/ou dificuldades na interação familiar possam ser acolhidos, significados e transformados.

Klein, Bick, Meltzer, Harris e uma vasta gama de autores psicanalistas contribuíram para o aprimoramento do olhar ao bebê e posteriormente muitos outros desenvolveram práticas baseadas no referencial psicanalítico no que se constituiu como a chamada *clínica do bebê*. Mas devemos à Freud o reconhecimento da importância dessa etapa de vida e da mãe para o psiquismo do indivíduo, quando em 1911 fez uma breve menção em uma nota de rodapé sobre o fato inquestionável de que não se poderia conceber a existência de um bebê sem que se levasse em conta os cuidados maternos, sem os quais o psiquismo precoce do bebê não toleraria estar exposto ao desamparo. Winnicott (1960/1983) recuperou essa observação de Freud e jogou luz sobre ela desenvolvendo sua *teoria do desenvolvimento emocional primitivo*, considerando que a qualidade da experiência no início da vida do bebê seria fundamental para o seu desenvolvimento mental sadio. A partir de sua premissa de que o indivíduo seria sempre concebido em relação, focalizou a importância das interações entre mãe e bebê durante os primeiros anos de vida da criança.

Na construção da *parentalização* há uma história precedente de cada um dos pais, bem como a própria história da concepção, ocupando na dinâmica familiar um lugar que é pré-definido por essas representações, e que muitas vezes se sobrepõem de maneira contundente ao bebê, que fica impossibilitado de desenvolver livremente suas capacidades com uma história própria, muitas vezes sendo depositário de representações não elaboradas dos pais, que vêm à tona no momento de seu nascimento, em que acontece uma nova configuração familiar. Estas histórias de cada um, que muitas vezes estiveram adormecidas no inconsciente parental por longo período, eclodem neste momento, devido a intensidade emocional que se encontram os pais, particularmente a mãe nesta fase. Porém, apesar da contundente força dessas representações sobre o bebê, suas capacidades individuais poderão amenizar ou intensificar essas dinâmicas.

O sofrimento que Flora vivencia na amamentação indica a uma escuta psicanalítica que fatores como os anteriormente descritos estariam subjacentes à sua queixa. A alimentação ocupa importante lugar na vida representacional do sujeito, em especial nos primeiros tempos de vida, quando a fome adquire coloridos muito marcantes nas fantasias do psiquismo rudimentar do bebê. A disposição materna de oferecer ou não o seio como fonte de alimento adquire qualidades especialmente sensíveis para evocar questões que as remetem à identificação com suas próprias mães.

Com base nessas premissas iniciamos em duas analistas o atendimento em *intervenção psicanalítica pais-bebê*, termo adotado por nós por se tratar de um trabalho fundamentado no instrumental psicanalítico e para o qual é necessária uma sólida formação em psicanálise que sustente um olhar psicanalítico mesmo em um enquadre diferenciado. A técnica que sugere o atendimento em duplas de analistas é fundamentada na pluralidade de elementos e afetos que são colocados em cena na sessão e precisam contar com a continência de um olhar sob várias dimensões permitido pelo atendimento em dupla.

No *primeiro encontro* com os pais e as duas filhas, a sessão se inicia com a família se dividindo na sala, de um lado o casal, com nítida tensão, relata as dificuldades na amamentação. O pai é quem começa a falar

e demonstrando leve constrangimento diz não estar podendo participar muito por estar sobrecarregado pelo trabalho, ao mesmo tempo em que atribui o sofrimento como sendo do âmbito materno, por estar relacionada à amamentação, como se não se sentisse parte do problema ou, melhor dizendo, talvez não se sentisse autorizado a ocupar espaço nessa relação e conflito desencadeado entre mãe e filha. Por sua vez a mãe demonstra ressentir-se do suposto distanciamento do marido, dizendo se sentir sobrecarregada. Ao verbalizarem suas dúvidas e dificuldades fica mais evidente para as analistas o engessamento emocional no qual a família parecia estar, que impedia a liberdade de expressarem seus afetos e fantasias um ao outro.

Bruna, a filha de 4 anos, por sua vez, ao entrar na sala logo se entusiasma com os brinquedos que avista sobre a mesa, indo diretamente em direção a ela que está num canto oposto onde seus pais e sua irmã ficam. Uma das analistas se posiciona ao seu lado para acompanhar sua brincadeira. Ela pega o durex e mostra a analista pedindo que a ajuda a encontrar a ponta e ao encontrarem ela faz um grande fio com ele corta. Ambas ficam ligadas por esse fio de durex que fica preso no dedo da analista e no dela, mas em seguida o que está em seu dedo se solta e ela volta a explorar os brinquedos deixando a analista com um durex preso em seu dedo e com a outra ponta solta.

Nesse momento de desabafo inicial cria-se um clima tenso cujo desespero ganha voz num choro repentino e desassossegado de Lara que a mãe tenta aplacar oferecendo o seio. Embora o bebê o aceite, parece desconfortável em movimentos de pegar e soltar, em meio a um resmungo que expressa o quanto parecia incomodada com a tensão da mãe. Flora desabafa sua angústia e ambivalências até mesmo reconhecendo um sentimento de ciúme e rivalidade com o leite de fórmula que oferece em momentos de insuficiência do leite materno.

Com toda sua aflição reivindica a ajuda do marido ao mesmo tempo em que não consegue recebê-la por não permitir que ele se insira na relação com as filhas à sua própria maneira. Suas atitudes revelam o quanto se imbuí de mecanismos de controle que são defensivos ao estado vulnerável que se configura.

Diante dessas vivências na sessão as analistas se organizam de modo a estarem divididas. Uma delas escuta e conduz a conversa com os pais e a outra fica ao lado de Bruna numa configuração de certa forma excluída. Ambas sentem certo incômodo que leva um tempo para que possam apreender e nomear o que se configurava na família e que as submetia contra-transferencialmente.

Através da observação do lugar ocupado por Bruna, aos poucos vai sendo possível encontrar fios do enredamento ao qual estavam todos submetidos. Em seu canto solitário parece resignar-se a cortar durex e a deixá-los com uma das pontas soltas, expressão de seu isolamento do grupo e desejo de ligação. Depois do jogo com os pedaços de durex, abre a caixinha de jogo do mico e mostra os animais para a analista observando em cada um que havia dois, referindo-se ao casal de animais formado pelas cartas. Essa percepção permite que a analista que está ao seu lado apreenda sua própria dificuldade em inserir-se na conversa dos pais e da outra analista e com isso dirige à mãe a pergunta: "E como fica a Bruna nisso tudo?". Incluir Bruna no discurso parece quebrar o círculo vicioso de ansiedade em que estavam e a surpresa na reação da mãe indica que movimentos de exclusão entre eles poderia ser um dos componentes que alimentavam a dinâmica encapsulada. Flora, parecendo um pouco confusa, responde de imediato que Bruna estava bem, porque agora sua mãe estava mais em casa e que podia levá-la ao parque e natação, mas pareceu ter respondido sem que tivesse pensado sobre ela. A analista complementa sua hipótese colocando a ela a pergunta "Como é ter que cuidar de duas filhas, quando uma delas já é uma menininha e a outra um bebê e têm interesses e necessidades tão diferentes?". Flora parece ser tocada por essa colocação e descreve como que vai se dividindo entre as duas de modo a estar ou com uma ou com outra de cada vez. Exemplifica dizendo "quando levo Bruna na natação procuro estar só com ela, é a vez dela. E quando estou com Lara é a vez dela...". As analistas colocam a hipótese de que ela tenha dúvidas sobre a possibilidade de cuidar das duas ao mesmo tempo e ficando difícil poder dar atenção para ambas, ficando em qualquer situação como uma mãe insuficiente, ou má. O desafio que se coloca neste encontro parece ser como permitir ao este grupo familiar perceber-se como uma família ampliada que dispõe de espaço para o pai, para um amor compartilhado e para lidar com a rivalidade entre irmãos.

As colocações que haviam sido feitas evocam em Marcos a lembrança de um encontro da família materna que, segundo seu relato, é marcado por queixas e ressentimentos das filhas em relação à mãe que a acusavam do que ela havia feito para uma e não para outra. As duas parecem se unir para destilar venenos sobre as falhas maternas.

Em seu brinquedo silencioso, Bruna reitera o que era dito verbalmente quando encontra uma bolinha solta e diz com surpresa que havia outra, buscando uma bolinha um pouco maior que ela havia guardado junto com algumas maquiagens. A analista ao seu lado confirma que sim, haviam duas bolinhas e que as duas cabiam naquela caixinha. Animada com nossa conversa mostra que também tinham dois tubos de cola. A analista que estava mais diretamente na conversa com os pais dirige-se aos brinquedos e intuitivamente pega um cesto de bonecas colocando no centro da sala. Bruna se dirige ao cesto, pega um armarinho de boneca que estava trancado com um cadeado e pede que uma das analistas abra, mas como ela não consegue, Bruna leva-o até o pai o que talvez possa representar sua confiança no masculino. Nesse momento ela estava incluída na dinâmica e ao lado do pai, no divã, havia brinquedos ao mesmo tempo em que Lara mamava e chorava.

Bruna volta para o lado da analista e pega na casinha de madeira um berço e um bebê o coloca dentro dele, depois pega uma menina e pergunta se é um bebê também, como se ela se perguntasse se é igual a irmã e se precisará ser um bebê para ter um lugar. Por fim coloca o bebê e a menina no mesmo espaço da casinha, como se ensaiasse uma possibilidade de ela e a irmã habitarem o mesmo espaço juntas, mesmo tendo idades diferentes.

Na segunda sessão a mãe vai dizendo enquanto chega que tudo estava magicamente melhor, pois Lara surpreendentemente estava mamando nos dois peitos e até gostando mais do que antes rejeitava. Diz também que agora não sentia ciúmes do leite de fórmula e ficava aliviada em poder contar com ele. Bruna quando entra vai diretamente para a mesa brincar de tintas e chama seu pai para acompanhá-la. As analistas comentam que eles pareciam mais tranquilos, o que é confirmado por todos. A mãe diz que está podendo pedir mais a ajuda de Marcos e ele confirma que durante a noite havia acordado várias vezes para atender Lara e tentava saber o que ela queria ao invés de logo atribuir-lhe fome. Conta com animação que está aprendendo a decodificar seus choros e necessidades, deixando claro sua participação mais ativa na dinâmica familiar. Bruna novamente se interessa pelo durex, mas agora vai juntando pedacinhos que faz um longo fio e diz que é um tigre e que ele morde. Sua brincadeira faz a mãe lembrar que ela tinha levado da escola um livro *A mamãe está zangada*, pedindo para a mãe ler muitas vezes. Bruna participa da conversa, complementando as falas da mãe. As analistas comentam sobre Bruna estar se sentindo mais à vontade para expressar seus sentimentos de raiva e ciúme, provavelmente porque eles também tinham ficado mais tranquilos em relação a esses sentimentos.

O casal conta que até conseguiram sair a sós para jantar e que aos poucos sentem haver mais espaço para a vida a dois.

O que percebemos ao longo desses encontros é que há uma mudança de foco nas angústias iniciais. Se antes havia uma mãe e uma filha encapsuladas por essa urgência de sentir-se boa mãe, agora há uma família que tenta se reorganizar frente as novas configurações e espaços de cada um. A possibilidade de acolher a destrutividade presente nas várias dimensões da família permite que essa família se reencontre. Todos podem expressar seus ressentimentos e mau-estares sem que isso coloque em questão a convivência familiar. A família reconhece que as angústias haviam diminuído e que a configuração familiar estava mais harmoniosa, porém há um receio da mãe em conseguir sustentar essas condições quando da volta ao trabalho.

Na sessão seguinte a mãe já havia voltado ao trabalho e havia alguma tensão pelo caráter de reorganização da rotina, mas que não parecia adquirir os contornos de congelamento e angústia que havíamos testemunhado no primeiro encontro. A sessão se desenvolve mais como um relato do que haviam descoberto com as últimas mudanças, mas parecia ter um leve tom de reassuramento que eles buscavam nas analistas. Após seis meses, num telefonema que havia sido combinado para essa época, Flora diz estar preocupada com Bruna que se mostrava muito insegura e amedrontada e marcamos uma conversa com o casal para entender melhor a queixa atual. Eles contam que a filha não queria ficar na escola e chorava todos os dias, além de acordar à noite com pesadelos. Ao longo da sessão alguns fatores como mudança de escola e crise do casal vai deixando

claro que Bruna havia se sentido insegura com algumas perdas que havia tido em relação à escola e às perdas inerentes ao fato de estar crescida, potencializado pelas vivências com a irmã e a iminência de perda que a crise do casal se colocava nas entrelinhas da dinâmica familiar, mostrando-se bastante sensível e precisando ser acolhida recorrendo à cama dos pais durante à noite.

Embora tenham mencionado uma crise que chegara a aventar a hipótese de uma separação, o casal quando do encontro conosco já havia se restabelecido e mostrava ter condições até mesmo de compreender o que parecia estar acontecendo emocionalmente com a filha. Pensamos que eles também tiveram conosco um movimento de reassuramento frente ao desenvolvimento que pareciam experimentar nas várias dimensões da família, casal e individual porque no final desse encontro Marcos expressa seu desejo de ter mais um encontro conosco, mas na data marcada eles se esquecem do horário e quando falamos ao telefone Flora diz que estavam podendo resolver as questões que se colocavam e que talvez pudessem seguir agora sem nossa ajuda.

A intervenção precoce em situações de dificuldades alimentares: criando condições de comunicação

Audrey Setton Lopes de Souza¹ (Instituto de Psicologia USP, Instituto Sedes Sapientae e SBPSP)

Magaly Miranda Marconato Callia² (Instituto Sedes Sapientae e SBPSP)

Palavras-chave: Consultas terapêuticas; Intervenção precoce; Relação pais-bebês; Distúrbio Alimentar.

Este trabalho apresenta o relato clínico e a discussão de um atendimento conjunto pais-bebê, apoiado no modelo de consultas terapêuticas conforme proposto por Winnicott e ampliado por Lebovici.

A proposta de um trabalho de intervenção precoce está apoiado no reconhecimento da importância das relações iniciais na constituição do psiquismo que tem sido amplamente reconhecida pela psicanálise.

Referindo-se ao que chamou de “Sua majestade, o bebê”, um estado de onipotência infantil, que funciona como contraponto de seu intenso desamparo de origem, Freud introduz uma nota de rodapé na qual coloca que “uma ficção como esta só é possível se se considera a existência de uma mãe”. Está marcada desde aí a importância da figura materna para ancorar o desenvolvimento infantil impedindo que seu bebê, ainda precariamente constituído, se veja precocemente imerso no desespero de seu desamparo.

O papel dos pais neste período tem sido destacado por diversos autores que apontam para o risco e o impacto sobre o psiquismo infantil da prematura experiência do desamparo e da dependência. Nesta direção de pensamento os autores, cada um sob seu vértice de observação, têm teorizado sobre a função do objeto primordial neste processo amparando, com seu próprio psiquismo, a criança evitando assim que o aparelho mental da criança, ainda precário, não tenha que se haver com angústias insuportáveis.

Ao oferecer continência ao desamparo infantil, experienciado como intolerável pelo bebê, os pais acolhem uma primeira forma de comunicação entre os pais e seus filhos e, valendo-se suas próprias capacidades psíquicas, podem acolher e significar, atribuindo sentido às comunicações e comportamentos da criança e permitindo que se instalem as bases de um aparelho psíquico.

Os conceitos de revêrie (Bion), holding e preocupação materna primária (Winnicott) e segunda pele (Bick) são modelos que significam estas experiências iniciais.

É importante também destacar as contribuições oriundas dos teóricos que estudam o que chamaram da construção da parentalidade. Este termo abrange o intrincado processo de tornar-se pai e mãe, pois ter um filho não é o mesmo que tornar-se pai e mãe. Para além do processo biológico está presente um aspecto psicológico, consciente e inconsciente, que passa por uma reaproximação da história da constituição psíquica destes pais. A parentalização exige dos pais transformações identificatórias profundas nas quais são reeditados conflitos antigos, nesta busca por tornar-se pais desta criança, e é a partir destes vínculos afetivos construídos que será constituída a vida psíquica da criança e seu processo de subjetivação.

Neste contexto inserem-se as contribuições dos autores que sugerem a importância de intervenções iniciais que ao romper as amarras que impedem estes pais de parentalizar seus filhos e cumprir com suas

1 Psicóloga e psicanalista. Mestre, doutora e docente da graduação e pós-graduação do IPUSP-SP; membro associado da SBPSP; membro efetivo do Departamento de Psicanálise da Criança do Sedes; docente no “Curso de Introdução a Intervenção Precoce na Relação Pais Bebê” - Sedes. asetton@uol.com.br.

2 Psicóloga e psicanalista, membro filiado da SBPSP; membro efetivo do Departamento de Psicanálise da Criança do Instituto Sedes Sapientae; docente no “Curso de Introdução a Intervenção Precoce na Relação Pais Bebê” - Sedes.

funções de ancoragem para o desenvolvimento de seus filhos, podem possibilitar a abertura para novos sentidos e propiciar que o fluxo do desenvolvimento se movimente.

Como propôs Fraiberg este trabalho com os "FANTASMAS QUE RONDAM A RELAÇÃO COM SEUS FILHOS" e que os impedem de um contato com o bebê real permite que estes conflitos possam encontrar formas de expressão menos tanáticas.

Acreditamos que inundados pelas identificações projetivas de seus pais estas crianças pedem socorro através de seus sintomas e a intervenção permite a abertura de novos sentidos.

Estamos frente a novos enquadres ou enquadres diferenciados que permitem atingir, fundamentadas na psicanálise, manifestações do fenômeno humano, antes inexploradas pela intervenção psicanalítica. O atendimento a bebês e a clínica de 0 a 3 anos. Reconhecer a importância e a pertinência de intervenções nesta faixa etária é reconhecer como sintoma, como grito e como pedido de ajuda, manifestações muito iniciais relativas a funções vitais como comer, dormir e manifestações ainda mais precoces como a constituição de vínculo em famílias com bebês prematuros.

Trata-se do uso do método psicanalítico em enquadres diferenciados nos quais a atenção flutuante, a interpretação, a transferência, e a contra transferência são ferramentas que permitem uma escuta, um movimento de gestação de sentidos.

Queríamos também destacar que são perspectivas nas quais o adoecer e o sofrimento humano inclui a dimensão relacional, tanto na sua articulação com o papel do objeto externo (da família) na constituição do sujeito quanto com a inclusão da pessoa do analista como fator de crescimento.

Incluir esta dimensão implica em pensar uma clínica na qual o revêrie, a empatia metaforizante e a figura do analista são elementos primordiais em qualquer proposta de intervenção psicanalítica.

A possibilidade de oferecer continências às angústias dos pais na relação com seus bebês tem se mostrado eficaz para ajudá-los a digerir emoções sentidas como insuportáveis e que eram depositadas em seus filhos. Acolher estas identificações projetivas e nomeá-las mostrou ser uma possibilidade de intervenção que permitiu a emergência de novos sentidos.

As consultas terapêuticas têm como objetivo oferecer "holding" ao bebê e seus pais no sentido de propiciar a possibilidade de um novo ambiente reparador, onde as funções parentais possam ser revistas possibilitando assim, o atendimento das necessidades básicas do bebê. O sintoma trazido pelos pais pode ser visto como um nó, que atrapalha o amadurecimento do bebê, mas que poderá ser desfeito ou afrouxado pelo trabalho conjunto, propiciando melhores condições de comunicação e desenvolvimento.

Um breve relato clínico

Recebemos um casal, encaminhado pelo pediatra, angustiados com recusa da filha em alimentar-se de comida sólida. Já trataram com fono, possibilidade de refluxo ou alergia a alguma coisa, mas ela continua se recusando (*"às vezes tem até ânsia de vômito frente à comida"*) Relatam que desde a passagem do leite para a papinha Juliana se recusa a comer e só fica no leite.

"e isto me deixa frustrada" diz a mãe

O casal relata que Juliana nasceu, fruto de uma inseminação artificial, depois de 10 anos de tentativas frustradas de engravidar.

"Minha mãe dizia que era melhor eu não engravidar por que não daria conta".

"Talvez Deus ache que eu não nasci pra ser mãe"

Uma gravidez muito desejada e esperada por todos, mas acompanhada por fortes enjoos durante os nove meses da gestação e de uma angústia devido a uma incompatibilidade sanguínea entre os pais.

"Preocupação que tivesse algum problema. Será que vai acontecer alguma coisa quando ela nascer?"

Juliana nasce normal e saudável porém não pode ser admirada por sua mãe, faltou-lhe a experiência estética (Apreensão do belo). No dia do parto, segundo o relato da mãe, *"foi tudo muito estranho, parecia que eu não sabia o que eu tava fazendo lá. Não lembro da emoção, era como se não tivesse se realizado.*

Se não olho as fotos....."

Ao chegar no quarto, teve muito medo de perder a filha ou de não dar conta. Chorava sem parar. O pai percebe que estava deprimida no dia seguinte ao parto. Foi medicada durante 3 meses.

Amamenta a filha no peito por 4 meses (o leite secou) depois introduz a mamadeira. Ao introduzir a papinha recebe a recusa da filha.

"Eu falo que não me sinto mãe. Imaginava uma bonequinha, mas agora eu vi que não é assim"

Quando o pai chega em casa sempre brinca com a filha e se divertem juntos, mas quando escuta a mãe subindo as escadas parece que muda, fica nervosa, chegando a agredir o pai:

"Quero a mamãe!"

O corte deve radical não há como fazer uma passagem gradativa. Há um vácuo entre o pai e a mãe.

Propomos ao casal um atendimento à família e eles aceitam.

Por que Juliana não pode comer? Do que fala seu corpo? Para o que se fecha? Qual o sentido deste sintoma de recusa..

Fruto de uma inseminação artificial de um casal que não conseguia engravidar, sem motivos orgânicos evidentes. Uma mãe angustiada, ferida narcisicamente por não ser capaz de engravidar e tomada pelo discurso de sua mãe que lhe diz para desistir, pois seria incapaz de cuidar de um bebê, esta mãe não consegue autorizar-se como mãe.

Uma gravidez concebida como triunfo hostil a esta condenação é marcada por fantasias de morte e persecutoriedade. Juliana ao nascer é recebida pela depressão materna. Impossibilitada de sentir-se capaz de matinar seu bebê e invadida pelos discursos familiares que a desautorizam como mãe propõe à filha, no contraponto da exp. de depressão e falta de disponibilidade inicial, uma existência fusionada como forma de garantir a ligação, no entanto dificuldade alimentar da filha é tomada como evidência de seu fracasso.

Mas o que diz Juliana com seu sintoma? Resposta à intrusividade materna a recusa alimentar parece uma reação desesperada no afã de diferenciar-se. Juliana é depositária da angustia materna que não tem como exercer sua função de revêrie, pois é a filha que deve funcionar como depositária de suas identificações projetivas resultando na inanição como forma de se proteger desta invasão. As descrições da aparente "maturidade" e "agitação" da filha em muitos outros aspectos são condizentes com as descrições de Bick das formas pelas quais as crianças se organizam defensivamente nas falhas de construção de sua pele psíquica.

Bick descreveu o fenômeno que chamou de "segunda pele"; um sentimento de segurança encontrado pela criança a partir da relação com seus pais. A criança encontraria nas relações iniciais de dependência um substituto de seus próprios recursos para manter um sentimento de segurança.

Baseada em situações clínicas de pacientes gravemente comprometidos e nas observações das relações pais- bebê, reconhece a existência de um terror infantil de cair e fragmentar-se nos momentos em que se sente "não contido" (ex. angustia do bebê quando tiram suas roupas antes do banho). O que Bick sugere é que a criança pode encontrar no amparo materno uma forma de se manter integrado e na ausência da continência materna poderia apelar para outras formas de sustentação que poderiam aparecer como um excessivo desenvolvimento muscular ou ainda tornando-se precocemente auto suficiente e controlador ou excessivamente agitado, ou uma espécie de fixação adesiva à mãe; ela aponta que estas situações funcionariam como a criação de sua própria segunda pele.

A intervenção proposta pela dupla de terapeutas tinha a objetivo de explicitação e movimentação desta dinâmica familiar.

A primeira sessão traz algumas reflexões; mostra um pai mais capaz de interagir com a filha e uma mãe aprisionada por um discurso auto acusatório e cuja filha é tomada como representação de seu fracasso. Enquanto uma das terapeutas vivencia o aprisionamento de seu discurso a filha pode experimentar, ainda que desconfiada, separar-se. Ficamos também sabendo de estruturas familiares invasivas (tanto maternas quanto paternas) e que o único capaz de reagir e cortar é o pai. E recebemos a notícia de que Juliana traz em seu nome a marca de uma morte.

No segundo encontro Juliana vem correndo ao nosso encontro, mas trava ao chegar à porta: expressão de sua ambivalência frente à possibilidade de novas ligações. O tema é retomado ao longo do encontro por uma brincadeira de esconder (aparecer e desaparecer) que de início é trazido pelos pais como uma nova mania mas permite que conversemos sobre o desejo de novas ligações (cadê a amiginha?). A fala da mãe é que não se sente preparada para se separar (“não sei se eu agüento”). Juliana não pode ir à escolinha e sua mãe não pode pensar em engravidar. Um jogo de esconder que os pais não conseguem acolher desperta intensa angustia seguida de forte choro, muito assustada precisa do colo do pai. Todos são mobilizados por seu desamparo que custa a apaziguar-se. A sessão revela a intensa angustia em relação às separações. A falta parece trazer uma angustia de esvaziamento. Não é possível a experiência de uma falta e o modo de preenche-la é via invasão e fusão. Juliana precisa poder brincar de esconder e ser compreendida.

O outro encontro traz uma família mais deprimida. Juliana está gripada e sua mãe deprimida e desanimada. Trazem a empregada para ajudar (ela fica na sala de espera). Os pais contam que falaram com o pediatra da possibilidade de pensar em uma nova gravidez mas este achou que era melhor esperar. Mas a inclusão desta nova possibilidade, apesar de enfraquecer sua saúde, traz uma Juliana mais brincante e mais em contato com as terapeutas que transitam entre si o lugar na brincadeira.

A quarta sessão revela uma abertura da família; Juliana já aceita um pouco mais a comida e os pais já cogitam a possibilidade de resignificar uma gravidez e já é possível visualizar Juliana podendo freqüentar outros espaços. A brincadeira é rica com temas de família e alimentação. É sugerido a Juliana se gostaria que mais alguém participasse com ela da brincadeira e ela chama a mãe que fica muito emocionada. É possível achar graça de seu ciúme em relação às terapeutas.

Falamos novamente dos temores que sempre acompanharam a experiência de maternagem, mas o ambiente não traz a tensão dos primeiros encontros é uma lembrança de um passado difícil mas que não se presentifica no encontro.

Podemos nos separar um pouco também como terapeutas desta família. O novo encontro só é marcado para um mês depois.

Ao longo dos encontros pudemos ajudar ao:

1. Possibilitar à mãe lidar com sua culpa referente a depressão pós parto e explicitar seus receios de não poder ser uma boa mãe que a levavam a propor uma relação fusionada com a filha e simultaneamente permitir ao pai que possa intervir e auxiliar neste processo;

2. Oferecer continência e compreensão aos pais habilitando-os a ser capaz de atribuir sentidos às comunicações e comportamentos da criança;

3. Simultaneamente verbalizar os modos da criança de lidar com situações de extrema ansiedade relacionadas a seus estados de desamparo e dependência experienciados como intoleráveis;

4. A possibilidade de oferecer continências às angústias dos pais na relação com seus bebês mostrou-se eficaz para ajudá-los a digerir emoções sentidas como insuportáveis e que eram depositadas em seus filhos assim como habilita-los a dar sentido às comunicações da criança;

5. Acolher estas identificações projetivas e nomeá-las mostrou ser uma possibilidade de intervenção que permitiu a emergência de novos sentidos.

Acolher a esta família permitiu que este jogo nocivo de falhas na função de revêrie pudesse romper-se. Ancorados em experiências de holding e revêrie, emoções insustentáveis, antes splitadas, projetadas e negadas podem ser digeridas levando a encontros transformadores que na presença do outro podem ser resignificados e acolhidas permitindo que crianças barradas em seu desenvolvimento possam recuperar ou encontrar pais que as ajudem a desenvolver sua subjetividade.

Novas indagações e antigas controvérsias na psicanálise com crianças.

Belizia Aben- Athar Barcessat¹

Palavras-chave: Psicanálise, prática clínica, criança, constituição psíquica.

As polarizações que inauguraram a prática psicanalítica com crianças atualizam-se na peculiaridade dessa clínica, impondo questões que convocam a reflexão metapsicológica e que incidem na condução do trabalho analítico que envolve a criança. Se a tese de que a constituição do psiquismo resulta da ação conjunta de mecanismos internos e de influências externas é reiterada nos textos fundadores da psicanálise, o gradiente de tais determinantes configura-se como eixo privilegiado das dissonâncias interpretativas desde a disseminação do saber psicanalítico.

As premissas evolutiva e adaptativa a respeito do ego, a importância atribuída aos objetos e à realidade externa e a intervenção privilegiadamente dirigida aos pais e não à criança, marcam o pioneirismo do trabalho teórico-clínico de Anna Freud. Em contrapartida, Melanie Klein preconiza a precocidade das instâncias psíquicas, a determinação dos mecanismos internos e, portanto, das representações do ego e dos objetos, postulando – em oposição à Anna Freud – a pertinência do tratamento clínico voltado diretamente à criança.

Em direções opostas, o trabalho inaugural de Klein e de Anna Freud contornaram e influenciaram sobremaneira a extensão do tratamento psicanalítico à criança e os pontos de controvérsia por elas introduzidos permanecem vívidos – apesar de remodelados às novas emergências – ao exercício de uma clínica voltada às questões psíquicas e contextuais que circundam o universo existencial da criança.

Atualmente, grande parte daqueles que se dedicam à teorização e à operacionalização dessa clínica, legitimam a pertinência – em determinados casos – do tratamento voltado diretamente à criança, mas incluem, necessariamente, a participação dos pais no processo terapêutico, condicionado, desse modo, ao duplo vínculo transferencial com o analista. Há também concordância significativa quanto à forte influência de fatores contextuais na emergência do sofrimento psíquico da criança, dada a incompletude de sua constituição psíquica e, correlativamente, à estreita associação de seu psiquismo com o psiquismo daqueles que exercem as funções parentais.

Entretanto, e a despeito das consonâncias discursivas e das similaridades na conduta analítica, o debate incide ainda sobre os gradientes, impondo às questões teóricas o constante trabalho de pensamento exigido pela experiência clínica. Tais questões apresentam-se a partir do momento em que nos deparamos com a demanda parental pelo atendimento à criança. Em que circunstâncias o tratamento deve dirigir-se diretamente à criança? Como, em cada situação particular, as figuras concretas dos pais encarnam as funções parentais? Como o exercício de tais funções repercutem na constituição psíquica da criança? No contexto dessa clínica, qual o limite (inclusive ético) de uma intervenção que induz a mobilização da subjetividade parental? Essas e outras indagações proliferam-se no cotidiano do trabalho clínico com a criança e mantêm a atualidade das controvérsias inauguradas pelas pioneiras.

¹ Belizia Aben- Athar Barcessat, psicóloga clínica e professora-adjunta da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Pará. Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP). belizia@gmail.com

Sobre a presença e a angústia do terapeuta na sessão

Carla Lam¹

Palavras-chave: Analista, Angústia, Narcisismo, Vínculo

Wadi Rum, Jordânia, ano 2000. Adail, beduíno que conhecemos numa pequena venda da vila se ofereceu para ser nosso guia no deserto, e nos convida para ir à sua casa. No deserto, as tendas mantêm distância suficiente para ter a privacidade preservada e a comunicação que dê segurança. Para a comunicação sonora, mais importante que o tom de voz é o uso do ritmo pausado com o som silábico prolongado. É esse prolongamento que facilita a compreensão. Um dos rituais sonoros dos beduínos é a preparação do café. O grão é colocado num recipiente e com batidas ritmadas vai se tornando solúvel. A função desse ritual é produzir um som típico que se alguém estiver passando, reconhecerá o som e se sentirá convidado a juntar-se ao beduíno.

Essas histórias vieram à minha lembrança, enquanto lia o livro "Tirando os sapatos" de Nilton Bonder. O autor faz reflexões sobre a passagem bíblica de Abraão as quais coloco a seguir já com minhas próprias reflexões.

Quando Abraão ouve o chamado de Deus, sai da terra de seus pais para seguir em direção a Terra prometida. Abraão não sabia onde era a terra prometida. Para Bonder, o objetivo não era a terra, mas o ir. Abraão sai do conhecido, para construir algo ainda desconhecido.

O nome dessa passagem bíblica é *Lech lechá* – que significa tanto "vá para si mesmo", quanto "vá por si mesmo". Ser peregrino é ir para si mesmo, trilhando um caminho. E ir para si mesmo é buscar algo para além do já conhecido.

As ameaças não estão no caminho, nem no desconhecido, mas na vulnerabilidade gerada pelos fundamentos enraizados. Esses nos impedem de reflexão e se confundem com a nossa própria identidade. Por outro lado, a segurança está na interação, nos vínculos estabelecidos com pessoas. Todo viajante necessita da hospitalidade para sobreviver.

Os fundamentos enraizados impedem da interação e de aceitar a hospitalidade. Sem hospitalidade não viajamos e não traçamos o nosso caminho - não podemos ir a nós mesmos.

No caminho há sempre o viajante e o anfitrião. O viajante para seguir sua viagem precisa confiar que encontrará o anfitrião. Mas, o anfitrião é quem mais se beneficia, enquanto oferece abrigo, recebe a esperança e a aventura espiritual. O anfitrião também recebe recursos que incrementam sua vida. Ao receber o outro, precisa sair do seu cotidiano, e encontrar valores dentro de si ainda desconhecidos. Ser anfitrião é construir caminho - ir por si mesmo e para si mesmo – *Lech Lechá*.

Estar verdadeiramente com o outro, é não buscar a satisfação das próprias expectativas, mas às necessidades do outro. Bonder diz "*Ser anfitrião não é controlar o outro, mas, sim, doar. E a doação também não é aquilo que você quer doar. Essa categoria daquilo que você quer ofertar não se encaixa na grandeza da generosidade, mas numa mera extensão de suas vontades*". E acrescenta que ofertar ao outro o que é bom na própria concepção, não é generosidade, mas comércio. "... *ser generoso não é entregar o que você quer, mas o que o outro quer*". (BONDER, 2008, p. 127)

¹ Psicóloga Clínica com especialização em Psicologia da Infância pela UNIFESP e em Coordenação de Grupo pelo NESME. Psicoterapeuta de criança e adultos no consultório. Colabora com projetos ligados a Educação Democrática. Presidente da diretoria do Nesme – Núcleo de Estudos em Saúde Mental e da Psicanálise das Configurações Vinculares. lam@plugnet.com.br

O indizível: a revivescência da rejeição materna

Cassandra Pereira França¹

Palavras-chave: Analista, Angústia, Narcisismo, Vínculo

Na constituição do setting analítico sabemos que a transferência dos pais é responsável pela sustentação da transferência da criança, no entanto, a fim de quebrar esse paradigma clínico, pretendo apresentar para debate um caso em que a própria criança, mesmo não tendo suporte adequado dos pais, incumbe-se de fazer o contrato analítico e de estabelecer um forte vínculo transferencial. Algo tão inusitado e que somente poderia ser esclarecido ao longo do trabalho, ilustrava a “orfandade” psíquica dessa criança. As representações pré-verbais das angustiantes vivências de rejeição por parte dos objetos primários, abrem espaço para acompanharmos o manejo técnico que foi, gradativamente, permitindo que o material clínico encontrasse vias de simbolização e verbalização fundamentais para a constituição psíquica dessa criança.

¹ Doutora em Psicologia Clínica pela PUC/SP; Professora Associada de Departamento de Psicologia da UFMG; Professora do Mestrado em Psicologia da UFMG; Coordenadora do Curso de Especialização em Teoria Psicanalítica da UFMG.

Introdução

Segundo Sara Ferro (2003), os modelos psicanalíticos utilizados na atualidade, e entre eles eu aponto a Psicanálise das Configurações Vinculares, consideram a pessoa real do analista como um fator importante no processo analítico. A interpretação não é apenas da transferência, mas também na transferência, e a contratransferência é um importante aliado para a compreensão da situação analítica. O desenvolvimento psíquico se dá na relação, e depende do analisando e do analista.

"analista e paciente interactuam e haverá a criação de condições de contenção, de holding, de empatia, sendo então possível o estabelecimento de um espaço relacional com propósito construtivo original; os fenômenos de transferência e contra-transferência são uma unidade dinâmica e dialética; a contra-transferência é uma componente com função na compreensão do que se passa na situação analítica" (Sara Ferro).

Considerando que o desenvolvimento psíquico se dá na relação, se faz necessário apresentar ao leitor as condições de empatia, rêverie e vínculo.

Empatia

Para Capier (1994), o conceito de Bion "isolamento dentro de uma relação de intimidade" evidencia o fato analítico. Segundo o autor, Bion sugere que cada integrante percebe seu papel na relação, por isso isolamento; e por surgir no contato entre indivíduos separados é intimidade.

Para Nava (2005), para se ter consciência de si, há necessidade de representação do outro, e isso implica em ter a capacidade de ver na perspectiva do outro. Para estar com o outro, precisamos, analista e analisandos, frustrar o desejo de estar fusionado.

A autora trabalha com as ideias de Kohut sobre a empatia, para quem empatia é a capacidade de sentir, buscando em suas próprias vivências, a vivência do outro. Porém, sentindo de maneira atenuada e sem se confundir com ele.

Rêverie

Fernandes (2003) ao discutir o conceito de Bion "pensar o pensamento", destaca dois mecanismos do aparelho psíquico. O primeiro é a constante oscilação entre as posições esquizoparanóide e depressiva, em que *"variam de desintegração à integração, da desordem à ordem, dinâmica que pode ser simbolizada por PEP \approx PD"*. O segundo mecanismo é *"a relação dinâmica entre algo que contém e algo que é contido – modelo continente-conteúdo"* (FERNANDES 2003, p.134).

Segundo Camargo (2000), para Bion, a identificação projetiva, ao evacuar um estado mental insuportável, projetando esse em um objeto externo, para além de sentir o alívio, tem pelo menos mais dois objetivos: 1) controlar esse objeto; 2) causar nele um estado mental semelhante ao seu, como forma de comunicação.

O analista deve ser continente e promover tolerância à frustração. *"A incapacidade de tolerar frustração poderá obstruir o desenvolvimento dos pensamentos e da capacidade de pensar"* (BION [1952], 1994, p. 131).

Vínculo

Para Tabak de Bianchedi (1999) o vínculo é a intercomunicação de duas mentes, sendo basicamente emocional. O fundamental não são os objetos, mas o que transcorre entre as duas mentes.

"É um vínculo compreensivo-emocional entre os sentimentos e emoções do bebê e a resposta materna de compreendê-los, decodificá-los e agir – melhor ou pior, de forma adequada ou não. Esta relação primeira entre a mente da mãe e do bebê é o prototipo do vínculo do conhecimento". (TABAK DE BIANCHEDI)

Assim, o vínculo do conhecimento (K) está relacionado ao Rêverie.

Tabak de Bianchedi também evidencia a importância do vínculo emocional no presente. É algo que se transforma e é permanentemente novo. Em cada mudança há sempre uma nova criação.

Narcisismo do terapeuta

A capacidade de conter a própria angústia permite o vínculo +K (conhecimento), em que é possível pensar e tolerar a dúvida. Se o analista não estiver aberto ao inesperado e desconhecido, pode destruir a possibilidade de conhecimento, promovendo a culpa, e a superioridade moral da ignorância, sentindo como um ataque ao seu narcisismo.

"eventual funcionamento superegótico do analista, quando nele não há a capacidade de conter as suas próprias angústias que decorrem do seu não saber aquilo que se está passando na situação analítica havendo então falência de suas capacidades terapêuticas, e pior ainda, a possibilidade de comprometer gravemente as capacidades mentais do paciente nele mantendo um superego de características patológicas, assistindo-se por vezes a uma inversão do fluxo das identificações projectivas devastadora" (FERRO, 2003)

Quando a dúvida não é tolerada, e o analista deseja responder a sua demanda de saber, perde a possibilidade de pensar, e pode haver um ataque ao vínculo com os analisandos e o grupo.

Material Clínico

Utilizarei recortes clínicos de duas sessões de grupos distintos realizados no ambulatório do Setor de Saúde Mental da Pediatria da UNIFESP (os nomes utilizados são fictícios). Ambos os recortes revelam meu distanciamento do que estava acontecendo, na tentativa de responder a minha demanda narcísica - meu desejo de entender e me proteger do desconhecido.

No primeiro recorte, mostro a minha vivência em situação de turbulência, em que o grupo teve que se proteger de meu ataque ao vínculo de conhecimento, e cuidar de mim. Como disse Sara Ferro, houve uma inversão do fluxo das identificações projetivas. No segundo recorte, na tentativa de entender o que se passava, me distanciei como pessoa inteira, porém pudemos, analisandos e eu, conter a frustração e retomar a possibilidade de pensar. Eu pude voltar a minha função de analista.

Recorte clínico 1

O grupo composto por 7 crianças entre 7 e 11 anos. Nesse dia estavam presentes 4 crianças.

Batem na porta e Ariel levanta e abre a porta. Uma mulher que quer marcar uma consulta me olha. Faço sinal para não entrar. Vou até a porta, peço para aguardar.

Ivo – Eu não entendi o que aquela mulher disse

T – Ela queria falar , mas eu disse que não podia porque estou com vocês.

Ivo – Você tem filho?

T – Se eu tenho filho?

Todos – Você tem filho?

T – Não.

Ivo – Não???

Fernando – Mas você é casada?

T – Parece que vocês têm muita curiosidade sobre mim. Se sou casada, se tenho filho...

Ivo - Nós aqui, somos seus filhos.

T – O que é ser filho?

Mara – Tipo assim: Quando alguém pergunta se você é casada, você responde perguntando “o que você acha?” Porque adolescente têm curiosidade.

Ariel levanta e vai à pasta de material gráfico produzido em sessões anterior. Fernando também.

Mara – Adolescente gosta de saber das coisas, e precisa conversar.

T – Quer saber o que a mamãe e o papai fazem.

Ivo – Na lua de mel.

Ivo se junta ao Ariel e Fernando que estão olhando o seu desenho (um grande sol).

Mara – Adolescente quer conversar, conversar aqui ali. Ver o que acontece no quarto. Ver de cima. Adolescente é igual criança.

Fernando – Eu não desenho sol, só desenhava no prezinho. Gosto de desenhar pessoas.

Ariel – Eu também. Não desenho sol.

Ivo – O sol dá destaque na folha.

Discussão

Nesse recorte, há um momento em que eu me defronto com o não entendimento do que acontece. Isso ocorre por eu tentar satisfazer meu narcisismo - ser “boa” analista, que entende o que acontece e contribuí com ótimas intervenções, particularmente, interpretações.

Quando Ivo diz não entender o que “aquela mulher disse”, eu relaciono a pessoa que bateu a porta. Eu perdi o momento presente: Ivo denunciava que estávamos sem entender o que acontecia.

Assim, distanciada do presente, a pergunta se tenho filhos, me pareceu uma pergunta absurda. Eu não sabia como tinha surgido e, na busca de explicações, fiquei sem saber o que dizer. E embora a pergunta pudesse trazer tanto uma resposta positiva quanto negativa, se surpreendem com o “não” (ou será com o meu impacto?). Ao responder, me coloquei de alguma forma mais presente na sessão, me revelando como pessoa. As crianças perceberam que fiquei impactada, o que também causou impacto neles. Na resposta, eu revelei minha intimidade: sou uma pessoa que também perde o “controle”. Também me surpreendo e fico sem saber o que fazer com o que sinto.

Houve a inversão de fluxo das identificações projetivas. Como Ferro colocou, por eu não estar aberta ao desconhecido, promovi a culpa e funcionei para destruir a possibilidade de conhecimento.

O grupo precisou encontrar uma maneira de se recompor, de se organizar e entender o que acontecia. Porém, nesse momento não puderam contar com a analista. Ao dizer “Nós aqui, somos os seus filhos”, mostram a tentativa de repar a desordem causada pela investigação. O que revela uma estrutura psíquica que reconhece sua capacidade de conter a desordem e de cuidar do outro.

As crianças que estão fisicamente afastadas observaram o desenho (um grande sol) da criança que supostamente iniciou essa desordem ao perguntar se tenho filhos. Discutiram se são adolescentes ou crianças. “Eu não desenho sol, só desenhava no prezinho”. Desenhar sol é coisa de criança? Ter curiosidade é coisa de criança? Parecem acreditar que a desordem foi causada pelos aspectos infantis e que esses não deveriam estar presentes. Mas, como disse Mara: “Adolescente é igual criança” e ainda “Gosta de saber das coisas e precisa conversar”.

Recorte clínico 2

O grupo é composto por 5 crianças entre 7 e 9 anos, e nesse dia estavam presentes duas crianças.

Eduardo brinca com avião e carrinhos, e Daniela observa-o. Em sua brincadeira, provoca situações de confronto, e diz que o carrinho morreu, o avião morreu, os bonecos morreram etc. Depois de muitas tentativas da terapeuta em entender o que acontecia, Eduardo “corta” a cabeça do boneco.

Carla – Será que eu estou sem cabeça?

Eduardo – Uma mula sem cabeça.

Carla – Ah! Estou sem cabeça...

Daniela – Era o que eu ia falar. Uma mula sem cabeça!

Daniela para Carla – Agora você está começando a pegar a idéia.

Discussão

Por várias vezes tentei entender o que acontecia, porém me coloquei pouco presente. Na tentativa de colocar a minha compreensão (cabeça), afastei o afeto e a possibilidade de estar junto (corpo).

Para uma cabeça sem corpo, há um corpo sem cabeça!

Eu estava a serviço da satisfação da minha demanda narcísica de compreender e ser boa analista. Afastada do grupo, eu não proporcionava o vínculo +K. Eu não podia ter empatia nem rêverie.

As crianças puderam denunciar que eu não estava com eles, e como uma mula, eu estava estéril, não podia ser criativa, nem mesmo entender o que se passava. Como uma *mula sem cabeça*, eu causava medo – uma assombração – que paralisava e impedia o desenvolvimento do grupo.

Ao poderem compartilhar comigo o fato de se sentirem sozinhas, assustadas e sem minha empatia e rêverie, essa condição foi invertida. Eu “peguei a idéia”, e novo vínculo foi estabelecido, o vínculo +K, permitindo pensar como é estar num grupo em que a analista não compreende.

Esse recorte mostra como os vínculos mudam na sessão e como estão relacionados ao presentes.

Conclusão

O analista precisa ter continência aos próprios sentimentos, pois trabalhar analiticamente, não é só algo que exerce *sobre* o paciente, mas algo que acontece *entre* ambos. A presença do analista, com seus recursos emocionais, sua empatia e contratransferências são recursos importantes para o processo analítico. O analista precisa estar inteiro – cabeça e corpo.

O analista é peregrino e também anfitrião. Como viajante, leva a esperança do novo e conta com o outro para ser hospedado; como anfitrião, permitir-se sair do seu cotidiano e ser tocado por valores dentro de si ainda desconhecidos. Estar presente na sessão é entregar ao outro o que esse necessita, sem temer o que vai encontrar.

O analista além de ser o hospedeiro dos analisandos e do grupo, também é hospedeiro de si. Ser analista é ser peregrino e anfitrião. É ir para si mesmo e por si mesmo: Lech Lechál!

Referências Bibliográficas

BION, W. R. [1952]. Uma teoria sobre o pensar. IN: *Estudos psicanalíticos revisados – Second thoughts*. Rio de Janeiro: Imago, 1994. p. 127-137.

BONDER, N. **Tirando os sapatos: o caminho de Abraão, um caminho para o outro**. Rio de Janeiro: Rocco, 2008.

- CAMARGO, C. N. M. transferência – Continência – Holding – Rêverie. **Boletim Formação em Psicanálise**, São Paulo: Instituto Sedes Sapientiae, n 2, p. 95-102, 2000.
- CAPER, R. [1994]. O que é fato clínico?. *Livro anual de psicanálise Tomo X: Fato em Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1996. p. 11-21.
- CAVALLARI, Maria de Lourdes Rossetto e MOSCHETA, Murilo dos Santos. Reflexões a respeito da identificação projetiva na grupoterapia psicanalítica. **REVISTA DA SPAGESP**, Ribeirão Preto, no.1, 2007.
- DELLA NINA, M. Holding e continência em Winnicott: sua relação com o campo empático de interação. **Alter – Jornal de Estudos Psicanalíticos**, Brasília: Sociedade de Psicanálise de Brasília, n.2, 257-275, 2002
- FERNANDES, W. J. O processo Comunicativo Vincular e a Psicanálise dos Vínculos. In FERNANDES, W. F.; SVARTMAN, B.; FERNANDES, B. **Grupos e configurações vinculares**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 43-55.
- _____. Crescimento Mental e Modelos no Processo Grupal. As dificuldades da Comunicação. In _____. **Grupos e configurações vinculares**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 129-143.
- FERRO, S. **A Grupanalise como Instrumento de “Cura Analítica”. Algumas Considerações Sobre os Modelos Psicanalíticos e a Técnica Grupanalítica**. Disponível em: < <http://www.grupanalise.pt/ga/pdfs/revistaonline1.pdf> >. Acesso em 02 nov. 2009
- LAM, C. **A presença do terapeuta na sessão - Fato analítico: sol e alma**. 2007. Trabalho apresentado no curso CEPPV – Centro de Educação Permanente em Psicanálise dos Vínculos, Nesme, São Paulo.
- NAVA, Ana Sofia. Empatia e grupanalise: uma abordagem integradora. **REVISTA DA SPAGESP**, Ribeirão Preto, no.2, p.01-18, 2005
- TABAK de BIANCHEDI, E. **La perspectiva vincular em psicanálisis**. Disponível em: <http://www.psi.uba.ar/biblioteca/bvs/aappg/revistas_digitalizadas/1999_2/1-MESA%20REDONDA%20Bianchedi,%20Sternbach,%20Winograd.pdf>. Acesso em 02 nov 2009.

Possibilidades de Análise em uma Instituição em Situações de Abuso

Christiane Sanches¹

Palavras-chave: Instituição, transferência, abuso e psicanálise.

O atendimento as crianças e adolescentes vítimas de violência e seus familiares tem sido uma preocupação de pesquisadores e de políticas públicas, com projetos governamentais e não governamentais, em virtude do impacto negativo para o desenvolvimento da criança e adolescente.

Lamour (1997) considera que os mecanismos descritos por Ferenczi contribuem para a compreensão dos estudos de Summit sobre a dinâmica psíquica da "síndrome de adaptação da criança vítima de abuso sexual" (pág 51). Refere que o momento de descoberta é um trauma para a criança. A criança aparece duplamente como vítima dos abusos sexuais e da incredulidade dos adultos. A autora cita que é comum, por meio de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, que as crianças chegam a negar os fatos após uma primeira confissão.

"As pesquisas retrospectivas revelaram que a criança, em geral, nunca diz nada: ela teme a punição ou a incapacidade dos adultos de protegê-la da violência de seu agressor" (p.55)

Seria esperado que a popularização deste conhecimento trouxesse apenas benefícios para o desenvolvimento saudável das crianças vítimas de violência ou não, no entanto, muitas vezes ele também pode ser utilizado de forma perversa. Mães em situações de conflitos judiciais em determinadas circunstâncias até inventam a vivência de situações abusivas contra seus filhos perpetrados pelo genitor, com o intuito de afastá-lo do convívio com a criança, situação denominada no âmbito judicial, como alienação parental.

Sabe-se que o sistema judiciário trabalha com documentos e provas objetivas para caracterizar um possível abuso. Entre eles podemos citar: testemunhas, depoimentos, documentos diversos, laudos do Instituto Médico Legal e perícias do Serviço Social e Psicológico realizadas pelos técnicos do Tribunal de Justiça (TJ). A subjetividade por sua complexidade e dificuldade para mensurar quantitativamente, costuma trazer dúvidas no processo jurídico, para identificar e caracterizar uma situação abusiva. As avaliações dos peritos do (TJ), em geral trabalham com os elementos da subjetividade da dinâmica familiar em litígio. Nem sempre é possível identificar e incluir no laudo as respostas objetivas que a Justiça espera deste profissional.

Desta forma, a alienação parental é um poderoso entrave por trazer maiores lacunas para a justiça no que se refere a identificação de uma situação abusiva, em virtude de suas características subjetivas, já que o discurso da criança pode estar sendo atravessado pelo desejo materno de afastar a convivência e aproximação do pai, por razões pessoais da mãe construída na relação afetiva com o seu ex-parceiro. Neste sentido, a criança é convidada a realizar uma aliança com um alto custo emocional, para o seu psiquismo, no que se refere ao medo de perder o amor materno se não ocupar o lugar solicitado por esta mãe.

Tal situação pode refletir em uma justiça rigorosa, rígida e cética para a compreensão de fenômenos relacionados à subjetividade humana, diante do uso perverso de situações graves como o abuso contra crianças e adolescentes.

1 Psicóloga e Psicanalista, Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento pela UPM -SP, Especialista em Psicologia Hospitalar/SCMSP e CFP, Formação em Psicanálise da Criança pelo Instituto Sedes Sapientiae, Docente do curso de Pedagogia das Faculdades Integradas Campos Salles, Psicóloga Judiciária, Membro e Docente do Centro de Referência às Vítimas de Violência/Sedes e FUNDUNESP. Terapeuta do Grupo Acesso – Departamento de Psicanálise da Criança/Sedes.
christianesanches@uol.com.br

Diante do cenário da alienação parental, mães que buscam como proteção para o seus filhos que sofreram experiências abusivas sofrem, muitas vezes, dificuldade para legitimar o seu discurso e diante deste território legal em que o espaço para a subjetividade é restrito, buscam-se subsídios para identificar e classificar com formas supostamente seguras e inquestionáveis a caracterização de uma situação abusiva.

Diante da exigência de materiais e provas de origem objetiva, mães orientadas por seus advogados recorrem a buscas de documentos para legitimar a “verdade”, isto é o testemunho fidedigno da experiência de uma situação abusiva vivida, em Instituições Especializadas, a partir da fantasia que uma Instituição Especializada terá todos os instrumentos objetivos para atestar um abuso e também é a propriedade da credibilidade por seu “nome” de “especializada”. O adjetivo “especializado”, muitas vezes, traz confusões no imaginário social.

A Instituição compreendida como especializada para atestar um abuso por alguns cuidadores, se trata de uma Instituição para atendimentos sociais e psicológicos que trabalha com projetos de prevenção e proteção, capacitação de profissionais e atendimentos terapêuticos para sofrimentos e traumas emocionais causados por situações de violência.

Observamos na nossa experiência de 5 anos de atendimentos nesta Instituição, que essas mães consideram que a criança será protegida com o afastamento do genitor que se relacionou com a filha de forma abusiva, como medida de proteção para evitar marcas traumáticas no desenvolvimento da criança. Muitas vezes, considerando que o afastamento apagará todas as marcas já registradas no psiquismo da criança que sofrera o abuso. Em geral, a preocupação inicial não está relacionada com o sofrimento emocional da criança, mas com o documento (laudo psicológico) que legitime o seu êxito no processo jurídico. Diante deste universo, a criança está submetida ao conflito dos pais pela verdade e sua dor emocional não tem lugar.

Neste sentido, a transferência inicial é com o nome da Instituição e o seu papel na relação com o judiciário. Não se trata de mães que não são cuidadosas com seus filhos, mas ao sofrimento por ter sentido a confiança traída e incapaz de proteger sua filha/filhos. Neste sentido, surgiram algumas reflexões e questionamentos nos atendimentos realizados que motivaram esse estudo. Diante deste cenário qual seria a possibilidade de trabalho do analista com a criança? Onde a criança tem que cumprir como meta trazer elementos que possam colaborar com a condenação do seu pai, diante da justiça?

Transferência

Pontalis e Laplanche (2008, p. 514) designa que a transferência caracteriza-se pelo processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica. Em 1914, Freud, em seu texto recordar, repetir e elaborar observou em seus estudos que os indivíduos repetem em suas ações conteúdos reprimidos. Desta forma, o analista a partir das ações e comportamentos do indivíduo em análise tem a possibilidade de compreender tais conteúdos.

Ainda, Para Freud, em 1920 (p.29) , descreve que o paciente é obrigado a repetir o material reprimido como se fosse uma experiência contemporânea, em vez, de , como o preferiria ver, recordá-lo como algo pertencente ao passado. Essas reproduções, que surgem com tal exatidão indesejada, sempre têm como tema alguma parte da vida sexual infantil (acted out) na esfera da transferência, da relação do paciente com o médico. Quando as coisas atingem essa etapa, pode-se dizer que a neurose primitiva foi então substituída por outra nova, pela “neurose de transferência”.

Neste momento, podemos realizar um primeiro questionamento. Qual o lugar que a Instituição ocupa na dinâmica emocional destes cuidadores, ao depositarem todas as expectativas de uma suposta descoberta e legitimidade de “verdade” para proteger o seu filho, do cordeiro que virou lobo. A Instituição ocupa o lugar de salvadora da verdade, talvez o Pai que protege e cuida, o pai confiável. Podemos inferir uma relação de triangulação entre mãe, Instituição e criança. Lembro-me que muitas vezes, mães ficavam

furiosas ao se sentirem decepcionadas, diria “traídas”, ao serem informadas sobre o objetivo da Instituição e que não seriam realizadas Perícias, mas atendimento psicológico a criança.

Na situação de análise de crianças, Freud (1920), embora não tenha analisado diretamente uma criança (No caso Hans o material era analisado a partir da observação e relação da criança com seus pais) entende que quando a criança passa da passividade da experiência para a atividade do jogo, transfere a experiência desagradável para um de seus companheiros de brincadeira e, dessa maneira, vinga-se de um substituto.

Lembro-me de Clara, 7 anos, uma menina que mudou o seu depoimento na justiça sobre uma situação abusiva, após o apelo de sua mãe para compreender o momento do seu pai que estava com problemas. Quais problemas? Não sabia falar sobre eles e nunca perguntou a sua mãe. A avó que era a cuidadora da criança se sentiu traída pela alteração sobre a revelação da neta. A situação abusiva ocorreu com um toque na região genital da menina. Tal situação trouxe lacunas para a compreensão do fenômeno no âmbito da justiça, pois não há provas objetivas, pois qualquer exame no Instituto Médico Legal atestaria que não houve lesões. Provavelmente, qualquer petição em defesa do genitor defenderia que não há provas para condená-lo, apenas o discurso confuso de uma criança.

A situação abusiva e as relações familiares para o direcionamento desta situação está inscrita na história desta criança, o que, somente, afastar o genitor não mudará o curso da experiência desta vivência. Podemos considerar que foram registradas marcas profundas na constituição da sua identidade com conflitos, dores, sentimentos e dificuldades para entender a troca de ternura por sedução. Firenczi (1933, p. 119) aponta que “os pais e os adultos, deveriam reconhecer, por trás do amor de transferência, submissão ou adoração, o desejo nostálgico de libertação desse amor opressivo...se ajudarmos a criança, a abandonar essa identificação e a defender-se dessa transferência tirânica, pode-se dizer que fomos bem sucedidos em promover o acesso da personalidade a um nível mais elevado”.

Compreende-se que há a necessidade de um espaço de confiança que possibilite a representação simbólica, sem a captura-la pela submissão tirânica da criança pelo analista.

Clara, estava diante do sentimento de traição da avó, o apelo da genitora, a experiência de uma situação abusiva e o medo de perder o amor materno. Nas sessões, ela não conseguia brincar com os materiais da caixa, não se observava gestos espontâneos e criatividade. O seu interesse era em conversar com a analista. Podíamos observar a dificuldade pelo mundo infantil, afinal a sua busca por ternura foi ameaçada pela confusão da sedução. Em uma das suas conversas contou que a sua amiga tinha uma boneca e ela gostava de ver a sua amiga brincando. A sua infância parece que não podia ter lugar, pois viver a fantasia possivelmente era assustador, diante da troca de papéis do pai por um toque sexual. A amiga podia brincar ela apenas falar sobre a experiência do outro.

Observávamos na relação transferencial o receio em não atender as expectativas da analista, mostrava-se uma menina sempre muito contida e comportada. Não se sentia autorizada a ser espontânea. Cabe uma pergunta: qual a ameaça para o seu psiquismo ser espontânea e criança? Ser Clara é trair sua mãe? Se na triangulação Instituição, Mãe e criança confiar no analista(representante da Instituição) talvez seja a trocar da ternura por sedução, isto é uma ameaça a sua integração psíquica. Outro ponto, relevante é expectativa materna, confiar no analista poderá despertar um sentimento de culpa insuportável, pois no seu imaginário falar sobre o abuso pode ter a finalidade de condenar o seu pai.

Érica, outra criança que foi atendida nesta instituição, chamava a atenção por sua repetitiva pergunta sobre o papel do analista e se iria contar para o juiz os atendimentos e se o seu pai iria ser preso. O segredo vivido na relação abusiva era observado na transferência com o analista. “Neste final de semana fui visitar o meu pai, mas minha mãe falou se eu contasse eu iria para um abrigo”. Neste recorte, a relação compõe sobre o segredo, repetia a relação que teve com o pai de manter o segredo de uma situação abusiva, com pequenos “segredinhos” com a analista. Novamente, observamos que no primeiro momento de análise em uma Instituição especializada, há uma triangulação em que, muitas vezes, o analista ocupa o lugar do “pai” .

Um atendimento em uma Instituição pode ser atravessado por questões objetivas, com o interesse inicial por um laudo, no entanto o papel do analista é com a verdade do paciente e a representação na sua história.

Os trabalhos realizados nos atendimentos com Érica e Clara possibilitaram a abertura de um campo analítico para a subjetividade de sua história. Levou-se em consideração que as relações abusivas não se constituem de forma inusitada, mas se compõem ao longo da história e das relações construídas ao longo da sua constituição da trama familiar.

Referências Bibliográficas

- LAPLANCHE E PONTALIS, (2008). Vocabulário de Psicanálise. Martins Fontes. São Paulo: 2008.
- LAMOUR, M. Os abusos sexuais em crianças pequenas: sedução, culpa, segredo. IN: Criança Vítimas de Abuso Sexual. Org. Marceline Gabel. Summus editorial. São Paulo. 1997
- FERENCZI, S. Confusão de Língua entre crianças e adolescentes (1933). IN: Obras Completas, Psicanálise IV. Trad . Alvaro Cabral. Martins Fontes. São Paulo: 2011.
- FREUD, S. Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- A Dinâmica da Transferência (1912) vol XII.
- Recordar, Repetir e Elaborar (1914) vol XII.
- Além do Princípio do Prazer (1920) vol XVII.

Psicanálise e interdisciplinaridade: por um saber que falta

Cristiani Minga Beltran Fanti¹

Palavras-chave: Interdisciplinaridade – Psicanálise com crianças – Transtornos do desenvolvimento – Transferência

É crescente o número de especialidades que se ocupam do desenvolvimento infantil – psicomotricidade, fonoaudiologia, neurologia, psicologia, psicanálise entre tantas outras especialidades. Jerusalinsky (1990) coloca que não é um mero acaso que o trabalho interdisciplinar, em clínica tenha começado com a infância, especialmente quando o desenvolvimento está comprometido, pois nestes casos são convocadas muitas e diferentes especialidades para dar conta de um único sujeito, havendo o risco de que estes vários discursos, em que a criança e a família estão submetidas, produzam uma obstrução na apropriação das funções parentais e fragmentação do sujeito.

Conforme aponta Pinho (2003) a única possibilidade de que a intervenção nessas diversas áreas não tenha um caráter iatrogênico é a articulação interdisciplinar e transdisciplinar entre as mesmas, em um permanente diálogo entre os diferentes campos de saber.

Assim remeto a um fragmento da clínica para pensar a prática psicanalítica e interdisciplinar. Trata-se de um caso de um menino de 6 anos, que teve seu nome alterado para resguardar a identificação.

A mãe de Fábio procura pela analista, com muita ansiedade, visto que não sabe mais a quem recorrer para tratar do filho. Fábio aos 4 anos teve encefalite viral, tendo tido convulsão e várias crises durante os dois meses de internação até que conseguissem acertar um medicamento anticonvulsivante, com isto ficou períodos sem ver, sem ouvir e sem andar.

Desde seu retorno a escola, não acompanha as aulas, não tem iniciativa para brincar, não tem amigos, é muito introvertido e a mãe acha que o uso do remédio gerou lentidão no comportamento.

Apresenta um quadro de tics desde a retirada do anticonvulsivante e segundo a mãe a médica neuropediatra, não observou sequelas após a retirada deste medicamento, já que os exames estavam normais, fato este que gerou na mãe mais desamparo, pois não encontrou uma explicação médica para o comportamento de Fábio.

Seus tics consistem em ficar batendo a palma da mão no corpo, durante longo período de tempo – faz uma espécie de barulho de tambor quando bate a mão na barriga, as vezes gira as mãos. A mãe diz que ele fala que não quer crescer, quer ficar nenê.

Repete o que as pessoas dizem para depois responder e na escola insiste em ser chamado no diminutivo (Fabinho). É raro não chamar a mãe de noite, pois tem episódios de medo há mais de um ano.

Segundo a mãe tudo o que falam com ele, leva ao pé da letra, demonstrando dificuldade de entendimento. Apesar de Fábio apresentar este quadro desde a alta hospitalar - cerca de 2 anos, os pais relataram que piorou muito após a retirada do anticonvulsivante. Não procuraram ajuda antes, pois a doença sempre foi um tema muito difícil, e não conversam sobre este assunto com Fábio.

A atitude dos pais com Fábio, quando faz estes gestos repetitivos é de repreensão, ficam com raiva, pensam que ele faz de propósito, de birra. Não conseguem relacionar estes comportamentos com o histórico de Fábio, mas ao mesmo tempo a mãe demonstra muito desespero, por não saber mais o que fazer, sendo que algumas vezes já chegaram a bater nele.

¹ Psicóloga, formada desde 1992, mestre em Psicologia do Desenvolvimento – UFBA atuou como Professora Universitária em Salvador em cursos de psicologia, participante de Instituições de Psicanálise em Salvador e trabalha em consultório atendendo crianças e adolescentes. cristiani.beltran@gmail.com

Os pais buscaram intervenção psiquiátrica e foram orientados a procurar acompanhamento psicológico, pois se tratava de um caso de autismo de etiologia orgânica. Casos de autismo em decorrência de doenças que afetam o sistema neurológico são descritos em pesquisas tais como relatam Ghaziuddin e Ghaziuddin (2002).

Sob o olhar da psicanálise, perante um diagnóstico inicial de Transtornos do Espectro Autista (TEA) ainda que seja de origem orgânica - neurológica – a intervenção possível ao analista é em decorrência de seu entendimento sobre a estruturação psíquica na infância. Entendida aqui como um período da vida em que não há ainda uma estrutura psíquica consolidada, mesmo que esteja antecipada no Outro, pois sua inscrição leva tempo, conforme apontam Jerusalinsky (2001) e Bernardino (2006).

Pinho (2003) comenta que a “não-decisão” da estrutura psíquica na infância traz consequências em todo o trabalho terapêutico ou educativo dirigido a uma criança, indo além do âmbito psicanalítico, sendo um conceito transdisciplinar pois serve de ferramenta teórica para qualquer disciplina que se proponha a intervir na infância.

No caso de Fábio, seu desenvolvimento sofreu perdas após a encefalite, em diversas áreas: social, cognitiva e emocional, ele se encontrava em uma situação de risco de desenvolvimento, com traços de autismo.

A doença trouxe uma interrupção do circuito pulsional, tal qual apontam os trabalhos de Marie-Christine Laznik, na clínica do autismo, a partir da obra de Lacan: “o autismo é um defeito de estruturação primeira do aparelho psíquico por conta do fracasso do circuito pulsional, podendo levar à constituição de patologias diversas com déficits gravíssimos que fazem lembrar a oligofrenia”. (Laznik, 2004, p.204).

Laznik (2004) destaca que, independentemente da causa da não instauração do circuito pulsional, ele poderá ser restabelecido, caso haja certa contribuição libidinal por parte do psicanalista para trabalhar a relação pais-filho.

Na primeira sessão, Fábio não olha para a analista em nenhum momento, seu olhar é vago, apenas explora os brinquedos na sala, não faz nenhuma brincadeira com os mesmos...aparenta ser um bebê grande, quer apenas conhecer o ambiente. Permanece sentado na mesma posição durante muito tempo, apenas movimentando o tronco em direção aos objetos. Mas quando termina a sessão, reclama que seu pé está “dormindo”.

Sua mãe comenta o quanto ele é desengonçado para brincar com os brinquedos do parquinho, tem muito medo de subir na balança – certa vez subiu e depois começou a gritar desesperado.

A mãe lembra que o braço dele está um pouco torto, porque ele quebrou na época da encefalite e não engessaram logo.... pois a prioridade era cuidar da encefalite, neste momento só conseguiam enxergar a doença.

Esse relato das dificuldades de percepção corporal trouxe como efeito pensar em uma ação prática no real do corpo que talvez pudesse trazer benefícios para Fábio. Remetendo ao que Lacan (1998) no Seminário 11 – Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, quando aborda sobre a definição de “práxis”. “É o termo mais amplo para designar uma ação realizada pelo homem, qualquer que seja ela, que o põe em condição de tratar o real pelo simbólico”(p.14). Pode-se pensar que tratar o real pelo simbólico ocorre em momentos constitutivos do sujeito, na infância através do brincar. No caso de Fábio, reflete-se como ele poderia evoluir com um trabalho no real do corpo, através de intervenções de campos diferentes, mas em uma direção compartilhada.

Pensando nisto tudo e nas dificuldades de equilíbrio, de consciência corporal, a analista em conversa com os pais faz um encaminhamento para que Fábio inicie acompanhamento com uma Terapeuta Ocupacional (TO), que irá atuar com Terapia de Integração Sensorial, muito utilizada para casos de crianças que apresentam TEA, tal como descrevem Momo, Silvestre e Graciani, (2011) e Schwartzman e Araújo (2011).

O fato dos pais demonstrarem muita confiança no tratamento, apostando na analista como sujeito de suposto saber, além do desejo da analista pela interdisciplinaridade, tornou possível a ocorrência da mesma.

Também as dificuldades escolares, foram discutidas com os pais e com a Terapeuta Ocupacional e optou-se por incluir uma especialista em psicopedagogia para fazer um trabalho de orientação à escola,

pois segundo relato da mãe a pedagoga da escola lhe informou que Fábio estaria com a idade de 4 anos em suas produções. Com ajuda desta profissional aconteceram algumas mudanças na rotina escolar de Fábio, o que ajudou muito e após alguns meses ele iniciou a leitura.

A discussão interdisciplinar gerada entre a psicanalista, a Terapeuta Ocupacional e a Psicopedagoga, foi muito produtiva e trouxe à tona a necessidade de se articular um saber transdisciplinar em torno de objetivos convergentes – a evolução cognitiva, simbólica, a auto-percepção corporal o circuito pulsional e um novo olhar dos pais para Fábio.

Relembrar o que aconteceu com o filho, fez com que os pais começassem também a elaborar como foi para eles vivenciar o período da doença, e passaram a ter um novo olhar para ele e mais paciência com seus comportamentos.

Em uma sessão Fábio começou a perguntar: O que é? quis saber o nome dos brinquedos demonstrando interesse por estes. Iniciou uma brincadeira de luta até que em um momento ao mexer com massa de modelar, fez um ROBÔ. Quem será este robô? Sua própria imagem? Fez vários robôs.

O tempo de ser objeto para o Outro – tempo do narcisismo primário, momento especular precisaria ser refeito, pois para Fábio o desejo de sua mãe poderia ajudá-lo a não fazer dele apenas “um robô” mas sim um sujeito participante do campo simbólico.

Inicialmente os pais brigavam com ele pelos comportamentos de birra, depois passaram a suportar estes e a tentar distraí-lo com brincadeiras, relacionando suas dificuldades com a doença, às perdas que sofreu durante a longa internação, o período de medicação, as mudanças em seu corpo. Relatam os avanços que percebem em Fábio - agora corre livremente no parque, não tem medo de subir nas escadas e está mais participativo nas aulas de educação física.

Importante observar que se por um lado, os pais não supõem um sujeito capaz de responder por outro lado é preciso que a psicanalista e os demais profissionais consigam supor um sujeito capaz de realizações, tornando possível o reposicionamento dos pais em relação ao seu filho.

Nas sessões Fábio fica mais solto, já levanta e troca de lugar na sala, está mais ativo, parece que não é só um corpo que senta, mas um sujeito que começa a interagir mais.

O processo de elaboração simbólica avança e sessão após sessão, desenha sempre uma figura que parece um boneco sempre igual, parecem cópias (fig.1), mas depois estes desenhos adquirem personalidade – são super heróis - o homem aranha, homem elástico, cada um com um poder diferente, novas habilidades vão surgindo, e também ele vai ficando mais flexível em sua linguagem, já não precisa repetir tudo o que lhe dizem. Seus gestos também antes repetitivos tornam-se mais livres, e os pais ficam entusiasmados com as mudanças.



Fig.1 – Primeiros desenhos

A analista questiona os poderes dos super heróis, seriam poderes curativos? que efeitos teriam? Quem poderiam salvar? Fábio responde com poucas palavras e desvia o olhar, mas ainda assim segue em seu processo de elaboração – podem curar, um pé, um braço, um olho, salvar uma pessoa ou a si mesmo.

Com o decorrer da análise Fábio fala mais dos seus medos, já tomava a iniciativa nas brincadeiras, que apresentavam um enredo, com tema. Surge também um olhar compartilhado entre analista e Fábio, olham-se como cúmplices quando algo engraçado ou interessante acontece nas brincadeiras.

É o circuito pulsional se restabelecendo, agora já no terceiro tempo, conforme apontado por Laznik (2004) o de fazer-se objeto para o outro, pois Fábio inicia a interação olha para a analista e espera que esta note o que ele faz com um dos brinquedos de super herói - o super homem, quem sabe não é o super Fábio?

Afinal seus medos diminuem, já não solicita mais a mãe a noite, deixou de ser bebê. Um sorriso, um olhar, um riso - finalmente um sujeito em crescimento, não é mais um robô.

É importante lembrar que a psicanálise tem conseguido contribuições cruciais para a articulação interdisciplinar nos problemas de desenvolvimento na infância, e o trabalho de um psicanalista de crianças que acredite que sua disciplina “basta a si mesma”, sem necessidade de articulação com outras áreas, esta condenando sua prática à armadilha de seu narcisismo, já que perde de vista o limite e o alcance de seu próprio ato (Pinho, 2003).

A psicanálise não possui o saber todo do sujeito, ela tal qual a estruturação psíquica, padece de uma falta, de um saber que não se conclui, que precisa de outros saberes, e que nunca se completa.

Referências Bibliográficas

- BERNARDINO, L. M. F. A intervenção psicanalítica nas psicoses não decididas na infância. In: Colóquio do LEPSI IP/FE - USP, 2006, São Paulo. Colóquio do Lepsi IP/FE - USP, 5, São Paulo, 2006.
- GHAZIUDDIN M, AL-K I e GHAZIUDDIN N. Autistic symptoms following herpes encephalitis in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12369775>, 2002.
- JERUSALINSKY, A.N. Seminários I. São Paulo, USP, 2001.
- _____. Multidisciplina, Interdisciplina e Transdisciplina no trabalho clínico com crianças. Escritos da Criança, N.3 Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1990.
- LACAN, J. O Seminário. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). Livro 11. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- LAZNIK, M-C. A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito. Salvador: Ed. Ágalma, 2004.
- MOMO, A.R.B. SILVESTRE, C. e GRACIANI, Z. O processamento sensorial como ferramenta para educadores: facilitando o processo de aprendizagem, Ed. Memnom, São Paulo, 2011.
- PINHO, G.S. A Psicanálise e a Clínica Interdisciplinar com Crianças. A Psicanálise na Interdisciplinaridade, Revista da APPOA, Porto Alegre, n. 120, dez. 2003.
- SCHWARTZMAN. J.S. e ARAÚJO. C.A. Integração Sensorial nos Transtornos do Espectro do Autismo in: Transtornos do Espectro do Autismo, MOMO, A. e SILVESTRE, C, Ed.Memnom, São Paulo, 2011.

Escuta psicanalítica de grupo de pais no atendimento institucional de crianças com sinais de autismo.

Cristina Keiko Inafuku de Merletti¹

Palavras-chave: psicanálise; instituição; autismo; transferência com pais.

Verificamos que a escuta psicanalítica dos cruzamentos de uma rede discursiva sobre a infância, veiculada no discurso dos pais em trabalho institucional de grupo, promove *efeitos subjetivantes* para seus filhos configurando, portanto, uma parte estrutural do trabalho com a criança em instituição. A forma de leitura destes cruzamentos discursivos foi denominada de *análise psicanalítica de discurso*. Chamaremos de *efeitos subjetivantes* aqueles decorrentes do posicionamento do sujeito em um discurso, efeito de um desejo, de uma nomeação e de uma enunciação do campo do Outro. Tomaremos ainda a ideia de *efeitos subjetivantes*, como aqueles promovidos por uma transmissão simbólica no discurso da própria educação e dos cuidados sobre a criança, porém, de uma educação cujo desejo não seja anônimo e de um cuidado que não seja puramente mecânico. Assim, acredita-se que estes discursos poderão subjetivar a criança em tratamento institucional propiciando o surgimento de seu desejo. Os *efeitos subjetivantes* seriam, pois, aqueles que remontam, retomam ou tentam reconstituir as marcas que seriam primordiais para localizar o sujeito no desejo do Outro, e cuja produção e sustentação só se torna possível na sustentação das relações transferenciais, nos laços sociais e, portanto, discursivos, ao longo da vida da criança.

Partimos da perspectiva que, para além dos traços primordiais, que lançam o sujeito humano precocemente na via das pulsões em direção ao Outro, haja também uma possibilidade de reinvestimento psíquico posterior pela via discursiva, na qual seu objeto seja também investido de desejo. Acredita-se que, mesmo tendo sofrido percalços nos primórdios da construção pulsional de sua vida, num laço constitutivo com um Outro original, a criança ainda terá a chance de se enlaçar e ser laçada pelo discurso desejante de um Outro institucional, de um Outro da cultura. O trabalho de Kupfer (1999) fundamenta o conceito de Educação Terapêutica para a construção de um atendimento institucional para crianças com Transtornos Globais do Desenvolvimento aponta que, se numa etapa precocíssima, na qual as primeiras marcas que deveriam passar por diferentes tempos para se constituírem como marcas eficazes e capazes de produzir o sujeito não operou, as mesmas não se alçam à condição de significantes com pleno poder de linguagem. Porém, diante destes impasses nas inscrições subjetivas primordiais, aposta no alcance de uma rede de linguagem, tecida por um Outro institucional, constituídas por discursos que sustentem o sujeito de desejo. Nessa medida, por meio de uma extensão do campo de linguagem, promovida por um campo institucional, tenta “capturar” ou “fisgar” a criança que parece à deriva dela. Portanto, esta será uma concepção de base que estará presente no percurso do presente texto, considerando a escuta psicanalítica do discurso dos pais na instituição, um dos recursos que promove a extensão desse campo de linguagem para a própria criança por meio de seus pais.

O presente trabalho foi constituído em campo clínico da instituição chamada Associação Lugar de Vida – Centro de Educação Terapêutica no bairro Butantã em São Paulo. Esta instituição, originária no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, com mais de vinte anos de existência, sustenta trabalhos com propostas inclusivas e recebe hoje uma população heterogênea de crianças, tanto em seu caráter de organização psíquica (neuróticas, psicóticas e autistas), de queixa inicial (problemas de aprendizagem, de fala, de comunicação,

¹ Psicóloga; Psicanalista; Especialista em “Tratamento e Escolarização de Crianças com Transtornos Globais do Desenvolvimento” pelo LV/IPUSP; mestranda em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo/USP; membro fundador e Vice-Presidente do Conselho de Administração da Associação Lugar de Vida – Centro de Educação Terapêutica, Coordenadora de Grupo de Pais e Membro do Núcleo de Intervenção Precoce na mesma associação. crisinafuku@yahoo.com.br

de relacionamento com os outros, de inserção social etc.), quanto de condições sociais e econômicas. Assim, embora tratemos de crianças neuróticas, inseridas na linguagem e no discurso, reservamos fundamentalmente para a criança autista e psicótica, as quais “tropeçam” ou desarrimam da via de linguagem, um lugar possível no discurso desejante de seus pais e do Outro representado pela cultura e por um campo institucional.

Os discursos dos pais serão, pois, concebidos como uma rede de linguagem sobre a criança, na qual cruzam os diversos discursos sociais contemporâneos sobre a infância.

Podemos supor que ao restabelecermos um campo de linguagem em torno da criança, algumas tentativas ou “restos de marcas que não se significantizaram, possam ser reintroduzidos numa operação significante”, na medida em que supomos em cada criança um sujeito de desejo (Kupfer, 1999, p.106). Dessa perspectiva, ouvir os pais, seja de crianças diagnosticadas autistas, psicóticas ou neuróticas, fará referência a uma escuta que acompanha o encadeamento discursivo e sua riqueza polissêmica, abrindo novos sentidos para a criança que porventura se encontre em posição de fixidez ou de repetição patológica, a qual lhe imprima sofrimento psíquico. Nesse sentido, podemos supor que a criança poderá experimentar a saída de um lugar fixo e único, a partir do momento em que seus pais se disponham a falar sobre ela, dirigindo-se ao outro que sustente um lugar de subjetivação desta fala. O dispositivo de fala dos pais em grupo será, segundo a forma de escuta e intervenção proposta, um recurso essencial na montagem institucional a fim de possibilitar que a criança se desloque também na montagem discursiva familiar e em certos discursos sociais estigmatizantes sobre os supostos problemas na infância. Pretende operar também nos casos em que a criança parece ocupar um lugar de vazio significante, e cujo efeito seria justamente o do apagamento de sua fala enquanto sujeito, assim como a mudez simbólica de seus pais.

Consideramos também o aspecto histórico e contextual dos discursos, apontando, a partir daí, que o discurso social cientificista contemporâneo influencia sobremaneira as posições discursivas dos pais, os quais, por sua vez, se expressam com frequência, em falas adesivas e reprodutoras destes discursos sobre as problemáticas de seus filhos, descrevendo-os, classificando-os e *objetalizando-os*. Esse discurso coloca a criança numa posição próxima a que se referiu Colette Soler no artigo *Fora de discurso: autismo e paranoia* (1983) em relação às crianças autistas e psicóticas, denominando-as *crianças-objeto*, na qual a função do sujeito encontra tropeços em sua constituição. Assim, supomos que o discurso tecno-científico contemporâneo tenha uma incidência similar sobre as crianças de um modo geral, obstacularizando sua singularização no desejo do Outro e nos discursos sociais atuais, dificultando por isso sua empreitada subjetiva.

Acreditamos que a compreensão deste discurso social contemporâneo, articulada à escuta dos discursos atuais dos pais sobre a educação e cuidados com seus filhos, possibilitará ao profissional que trabalha com crianças no âmbito institucional adotar uma escuta e intervenções fundamentadas numa ética em que os pais sejam respeitados em sua singularidade psíquica e em sua produção de fala, bem como a consideração de que suas posições discursivas são também afetadas pelos discursos sociais de uma época, problematizando as questões tão recorrentes sobre sua culpabilização pelas supostas “falhas”, “problemas” e “fracassos” nas crianças.

A problemática específica do autismo, exemplo extremo do que se denomina como criança-objeto, foi geradora de muitas controvérsias e de polêmicas históricas sobre a questão da relação entre os pais e seus filhos autistas, desde Kanner (1943). Kupfer (1999), para além dos inflamados debates sobre a questão da organogênese ou da psicogênese do autismo, assim como sobre a localização de uma etiologia do autismo na posição parental, abre uma importante reflexão nestas discussões – “Trata-se de considerar a dimensão da cultura e o valor de uma certa determinação discursiva em circulação no mundo contemporâneo incidindo sobre o autismo” (p.99). Apresenta a tese de alguns autores na qual “o autismo é um significante moderno que dá nome a um fenômeno estrutural na constituição do sujeito, nome esse que o representa, porém, dentro de uma particular inflexão do discurso social contemporâneo, e que, ao representá-lo, o recria”. (p.100). A autora afirma ainda que a criação contemporânea da nova categoria nosográfica psiquiátrica denominada *espectro autista*, que inclui hoje as denominações de autismo e de psicose infantil, tem o efeito mesmo de um espectro, “um fantasma que assombra os pais modernos, preocupados com o crescimento alarmante das estatísticas em torno do autismo”. Hoje, nos Estados Unidos, fala-se em 1 autista em cada 85 crianças

(CDC, 2012). “Por mais que se trate de um enorme delírio coletivo americano, do qual fazem parte passeatas de pais de crianças autistas reivindicando e obtendo do Estado verbas astronômicas, as crianças não estão indiferentes a essa febre. Mergulhadas nessa discursividade, mostram que estão por ela afetados, e exibem com grandiloquência traços autistas e psicóticos dos mais variados, vindo engrossar, a cada dia, as fileiras das crianças ditas pertencentes ao espectro autista”. (2010, p.273). Lembra ainda, em relação aos pais, que a criação do autismo de Kanner em 1943 nasceu em estreita conexão com a culpabilização das mães, para explicá-lo este pesquisador oscilava entre uma síndrome genética e entre enfatizar as relações mães-bebês, nas quais indicava que as mães pareciam frias e distantes. As mães de crianças autistas fizeram sua contrapartida crítica, explica Kupfer, organizando-se em associações e movimentos de luta por seus direitos, frente a que, Kanner, em 1946, recuou da perspectiva relacional materna ao escrever *Em defesa das mães*.

Ao escutarmos atualmente os discursos de profissionais da saúde, sobre as crianças por nós atendidas, sejam consideradas autistas ou não, e com as mais diversas queixas em seu desenvolvimento, notamos com frequência que os pais são geralmente colocados no lugar de agendas essenciais e responsáveis pela preservação do bem estar físico e emocional de seus filhos. Os profissionais oferecem-lhes orientações e conhecimentos técnico-científicos sobre como melhor compreender, atender, cuidar e tratar das crianças. Em contrapartida, os pais são também os primeiros a serem culpabilizados quando algo não vai bem com o desenvolvimento da criança e quando este conhecimento técnico-científico falha ou demonstra-se ineficiente em seu tratamento.

No discurso dos educadores, por sua vez, os pais são também diretamente responsabilizados pela educação, disciplina e bom comportamento da criança. Os educadores oferecem-lhes orientações, treinamentos e métodos pedagógicos para que os pais repliquem em seus lares o que se espera de uma boa e adequada educação, na direção de um melhor desempenho na aprendizagem e na adequação da conduta da criança em sala de aula. Em contrapartida, os pais são também os primeiros a serem culpabilizados no discurso dos educadores, quando a criança demonstra dificuldades ou supostos atrasos na aprendizagem, bem como na adequação de seus comportamentos ao ambiente escolar. A reflexão do educador sobre as possíveis “falhas” no sistema escolar ou na metodologia adotada, além da possível inadequação da escola às curiosidades e demandas atuais dos alunos, raramente é apresentada.

Em contrapartida, escutando regularmente o discurso das famílias em encontros grupais, campo do presente trabalho, é possível registrar que, diante das dificuldades apontadas em seus filhos pelos profissionais da infância, os pais demonstram, com frequência, ora um total não-saber sobre o que afeta suas crianças e como ajudá-las, submetendo-se às prescrições dos profissionais especialistas da infância, ora um saber absoluto, inquestionável, sobre a causalidade de seus problemas e de seus prognósticos. Neste segundo caso, mostram-se bastante familiarizados com nomenclaturas científicas, com a descrição clínica de suas características, bem como conhecedores de técnicas, métodos e instrumentos a serem aplicados em suas terapêuticas ou em seu processo de aprendizagem. Este saber parece, porém, replicado, ancorado e colado no discurso dos profissionais especialistas citados anteriormente, com um sentido único e absoluto, tamponando a indagação, a reflexão e a construção dos seus saberes simbólicos sobre os próprios filhos, movimentos que consideramos fundamentais para a subjetivação da criança.

Ambos os casos representam, no entanto, duas faces de uma mesma moeda, da impotência à onipotência de seu saber sobre a criança, duas pontas de uma mesma posição imaginária de continuidade, com poucas saídas para a diferença e a singularidade sobre um saber em relação aos filhos. Kupfer (1999) apontará a prevalência do registro imaginário nos laços sociais contemporâneos que fomentam os discursos miméticos e totalizantes, no qual o outro é tomado enquanto objeto – “Na falta de redes de sustentação que possam remeter os sujeitos a uma tradição, a um passado, a significações capazes de orientar as ressignificações do futuro, estamos jogados em um mundo fragmentado, no qual imperam imagens estéticas, desarticuladas e, por isso, carregadas de um sentido colado a cada uma delas – um sentido, portanto, absoluto. Um objeto é o que é, e não o que vale em uma série, dentro de uma sequência capaz de lhe dar um sentido por sua posição nela. Ficamos reduzidos a um mundo de objetos”. (p.92).

Ao escutarmos as preocupações tanto dos pais quanto dos educadores em relação às crianças, no geral, deparamo-nos com adultos, na maioria dos casos, às voltas com a melhor maneira, ou as melhores técnicas ou métodos de treiná-las, de adequá-las em prol de uma meta educativa bem definida, a saber, o sucesso. Poderíamos ainda afirmar que trataria, portanto, de uma “boa governança” sobre as crianças, princípio que se aliará aos propósitos gerais da Educação em prol do sucesso de uma nação. As crianças, por sua vez, insistem em apontar o impossível desta tarefa, pois seus objetivos, interesses e desejos parecem muito distantes dos estabelecidos pelos adultos e de suas formas de gestão sobre elas. Diante desta situação é com frequência que escutamos pais e educadores dizerem – *elas (as crianças) não obedecem ao nosso comando! Não aceitam os limites, não param, são hiperativas*. Os adultos, em seu gerenciamento da infância, perdem esta dimensão do impossível, tomando-a como impotência e colocando-se, ora no lugar do fracasso, ora no lugar da potência e do poder, atribuindo à criança estatuto de objeto, manipulação e manobras. Esse discurso não parece específico dos pais e dos educadores de crianças com “problemas de aprendizagem” ou referente a alguma estrutura psíquica, mas aparece com frequência na fala de boa parte dos pais que temos escutado, seja em relação aos filhos diagnosticados como autistas, psicóticos, com atrasos específicos na aprendizagem, com dificuldades de relacionamento ou de comportamento, ou mesmo em relação àqueles com bom desempenho escolar.

Em nosso trabalho institucional atual com as famílias deparamo-nos com situações tais que nos levam a supor que os efeitos dos discursos sociais contemporâneos sobre os cuidados com a infância, em especial o do discurso médico e o do discurso técnico-científico, parecem caminhar em direção contrária à abertura para as dúvidas e para as novas indagações que os próprios pais possam formular sobre seus filhos, configurando um campo desejante. Os efeitos produzidos nas posições discursivas parentais, em grande parte advindos do discurso cientificista atual, os destituem do lugar de um saber simbólico sobre seus filhos. Mediar supostos distúrbios e problemas de comportamento ou de aprendizagem, ou indicar terapias adaptativas ou corretivas da criança a certos contextos e ambientes, parecem ser prescrições profissionais bastante frequentes em nossa época, não somente no âmbito da saúde, mas com frequência, e por efeito deste, também no âmbito escolar, e diante das quais, muitos pais parecem não ter dúvidas.

Os profissionais que trabalham com crianças não escaparão de encontrar em seu campo de atuação os cuidados com os pais e a escuta dos discursos familiares, os quais veiculam queixas, sofrimento e pedidos de ajuda e de orientação em relação a seus filhos, sobre seus problemas de comportamento, seus atrasos de aprendizagem e sobre seus supostos sintomas psíquicos. Torna-se necessário refletirmos acerca de nossa posição profissional diante destas demandas familiares e escolares sobre as crianças e quais as concepções sobre infância, família, educação e tratamento que abordaremos para circunscrevermos nossas posições teóricas e éticas nas práticas com a infância, e, especialmente no caso deste trabalho, na escuta e intervenções com suas famílias.

O presente trabalho ressalta, portanto, a importância da sustentação de um dispositivo institucional voltado especialmente para o trabalho com os pais em grupo, configurando uma estratégia de manejo transferencial na qual buscamos “devolver” aos pais o saber simbólico sobre seus próprios filhos. O contexto atual de um cientificismo exacerbado sobre os cuidados e a educação infantil, parece promover nos pais uma perda de sua identidade parental e do reconhecimento do que se suporia, para cada um, ser pai ou mãe de uma criança, cuidando e educando-a, singularmente.

Espera-se que o trabalho apresentado tenha seus desdobramentos futuros e possa incidir em outras práticas sociais voltadas às crianças e suas famílias, propiciando uma abertura para questionamentos que, no lugar da exclusão, da culpabilização, das interpretações “selvagens” ou da orientação e treinamento diretivo e anônimo dos pais, caminhem na direção de incluí-los na perspectiva de uma escuta promotora de reflexão, de uma parceria institucional e de uma co-responsabilização social simbólica na construção dos cuidados, da educação, e de uma posição crítica e singular dos adultos sobre os possíveis lugares e destinos da criança na contemporaneidade. Poderíamos dizer que, nesse sentido, o profissional dotado desta posição e prática de escuta psicanalítica, exerceria junto às crianças e suas famílias uma ética e uma política que visa a subjetividade, a singularidade e a sustentação dos laços sociais.

Provisoriamente e vínculo na instituição de acolhimento: a potencialidade dos encontros

Cristina Maria Banduk Seguim (apresentador do trabalho)¹, Cristina Almeida de Souza², Flávia Blay Levisky³, Lia Lima Telles Rudge⁴, Sandra S. Grama Ungaretti⁵.

Palavras-chave: Abrigo; Provisoriamente; Vinculação; Separações.

Este trabalho busca articular os termos “provisoriamente” e “vínculo” que, à primeira vista, parecem incompatíveis. No entanto, geralmente compõem quando nos referimos à instituição de acolhimento. Qual o significado que cada uma delas assume no contexto de abrigo? O que produzem nas relações de trabalho e nas crianças e jovens acolhidos? É principalmente sobre estas questões, suscitadas pela nossa prática clínica no Grupo Acesso junto a crianças em acolhimento institucional, que pretendemos pensar.

Os desenvolvimentos teóricos no campo da psicologia e, especialmente, da psicanálise levaram, por um lado, à compreensão de que o trabalho do abrigo poderia associar necessidades de pertencimento, vínculo e separação. Para muitos, no entanto, essa possibilidade estaria relacionada à maior duração do período de acolhimento das crianças e adolescentes nas instituições de acolhimento.

Por outro lado, muitos estudos ao tomarem como objeto o regime disciplinador, controlador e autoritário que caracterizavam estas instituições num passado recente, mostraram os prejuízos do isolamento, da massificação e da ausência do convívio familiar e comunitário ao desenvolvimento dessas crianças e desses adolescentes, que produziam alguns efeitos como: dependência em relação à instituição e pouca habilidade em participar do convívio social, especialmente, em diferentes contextos que não o dos “abrigos”. Esses estudos justificariam a transitoriedade expressa na Lei – Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

O ECA, Lei Federal promulgada em 1990, introduz novos parâmetros legais ao propor proteção integral aos direitos da criança e do adolescente, entre os quais estão o direito à vida, à educação e à convivência familiar e comunitária:

“O abrigo é medida provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para a colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade”, (Art.101, Parágrafo Único).

Desde então, os termos “provisoriamente” e “transitoriedade” marcam as instituições-abrigo, buscando se contrapor ao modelo anterior.

Destacamos assim, que sendo uma “medida [...], utilizável como forma de transição para a

1 Psicóloga formada pela PUC/SP, psicanalista pelo Curso de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, membro do Departamento de Psicanálise de Crianças do Instituto Sedes Sapientiae e integrante do Grupo Acesso da Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae. cris.seguim@terra.com.br

2 Psicanalista, mestre em Psicologia Social pela PUC-SP, psicóloga. Membro do Departamento Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae e do Grupo Acesso da Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae. cris.souza8@yahoo.com.br

3 Mestre em psicologia social pela USP, psicóloga formada pela PUC/SP, psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise da Criança do Instituto Sedes Sapientiae e integrante do Grupo Acesso da Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae. flavialevisky@gmail.com

4 Psicóloga formada pela USP, psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise da Criança do Instituto Sedes Sapientiae, membro do Grupo Acesso da Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae. rludge@uol.com.br

5 Psicóloga formada pela PUC/SP, mestranda do Instituto de Psicologia da USP, psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise da Criança do Instituto Sedes Sapientiae, integrante do Grupo Acesso da Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae. sandra.ungaretti@gmail.com

colocação em família substituta" a LEI busca garantir o direito da criança e do adolescente à convivência familiar, uma vez que reconhece a família como o lugar privilegiado de desenvolvimento desses.

Observamos, no entanto, que a ênfase na família como lugar privilegiado de desenvolvimento da criança e do adolescente, muitas vezes, tem trazido como correlato a desvalorização do acolhimento institucional. É comum o fato dos profissionais de abrigo o representarem e se representarem de forma bastante depreciativa. Essa depreciação ocorre não apenas por não serem "família", mas devido a carregarem as marcas trazidas pela história dessas instituições – orfanatos, depósito de crianças, lugar de abandono e exclusão, o que muitas vezes, favorece a identificação desses profissionais com essa condição.

Quando estas linhas de pensamentos confluem – a valorização da família, a desvalorização do abrigo – ao lado do princípio de provisoriedade, pressionam para ações de desabrigamento, muitas vezes, precipitadas que nem sempre levam em conta o que de fato é o melhor para as crianças e para os adolescentes.

Com o objetivo de ampliar essa reflexão apresentamos a seguir o caso de uma criança atendida por uma psicanalista do Grupo Acesso:

Elias chegou para o atendimento aos oito anos de idade e agora está com 10 anos. Mora no atual abrigo há dois anos e meio, mas fora encaminhado ao acolhimento institucional pela primeira vez aos quatro anos. Foi adotado e devolvido seis vezes por essas famílias adotivas.

Logo no início da análise de E. a psicanalista ficou sabendo que um novo processo de adoção se iniciava. A equipe do Grupo Acesso achou importante acessar os demais profissionais responsáveis por E. – técnica do fórum, gestor e técnica do abrigo – a fim de instaurar novas formas de pensar que pudessem interromper o circuito adoção/ devolução.

Essas interlocuções nos permitiram conhecer a composição de forças que estavam em jogo nas decisões sobre o destino de Elias. Seguramente, todos no conjunto dessas relações, acreditavam estar agindo pelo "bem" da criança, mas o faziam de tal forma pressionados, que não conseguiam se interrogar sobre, por exemplo, o que levava essa criança a ser "devolvida" por aqueles que a adotavam.

Também foi possível entrever que no conjunto dessas relações, não há de um lado um "culpado" e de outro a "vítima". Cada protagonista, de seu lugar nessa dinâmica, acaba por levar, mesmo que à revelia do que querem, a este fim, inclusive a própria criança.

Constatamos que para a maioria dos envolvidos existia a crença de que a família seria o único lugar possível para o afeto e para um desenvolvimento saudável: para os profissionais do abrigo todas as manifestações negativas de Elias seriam "anuladas" pelo afeto que ele receberia na família adotiva. Demonstram dessa forma, pouco reconhecer os vínculos afetivos que estabelecem com E. , levando-o a não valorizar as relações que ele vivencia no abrigo. Os profissionais da Vara da Infância agiram de forma a agilizar os processos de adoção, pois sabem que as crianças de pouca idade têm mais chances de serem adotados. As famílias "candidatas", movidas pelo desejo de adotarem e pelo desejo dos profissionais da Vara e da unidade de acolhimento de colocarem a criança em uma família, acabam refletindo pouco sobre suas dúvidas, incertezas, questionamentos e sobre o que uma adoção mobiliza em todos os sujeitos envolvidos. A criança explicitava seu desejo de ir para a família candidata, mas por motivos que respondem à sua história de abandono e ruptura, assim que se via lá, portava-se de modo a tornar bastante difícil sua permanência, o que acabou culminando em repetitivas "devoluções".

Assim, apesar dos inegáveis avanços alcançados após a promulgação do ECA, constatamos que muitos profissionais das unidades de acolhimento ainda se vêem de forma desvalorizada e desqualificada e com a função de agilizar o encaminhamento dessas crianças para as famílias de origem ou substitutas, vistas de forma idealizada. Muito identificados com o desvalor da instituição como lugar de abandono, a equipe reproduz inconscientemente exatamente aquilo em que pretende cuidar: o abandono, o desvalor, a insuficiência.

Acreditamos que a psicanálise traz importantes contribuições a respeito das possibilidades de estabelecimento de vínculos significativos em contextos diferentes do familiar que nos ajudam a pensar

sobre essas questões. Vamos, inicialmente, nos apoiar nas contribuições de Winnicott, por ter se dedicado ao sofrimento psíquico de crianças e, além disto, ter trabalhado na Inglaterra, diretamente na organização e realização dos planos de atendimento em abrigos para as crianças durante a segunda guerra mundial.

Para ele, a estabilidade ambiental e a continuidade dos cuidados oferecidos nos primeiros anos de vida de uma criança são fundamentais para que ela possa se desenvolver psiquicamente. Nos seus trabalhos com as crianças e adolescentes separados de suas famílias durante a guerra, constata que muitos deles, nunca tiveram a experiência de um ambiente primário estável, ou seja, adaptado às necessidades especiais da criança.

Segundo Winnicott, o abrigo deveria fornecer a estas crianças as experiências primárias, e que estas, fornecidas tardiamente nos abrigos, deveriam ter uma duração de alguns anos, e não de alguns meses. Considera ainda que a estabilidade é a idéia central a organizar a vida no abrigo e, esta, seria um conjunto de fatores do ambiente que permitem à criança conhecer, testar, confiar e viver. Destaca seu aspecto fundamental: adultos que estejam juntos e, juntos assumam a responsabilidade por elas. Assim poderá encontrar e expressar o impulso de separar os adultos que dela cuidam ou provocar desavenças entre os profissionais da equipe da instituição e sentir alívio por não conseguir fazê-lo. Poderá descobrir que suas idéias agressivas não conseguem realmente destruir e, por conseguinte, diferenciar fantasia e realidade. Poderá amar e odiar a mesma pessoa e assim sentir culpa e o desejo de restaurar e recuperar. Esta estabilidade deveria existir independentemente da capacidade individual ou coletiva das crianças para criá-la ou mantê-la. Acreditamos que essa estabilidade deveria ser promovida pela equipe de profissionais dos abrigos. O autor amplia essa compreensão, ao afirmar que essa estabilidade deveria também ser transmitida da comunidade em geral.

Winnicott tem uma concepção do abrigo como um lugar de cuidado e não de abandono, capaz de promover experiências fundantes e reparatórias no psiquismo da criança. Quando a família por algum motivo falha, outros adultos podem ocupar esse lugar de atenção e cuidado.

No Brasil, em livro publicado em 1990, Isabel Kahn Marim constata que diversos fatores presentes na dinâmica institucional contribuem para esvaziar as potencialidades do trabalho nas unidades de acolhimento. Entre esses, aparece a referência ao modelo de família como único possível, bem como a dificuldade dos profissionais em lidar com o desamparo vivido por essas crianças e com as angústias deles próprios daí advindas. Com isso, buscam se tornar substitutos da família e algumas vezes, impedem a criança de entrar em contato com sua história. A partir daí, ela fica impossibilitada de reconhecer a sua condição, de elaborar suas vivências e de poder se abrir para outras perspectivas de futuro.

Perguntamo-nos se diante do desamparo dessas crianças e dos profissionais, a condição de provisoriedade e de ida para uma família, não se constituiria em uma defesa desses profissionais frente a esse sofrimento, pois magicamente repararia essa ruptura já que, em geral, as crianças e adolescentes que chegam aos abrigos trazem histórias dolorosas, marcadas por rupturas bruscas nos laços primordiais. Ainda em relação ao trabalho com os educadores observamos que, muitas vezes, eles julgam mal a família que coloca a criança no abrigo e que idealizam fortemente a família que virá a restaurar todas as perdas sofridas por ela. Esses pais idealizados podem fazer parte de um imaginário infantil (dos educadores) de perfeição parental reativado no contato com o abandono, ameaçando o mito da família ideal que sobrevive no inconsciente de cada um de nós. Isso dificulta a possibilidade de captarem o muito que podem significar para estas crianças, *mesmo não sendo família*, mas exercendo função parental.

Não seriam essas vivências, que, em parte, explicariam os sucessivos encaminhamentos de Elias para adoção?

Em nosso contato com os profissionais das unidades de acolhimento temos percebido a relação entre ênfase na família, desvalorização do abrigo e provisoriedade. Por outro lado, constatamos que muitos deles estão revendo suas práticas, conseguem se valorizar e, também, as experiências das crianças no abrigo. Mas, diante da determinação legal de "provisoriamente" se perguntam: Quais as possibilidades de

favorecerem o desenvolvimento dessas crianças que “estão de passagem”? Como oferecer experiências significativas para essas crianças e adolescentes que, apesar da curta duração, deixariam novos registros, novas marcas? Perguntam ainda: Como estabelecer vínculos nessa condição? Como se ligar afetivamente à essa criança, que logo será desabrigada, e da qual logo deverão se desligar? Não é nada simples, do ponto de vista psíquico, investir grande energia numa relação fadada ao término

Em Sigmund Freud, encontramos uma idéia substancial para essa reflexão. Em seu texto *O Transitório* (1915), ele afirma que o psiquismo humano se rebela contra a idéia de fim, de luto por algo perdido, rebelião na verdade contra a morte; há uma tendência no humano a ver na transitoriedade um impedimento ao gozo e desfrute de tudo que esteja fadado ao fim.

Freud nos conduz assim a uma reflexão sobre o luto, assinalando que o desprendimento da libido de seus objetos tende a ser sempre um processo muito doloroso. O autor conclui, então, na contramão da tendência à desvalorização do efêmero, que *“o caráter transitório de certos acontecimentos, ao invés de desvalorizá-los, incrementa seu valor; as limitadas possibilidades de usufruí-lo o tornam ainda mais precioso”*.

Na instituição de acolhimento, o que os educadores oferecem à criança é marcado pelo sinal da provisoriedade e do transitório. Sustentamos que isso não impede que acontecimentos significativos que mudem a compreensão da criança sobre si possam acontecer.

Boris Cyrulnik, psiquiatra e psicanalista francês, com atuação em situações de guerra e conflitos na Europa atual, aponta nessa direção. Em seu livro *“O Murmúrio dos Fantasmas”* ele trabalha com a idéia de trauma e com as condições que favorecem a retomada do desenvolvimento após o mesmo.

Para ele, após um acontecimento traumático, o sujeito não é mais o mesmo: *“o traumatismo inscrito na memória passa a fazer parte da história do sujeito como um fantasma que o acompanha”*. Esse autor destaca que a potencialidade traumática e desorganizadora da experiência não está nela “em si”, no real, mas na forma com que o sujeito a vive e a significa, a qual depende tanto da história individual de cada um *quanto dos recursos oferecidos pelo contexto sócio-cultural de pertencimento*. O que a criança encontra em seu meio, ao seu redor após a experiência traumática faz toda diferença em relação ao modo com que ela continuará a desenvolver sua narrativa sobre si mesma.

Cyrulnik afirma a importância do modo como os adultos próximos à criança puderam ou não absorver o impacto do acontecimento traumático. Quando o adulto próximo é brutalmente atingido pelo acontecimento e não consegue absorver o impacto, a criança fica mais exposta aos efeitos desorganizadores que impedem possíveis simbolizações. Assim, quando um ambiente familiar é deficiente, outros contextos, seja no bairro, na comunidade, em espaços culturais, esportivos, profissionais, podem apresentar outras maneiras de viver e podem propiciar condições para que novos “acontecimentos significativos” ocorram.

Para este autor o “acontecimento significativo” muda a narrativa do sujeito sobre si mesmo; após o acontecimento ele não será mais o mesmo e o vive como “a reparação de uma ruptura.” Nunca saberemos a priori o efeito que terá para cada criança e em que ambiente a criança encontrará isso. Apenas podemos afirmar que a possibilidade de vínculo com um outro humano e de atribuir sentido ao vivido são condições para a retomada e construção de novas narrativas por essa criança.

Considerações finais

A provisoriedade prevista na medida de abrigamento surgiu como uma condição para impedir que os longos períodos de institucionalização das crianças privadas do convívio familiar, dificultassem a retomada dos vínculos familiares e comunitários. Expressava assim a expectativa desse breve retorno, em um momento histórico em que as internações eram provocadas, principalmente, por razões econômicas. Mas, como vimos, a questão da provisoriedade vai assumindo sentidos e funções muito além do originalmente pensado.

Assim, se a provisoriedade aparece como correlata à desvalorização da instituição em relação à família, é vista em si como um impeditivo de estabelecimento de vínculos e, portanto, como uma condição

para a desvalorização da experiência de abrigamento. Parece-nos também que se apresenta como uma defesa frente ao sofrimento provocado nos próprios profissionais diante do desamparo vivido pelas crianças do abrigo. São sentidos que não se excluem; pelo contrário, se entrelaçam e configuram uma complexidade nas relações presentes nas instituições-abrigo e com os diversos atores que com elas interagem. Nosso trabalho é uma aposta no abrigo como um lugar de encontros, capaz de possibilitar o *vir a ser* da criança no percurso de novos trajetos.

Referências Bibliográficas

- ARAGÃO, R.O. *Formação de Profissionais da primeira infância: a importância da vinculação afetiva com o bebê*. Palestra proferida no Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, 25/05/2007.
- CYRULNIK, B. *O Murmúrio dos fantasmas*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2005.
- FREUD, S. *Sobre a transitoriedade*(1915). Edição Standard das Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974. V. XIV.
- MARIN, I.S.K. *Febem, família e identidade: O lugar do Outro*. São Paulo: Escuta,1999.
- WINNICOTT, D.W. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

Intervenções muito simples em contexto escolar bastante precário

Daniel Rodrigues Lirio¹

Palavras-chave: Escola – Vulnerabilidade – Matriciamento – Transferência.

O Contexto escolar, conforme se sabe, é palco de inúmeras tensões e jogos de força que, via de regra, dificultam o aprendizado e geram bastante sofrimento à criança. Contudo, há contextos especialmente precários, onde se combinam diversos fatores: alta vulnerabilidade social, alta proporção de alunos por professor, falta de flexibilidade institucional, despreparo dos profissionais e, não raro, desinteresse do cuidador pelo aprendizado e saúde mental da criança. Muitas vezes, esse quadro resulta na localização de algumas crianças como a causa dos problemas da escola, criando-se um clima de animosidade em que o aprendizado e a convivência tornam-se muito difíceis.

Enquanto psicólogo do CAPS II Cidade Ademar, realizei matriciamento em Unidades Básicas de Saúde na periferia da zona sul de São Paulo. Nessa função, fazia discussão de casos e atendimentos compartilhados com os técnicos da unidade. Além disso, participava da “TEIA”, reuniões multiprofissionais com as escolas, justamente para dar algum suporte aos casos mais difíceis, sugerindo intervenções que fomentassem um clima escolar minimamente saudável.

Em contexto escolar conturbado, com escassez de profissionais, não é fácil ao professor ou diretor destinar um período do dia para uma reunião fora da escola, isso fazia com que os encontros fossem raros e, geralmente, com alta rotatividade de profissionais. Estes, via de regra, encontravam-se angustiados com o cotidiano de trabalho. Além disso, deveriam ser capazes de replicar as ideias discutidas com outros profissionais também angustiados e atarefados em um meio, como dito, bastante conturbado. Neste quadro, aprendi com a experiência – e faço desse ponto o eixo deste texto – algo que pode ser resumido no seguinte pensamento: *quanto mais precário for o contexto, mais simples deve ser a intervenção.*

Portanto, organizo a seguir algumas intervenções bastante simples, quase óbvias, que podem melhorar o jogo transferencial relacionado às crianças que ocupam o lugar de alunos-problema. Vale dizer que não se trata, com isso, de resolver a situação, mas de transformar algo que aparece como problema terrível e insolúvel em uma dificuldade possível de ser enfrentada pela escola.

Do pessimismo à aposta

Alguns casos são discutidos na tentativa de encontrar soluções para seus impasses; outros, por sua vez, para que o supervisor referende o seu caráter insolúvel, legitimando assim a desesperança do profissional. É comum ouvir “vou passar esse caso só por passar” ou “só por desencargo de consciência...”. Nessas horas, é importante intervir: ou há uma confiança em encontrar uma melhora para o caso, e faz-se a discussão com afinco, ou não se faz discussão alguma. Se isso não estiver claro, desde o princípio, é possível que o supervisor tente apontar intervenções milagrosas enquanto quem passa o caso se preocupa em mostrar que elas são impraticáveis, o que, obviamente, solapa qualquer possibilidade de reflexão.

¹ Psicanalista, mestre em psicologia social pela USP e professor universitário. A partir de uma perspectiva psicanalítica e institucional, tem publicado artigos na área de Saúde Mental, Cultura e Modificações Corporais, de onde se destaca o livro *Suspensão Corporal, novas facetas da alteridade na cultura contemporânea*. danielrlirio@yahoo.com.br

Claro, é importante o reconhecimento das dificuldades do caso, das angústias e frustrações dos profissionais, bem como da importância das intervenções realizadas anteriormente. Contudo, levar um caso para discussão significa uma disponibilidade para investir ainda mais, tornando-se importante a transformação da angústia em investimento.

Do sintoma ao discurso

Um aluno cujo comportamento não se adequa às expectativas da escola será, como se pode imaginar, uma fonte constante de transtornos e aborrecimentos. Normalmente é a criança agitada, que briga, grita, expressa sua sexualidade, agressividade, enfim, sua vitalidade de forma supostamente inapropriada. Esses casos são usualmente apresentados em sua dimensão sintomática, visível, esperando-se alguma técnica ortopédica que retifique o comportamento. Obviamente, entre o incômodo institucional e a intervenção almejada precisa haver a compreensão da situação. Para que esta seja possível é preciso transformar a apresentação sintomática em uma apreensão discursiva do caso, em que o comportamento da criança ganha sentido quando contraposto àquilo que ela diz e é dito sobre ela. Ou seja, não se trata de negar o valor discursivo, preenhe de sentido, do comportamento da criança, mas apontar que este só será devidamente desvelado em articulação ao seu discurso verbal. Nessa perspectiva, uma intervenção simples e eficaz é perguntar pelo que o aluno diz.

Essa questão simplória encontra frequentemente o susto dos profissionais, atentos ao que ele faz, mas surdos ao que ele fala. Na concepção de muitos profissionais, “conversar” com a criança significa dizer como ela deve se comportar e “fazer combinados” significa apresentar as regras escolares previamente decididas. Ora, vale apontar o real significado dessas ações, que implicam o fechamento ao que pode emergir de inesperado na fala da criança. Neste caso, o que orienta este tipo de intervenção, mas que talvez não seja tão óbvio, é que profissionais identificados ao lugar de saber devem poder se deparar com a limitação deste saber, especialmente no que tange às situações singulares. É fundamental, portanto, um estado de curiosidade e interesse pelo *ainda não dito* da criança, como se, a cada momento, ela estivesse prestes a comunicar algo essencial sobre si. A mudança de expectativa pelas ações para a escuta pela fala pode justamente fazer com que muitos conteúdos sejam ditos, e não atuados.

Dessa forma, ao nos depararmos com dificuldades singulares, ao invés de procurarmos respostas prontas, estratégias típicas para cada tipo de questão, podemos ouvir, compreender e intervir de forma específica para cada caso.

O discurso sobre a criança

Além da importância de se promover o discurso da criança, também vale apontar como circulam os discursos sobre a “criança-problema”. Nesse sentido, vale apontar como o lugar de cada criança é naturalizado e cronificado dentro da instituição. Isso acontece quando se estabelecem formas estereotipadas de manejar e falar sobre ela. Por vezes, um menino rebelde é tido como futuro bandido, e uma menina que fala palavrão será vista como forte candidata à maternidade precoce; precisamos ter cuidado com as profecias auto-realizadoras. Ao se reconhecer a importância do modo com que se fala de uma criança para os demais funcionários e para as demais crianças como algo que demarca seu lugar na instituição, atentamos também para a criança-problema produzida discursivamente pela instituição. Assim, conforme discutido no item anterior, vale substituir as formas rotulantes e cronificantes, fechadas em si mesmas, por formas que ampliem e aprofundem a noção sobre o sujeito falado e, se possível, constitua uma compreensão plural de cada um, com sua dinâmica, contradições e conflitos.

Na correria do cotidiano institucional é comum a entrada de um novo professor sem que haja tempo para que lhe seja passado um histórico sobre a criança. Em territórios socialmente vulneráveis, são corriqueiros os casos em que familiares são presos, envolvem-se com drogas, têm problemas com a justiça, além do envolvimento em histórias de assassinato e violência. Se for o caso, algo tão banal como

o compartilhamento dessa informação com o professor pode prepará-lo para acolher um comportamento inesperado. Novamente, não se trata de procurar uma continuidade entre a criança e seu meio, naturalizando suas ações, mas de compreender o pano de fundo do qual ela se destaca, com o qual dialoga e constitui resistências e interpretações singulares. Em suma, está em questão o *não saber* dos profissionais e como isso implica a necessidade constante da circulação de saberes no interior da instituição.

A circulação da criança pela instituição e fora dela

Outro ponto bastante comum com as “crianças-problema” em instituições precárias é o surgimento do mártir ou herói da vez. Normalmente, é aquele funcionário que se destaca pela firmeza na imposição dos limites ou pela paciência e compaixão ao lidar com as crianças difíceis. Via de regra, esse funcionário desobriga os colegas da tarefa de se relacionar com a criança. Essa questão emerge quando a criança passa para uma série em que não mais terá contato com o tal funcionário, ou quando este sai da instituição, criando o problema de se encontrar um substituto. A regra de ouro aqui é que *quanto mais difícil for o caso, mais gente precisa estar envolvida, compartilhando dificuldades e estratégias*. Assim, na escola, mais gente terá de encontrar um jeito de se conectar com a criança, de criar afinidades e interesses comuns, e ninguém ficará com o terrível peso de enfrentar o caso sozinho.

A procura pelo herói para os casos difíceis se reedita nos espaços de supervisão ou discussão, pela demanda por uma solução mágica para o problema, como se os manejos fossem sabidos a priori, como receitas previamente validadas. Ao contrário, as soluções devem ser construídas em equipe, mas também levando-se em consideração os demais equipamentos disponíveis. Muitas vezes, regiões bastante precárias contam com uma boa diversidade de equipamentos capazes de dar suporte à criança, juntamente com a escola, formando um tecido social verdadeiramente eficaz. Esses serviços precisam ser mapeados.

Até o momento, neste texto, tenho feito um caminho problemático, à medida em que não tenho incluído a família na compreensão e enfrentamento dos casos difíceis. Essa escolha ocorre na tentativa de contemplar os casos mais graves, em que os cuidadores pouco se ocupam, de fato, do cuidado da criança. Para tanto, as causas são as mais diversas, desde o excesso de trabalho, passando pelo abuso de drogas, problemas com a justiça, até o descaso e o abandono. Muitas vezes quem cuida é uma tia ou avó, já bastante atarefada, doente ou idosa, constituindo uma situação complexa cujo manejo foge do escopo deste texto. Enfim, há casos bastante difíceis que, na ausência de um poder público realmente eficaz, vão transcorrer com intenso sofrimento para a criança. É preciso, contudo, que a escola não se paralise diante dessa situação e descubra o que poderia fazer para garantir um mínimo de saúde mental para essas crianças.

Algumas vezes, conseguir que o cuidador ou vizinho leve a criança a um outro serviço já pode ser de grande valia. Para tanto, é preciso mapear os atores do território com os quais a escola poderia contar. A Unidade Básica de Saúde (UBS), especialmente se for PSF, pode ser um grande parceiro, mas é possível pesquisar também pela existência de algum CEU, Centro de Convivência, Centro da Criança e Adolescência (CCA), SESC e serviços filantrópicos mais diversos, até chegarmos às Secretarias de Assistência Social, ambulatórios psicológicos e conselhos tutelares. Em suma, encontrar os parceiros aptos a ajudar no cuidado da criança e da família. Mais uma vez, a ideia é que quanto mais difícil o caso, maior a importância das parcerias e da circulação pelo território.

A ideia fundamental, portanto, é superar um discurso preso às dificuldades do caso em direção à valorização das potencialidades advindas com o fomento aos deslocamentos geográficos e discursivos.

Carta a um jovem paciente

Daniele John ¹

Palavras-chave: transferência negativa, fort-da, repetição, manejo.

Você tinha 9 anos quando chegou aqui e dentro de você havia uma guerra. Você não demorou para me mostrar isso, abrindo todas as caixas de jogos e brinquedos e jogando todas as pecinhas para cima. Naquela época, há quase 6 anos atrás, não dava ainda para brincar, formular enredos, só para mostrar o ódio e a destruição que moravam em você. Eu precisava de um bom intervalo depois de atender você para dar conta de guardar tudo antes de outra pessoa entrar. O combinado de deixar a sala como a encontrou era retomado e desrespeitado toda vez. Naquela época, você era um *expert* em ser desagradável e tinha o dom de fazer todos a sua volta te odiarem.

Era fácil saber quando você chegava ao consultório, acho mesmo que todos sabiam, até os das salas mais distantes. Você fazia muito barulho e entrava sempre brigando com seu motorista, espécie de babá-pai-substituto-pago-para-te-aguentar, a quem você foi delegado. Até o dia em que ele não aguentou mais e foi embora. Sua mãe também não aguentava, escapava para o interior, ia cuidar das propriedades distantes da família, da decoração e dos animais - mais fáceis de lidar do que este filho que só lhe punha nervosa, a quem repetidamente surrava como fora surrada na infância.

Seu pai era o todo-poderoso-que-pagava-as-contas. Cresceu pobre, mas fez vasta fortuna, conquistada pelo próprio mérito. Ele pagava pelo motorista, boa escola, terapias e médicos, ótimas roupas, viagens, conforto e luxo e depois cobrava uma conta bem alta, na moeda da humilhação. Quando você nasceu seu pai ainda era casado com a primeira mulher, com quem tinha dois filhos, um menino e uma menina. Sua mãe era a empregada doméstica desta casa. Seu pai, amante dela. Quando você tinha 4 anos, seu pai largou a família "oficial" e foi viver com sua mãe e você. Mas, de certa forma, as posições subjetivas não mudaram tanto assim. Poder, dinheiro, submissão, servidão, humilhação, ódio e exclusão estiveram sempre em pauta na dinâmica familiar. Você era o filho bastardo da empregada doméstica pobre com o patrão rico e poderoso.

Você chegou inflado, filho do dono, dono também. Era o rei, como tantas vezes brinquei, grifando o significativo presente em seu nome de batismo. Diante da primeira interdição colocada por mim no *setting*, você protestou dizendo que quem mandava ali não era eu, mas você, porque havia comprado o consultório. "É mesmo? Estranho, não estava a venda!", eu disse. Não se dando por vencido você me disse que seu pai havia oferecido uma quantia tão extraordinária por ele, que eu tive que vender mesmo assim. Mas eu insisti que o consultório não estava a venda por dinheiro nenhum no mundo e garanti a você que o dinheiro não pode comprar tudo. O tamanho de sua onipotência indicava o tamanho de sua fragilidade. Você precisava colocar-se forte e poderoso para defender-se de deparar-se com o lugar difícil e dúbio que ocupava no desejo dos seus pais.

Aos olhos do seu pai, você era a versão imperfeita do filho oficial e perfeito, morto aos 17 anos em circunstâncias nebulosas. Um possível suicídio, alguns especulavam, hipótese jamais aceita por seu pai, para quem seu irmão cristalizou-se em uma imagem irretocável. Aquele sim era super inteligente e teria sido o herdeiro do império do pai, não fosse sua trágica morte precoce. Você nunca conheceu este meio irmão, mas chorou sua morte, enlutou-se junto com seu pai e enredou-se ao morto idealizado, idealizando-o também e tornando-se o avesso dele, uma versão capenga dele, um resto, eternamente insuficiente aos olhos de seu pai. Preso a uma imagem de perfeição do filho morto, seu pai só podia olhar para você com

¹ Psicanalista, psicóloga pela UFRGS, especialista em psicanálise pela UFRGS, mestre em Estudos Psicanalíticos pela Tavistock Clinic de Londres, doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP, professora da UNIP e do curso de formação em psicanálise do CEP, membro da APPOA.

desgosto, como o lembrete concreto e desagradável de que o filho ideal não estava mais aqui. Assim, nem a sua inteligência extraordinária, percebida por todos que tinham alguma convivência com você e evidenciada nas sessões de análise, podia ser reconhecida pelo seu pai.

Mas você a mostrou com clareza a mim, construindo verdadeiras instalações em sessão. Civilizações antigas, monumentos colossais, palácios sofisticados, personagens bem marcados, enredos rebuscados nos quais invariavelmente eu era o escravo e você o mestre. Mas nós já estávamos em outro plano: a violência já havia, em parte, ganho contorno na brincadeira. E, se nessas cenas você podia mostrar a riqueza dos seus recursos, a capacidade de construir e criar - fazendo contraponto à destruição inicial do começo de sua análise - você também mostrou claramente o seu lugar de humilhado, tomando, na transferência, o papel daquele que humilha. Estávamos em pleno jogo de *Fort-Da*², você na posição ativa do que sofria passivamente. Você vivia nos palácios e, eu, num casebre furado, atingido pela chuva, frio e vento. Você era o rei, eu, o súdito.

Mas nem tudo ficava dentro do contorno do brincar, seu ódio também comparecia em ato. Repetidas vezes, quando eu começava a falar, você gritava por cima da minha voz: "cala a boca, sua burra". E foi assim, através desta transferência essencialmente negativa, de difícil manejo, na qual eu era colocada no seu lugar e você assumia o lugar de déspota, que você me mostrou de onde você vinha.

E por que repetir o que gerou desprazer, perguntará Freud em 1920, se não para colocar-se, desta vez, como "senhor da situação" (Freud, p.28)? Fui a "companheira de brincadeira" para quem você transferiu a experiência desagradável, o substituto através do qual se vingou³. Mas não era só uma sede sádica de vingança que estava em jogo, era também sede de elaboração. Você fez uso de mim, na transferência, como sua analista-carretel, endereçando a mim o seu ódio, até que ele pudesse ter um outro destino⁴.

E se o dinheiro era um operador importante da dinâmica familiar, isso também se evidenciou na forma como você trazia o pagamento. Vinha com o cheque do seu pai em um bolso e o dinheiro do estacionamento, no outro. Repetidas vezes você tirou o trocado do estacionamento do bolso e me ofereceu, com um sorriso de deboche nos lábios. Ou então, tirava o cheque do bolso e o jogava no chão, na tentativa de fazer com que eu me agachasse diante de você para pegá-lo.

Tivemos muitos momentos difíceis. Os combinados eram exaustivamente retomados e burlados. Tentei diferentes manejos, de toques de humor a tentativas de nomear a repetição que ali se instaurava. Eu dizia a você que você estava tentando me fazer odiá-lo, tentando provocar em mim a reação que provocava em outras pessoas, que acabavam se afastando de você, batendo em você, desistindo de você. E te deixei claro que não desistiria, mas que também não iria tolerar tudo. Brinquedos duros foram lançados contra mim e a sessão interrompida com um exaltado "assim não podemos continuar". E eu me perguntava se nestes momentos em que eu também era tomada de ódio, não saía da posição de analista. Aos poucos fui entendendo que o meu limite fazia limite para você e que o que eu achava, a princípio, ser puro ruído contratransferencial, tinha função analítica.

Havia dias em que o ódio transbordava em você, como quando chegou riscando os vidros da minha janela. Eu te ofereci papel, te disse que percebia a intensidade do que sentia e te convidei a "falar" de outros jeitos. Você pediu que eu me virasse para a parede, tomou o punhado de papel branco nas mãos e passou a rabiscá-los com fúria. Eu escutava o barulho da caneta sendo pressionado com toda a força no papel. Depois de riscar com rispidez pilhas de papel, você colocou algo legível no papel e me deu permissão para me desvirar e olhar. Você havia desenhado o logotipo da escola, havia escrito "vale 10" em um canto

2 "É claro que em suas brincadeiras as crianças repetem tudo o que lhes causou uma grande impressão na vida real, e assim procedendo, ab-reação à intensidade da impressão, tornando-se, por assim, dizer, senhoras da situação" (Freud, 1920, p.28)

3 "Quando a criança passa da passividade da experiência para a atividade do jogo, transfere a experiência desagradável para um de seus companheiros de brincadeira e, dessa maneira, vinga-se num substituto" (Freud, 1920, p.29)

4 Como coloca Mauro Mendes Dias, em *Ódios, não se trata de produzir sujeitos equilibrados. "É o que pode haver de pior. Principalmente quando o triunfo desse equilíbrio encontra-se diretamente relacionado à eliminação do ódio. Por isso mesmo, um de nossos temas é poder se interrogar sobre o destino do ódio"* (Dias, 2012, p.28).

da folha. No outro canto da folha uma nota: "3, 5". E junto desta nota você escreveu "assinatura do pai ou responsável". Peguei a folha na mão e disse a você que agora podia compreender por que você estava tão bravo. "É que você vale 10, mas seu pai só pode vê-lo como 3,5", eu disse. Neste dia você chorou, tirou, pela primeira vez, a capa da onipotência e se mostrou frágil. Devia dar um trabalhão manter-se sempre tão forte!

Nessa época eu não sabia ainda que você se mostraria também, mais tarde, doce. Confesso que muitas vezes temi que o nosso trabalho não daria conta de tirar você da perspectiva de fazer laços perversos com o outro, vida afora. Foi difícil aguentar e manejar tanto ódio. Sustentava nosso trabalho lembrando do sábio ensinamento de Freud sobre não tomar o que é endereçado ao analista como pessoal, mas como uma repetição de protótipos de relação. E se é importante saber que o amor dirigido ao analista "não deve ser atribuído aos encantos de sua própria pessoa" (Freud, 1915, p.210), isso também vale para o ódio.

– Que sapato feio este seu".

Fiquei em silêncio.

– Você só tem este sapato?

Continuei quieta.

– As pessoas vão pensar que você só tem este sapato.

– Ah! É com isso que você está preocupado? Com o que as pessoas vão pensar? Elas vão pensar que eu sou pobre?

Naquele dia fui para casa considerando jogar os meus amados sapatos pretos fora. De tanto que eu gostava deles, talvez estivessem mesmo já um tanto passados. Mas isso era outra história! Em sessão, tratava-se de abster-se de responder do lugar de um laço social qualquer. Ficar simplesmente ofendida com a provocação não teria me permitido escutar a repetição que se fazia ali, na transferência. Ser rico ou ser pobre era uma grande questão para você. Vestia-se de *Brooksfield* dos pés à cabeça, "porque é a marca mais cara", deliciava-se com o *Baião-de-Dois* do boteco da esquina do consultório, mas sua carteira era *Armani*. Perguntava-me se eu já havia ido no restaurante tal ou tal e diante da minha resposta negativa, dizia "pobre é foda!".

E, aos poucos, você foi podendo ser também gentil. A primeira grande mostra de sua gentileza apareceu no dia em que você completou 10 anos. Você apareceu no consultório com seu bolo favorito nas mãos e fez questão de dividi-lo com todos. Comigo, com as minhas 2 colegas, que você conhecia de vista dos corredores (uma delas estava em atendimento, mas você fez questão de deixar a fatia separada para ela), com a menininha e a mãe que costumavam dividir com você a sala de espera. Descemos até a cozinha para partir o bolo e colocar em pratinhos. Você estava feliz e eu também. Achei significativo você querer celebrar seus 10 anos de vida ali. Você mostrava o quanto aquele lugar estava sendo importante para você, ao mesmo tempo que evidenciava um efeito do nosso árduo trabalho. Você podia ser agradável com o outro.

Ao longo do tempo, outras demonstrações de gentileza intercalavam as cenas de humilhação. Um dia você contou que veria o espetáculo do *Cirque Du Soleil*. Perguntou se eu já havia visto algum, respondi que há muitos anos eu assistira a montagem de *Alegria*, que havia gostado muito e que a música era linda. Na sessão seguinte você apareceu com uns fones e, sem dizer nada, os colocou nos meus ouvidos. Ao reconhecer a trilha daquele espetáculo eu sorri e você sorriu também. Desta vez não era de deboche.

E você, que outrora havia criado um personagem chamado *motorista suicidero*, um boneco sentado em um carrinho de lego que você lançava com toda a força divã abaixo para ver em quantas partes ele se partia, agora incorporava um novo personagem. Você era um grande cirurgião, de renome internacional (o nome que você deu a ele, era, de fato, a versão do seu nome em inglês), que tinha uma especialidade peculiar: ele ressuscitava pessoas que haviam morrido degoladas, colando de volta suas cabeças no lugar. O tratamento era rebuscado, envolvia cirurgia, complexas ataduras e uma longa recuperação em uma maca especial criada por você. Fizemos juntos a tal maca com material de sucata. Claro que eu ficava com a parte trabalhosa, você dava as ordens. Investimento de várias sessões, a maca era um apanhado de caixas de remédio grudadas e forradas e depois pintadas. Havia um lugar no meio onde os bonecos da família,

devidamente decapitados e operados com a cabeça de volta no lugar, cheios de ataduras, eram encaixados, e ficavam ali repousando até voltarem a viver. Gravadas na maca estavam as iniciais de seu nome, seguidas da titulação, “especialista em cabeças”. Muita gente, vinda de todos os lugares do mundo, foi curada por este grande médico. Eu era a eficiente auxiliar de enfermagem, a mim cabia recortar ataduras, instrumentar as cirurgias e tolerar certas grosserias suas, já bem menos frequentes que outrora. Um dia você pediu que eu trocasse o forro da maca, de vermelha ela passou a ser verde. “Verde é a cor da esperança!”, eu disse, “você dá esperança aos seus pacientes e eu estou orgulhosa de você!”. E a medida em que você fazia um evidente trabalho de *reparação*, eu pensava que o momento da alta se aproximava. Quantos deslocamentos! Sua onipotência ainda estava ali, mas sua finalidade era construtiva. Você colocava as cabeças de volta no lugar e nós dois colocávamos a sua!

Mas, para minha surpresa, você não queria saber de ir embora. Quando ensaiei marcar uma data para nossa última sessão, você brincou repetindo a mesma data sugerida, só que com o ano seguinte. Rimos. E seguimos trabalhando. A esta altura você já havia espichado, engrossado a voz, virado um adolescente. Trazia músicas no Ipod para me mostrar, fazia testes comigo para ver se eu adivinhava nome da banda e música. Surpreendia-se com o meu repertório de rock and roll, seu grande interesse do momento, e também com a minha vasta ignorância a respeito das cantoras pop mais comerciais da atualidade. Trocamos figurinhas sobre nossas bandas preferidas. Incrementei seu repertório e você, o meu. Ao retomar o assunto da alta você um dia me disse: “agora que você mais está me ajudando quer que eu vá embora?”. Eu me questionava sobre o que acontecia ali, virara uma amiga que você encontrava toda quinta à tarde? Já não era hora de fazer amigos lá fora, na vida “real”? Você estaria com dificuldades de se separar de mim? Seria resistência minha continuar? Mas havia algo de interessante na sua fala, era como se, pela primeira vez, você estivesse bancando por si mesmo o pedido da análise. Não vinha mais porque sua mãe queria (seu pai nunca verdadeiramente quis que você viesse) ou porque eu, sua analista, achava que era necessário. Você era quem queria vir.

Eu sabia que a situação na sua casa não era nada fácil e sentia que era como se o espaço da análise servisse, ainda, entre outras coisas, como ancoragem. Continuamos a ouvir música no seu Ipod, a jogar cartas, *Monopoly* e a conversar sobre os conflitos domésticos, as dificuldades com seus pais, a escola, os novos amigos que você, finalmente, conseguia fazer. E, sem muita antecedência, ao falarmos sobre a data da última sessão antes das férias de julho, você anunciou que aquela seria *sua última sessão para sempre!* Perguntei sobre esta decisão e você me disse: “minha mãe acha que eu não preciso mais, você acha que eu não preciso mais, meu pai nunca achou que eu precisasse e agora eu também acho que não preciso mais!”.

Você vem para sua última sessão e conversamos sobre muitas coisas, entre elas sobre como seria lidar com *os bichinhos da cabeça da mãe* sem a análise. Você sugere que, agora que você não virá mais, “quem sabe ela poderia vir no seu lugar?!”. Conta sobre uma visita da sua meia-irmã e de como a mãe reclamou que você estava sendo frio. “Será que ela não percebe que minha irmã é uma estranha pra mim?”. Legítimo o que você diz e conversamos sobre a possibilidade de construir uma relação. Por associação chegamos ao meio-irmão morto e você diz “pelo menos meu pai já não fica dizendo que ele é um gênio, porque morto é sempre bom!”. Rimos um pouco juntos, imaginando as prováveis brigas que os dois teriam, caso ele estivesse vivo. Você decide continuar uma partida de *Monopoly*, começada algumas sessões atrás. Você estava ganhando longe de mim, cheio de propriedades, “praticamente dono do mundo” eu comentei, lembrando de como você chegou, querendo comprar o consultório. E aí você me diz: “dono do mundo, **no Monopoly!**”.

Referências Bibliográficas

Dias, M.M. (2012) Ódios: clínica e política do psicanalista. São Paulo: Iluminuras.

FREUD, S. (1915 [1914]) *Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III)*. In Ed. Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1920) *Além do Princípio do Prazer*. In op.cit.

Uma mosca no “Inferno de Dante”

Denise de Sousa Feliciano¹

A partir de fragmentos de duas sessões de análise de um adolescente com queixa de recusa alimentar, a autora tece considerações sobre a dinâmica que se passa na sala de análise entre analista e analisando, quando num dado momento parece haver uma possibilidade de elaboração de vivências sádicas muito primitivas a partir da reação à presença de um inseto em sala de análise.

A ilustração clínica abre possibilidade para um passeio pela teoria kleiniana da sexualidade infantil, nas relações fantasiadas com o seio, pelo caráter emblemático de representante simbólico das angústias primordiais e da dinâmica de sadismo que as sessões mencionadas adquirem.

O sintoma mobilizador da busca de análise pelos pais do paciente, sua alimentação restrita a poucos alimentos, revela o caráter primitivo de seu mundo mental e a dissonância com sua idade cronológica.

¹ Psicóloga e psicanalista. Doutora em psicologia (IPUSP-SP); membro efetivo no Depto. Psicanálise da Criança – Sedes e docente nos cursos: “Introdução a Intervenção Precoce na Relação Pais Bebê” e “Amamentação e Psiquismo: Reflexões”; membro filiado na SBPSP; membro da Sociedade Brasileira de Pediatria SBP e membro do Depto. de Saúde Mental da Sociedade de Pediatria de SP. denisefeliciano@uol.com.br

A Criação na Clínica Institucional: a clínica com crianças e uma intervenção de orientação psicanalítica entrelaçada com o cultural

Denise Maria Cardoso Cardellini¹

Palavras-chave: Clínica Institucional; psicanálise de crianças; transferência; criação.

“Onde as crianças brincam, existe um segredo enterrado” (Walter Benjamin)²

Tenho como perspectiva neste trabalho, a reflexão de uma experiência institucional exercida em uma instituição pública de saúde e seus entrelaçamentos com o campo educacional. Pretendo debruçar sobre este percurso, revisitando algumas vertentes teóricas e intervenções da clínica psicanalítica com crianças, tecidas e articuladas com as dinâmicas transferenciais. De uma psicanálise em movimento que se amplia até as instituições, e, atravessada por questões de grande complexidade, encontramos a clínica, que nos confronta a todo momento, quanto às possibilidades e alcances, por ser uma clínica com crianças e por ser no âmbito institucional. A questão lançada pelo colóquio, de pensar a transferência na clínica com crianças, na cena contemporânea, nos remete ao texto Freudiano com as descobertas do inconsciente, da transferência e da sexualidade infantil.

Vemos que na sua teorização, o conceito de transferência surge no último dos ensaios que compõem a coletânea “Estudos sobre a Histeria”(escrita em parceria com Joseph Breuer-1985), no qual as duas principais noções referentes à clínica são enunciadas: resistência e transferência. Daniel Kupermann³ faz um itinerário do conceito de transferência a partir desse momento, pensada como resistência, indo na direção da repetição necessária ao trabalho de acesso às fantasias recalcadas e ao Complexo de Édipo, com a atualização do inconsciente. Isto implica em riscos e desafios para o analista na situação clínica, como podemos ler nos textos: “A Dinâmica da Transferência”, 1912, “Observações sobre o amor Transferencial” em 1915 e “Recordar, Repetir e Elaborar” em 1914. Assim, a transferência no artigo “A Dinâmica na Transferência, já surge como repetição incorporada ao processo analítico, podendo ser positiva ou negativa e aliada à descoberta de que todas as relações emocionais se desenvolvem a partir de desejos vinculados à sexualidade.

Pensar sobre a transferência no trabalho institucional nos instiga pelos desafios encontrados com a modificação do setting clássico e as vicissitudes decorrentes dos lugares do analista, com a multiplicidade sintomática das crianças e com os atravessamentos institucionais. Sustentamos o trabalho com uma escuta especial e com a transferência que no caso das crianças, torna-se pressionado pelas demandas familiares, da escola e de outras instituições. Atenta a não responder a todas as demandas, porém, em determinados momentos, escutamos os pais que também movidos por seus desejos, recalques e transferências podem

¹ Psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae e membro do Grupo de Trabalho e Pesquisa em Psicanálise e Contemporaneidade no departamento de Psicanálise, Psicóloga Clínica do Centro de Saúde de Pinheiros. denicard@uol.com.br

² Artigo de Flávio Vespasiano Di Giorgi que saiu na Folha de São Paulo em 18 de março em 1984 Posfácio do livro “Reflexões sobre a criança, o brincar e a educação” de Walter Benjamin

³ D.Kupermann, “Presença Sensível :Cuidado e Criação na Clínica Psicanalítica”(2008), pg 86

aceitar as mudanças em seus filhos ou interromper os atendimentos⁴. Algumas vezes, os pais chegam muito comprometidos emocionalmente e demandam atendimentos, sendo então, encaminhados para outro profissional da unidade.

O trabalho clínico ocorre no Centro de Saúde de Pinheiros que possui várias especialidades médicas e não médicas, Instituição Estadual de Saúde que contempla as diretrizes do SUS. Contamos com neurologistas, psiquiatra infantil, psicólogos, fonoaudiólogas, assistente social e outros que reencaminham e acompanham alguns casos, de forma multidisciplinar. Percebemos que cada vez mais, chegam crianças pequenas de 3 a 7 anos de idade, sendo consideradas pela creche, escola e outras instituições, casos que necessitam de atendimento psicológico e às vezes, de medicação. A diversidade sintomática é ampla: crianças que não desenvolveram a linguagem se comunicando através de gestos, crianças com suspeita de autismo ou de psicose, inibições comportamentais e cognitivas, agitação, agressividade, enurese, encoprese, questões sexuais, e queixas múltiplas referidas ao contexto escolar.

Como dar conta desta complexidade clínica na instituição? O analista mesmo não tendo as condições dos pacientes adultos neuróticos, trabalha com a transferência, que consiste no manejo das situações favorecedoras de construção psíquica para o surgimento do sujeito, onde novos sentidos vão marcando processos singulares e novas histórias são construídas de si e do seu entorno familiar. O endereçamento pulsional que a criança faz ao analista, permite que o "traumático" e o sofrimento manifestados na cena analítica, muitas vezes no brincar, ora nos desenhos, ora na escrita ou nas associações verbais que este, o escute como um sujeito desejante. Isto para que não fique tão à mercê do outro, embora no atendimento de crianças, esta questão está sempre presente devido à sua dependência aos adultos, o que coloca também a questão ética para o analista.

O que a clínica institucional nos apresenta, é que o terapeuta procura preservar a especificidade de seu ofício mas também é receptivo à criação, ao inédito. Por isso, a amplitude de seu trabalho que pode ocorrer como no caso clínico abaixo ou percorrer caminhos de entrelaçamentos com o social e com o cultural. Katia de 6 anos chega com sua tia para atendimento quando a situação familiar era conflituosa e dramática, pais com história de abuso de álcool e mãe depressiva com tentativa de suicídio. Ela e seu irmão de 10 anos já ficavam em alguns períodos na casa dos tios. Com dez dias de atendimento da criança, sua mãe realiza mais uma tentativa de suicídio e morre. Não tive tempo de conhecer sua mãe, tão destrutiva consigo mesma, mas pôde ainda deixar planejada em um bufê a festa de aniversário de 7 anos de sua filha. Os tios maternos conseguem uma guarda provisória e o pai que trabalha como vendedor, após a morte da esposa passa a visitar os filhos e a disputar a guarda deles. Pude acompanhar esta criança durante dois anos e meio e além de seus desenhos e o brincar que revelavam dor, perda e todo processamento do luto, evidenciava muitos recursos psíquicos, pois, me contava sonhos e segredos familiares. Após o acontecimento, tinha pesadelos, não conseguia dormir, chorava muito, solicitando sua tia ao seu lado. Em seus desenhos, sua mãe estava sempre presente e com o tempo foi se distanciando, ficando no céu. Katia continuou indo a escola, participando das atividades escolares e se relacionando com os colegas. Em alguns momentos, pensava em morar com seu pai, mas também reconhecia os bons cuidados que recebia de seus tios. Eram desejos de recompor sua família, enquanto lidava com a ambivalência do amor e ódio aos tios- pais substitutos- tendo que se integrar na família deles, que tinham outros filhos. Considero que a transferência no processo terapêutico foi fundamental na escuta dessa criança como sujeito desejante, visto que atingida pela perda materna no período edípico, ela pôde se ressituar no sentido de elaborações e recomposições internas e, com respaldo familiar acolhedor, seguiu em um caminho identificatório de menina que preza a vida. Ela vinha para as sessões enfeitada com vestidos, tiaras e pulseiras A transferência institucional também participou desse encontro analítico, ela aguardava às sessões e sua tia colaborava em alguns momentos trazendo-a, em outros, a criança insistia em vir. Enfim, chegamos a um momento de separação, já podia seguir sua vida com a família substituta que pensava neste momento, em morar no interior.

4 A. Sigal "O lugar dos Pais na Psicanálise de Crianças", (1994) pg 50 . Aberturas para um trabalho também com a transferência dos pais.

Para Viñar, o infantil não é a história vivida e biográfica ainda que seja um pouco. O infantil é a história sonhada, desejada e temida⁵. E com relação ao sonhar, Decio Gurfinkel refere à importância que Winnicott dava a capacidade de sonhar da criança e principalmente sob transferência.⁶

A concepção do que é relação transferencial foi sofrendo transformações na esteira dos desafios clínicos surgidos com a segunda tópica freudiana, e com o aparecimento de casos clínicos de sofrimento psíquico que não eram neuroses. Neste recorte, clínica psicanalítica de crianças e movimentos transferenciais, temos outros desenvolvimentos teórico-clínicos pós-freudianos formulados por Melanie Klein, D. Winnicott, Maud Manoni, Dolto, e outros. As contribuições da escola inglesa com Melanie Klein introduzindo o jogo como substituto da associação livre e propiciador da expressão das fantasias internas com o trabalho do analista na interpretação desses conteúdos. Daí, Melanie Klein trava um debate intenso com Anna Freud sobre os aspectos transferenciais implicados nos atendimentos de crianças. Temos os aportes de Donald Winnicott que nos oferece novos sentidos à regressão e ao jogo, e a experiência transferencial passa a ser determinada pela qualidade sensível do psicanalista principalmente em pacientes traumatizados, modulada pela singularidade de cada analisando. Dessa forma, nesses pacientes, não seria a neurose de transferência freudiana, atualização do inconsciente, mas no percurso analítico, o analista se deixa odiar/destruir e ser usado pelo analisando, fazendo do encontro afetivo, criação.

As contribuições da escola francesa, influenciadas pela sistematização lacaniana, trazem Françoise Dolto que enfatiza a erogeneidade das diversas partes do corpo e pela experiência corporal vivenciada pela mediação da função materna, produz simbolização. E Maud Mannoni sublinha os lugares que uma criança ocupa em relação aos fantasmas dos pais. Para ela, no processo analítico emerge a história dos desejos parentais, os não ditos, os discursos entrelaçando as tramas psíquicas, portanto, a escuta analítica deve ser estendida além do sintoma que a criança apresenta, indo até seu meio familiar e social.⁷ Jean Laplanche retrabalhando e reformulando conceitos mas na trilha freudiana, reconhece a transferência como reveladora do inconsciente, portanto portadora de um novo sentido. A dimensão fundamental da transferência para ele, seria a relação ao enigma do outro. Com a formulação de sua teoria, a sedução generalizada, reafirma o eixo: a prioridade do outro na constituição do sujeito sexual. O enigma sexual é proposto pelos adultos à criança, assim há o enderçamento e o outro não sabe tudo o que diz, ele é outro para si mesmo.⁸

Mas é no trabalho clínico principalmente com crianças que o analista, às vezes se surpreende, porque recebemos casos que já vem com diagnósticos: autismo, hiperatividade, déficit de atenção, inibições e no processo analítico vão se desenrolando vários emaranhados que elucidam outras conflitivas, não confirmando os diagnósticos iniciais. Esta situação, nos leva a pensar que os efeitos dos processos psíquicos, os enigmas, operam no jogo transferencial sentidos novos com a criação de outros lugares possíveis para essas crianças.

No trabalho institucional, o psicanalista está mais próximo das questões sociais e a escuta nos atendimentos das crianças encaminhadas por escolas, tem que se ampliar, alguns casos, vão além da formação fantasmática singular, trazendo questões pertinentes à escola. Como grande encaminhadora de casos para diagnósticos e medicalizações teria que se repensar como lugar dessubjetivante e até promotor de exclusão. Comecei a me indagar sobre esta questão, quando recebi uma criança de seis anos de idade, considerado pela escola, perturbadora, uma vez que na classe se agitava, levantando da cadeira, subindo nos armários e agressivo com os colegas e professores, atrapalhando o andamento das aulas. A avó e a escola entravam em conflitos porque era chamada a todo momento. Os educadores mostravam impotência em acolher à criança, parecia em "surto" mas com a presença da avó, ele conseguia manter o controle. Na discussão da dinâmica familiar de Lucas com os educadores emergem visões mais centradas no diagnóstico e tratamentos, pouco se levando em conta, o período de adaptação à escola, entrou naquele ano, sua

5 M. Viñar "Psicoanalizar Hoy" (2002), pg. 68 (Tradução da autora)

6 D. Gurfinkel [2008] "Sonhar, dormir e psicanalisar: viagens ao informe" pg 9

7 Crianças históricas que configuram um campo' (2008] no livro "Psicanálise com Crianças. Perspectivas teórico-clínicas

8 J. LAPLANCHE, "Da transferência: sua provocação pelo analista," Revista Percurso, n 10, 1993

angústia e história de vida permeada com separações e perdas. O pai foi assassinado e mãe usuária de drogas, após morte do marido deixa seu filho num abrigo com um ano e seis meses. A avó paterna tira-o do abrigo aos dois anos. Conseguimos, ao invés da mudança da criança para outra escola, restabelecer a implicação dos educadores com ações de acolhimento e investimento nesta criança. Paralelamente, ele estava sendo atendido no Centro de Saúde. Este caso clínico, como outros, levaram ao entendimento de uma demanda por um trabalho com intervenção na escola que foi ao encontro das expectativas dos educadores. Propor à escola espaços de abertura com novas possibilidades para os sujeitos, ao invés de seu fechamento numa dinâmica de reproduções e cristalizações. E recuperar as dimensões da subjetividade e da singularidade tendo em conta as manifestações de sofrimento das crianças. Há casos de crianças que não querem ir à escola e outras se sentem excluídas.

Como romper este ciclo de diagnósticos e medicalizações que estreitam os caminhos dos alunos e afetam suas famílias?. Não poderiam às instituições ter espaços de maior continência, mais cuidados e inovações nas relações?. Assim, estabelecemos uma parceria Centro de Saúde e escola (2010 a 2011) com o propósito de conhecer mais a realidade escolar e construir um trabalho conjunto que envolvesse os profissionais da escola, alunos e familiares. É uma escola pública estadual, de ensino fundamental (1º. ao 5 ano) que possui 320 alunos de seis a onze anos, de período integral, localizada no bairro de Pinheiros e próxima ao Centro de Saúde.

Por que a criação de um espaço exploratório lúdico na escola?. A implantação e funcionamento de um espaço lúdico na escola que implicasse a todos da comunidade escolar, seria um dispositivo que propiciasse mudanças de visões e olhares para os conflitantes processos escolares, além disso, havia um material lúdico enviado pela Secretaria da Educação que estava fechado em caixas há dois anos, uma vez que não havia quem o organizasse. Por este trabalho, ter conexões com uma rede AutoFormação Local de Pinheiros, pôde contar com auxílio de alunos da Pedagogia da USP para organização e classificação do material lúdico e alunos engenheiros da pós-graduação da Fundação Vanzolini, atuantes em projetos sociais.

Para nortear este trabalho de intervenção e pesquisa, pensamos numa perspectiva de orientação psicanalítica, de clínica ampliada vinculada a realidade social e cultural. No cenário contemporâneo de excesso de tecnologias, consumismo e individualismo, a escola ainda é um lugar de referência para a criança. E os efeitos do papel da escola no processo de estruturação subjetiva das crianças e jovens vão além da transmissão de conhecimentos. Destacamos o psicanalista Donald Winnicott que aproxima em sua teoria o brincar das relações culturais e, considera como sinal de um psiquismo saudável que torna os indivíduos mais capazes de um viver criativo. O brincar é essencial, e há uma evolução direta dos fenômenos transicionais para o brincar, do brincar para o brincar compartilhado e deste para as experiências culturais. Também consideramos outras leituras, apesar dos debates vigorosos e questionamentos quanto a aproximação da Psicanálise e Educação, encontramos trabalhos institucionais profícuos, que articulam a Psicanálise com a Cultura, orientados pela psicanalista Maria Cristina Kupfer. E outras perspectivas e formulações com a "Análise Institucional".

Retomando a experiência na escola, a criação do espaço exploratório lúdico teve com objetivos: oferecer um espaço com material lúdico (brinquedos e jogos) às crianças, aos profissionais e pais. Não há ações dirigidas, o brincar é livre. Ter encontros com os profissionais da escola e com os pais para a discussão sobre a importância do brincar e a participação no funcionamento do espaço, construindo junto o projeto. Propiciar o encontro de crianças de diversas idades com o material lúdico e, a escola com as famílias devem dar continuidade ao projeto.

Mesmo com receptividade inicial, no momento da implantação surgiram muitas dificuldades no engajamento dos educadores, em parte, havia o receio do espaço ser destruído pelas crianças. Em 2010, as crianças começaram a frequentar o espaço com os professores e, em alguns momentos, houve a presença de psicólogas. Ocorreram encontros com os professores para discussão sobre o funcionamento e organização de horários dentro da dinâmica escolar. Os professores mostraram participação, tiraram fotos e colocaram no site da escola. Com os familiares ocorreram dois encontros para a apresentação do espaço lúdico. A escola atravessada por multi atividades não favorece a participação da família. Além disso, é considerada de

passagem, pois, somente 20% dos alunos são moradores do bairro, o que dificulta a implicação dos pais. Não existem trabalhos na escola para cuidar das relações escola e família, durante a intervenção houve um momento de recuo e fechamento para a participação dos pais na escola. A dimensão exploratória toma conta do espaço, todas as crianças brincam e os professores neste contexto estabelecem relações mais amistosas com seus alunos. A coexistência da potência e dos conflitos marcam o contexto escolar, como vemos com a mudança do expositor de gibis que se encontrava num canto escuro da escola para o espaço lúdico, e ser acessível a todos. Ser a coordenadora nesse trabalho, me levou a um lugar de transferência criado pela situação institucional, e a uma escuta que procurou sustentar os conflitos e favorecer a circulação da palavra entre todos, ocorrendo em alguns momentos impasses e limites. Trabalho clínico transdisciplinar atravessado por múltiplas transferências e pelas dimensões da ética e da política, olhar estrangeiro que tem como um dos efeitos diminuir o número de encaminhamentos para a unidade.

Conforme Vinãr, o psíquico e o social, essa zona entre o mundo interior e os espaços compartilhados em uma cultura e suas instituições são múltiplas e decisivas para serem exploradas. A propósito do lugar do analista em uma intervenção institucional educacional, Maria Laurinda de Souza o situa no espaço do entre, entre o interno e o externo, o dentro e o fora, entre a clínica e a educação, entre o individual e o social. Um lugar sempre a construir... Enfim, esperamos que “as crianças” em sua multiplicidade não fiquem aprisionadas em diagnósticos e medicalizações e sejam capazes de um viver criativo, atando os laços entre o brincar, o criar e o aprender.

Referências Bibliográficas

- FREUD, S. (1980) “A psicoterapia da histeria” In BREUER, J. e FREUD, S. Estudos sobre a histeria. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. II. Rio de Janeiro: Imago, [1893-1895]
- _____. (1980) “A dinâmica da transferência”. In Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, [1912].
- _____. (1980) “Observações sobre o amor transferencial.” In Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, (1915[1914]) .
- _____. (1980) “Recordar, repetir e elaborar.” In Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1980 [1914]
- KUPERMANN, D. (2008). “Presença Sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica”, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira
- SIGAL, A. (Org.) (1994) “O lugar dos pais na psicanálise de crianças,” São Paulo: Editora Escuta
- KUPFER, M. (2007). “Educação para o futuro. Psicanálise e Educação , São Paulo: Escuta
- WINNICOTT, D.W. (1975). “O brincar e a realidade” Rio de Janeiro: Imago
- STOPPEL, A. e SETTON, A. (Org.) (2008) “Psicanálise com crianças”: Perspectivas teórico-clínicas, São Paulo: Casa do Psicólogo
- VIÑAR, M. (2009) “Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio” Montevideo, Uruguai: Ediciones Trilce
- _____. (2002) “Psicoanalizar Hoy ” Problemas de articulación teórico-clínica, Montevideo, Uruguai: Ediciones Trilce
- LAPLANCHE, J. (1993) “Da transferência: sua provocação pelo analista” São Paulo: Revista de Psicanálise, ano VI, n. 10, 1.sem 1993
- GURFINKEL, D. (2008) “Sonhar, dormir, e psicanalisar: viagens ao informe” São Paulo: Escuta
- LAURINDA M.R. de SOUZA [2009] Resenha de Vera Blondina Zimmermann, “Adolescentes- estados limites-A instituição como aprendiz de historiador” São Paulo, “A esperança como condição ética para o surgimento do sujeito” Revista de Psicanálise, ano XXI, n.42, 2009.

Quando o ambiente é o abrigo: cuidando das cuidadoras¹

Dra. Denise Sanchez Careta – Autor Apresentador²

Profa. Dra. Ivonise Fernandes da Motta³

Palavras-chave: Abrigos; Cuidadores de Crianças Abridadas; D. W. Winnicott; Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema.

Introdução

Como psicóloga e psicanalista, que nos últimos anos vem desenvolvendo intervenções psicológicas em contextos de abrigos para crianças e adolescentes, deparei-me com um grupo de mulheres, cuidadoras⁴ de crianças abrigadas, que manifestava sofrimento psíquico intenso e que precisava, portanto, de cuidados psicológicos.

Amparada pela perspectiva winnicotianna, aquela que me orienta **nos últimos anos, considere as cuidadoras como o ambiente humano que poderia favorecer, se estiver saudável, o desenvolvimento daqueles que têm o abrigo** como o ambiente indicado e possível para viver.

Se a ação ambiental saudável favorece o desenvolvimento das potencialidades para a saúde do indivíduo, como compreendeu D. W. Winnicott, penso que, cuidar das cuidadoras de uma instituição é fundamental para que elas possam oferecer um cuidado “suficientemente bom” para aqueles que estão presentes no ambiente institucional.

Parte-se da consideração de que, por meio do cuidado, aqui traduzido como a intervenção psicoterápica – encontros psicoterápicos em grupo com a equipe de cuidadoras - há possibilidades de resgatar a continuidade do processo de crescimento emocional dessas mulheres que cuidam de crianças em acolhimento.

Cada vez mais temos observado a necessidade contemporânea de a psicologia avançar para fora dos consultórios e nesta experiência com as cuidadoras, não foi diferente: o enquadre diferenciado da intervenção psicoterápica acontecendo no abrigo e, portanto, a clínica inserida na instituição. Winnicott considerava: “somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião” (1962/1983, p. 155).

Complemento ainda que, além de realizar os encontros psicoterápicos tendo como ancoragem a psicanálise, fundamentalmente a perspectiva winnicottiana, com enquadres diferenciados⁵, esta intervenção pôde se propagar por dois anos, de forma sequencial – de 2006 a 2008. Esta temporalidade, por si só, indica a possibilidade de desenvolver a clínica em contexto institucional, com enquadres diferenciados.

¹ Parte da Tese de Doutorado da autora: Careta, D.S. (2011), IPUSP.

² Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pela USP. Coordenadora do Núcleo de Abrigos do LAPECRI/USP. Assessora institucional em abrigos. Coordenadora do Grupo Psicoterapêutico de Pós-Guarda e Pós-Adoção (GEAA-SBC). Coordenadora do GEPI – Grupo de Estudos e Práticas Psicológicas Institucionais. Psicóloga clínica com abordagem em Psicanálise denisecareta@uol.com.br

³ Professora do Departamento de Psicologia da USP - Graduação e Pós-Graduação. Coordenadora do LAPECRI/USP. Psicóloga clínica com abordagem em Psicanálise. ivonise1814@terra.com.br

⁴ O encontro anterior com as cuidadoras de um abrigo localizado no Grande ABC ocorreu durante a realização do estudo de Mestrado, em 2004 - Careta, D.S. (2006), IPUSP. A equipe de cuidadoras deste determinado abrigo era composta por oito mulheres. A rotina diária consiste em prover os cuidados físicos, de higiene e alimentação, levar e buscar as crianças na escola e acompanhá-las em todas as atividades, do passeio ao cuidado com a saúde.

⁵ Segundo Aiello-Vaisberg (2004), enquadres diferenciados: settings alternativos, nos quais o método psicanalítico pode ser concretizado com rigor do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema na pesquisa de representações sociais, privilegiaremos, então, uma leitura transferencial centrada na apreensão do que diz o material acerca da posição existencial do sujeito grupal frente ao objeto social em pauta” (p. 276-277).

Apoio-me em Bleger (1984) para defender minha presença como psicóloga e psicanalista além do emoldurado consultório para ingressar em círculos mais amplos, incluindo o atendimento clínico também com grupos e instituições. O autor (idem) ressalta que a necessidade de ampliar a atuação do clínico refere-se, sobretudo, ao fato de a dimensão psicológica se fazer presente em tudo, porque em tudo o ser humano intervém (p. 16). Escreveu o autor:

A função social do psicólogo clínico não deve ser basicamente a terapia e sim a saúde pública e, dentro dela, a higiene mental. O psicólogo deve intervir intensamente em todos os aspectos e problemas que concernem a psico-higiene e não esperar que a pessoa adoça para recém poder intervir. (1984, p.20)

Aspectos Metodológicos

A intervenção psicoterápica com o grupo de cuidadoras realizou-se por dois anos, de 2006 a 2008. Os encontros ocorreram em grupo, semanalmente, por duas horas cada sessão, no próprio contexto da instituição.

Para investigar e avaliar a dinâmica psíquica das cuidadoras, atreladas aos relacionamentos com crianças em acolhimento, utilizamos o Procedimento de **Desenhos-Estórias com Tema4**. Aplicamos o procedimento com o grupo no início da intervenção, em 2006, e na finalização, em 2008, com o tema: "Desenhe uma cuidadora e uma criança abrigada". Analisamos todos os materiais obtidos pelo grupo de forma individual, privilegiando a apresentação da dinâmica do universo psíquico de cada cuidadora, anteriormente e posteriormente à intervenção psicológica. Partimos, então, para a compreensão de como o grupo se apresentava: a subjetividade da equipe de cuidadoras deste abrigo.

Ao longo dos encontros com o grupo de cuidadoras, durante dois anos, não estabelecemos técnicas para serem desenvolvidas com o grupo. Todos os encontros construíram-se de forma espontânea, segundo os fenômenos emergentes. Cada encontro era compreendido de maneira singular.

Síntese sobre o Grupo de Cuidadoras: de 2006 a 2008 - Temas Centrais

2006: Desconfiança do ambiente; identificação com a privação; relatos sobre as tentativas de suicídio: desesperança na vida.

2007: Relatos de separações, perdas e abandono: contato com o ódio; percepção da relação de apego: aumento de contato psíquico; início do resgate dos aspectos positivos de vida.

2008: O grupo é sentido como continente para sentimentos contraditórios: início da ambivalência; as participantes ocupam de maneira genuína o lugar de cuidadoras e adultas; aparece a capacidade de olhar a criança e reconhecer suas necessidades.

Então: 2006: Caos e desesperança; 2007: Constituição de holding e noções de continuidade de envolvimento e, 2008: Envolvimento e esperança - Surge o futuro.

Síntese do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema

Selecionamos uma análise para esta apresentação⁶. A cuidadora será identificada por Nívea (nome fictício), 50 anos.

Nívea evolui em sua dinâmica psíquica: revela a diferenciação alcançada - representa uma figura adulta e duas crianças, acompanhadas por um movimento de gratidão e afetividade. Comunica que evoluiu e agora pode ocupar o lugar de uma pessoa adulta, que cuida de crianças, com sentimentos afetivos, permeados por uma postura de acolhimento e ternura.

As relações são retratadas como não sendo apenas parcerias idealizadas e relações simbióticas, como em 2006. Comunica o contato com as emoções e revela ainda angústias marcadas pela desconfiança de vínculos.

⁶ Preservamos o material gráfico e não apresentaremos os desenhos e as respectivas histórias.

O contato com as emoções: alegria e tristeza, apresenta-se acompanhado pela internalização da Moral e a Ética (senso de valores), como conquistas do desenvolvimento.

Considerações Finais

Este estudo nos permitiu levantar algumas hipóteses. São elas:

1. **A busca do trabalho de cuidadora em abrigos pode estar relacionada com a busca pelo próprio cuidado interno:** Supomos que há aspectos internos de vivacidade que impulsionaram essas mulheres a procurar pelo trabalho de cuidadora em abrigos como uma maneira de também cuidarem delas mesmas internamente. Este auto-auxílio poderá ser um disparador para o crescimento emocional, se for auxiliado pelo acompanhamento psicológico.

2. **A ideia do abrigo também como um contexto reparador** para aquelas cuidadoras que possuem recursos internos para virem a cuidar de si ao cuidarem da criança no abrigo, desde que acompanhadas pelo atendimento psicológico.

De maneira sintética, citamos algumas constatações:

1. **A clínica psicológica no contexto social:** A partir desta experiência constatamos o quanto é possível e útil desenvolver a clínica psicológica no contexto social, confirmando a possibilidade do uso do conhecimento psicanalítico fora do consultório, e permitindo que outras realidades sejam atendidas em suas necessidades, em atendimentos duradouros.

2. **Mudança da realidade interna sem modificar a realidade externa (instalações do abrigo):** As evoluções emocionais observadas na equipe de cuidadoras aconteceram mantendo-se a mesma realidade social do ambiente (abrigo), independente das melhorias das condições ambientais externas (as quais também são importantes).

3. **Relacionamentos mais humanizados no abrigo:** as cuidadoras, ao alcançarem melhor contato emocional, podiam conter e elaborar o sofrimento psíquico. Ao longo do tempo, as relações interpessoais no grupo e no contexto do abrigo passaram a se constituir por relacionamentos mais humanizados.

4. **A importância do relacionamento humano sustentado pelo contato afetivo:** Consideramos que o desenvolvimento do ser humano acontece quando há uma figura humana ao seu lado que o estimule e o acompanhe. Ele não se desenvolverá emocionalmente se for apenas cuidado para manter-se vivo, sem o envolvimento afetivo e confiável. O ambiente psicoterápico confiável pôde proporcionar ao grupo o contato com suas emoções.

Conclusões

Concluimos que estes encontros psicológicos com as cuidadoras, realizados no contexto institucional, poderão constituir um modelo preventivo de intervenção para o progresso da saúde *mental em abrigos*.

Indicamos os encontros psicoterápicos em enquadres diferenciados para as cuidadoras em todos os abrigos, realizados em grupo e no próprio contexto institucional, como medida preventiva e não somente curativa. As cuidadoras poderão compreender muito mais o sofrimento das crianças em acolhimento quando compreenderem a si mesmas. Esta intervenção psicológica com as cuidadoras pode ser entendida como uma medida de saúde pública em contextos institucionais.

Referências Bibliográficas

- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1997). *Investigação de representações sociais*. In: Trinca, W. (Org.) *Formas de Investigação Clínica em Psicologia*, pp. 255-288. São Paulo, Vetor.
- ____ (2004). *Ser e Fazer. Interpretação e Intervenção na Clínica Winnicottiana*. In *Ser e Fazer. Enquadres Diferenciados na Clínica Winnicottiana*, pp.23-58. *Aparecida, SP: Idéias e Letras*.
- Bleger, J. (1984). *O psicólogo clínico e a higiene mental*. In *Psico-Higiene e Psicologia Institucional*, pp. 20-30. Porto Alegre: Artmed.
- ____ *Introdução*. In *Psico-Higiene e Psicologia Institucional*, pp. 15-17. Porto Alegre: Artmed.
- Careta, D. S. (2006) *Análise do desenvolvimento emocional de gêmeos abrigados no primeiro ano de vida: encontros e divergências sob a perspectiva winnicottiana*. *Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo*. Disponível em: www.teses.usp.br
- ____ (2011) *Quando o ambiente é o abrigo: cuidando das cuidadoras de crianças em acolhimento institucional*. *Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo*. Disponível em: www.teses.usp.br
- Winnicott, D.W. (1962-1983) *Os objetivos do tratamento psicanalítico*. In *O ambiente e os processos de maturação*, pp. 152-155. Porto Alegre: Artmed.

A importância da recusa em análise com crianças

Elisa Maria de Ulhoa Cintra¹

A partir das situações de transferência de análises infantis, a autora se dispõe a refletir sobre os manejos transferências necessários para abordar as situações clínicas em que está presente de forma significativa o mecanismo de defesa que Freud chamou de Verleugnung e que pode ser traduzido por recusa, desmentido ou desautorização. Este mecanismo de defesa – a desautorização ou recusa – estabelece uma cisão no Eu, entre de um lado, o registro e de outro lado, a desautorização deste registro. Mas, qual é o registro de percepção que é desautorizado? Parece-nos que desautorizamos a percepção de tudo o que pode variar ou diferenciar-se. Sentimos intolerância com relação ao inesperado, ao desconhecido, àquilo que, silenciando, no analista ameaça com o seu caráter “diferente, inesperado, variável”. Em reação a esta ameaça surge um “desmentido” ou uma desautorização de tudo que ameaça variar e diferenciar-se. Através desta reação procura-se tornar desimportante e indiferente aquilo que é inesperado. Recusa-se a diferença, tornando-a indiferente. O que se recusa é a realidade processual e histórica, a que comporta diferenças e diferenciações. No lugar desta percepção da diferença colocamos a presença de algo que não muda, algo que magicamente possa sempre estar lá. Tentamos tornar previsível o imprevisível, mesmo que seja desagradável e doloroso.

¹ Professora da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC-SP nas disciplinas de Psicanálise kleiniana e winnicottiana e do Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Clínica da PUC-SP. elcintra01@gmail.com

Transferência e transicionalidade na clínica com bebês

Elisa Motta Iungano¹ (apresentadora)

Palavras-chave: Psicanálise de bebês; Transferência; Transicionalidade; Maternagem.

Contextualizando a clínica com bebês

Há diversos modelos de intervenções clínicas a bebês e crianças até 3 anos, com diferentes objetivos terapêuticos e baseados em diferentes concepções acerca do que vem a ser um bebê, do estatuto que este tem na família, no mundo e de suas possibilidades enquanto sujeito em constituição. São geralmente realizados em conjunto com pais ou cuidadores. É importante a presença destes, se considerarmos que o ambiente, em especial ou cuidados maternos, são parte constituinte do sujeito do bebê. Na fase de dependência absoluta, o bebê e a mãe² são como uma unidade, psiquicamente.

A presença concreta do bebê, contudo, é o que possibilita o seu atendimento. Dando vida aos relatos dos cuidadores, o bebê se mostra, atua, reage e exige reações daqueles que o cercam. Quando presente, ele se torna mais do que um discurso, é um sujeito em relação também com o analista. A relação com o cuidador entra em foco. E a observação viva desta relação permite o atendimento à dupla. Trata-se não somente da análise de uma pessoa, mas de duas ou mais pessoas em um estado bastante particular e delicado, em que não podemos estabelecer uma distinção rígida entre cada uma.

O contexto em que se dá este tipo de intervenção é de um momento crítico e privilegiado de constituição de um sujeito e de uma família, de revolução psíquica para todos os envolvidos. Os pais, desacomodados de sua antiga existência, precisam se reestruturar e abrir espaço para acolher e colocar-se a serviço da nova vida. Fazer um luto e construir um vínculo. A emergência de conteúdos cristalizados e a regressão característica do período puerperal geram uma crise, que acontece simultaneamente à tarefa de prestar apoio à constituição de uma nova subjetividade. Em atendimentos a pais, expressão dos conteúdos regressivos, que dizem respeito à transmissão transgeracional precisam ter espaço – é muito comum que estes conteúdos venham carregados de fantasias sobre o bebê e a parentalidade³. É importante entender qual é o lugar do bebê no imaginário dos pais – qual é o posto que ele veio ocupar ao ser imaginado, concebido, ou mesmo aceito no seio desta família. Quais são as fantasias que podem atuar como fantasmas na construção de seu Self. Ele é recebido por uma estrutura preexistente, e seu lugar simbólico é até certo ponto determinante de sua posição na família. Esta contribui para sua constituição subjetiva, mas esta não se encerra aí.

O bebê chega ao mundo absolutamente dependente do ambiente, mas impõe sua presença de forma muito marcante. Seu desamparo e encanto seduzem o cuidador a se encarregar dele, assim como nos convocam a olhar e interagir com ele. Com bebês, podemos entender, de certa forma, que o que se pode apreender de sua superfície diz muito a respeito do que há de mais profundo de seu ser: com toda a sua pulsionalidade e desamparo à flor da pele, é ele um ser de relacionamento, dependente do contato e do amor humano para sobreviver. É como se fosse separado do mundo por uma membrana muito permeável, deixando ao interlocutor entrever o que acontece em suas entranhas e provocando-o a trocar com ele. É preciso, porém, compreender a língua em que essa exposição acontece. Ele exige, para ser cuidado e compreendido em profundidade, disponibilidade física e emocional, que possibilita conter as suas angústias e transformá-las. O terapeuta, cumprindo função análoga com os pais, dá o suporte para que eles possam desempenhar este papel junto ao bebê.

¹ Psicóloga formada pela PUC-SP, em formação no curso de psicanálise da criança do Instituto Sedes Sapientiae, membro do departamento de Psicanálise da Criança do Instituto Sedes Sapientiae, com experiência em atendimentos a crianças, bebês e famílias em consultório, hospital, casa de apoio e instituição de acolhimento. e_iungano@hotmail.com

² O termo “mãe” faz referência à função materna, geralmente cumprida pela mãe, mas não sempre.

³ Parentalidade é um neologismo que engloba os termos “maternidade” e “paternidade”.

Transferência e transicionalidade

Podemos retomar aqui a questão inaugural da psicanálise de crianças e refletir sobre como é possível a transferência nessa fase tão inicial da constituição psíquica. Para a psicanálise de bebês, o bebê já nasce carregado de conteúdos. Seu corpo vem pleno de sentidos, que vão se transformando ao longo da vida, especialmente na primeira infância. Mesmo a vida intrauterina não pode ser ignorada como uma fase significativa, na qual o corpo, primeiro representante do psiquismo, já foi imantado de conteúdos que tornam o feto, mais que um futuro ser humano, um sujeito em constituição.

Em atendimentos clínicos, bebês muito pequenos já são capazes de repetir, dentro da transferência, experiências pelas quais passaram e dinâmicas psíquicas que ocorrem consigo. Em 1941 Winnicott, em “observação de bebês numa situação padronizada” utilizava-se de consultas com bebês, acompanhados de suas mães, para entender e tratar seu estado emocional. Em outras palavras, afirmava que bebês de poucos meses já eram capazes de transferir ou de projetar conteúdos para a situação analítica, através do relacionamento com objetos. Descreveu uma série de possibilidades de padrões de manipulação do objeto pelo bebê, representando aspectos de sua relação com a mãe ou com o médico e inclusive a capacidade de lidar com as duas pessoas ao mesmo tempo. Associa o comportamento do bebê a fantasias inconscientes acerca da figura materna internalizada. Ora, se o bebê já tem as figuras parentais internalizadas, parece ser um sinal de que é capaz de transferir.

Eliacheff (1993) relata atendimentos a bebês que sofreram graves rupturas e viviam em instituições de acolhimento. Em alguns deles, o comportamento descrito pelos cuidadores era muito diferente daquele apresentado durante a consulta, o que a levava a crer que de alguma forma o bebê tenha percepção da condição diferenciada do setting analítico e isso favoreça que ele reviva na transferência a ruptura e o sofrimento que levaram ao sintoma. A interpretação somente pode ser feita com êxito quando formulada com base na transferência, na repetição de conteúdos no contexto da análise. É ela que autoriza e atribui sentido à interpretação, fazendo com que seja mais do que um enunciado vazio. Eliacheff também relata sua contratransferência, que a norteava na condução das análises. A interpretação, para ela, não pode ser feita apenas com base no que é relatado pelos cuidadores, mas no que é inscrito na sessão, o que indica o desejo da criança de falar sobre aquilo. As interpretações que fazia eram verbalizadas e de alguma maneira apreendidas pelos bebês. Questiona-se como é possível que os bebês, ainda não apropriados da linguagem verbal, possam fazer dela uso tão eficiente. A partir da sua compreensão, era possível construir juntamente com o bebê um sentido para sua experiência, devolvendo-o ao lugar de sujeito de seu desejo e da narrativa de sua vida.

Eliacheff comparou a psicanálise de bebês à dança – o corpo do analista seria um veículo para sentir os efeitos dos acontecimentos sobre o corpo da criança. Transformando em palavras estas sensações corporais, ele as devolve à criança, que então as pode sentir corporalmente e, junto com o analista, construir um sentido para elas. O corpo, dentro desta perspectiva, seria o lugar da linguagem. Ou, conforme Solis-Ponton e Rose-Moro, as *“emoções e fantasmas que circulam na cena da consulta vão utilizar o corpo do analista como a moradia de sua elaboração”* (2004, p.71).

Há que se pensar que necessariamente se lida nestes casos com várias transferências e contratransferências - com cada um dos cuidadores e com o bebê. Além disso, também há a transferência com a própria maternidade. Podemos falar aqui do terceiro, conforme Lacan, ou do campo transicional, segundo Winnicott. De qualquer forma é possível afirmar que, entre uma mãe e seu bebê, existe algo que se constrói a partir da relação e não se limita a uma ou outra pessoa.

Ao se tratar da relação entre mães e bebês, a transicionalidade é um ponto central, como também é na clínica psicanalítica. Winnicott (1951) definiu transicionalidade como um conjunto de fenômenos que se localizam na área intermediária da experiência, entre a realidade interna e externa, entre a atividade da criatividade primária e a percepção objetiva. É uma região “neutra”, que ao mesmo tempo é do bebê e da mãe. A experiência nesta região é importante para que, na fase seguinte, o bebê possa fazer parte do mundo compartilhado, e este fazer parte dele. Em um contexto analítico podemos falar de uma experiência semelhante,

em que a lógica do mundo “real” está provisoriamente suspensa e cria-se uma realidade compartilhada àquelas duas pessoas, que atende ao propósito de aprofundar-se no conhecimento de uma delas. As áreas de fantasia do paciente e do analista se superpõem, criando um campo comum, fértil para a análise. Atender bebês com seus pais, portanto, significa estar em uma superposição de transicionalidades, o que torna a experiência sensível e delicada, em todos os sentidos. E este campo transicional, ao qual somos convidados a entrar, é o campo potencialmente terapêutico, em que se podem dar as trocas mais significativas.

Quando e como intervir?

Neste contexto, muitas vezes há dificuldades entre os pais e o bebê, ou mesmo dificuldades entre o casal, que podem se refletir nos cuidados. Muitas vezes, pequenos ajustes, nesta fase tão sensível, podem ser suficientes para desatar nós incipientes que poderiam vir a ser empecilho para o desenvolvimento saudável do bebê e da relação. Muito antes que se possa pensar em psicopatologias, os bebês já são capazes de mostrar, através de disfuncionalidades corporais, comportamentais ou relacionais, que algo não vai bem, e que precisam de ajuda.

Se há na relação alguma intercorrência que clame por olhar externo, os reflexos do inconsciente materno, refletido nas suas próprias manifestações e nas do filho, podem ser percebidos por alguém que se disponha a tanto. O psicanalista pode se oferecer, ali, como um receptor, capaz de captar projeções não verbalizáveis pelos pais, guardando-as até que elas possam ser pensadas (Mendes de Almeida, Marconato e Silva, 2004). A interpretação capaz de dar sentido e representação aos afetos pode vir em forma de um gesto ou interação com o bebê, não necessariamente uma colocação verbal.

É fundamental que o analista perceba os bebês como sujeitos que estão em uma fase precoce do desenvolvimento. A atuação e postura do psicanalista não difere muito daquela do psicanalista de crianças ou de adultos: o foco de sua atuação não é no sentido de transformar a realidade externa ou de reparar qualquer tipo de sofrimento. Suas possibilidades dizem respeito à simbolização das experiências e das reações a elas. As especificidades requeridas são olhar e escuta para a linguagem que é própria do bebê. Sutil, baseada em pequenos movimentos, gestos, olhares, vocalizações, adormeceres e despertares, sobretudo como reações às verbalizações dos pais e analista, essa linguagem requer atenção e sensibilidade para ser apreendida. O bebê tem, inicialmente, seu corpo para manifestar suas vivências. Por isso as disfuncionalidades corporais (relativas, por exemplo, a respiração, alimentação, excreção, sono) são o principal meio para externar o sofrimento e apelar por ajuda, em situações mais críticas. À medida que cresce, desenvolve mais recursos de comunicação. Como aponta Wilhelm (1997), o humano é desde o nascimento um ser destinado a falar e a que se fale com ele. A comunicação subentende uma relação intersubjetiva, em que todos os envolvidos se engajam no exercício de conectar-se consigo mesmo, para transmitir-se e receber o que vem do outro.

É importante que o psicanalista que se propõe a atender em conjunto bebês e seus cuidadores possa se comunicar na língua do bebê, bem como na dos adultos. Esta circulação de linguagens, a condição de ele estar ao mesmo tempo no lugar do adulto e da criança tem relação com a transicionalidade. Característica, aliás, que pode ser atribuída à mãe, que precisa poder ao mesmo tempo ser adulta, para sobreviver e garantir a sobrevivência do seu filho no mundo “real”, e ser uma mãe-bebê, que vive no mundo criado pelo bebê. Vivendo com ele uma ilusão no mundo interno compartilhado entre a dupla, aos poucos, ela vai apresentando o mundo externo ao filho e vice-versa, até que ele possa circular por este mundo sem o seu suporte. Também na análise há um mundo muito particular, a ser vivido paralelamente ao mundo “real”, e de alguma forma preparando para ele.

Winnicott comparou, em muitos momentos, a posição do analista à posição da mãe para o bebê. Inclusive sua posição era a de que as experiências positivas vividas pelo paciente no início de vida eram utilizadas na transferência. O manejo, neste contexto, torna-se de grande importância, já que é análogo ao manejo maternal os primeiros tempos de vida.

O psicanalista, ao atender bebês com seus pais, de acordo com Wanderley (2002), ora se posiciona em uma posição materna, identificando-se com o bebê, refletindo suas próprias percepções sobre suas manifestações e supondo nele *“um sujeito onde ali ainda não há”*, ora em uma posição paterna, efetuando cortes nos excessos maternos. Em alguns casos pode ser interessante discriminar as experiências dos pais e do bebê, que, embora possam ser assemelhar e ter pontos de intersecção, são diferentes na medida em que são vividas por pessoas diferentes. Ao mesmo tempo, o analista oferece novas significações através de suas interpretações. Teperman (2002) salienta a importância de que haja um interlocutor para as produções do bebê que o suponha como sujeito. Quando os pais não fazem este trabalho de antecipação, é importante que alguém o faça. Na intervenção pais-bebê o analista pode, ainda, colocar-se no lugar do bebê, emprestando-lhe sua voz, e dirigindo-se à mãe, que é então convidada a responder ao filho aquilo que o analista requisitou em seu nome.

Recorte clínico e discussão

Para ilustrar e dar vida às elaborações acima, trago o caso de M., atendida em conjunto com sua mãe, T., dos 8 aos 19 meses. M. sofria de uma patologia hepática que exigia um transplante. O tratamento foi realizado em um estado distante da casa da família, que, por ter baixa renda, foi acolhida em uma instituição de apoio a crianças doentes. A mãe sentia-se muito solitária, sem ter alguém da família para compartilhar o cuidado com a filha na instituição. Seu esgotamento, que se refletia na relação com M., gerou preocupação e motivou a indicação do atendimento. T., inicialmente, mostrou-se aliviada por encontrar amparo. Sentia que tinha recursos para lidar com a situação da doença de M., mas ressentia-se por não ter o apoio de uma figura de confiança. Para cuidar da filha, necessitava de alguém que cuidasse de si. Contou sobre sua infância, quando precisava cuidar das irmãs mais novas para que a mãe pudesse trabalhar. Acostumou-se a cuidar de outras pessoas, recebendo poucos cuidados.

Ao mesmo tempo em que se sentia esgotada física e emocionalmente com os cuidados de M. que lhe exigia muito, sobretudo à noite, recusava as ajudas oferecidas – como deixar M. nas atividades oferecidas aos bebês pela casa – por não confiar em mais ninguém. Nas sessões em que, emocionada, relatava esta situação, M. a olhava, interessada. Em alguns momentos, parecia reagir ao que a mãe dizia, olhando-a de modo especial em algumas colocações. Ao ver a mãe sensibilizada, chorou, e foi acalmada quando ela lhe amamentou. Esta parecia ser, aliás, a forma preferencial de acolhimento de T. Mesmo em ocasiões em que M. não demonstrava estar abalada pela fala da mãe, nem lhe pedia o seio, T. o oferecia, como se ao amamentar a filha estivesse se colocando no colo, dando a si mesma o cuidado de que necessitava. Quando a filha se afastava, engatinhando para alcançar um brinquedo mais distante, T. a chamava ou puxava para perto de si. Em alguns momentos, quando parecia mais frágil e necessitando de cuidados, pedia o carinho de M. Em outras vezes, M. foi espontaneamente agradecer ou abraçar a mãe. Conversamos sobre o mútuo cuidado que há na relação das duas, e as diferenças entre uma relação conjugal, por exemplo, em que há igualdade entre os membros, e entre uma relação entre mãe e filho, em que há um lado que *“doa”* mais, enquanto outro *“recebe”*. Dirigindo-me a M., apontei sua necessidade de cuidar da mãe, que parecia tão fragilizada e precisando do seu consolo. Em alguns momentos, a sua necessidade tão grande da presença e da atenção da mãe poderiam ser a sua forma de mostrar que ela não estava sozinha, que ela estava lá para olhar por ela. M. prestou atenção, muito expressiva.

Com o decorrer das sessões, M. parece se mostrar mais alegre e ativa. T. continua a chama-la para si quando se afasta e estimula brincadeiras de cuidado materno com bonecas. M., à medida que vai crescendo e ganhando autonomia, quer vencer desafios cada vez maiores, como ir mais longe e subir em lugares mais altos. T. pega o telefone de brinquedo, *“ligando”* para o marido e estimulando M. a brincar de falar com ele. É possível sentir sua necessidade de suporte emocional, e aponto para M., delicadamente, como sua mãe gostaria que o papai estivesse lá para cuidar delas. A fala é dirigida à filha, mas destinada a ambas.

T. demonstra estar aproveitando e contando com o espaço de atendimento. Ainda deposita muita esperança em voltar para sua cidade, mas consegue contar mais com os suportes que tem à sua disposição.

Nas sessões, demonstra sentir-se amparada em sua fragilidade, que pode ter vazão e continência. No contato com a filha parece estar mais disponível e menos demandante. M. ainda vai atrás dos objetos de difícil acesso, mas T. parece ficar menos ansiosa e preocupada. M. também parece estar tentando se comunicar, de formas diferentes. Parece ter necessidade e espaço para isso, já que a mãe não está mais tão aderida a ela. Mostra brinquedos, chama nossa atenção e nos inclui nas brincadeiras. Ela, que no início parecia ofuscada pelas necessidades da mãe, passou a exigir mais atenção para si, manifestando e contando-nos algo sobre si mesma – que queria ir longe, alcançar novos objetivos, mas também que precisava de sua mãe e gostava de seus carinhos. Estava, em muitos momentos, próxima à mãe, mas não tinha comportamentos de cuidado ou consolo. Os papéis de mãe e filha pareciam mais definidos. Também foi possível sentir leveza e naturalidade na relação.

O acolhimento à angústia e fragilidade de T. consistiu em um fator protetor para a relação com a filha. Ela necessitava para si um cuidado análogo ao que precisava oferecer para M. Regredida pela própria condição da maternidade recente, sensibilizada pela doença de M. e pela ferida narcísica que isto acarretou, sucumbiu ao ser ver sem suas referências e, principalmente, sem seu marido, com quem tinha um vínculo de acolhimento. Ao reencontrar, na relação estabelecida nos atendimentos, um referencial de maternagem, pôde aceitar as outras formas de cuidado que tinha à sua disposição. A potencialização de sua própria maternagem parece ter sido consequência de se ver, novamente, como frutífera, fonte de energia para a filha, e suficientemente boa mãe para ela.

Um dos objetivos da clínica de pais e bebês é promover, através da conscientização das fantasias, o contato dos pais com o bebê real, o que pode se reverter em uma relação mais verdadeira e baseada na subjetividade daquele bebê em particular, em relação com aqueles pais. Os pais podem também se fortalecer em suas funções, através da apropriação de seu papel parental, e assim capacitar-se para entender e atender as necessidades do filho (Mendes de Almeida, Marconato e Silva, 2004).

O atendimento a bebês, por sua característica dinâmica e viva, pode propiciar momentos de consciência que sejam ricos e potencialmente transformadores. Um conceito importante para os atendimentos a pais e bebês é o de enactment, que pode ser descrito como um momento sagrado (Mendes de Almeida, Marconato e Silva, 2004), em que algo que ocorre na consulta toca os pacientes e ressoa no analista, algo como um eco de um conteúdo inconsciente importante para sua história, um símbolo de algo que é importante para aquela relação. No caso relatado o comportamento de cuidado que M. tinha com a mãe foi bastante esclarecedor da dinâmica que estava estabelecida. Juntas, e vivendo aquela experiência, pudemos sentir a fragilidade de T. suspensa no ar, e criar outra forma de lidar com ela. T. pôde se perceber, e, ao potencializar-se como mãe, deixar sua filha para que viver sua vida e crescer, de acordo com seu potencial.

Referências Bibliográficas

- ELIACHEFF, Caroline. *Corpos que gritam: A psicanálise com bebês*. São Paulo: Ed. Ática, 1993
- MENDES DE ALMEIDA, Mariângela; MARCONATO, Magaly Miranda; SILVA, Maria Cecília Pereira. *Redes de sentido: Evidência viva na intervenção precoce com crianças*. Trabalho apresentado na International Conference da Tavistock Clinic, Londres, 2004
- SOLIS-PONTON, Leticia e ROSE-MORO, Marie. *Mulheres, mães e filhas. O papel da terapeuta mulher na consulta mãe-bebê*. In: *Ser pai, ser mãe – Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio*. Leticia Solis-Ponton (org). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Pp. 67-76.
- TEPERMAN, Daniela. *Intervenção psicanalítica precoce: efeitos da suposição de sujeito*. In: *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. Leda Mariza Fischer Bernardino e Cláudia Mascarenhas Fernandes Rohenkohl (orgs.). São Paulo, casa do psicólogo, 2002.

WANDERLEY, Daniele de Brito. Se eu fosse um bebê e pudesse contar... sobre a transferência na clínica de bebês. In: O bebê e a modernidade: abordagens teórico clínicas. Leda Mariza Fischer Bernardino e Cláudia Mascarenhas Fernandes Rohenkohl (orgs.). São Paulo, casa do psicólogo, 2002.

WILHEIM, Joana. O que é psicologia pré-natal. São Paulo, casa do psicólogo, 1997.

WINNICOTT, D. W. A observação de bebês numa situação padronizada (1941). In: Da pediatria à psicanálise. Pp. 112-132. Rio de Janeiro, Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. Objetos transicionais e fenômenos transicionais (1951). In: Da pediatria à psicanálise. Pp. 316-331. Rio de Janeiro, Imago, 2000.

Entre o tempo e o outro: o reconhecimento da experiência nas franjas da transferência.

Eugênio Canesin Dal Molin¹

Palavras-chave: Constituição do psiquismo; Intersubjetividade; Trauma; Reconhecimento.

Witold Gombrowicz, escritor polonês que morou grande parte da vida exilado na Argentina, encontrou uma maneira interessante de dizer o que eu gostaria de dizer-lhes ao começar minha fala. Escreve ele: "Mas como contar o que quer que seja a não ser *ex post*? Será que nada poderá ser realmente dito, apresentado em seu estado anônimo, que ninguém jamais conseguirá expressar o murmúrio do momento que nasce? (...) Basta olhar em volta e já, diante de nossos olhos, surge a ordem... e a forma... Que importa? Que seja assim." (2007, p.32). Ele referia-se à dificuldade de contar uma história respeitando o caos que reina no início de cada evento. Mais claramente, suas indagações dizem respeito ao fato de que, quando me ponho a contar algo, a falar de algo que aconteceu, invariavelmente, "extraio a configuração do futuro", em suas palavras. Coloco A antes de B e de C, de forma que a chegada de D, mesmo quando causa surpresa, já fora, de alguma forma anunciada, prefigurada. Toda história contada omite o caos inicial exatamente porque está sendo contada. Ao colocar as coisas no passado, dou valor a certo elemento e deixo outro de fora, porque na história tal elemento será importante, enquanto o outro, igualmente presente, perde-se na necessidade da ordem e na rigidez da forma. A memória tem as mesmas vicissitudes da narrativa.

Um paciente de onze anos me conta sobre o acidente que sofreu. Iam ele, o irmão, a avó e o marido dela à praia. Um carro na pista oposta tentou ultrapassar alguns caminhões que seguiam em conjunto, lentamente. "A mulher", diz ele, porque a motorista era mulher, "veio em cima da gente. Meu tio [o marido da avó], entrou no acostamento. A mulher também. E o carro bateu de frente". "E você?", pergunto. "Esmagou a L3 e fez as outras cirurgias", responde. "E você viu o outro carro vindo?", pergunto, completando o que gostaria de ter dito da primeira vez. "Não. Eu estava dormindo", é a resposta que ouço. É outra pergunta, mais próxima às palavras de Gombrowicz, que desperta alguma curiosidade. Ele não se lembra do acidente que o deixou numa cadeira de rodas, estava dormindo. Mas sabe como aconteceu. A resposta é óbvia, mas a obviedade não deixa de ser interessante: como ele sabe? Contaram a ele? Sim, contaram, e ele pesquisou, e perguntou às tias, e me pergunta algo em toda sessão. Se vi seu time jogar, se sei algo sobre sua coluna, se acredito que ele sentiu o movimento de um dedo do pé na noite anterior. Perguntando aos outros ou, mais amplamente, buscando no mundo externo elementos para compor suas experiências, ele vai, igualmente, compondo sua história. E, no caso, seu trauma físico – a dor e a paralisia – e seu trauma psíquico, indissociável desse evento físico, vão sendo paulatinamente – vale ressaltar esta palavra – absorvidos por seu psiquismo, e podem encontrar – aos poucos – é importante repetir – uma tentativa de elaboração. Voltarei ao paciente logo. Mas já que entrei no espinhoso assunto do trauma, é preciso conceitua-lo minimamente em nossa área, a psicanálise.

O falecido Jean Laplanche, discutindo o caso do Homem dos Lobos na sexta de suas *Problematicques*, diz-nos que "A teoria freudiana do traumatismo (...): é a teoria onde o traumatismo sempre precisa de dois tempos para existir" (2006, p.135). Ele vai ainda mais longe na afirmação. Em suas palavras, "Não há traumatismo sem dois tempos" (p.135). Embora esteja em bons termos com o pensamento laplanchiano, minha experiência clínica e meus estudos não me ajudam a concordar com essa maneira de entender a teoria freudiana por razões simples, que espero conseguir explicar. Começarei por Freud e caminharei,

¹ Psicanalista, mestrando no IPUSP com bolsa FAPESP; é especialista em Teoria Psicanalítica pelo COGEAE/PUC-SP e aluno do curso Psicanálise, no SEDES. Durante vários anos trabalhou no Programa Sentinela, atendendo crianças vítimas de abuso sexual e outras formas de violência.

infelizmente a passos rápidos, na direção de uma tentativa de unir suas teorizações sobre o trauma psíquico com as de Ferenczi. Devo dizer que o tempo será um inconveniente em todos os sentidos: não serei capaz de reunir toda informação que necessito nos minutos que me restam. Que nos restam, devo dizer?

Gostaria de usar o nós porque esta será, como muitas outras, uma experiência intersubjetiva: o que observei em minha clínica encontrará ou não um eco em vocês. Assim como a maioria de nossas experiências pedem esse tipo de resposta, de reconhecimento, quando as contamos aos outros, ou quando precisamos dos outros, para que tenhamos elementos para contar. Como meu paciente e suas perguntas sobre o que ele não lembra, mas o interessa, ou sobre o que ele sentiu, mas não tem certeza. Sobre seu caso, devo dizer, estamos frente a uma situação que é, em si mesma, traumática.

Podemos dizer isso porque após o acidente ele buscou objetos externos, outras pessoas, para encontrar um lugar para o acontecimento em sua história. Noutras palavras, ele tentou dar-lhe sentido, tentou – digamos – ligar psiquicamente a excitação (a tensão mental) despertada pela experiência. Vamos presumir que toda percepção, toda experiência precisa ser ligada psiquicamente; precisa ser conectada a outros elementos psíquicos. Vamos presumir mais uma coisa antes de discutir algumas das ideias de Freud sobre o trauma: todo sonho, toda repetição “mesmo que seja desprazerosa, é uma tentativa de melhor domínio e organização de experiências traumáticas” (Ferenczi, 1931/2002, p.238). Toda “impressão mental” – se quisermos dizer de outra maneira – “é passível de ser repetida, não descarregada e não dominada” (id. ibid. p. 239).

Minhas últimas frases, ou partes delas, foram roubadas de um texto póstumo de Ferenczi. Não seguirei este texto, publicado pela primeira vez com o título de “Trauma na Psicanálise” (Ferenczi, 1931/2002); mas gostaria de apontar que nele os argumentos de Ferenczi estabelecem uma linha direta com o que chamamos “a segunda teoria freudiana do trauma”. Ela pode ser encontrada em “Além do princípio do prazer” e todos estamos familiarizados com essa “explicação metapsicológica”. Em torno de 1920, Freud não podia escapar dos dados clínicos sobre neuroses de guerra que se amontoavam sobre sua mesa. Estes casos levantavam questões dirigidas ao núcleo do pensamento psicanalítico que estavam sendo discutidas por seus seguidores mais próximos. A tentativa freudiana de lidar com as questões que surgiam é de um primor raro. Não descreverei tudo o que “Além do princípio do prazer” traz-nos de novo. Meu interesse está no que podemos ler nesse texto que trata da formação do trauma.

A ideia é tão antiga quanto o *Projeto* e já fora apresentada em “Introdução ao narcisismo”. Trata-se da ideia de uma economia no funcionamento do aparelho psíquico que é mais primitiva e vive à sombra do princípio do prazer. Em 1914, por exemplo, Freud a descreveu da seguinte forma: “Reconhecemos que ao nosso aparelho psíquico cabe, sobretudo, lidar com as excitações que, de outra forma, seriam sentidas como dolorosas ou provocariam efeitos patogênicos” (1914, p.85). Em 1920, este “aparelho de dominar excitações” é discutido detalhadamente. Freud (1920) reafirma a distinção feita por Breuer “entre energia de investimento quiescente (ou ligada) e livre nos elementos dos sistemas psíquicos” (p.26-27). Ferenczi, no texto póstumo de 1931, não falava de algo similar: de impressões mentais – mesmo as menores – que precisavam ser dominadas e descarregadas? Por enquanto, caminhemos com Freud porque, após a reafirmação da hipótese de Breuer, encontramos a famosa metáfora da vesícula. Freud nos fala dessa pequena substância viva que seria morta pela estimulação que emana das energias do mundo externo, não contasse ela com um escudo protetor contra estímulos (1920, p.27). Para Freud, que agora cito, “Descrevemos como “traumática” qualquer excitação vinda de fora que é forte o suficiente para atravessar o escudo protetor. Parece-me que o conceito de trauma necessariamente implica uma conexão deste tipo com a brecha em uma, de outra forma eficaz, barreira contra estímulos. Tal evento como um trauma externo está obrigado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e acionar qualquer medida defensiva possível. Ao mesmo tempo, o princípio do prazer é por um momento posto fora de ação. Não há mais qualquer possibilidade de prevenir que o aparato mental seja inundado com grandes quantidades de estímulo, e outro problema surge em seu lugar – o problema de dominar as quantidades de estímulos que invadiram e ligá-las, no sentido psíquico, de forma que se possa desfazer-se delas” (Freud, 1920, p.29-30).

Parece claro, apesar da afirmação de Laplanche, que o trauma, para Freud, pode formar-se em um único momento. É a questão quantitativa, econômica, que atravessa a formação do trauma.² Para ele, assim como para Ferenczi, o elemento do choque tinha uma grande influência sobre se uma experiência seria ou não traumática. Meu paciente não poderia estar mais despreparado, se assim podemos dizer, para colisão. Ele dormia. O curioso é que seu sono durante a experiência não exclui a necessidade de dominá-la. Ao contrário: por não estar atento e pronto, o trauma, à princípio, o paralisa mentalmente; e na sequência, pede elementos para ligação.

Antes de seguir, sou obrigado a falar do que Laplanche, chamou de traumatismo em dois tempos. Trata-se de uma teoria que é herdeira direta da teoria da sedução. Mas não é a *neurotica* de 1896 como um todo que pretendo discutir, mas seus principais elementos. O que restou da teoria da sedução nos trabalhos posteriores de Freud é a ideia de que um evento em si mesmo não precisaria ter um efeito traumático. Este efeito surgiria mais tarde, em outro período da vida, quando a memória do evento fosse despertada de um estado de latência, podemos dizer. A ideia permaneceu, podemos ver, na discussão de Freud sobre o Homem dos Lobos, em 1918 – muito tempo depois do abandono da *neurotica*. Ela implica o conceito – hoje podemos chama-lo assim – de efeito posterior, de *Nachträglichkeit*. Aplicado a casos de abuso sexual, o conceito dá conta do fato de que a experiência sexual (ser tocado ou penetrado) não precisa ter, em si mesma, um efeito traumático. O trauma apareceria – prefiro dizer, “o trauma se formaria” – quando, mais tarde na vida, alguma percepção, pensamento ou fantasia re-significa a memória da experiência prévia, permite uma tradução dela e, então, uma defesa egóica torna-se necessária.

Ferenczi não discorda de nenhuma das teorias freudianas do trauma. Ele acrescenta sua experiência clínica e sua sensibilidade a elas. Em primeiro lugar, Ferenczi percebe que o trauma gera uma cisão no eu. E, em segundo lugar, percebe que o trauma forma-se também em dois tempos; mas tempos diferentes daqueles indicados por Freud. O primeiro tempo envolveria o próprio evento, o choque ou a confusão de línguas entre adultos e criança, para usar os mesmos termos que ele utilizou em seus textos entre 1928 e 1932 (cf. Ferenczi, 1928/2002; 1930/2002; 1931/2002; 1932(1933)/2002). E o segundo tempo ferencziano, que completa a formação do trauma, envolveria o que podemos chamar de *condição pós-traumática* ou *ambiente pós-traumático*. Este segundo tempo ferencziano é aquele onde encontramos o adulto confiável ou, em nosso trabalho clínico, o papel do analista. A criança volta-se para um adulto em busca de reconhecimento, confirmação e respostas acerca de suas experiências. A criança busca no adulto elementos com os quais possa elaborar suas experiências – e aqui acho importante ressaltar – traumáticas ou não. Uma experiência que não tenha sido traumática em si mesma poderia ganhar este atributo quando, mais tarde, a criança dirige-se a um adulto e escuta que o que sentiu ou experienciou não aconteceu, é fantasioso ou é tratado como uma mentira.

Toda experiência infantil passa, em algum momento, por uma tentativa de buscar no exterior, no objeto, elementos que poderiam ajudar no domínio e na descarga da tensão mental causada pelas experiências. O evento em si mesmo, já nos dizia Gombrowicz, é anônimo; ele pede nomes e elementos para que possa ser contado *ex post*. Se há transferência, a criança chega ao consultório com uma bela quantidade de histórias que pedem mais elementos. Ou, quando a recebemos e ela encontra-se ainda no caos inicial, no momento anônimo, um de nossos papéis é tentar fornecer um mínimo de elementos que permitam o domínio e a descarga da experiência.

Meu paciente de onze anos, sentado em sua cadeira de rodas, me pergunta timidamente se acredito que ele sentiu o movimento de um de dedo do pé na noite anterior. Minha resposta é matreira, é outra pergunta: “Como foi o movimento? O que você sentiu?”. Ele diz que o dedo se mexeu, e ele sentiu o movimento. Mas duvidou, porque não era para ele sentir nada do umbigo para baixo. “Você queria que o dedo mexesse?”, pergunto. “Querida, aí a coisa toda ia tá melhorando. Mas esmagou a L3, não sei se era

2 Se ainda resta alguma dúvida sobre se Freud via o trauma como podendo acontecer em um único tempo, cabe aqui uma breve citação retirada das *Conferências Introdutórias*: “De fato, o termo ‘traumático’ não tem outro sentido que não o econômico. Nós o aplicamos a uma experiência que, num curto período de tempo, apresenta à mente um aumento de estímulos poderoso demais para que seja trabalhado ou descarregado da maneira normal, e isto deve resultar em distúrbios permanentes na maneira pela qual a energia funciona” (1917 [1916-1917]), p.275).

pra eu ter sentido". "Sentiu mais alguma coisa?", continuo; e ele vai do dedo ao carro batido onde acordou. Diz: "Quando eu acordei, eu ainda estava com sono. Uma mulher dizia para eu não dormir e não me mexer. Minha avó, eu vi, tinha morrido. E tiravam duas, tipo bandejas bem grandes, de perto do outro carro. Cobertas com um plástico preto. Eu acordei achando que a gente tinha chegado na praia e um monte de gente tinha vindo ver. Porque meu tio tem um monte de amigos lá. Mas eu não podia dormir".

No mesmo romance que citei ao principiar minha fala, o escritor polonês escreve que: "É preciso compreender os significado da expressão 'a gota d'água'. Quando demais é demasiado. Existe uma dose de realidade, cujo excesso ultrapassa os limites do suportável" (Gombrowicz, 2007, p.73).

Meu paciente encontrou uma dose de realidade acima do suportável. Mas os encontros com a realidade podem ser suportáveis e, não por isso, prescindirem do auxílio do objeto para serem assimilados. Em casos de abuso sexual, por exemplo, Ferenczi (1932(1933)/2002) já lembrava-nos que quando a criança volta-se para o adulto, ele procura assimilar sua experiência. Mas encontra no abusador a negação do fato e, caso possa voltar-se a outro adulto confiável, seu relato é tratado como sem sentido ou fantasioso. Não à toa, "Confusão de Línguas" é um texto que começa criticando o trabalho analítico feito na época. Na transferência que, não podemos esquecer, carrega libidinalmente o analista e coloca-o na série de figuras já investidas pelo paciente (Freud, 1912), o adulto confiável passa a ser o analista. E a ele não cabe tratar o "estado anônimo", "o murmúrio do momento que nasce" onde a realidade transbordou e o psiquismo pede ajuda, como algo sem sentido ou como uma fantasia pretensiosa. Para Ferenczi (1932(1933)/2002), é na transferência e na posição que nela ocupa o analista, que se pode estabelecer a diferença entre o "presente e o passado insuportável" (p.160). Entre o carro a girar, o esmagamento da terceira vertebra lombar, o sonho e o despertar para não morrer, o menino de onze anos sentiu, de alguma forma, seu dedo mexer.

Referências Bibliográficas

- FERENCZI S. (1928/2002) "The Adaptation of the Family to the Child" In: *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis*. London: Karnac.
- _____ (1930/2002) "The Principle of Relaxation and Neocatharsis" In: *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis*. London: Karnac, 2002.
- _____ (1931/2002) "On the Revision of the Interpretation of Dreams" In: *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis*. London: Karnac.
- _____ (1932(1933)/2002) "Confusion of Tongues Between Adults and the Child – The Language of Tenderness and of Passion" In: *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis*. London: Karnac.
- FREUD S. (1912) "The Dynamics of Transference", **SE XII**.
- _____ (1914) "On Narcissism: An introduction", **SE XIV**.
- _____ (1917 [1916-1917]) *Introductory Lectures on Psycho-Analysis*, **SE XVI**.
- _____ (1920) "Beyond the Pleasure Principle", **SE XVIII**.
- GOMBROWICZ W. *Cosmos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- LAPLANCHE J, *Problématiques VI*, Paris: Puf, 2006.

Entre mamar e surfar, análise de um menino.*

Fernanda Dornelles Hoff¹

Palavras-chave: Transferência; Constituição Psíquica; Narcisismo; Estrutura Edípica.

O tema da transferência, grande paradigma da Psicanálise Freudiana, suscita questionamentos na Clínica com Crianças. O processo de transferência, enquanto eixo central da técnica, possui especificidades na análise de uma criança, por sua condição de sujeito em constituição. Apresento um caso de análise de um menino, discutindo questões ligadas ao modo como se dá a transferência e a forma como acredito que ela possa ser utilizada, partindo de aportes teóricos que até o momento fazem parte da minha trajetória.

A criança de uma ou de outra forma é incluída na estrutura edípica, no desejo dos pais e para seu amadurecimento sexual e correspondente crescimento subjetivo precisa estar excluída de algo, do contexto adulto. Precisa haver uma assimetria onde possa construir um espaço, a partir do desejo dos pais, transformados em seus. Do contrário permanece numa posição narcísica, com um excesso de identificação com os mesmos. Antônio, o menino que protagoniza essas reflexões, confunde-se quanto a seu tamanho e espaço na relação com seus pais. Ao fantasiar ser igual a estes, precisa dar conta de algo que o captura, impedindo-o de prosseguir com as vivências da infância. Por vezes ocupa lugares que não seriam seus. Para deixar o bico, aos 4 anos, ganha uma prancha de surf, o que lhe faz maior do que de fato é.

O espaço transferencial possui desafios e oferece novas possibilidades para a trama que Antônio construiu. Através da transferência, nos intrometemos como um terceiro, naquilo que a dupla pais e filhos vinha até então processando, objetivamos a sedimentação egóica, através de ressignificações do narcisismo e do Édipo do sujeito que se constitui, considerando a singularidade de cada um. O psicanalista ocupa o lugar de quem propõe uma dúvida, um corte aos sentidos construídos previamente. Possibilita a criação de um espaço em que a criança possa ressignificar o sentido do que o captura quanto aos dos ideais dos pais. Assim a psicanálise desobstrui caminhos para que a criança possa desejar crescer e de fato fazê-lo.

* Trabalho original apresentado : - Em agosto de 2006, banca para inserção no corpo de Supervisores da Sigmund Freud Associação Psicanalítica, Porto Alegre, RS - Outubro de 2010, no Curso Fundamentos em Psicanálise, Torres, RS.

¹ Psicóloga e Psicanalista com clínica na cidade de São Leopoldo – RS. Membro Efetivo da Sigmund Freud Associação Psicanalítica. Coordenadora de Seminários e Supervisora da Sigmund Freud Associação Psicanalítica, Porto Alegre – RS. Membro da Sociedade de Psicologia do RS. Co-autora dos Livros: *Psicanálise de Crianças, Escutas Possíveis e Movimentos Psicanalíticos: Narrativas da Teoria da Clínica e da Cultura*.

Um paciente que são dois: clínica extensa no consultório¹

Fernanda Sofio²

Palavras-chave: Função Terapêutica; Clínica Extensa; Clínica Psicanalítica; Teoria dos Campos.

O analisando neste caso é uma dupla de irmãos, um paciente que são dois. Parece estranho, ou no mínimo inabitual, mas o prosseguimento da análise de Tiago, de seis anos, exigiu a presença de seu irmão Marco, de quatro, e transformou-se em análise da dupla. Não de um, ou de outro, mas dos dois em seu relacionamento comigo e entre si. A entrada do irmão mais novo nas sessões do mais velho foi uma solução encontrada em caráter emergencial, dada a dependência do mais velho para com o caçula, negando-se ele a continuar suas sessões sozinho. Impôs-se a mim a necessidade de flexibilizar a *moldura padrão*, esta mais conhecida como *setting* e muito cara aos psicanalistas, o que resultou em alterações técnicas. Foi imprescindível o pensamento de Fabio Herrmann³, para que fosse possível considerar-se esse caso, sessão a sessão, e para o rumo que essa análise tomou.

A transformação da técnica no trabalho analítico, em particular, com crianças, não é inédita. Recuando um pouco e pensando-se a história da Psicanálise, vemos que a alteração da técnica psicanalítica no trabalho com crianças não é exclusiva à contemporaneidade. De fato, os grandes inovadores técnicos são os clássicos, Melanie Klein (1932/1975) e Sigmund Freud (1909/2003). Freud, se tomarmos seu estudo sobre o pequeno Hans como um relato de caso, alterou radicalmente a técnica da Psicanálise. Embora nunca tenha estado com o pequeno Hans em situação analítica, conversava com seu pai e o ajudava a tratar do filho, configurando uma forma de atendimento muito longe do que seria o *padrão*. Klein criou um enquadre analítico inteiramente novo, ao introduzir a análise de crianças como prática clínica.

O lugar da Teoria dos Campos é outro. Nela encontrei referencial teórico para dar prosseguimento a um caso que exigiu distanciamento do padrão psicanalítico estabelecido, pois ela permite pensar a função da moldura analítica, mais conhecida como *setting*. De acordo com esse pensamento, a moldura analítica está a serviço do método psicanalítico, e não o contrário, e a questão principal num caso como o dos irmãos é a da extensão da escuta, para poder se considerar qual é, de fato, o desejo do paciente e como trabalhar com ele. Uma extensão da escuta do que se diz e do que se observa, que não corresponde apenas a uma moldura mais ampla. Isso é, para Herrmann, *clínica extensa*. (Herrmann, 2003) Parafrazeando-o à época de minha qualificação de mestrado: *Clínica extensa não é só uma questão do setting. Aliás, não é em absoluto uma questão do setting. É a superação da questão do setting*. Ou seja, clínica extensa é o desprendimento do padrão que possibilita a escuta efetiva do desejo do paciente. (Sofio, 2007)

¹ Parte do trabalho, sob o título *Clínica extensa no consultório psicanalítico: função terapêutica e flexibilização do enquadre*, foi apresentada tanto na Jornada do CETEC 2009, intitulada *Teoria dos Campos – sua especificidade e a clínica extensa*, como no curso *Psicanálise e seu horizonte de vocação*, no XXVII Congresso da FEPAL, em Bogotá, 2010. A versão completa desse trabalho deverá ser incluída em minha tese de doutoramento, “*Literatura*”? *Psicanálise como forma literária. Uma interpretação dentro da Teoria dos Campos a ser defendida em 2013*.

² Doutoranda em Psicologia Social pela USP, pesquisadora FAPESP, mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP, membro do grupo de pesquisa do Centro de Estudos da Teoria dos Campos da Universidade Federal de Uberlândia e autora de diversos artigos, entre eles *Literatura? Psicanálise como forma literária*. (2010) fernanda.sofio@usp.br

³ Fabio Herrmann (1944-2006) era médico e psicanalista. Sua extensa obra publicada entre os anos 1969 e 2006 ficou conhecida como *Teoria dos Campos*, nome do qual o autor se apropriou ao fundar o CETEC (Centro de Estudos da Teoria dos Campos). Trabalhos póstumos continuam a ser publicados.

Nesse sentido, podemos pensar que Freud e Klein fizeram nova técnica, produziram teoria, criaram psicanálise e que, por sua vez, Herrmann proporcionou arsenal teórico para se pensar a respeito de cada feito clínico. Embora nesse trabalho eu tenha encontrado a teoria de Freud e Klein por diversas vezes, tendo em vista a força dessas teorias, foi em Herrmann que encontrei referencial teórico para considerar o todo do atendimento, o porque das intervenções e a moldura analítica adequada. Assim, é este um atendimento nada convencional em que ecoa a teoria de três mestres. Vejamos como transcorreu, começando pela primeira entrevista.

A mãe de Tiago, que chamei de Clara, procura-me assustada com o boletim semestral de seu filho. Declara aflita, por telefone: *Isto só pode ser timidez. Tiago é inteligente, como podem dizer que não sabe ler ou escrever?* Seu desespero é evidente. Proponho uma primeira entrevista com ela e Tiago, e sugiro que esteja presente seu marido. No horário marcado, aparecem em meu consultório Clara, Tiago, seu pai e o irmãozinho. Tiago mostra-se, de fato, mais tímido que o irmão menor, este sorridente e, ao que me parece, bastante sedutor. Meses depois, dou-me conta de que o fato de Tiago estar habituado a ver seu irmão mais novo seduzir o outro, carismático, e sobressair nas atividades que praticam invariavelmente juntos, foi construindo certa relação de dependência de Tiago em relação a Marco, evidenciada no campo transferencial desse específico processo analítico, tornado um *paciente que são dois*, ou seja, em que um irmão se tornou imprescindível para o andamento da análise do outro. Inclusive, me é contado na entrevista, fora do período escolar os irmãos começam juntos uma atividade, como tênis, por exemplo. Pouco tempo depois, Tiago recusa-se a continuar, e ambos para aquela atividade.

A forma que toma a entrevista é muito denunciadora, que mostra um pouco da dinâmica familiar em que se constitui a dependência de Tiago para com Marco. Clara senta-se a meu lado, quase colada a mim, e fala sem parar. Derramando-se em queixas, só se afasta da possibilidade de compreender a complexidade de sua situação pessoal e familiar. Dá a mim essa função. Pede que eu corrija Tiago cada vez que ele disser algo gramaticalmente incorreto. Parece buscar em mim uma educadora, embora saiba que não o sou. Adverte-me, se eu não corrigir seu filho: *Ele vai repetir*. Embora omita o objeto da repetição, refere-se a repetir o ano escolar, situação na qual teremos nós duas sido cúmplices do fracasso, sem chance, isto sim, de repetirmos a oportunidade de ajudar Tiago. A ameaça que as palavras de Clara carregam é de que o sexto ano da vida de Tiago haverá sido perdido.

Aflita, ela prossegue. Tem a ideia de que eu atenda seu filho em português, o que ajudá-lo-ia academicamente, embora a família seja de origem estrangeira e eu domine sua língua-mãe. A perspectiva de Clara é que seria maravilhoso se Tiago superasse as dificuldades escolares com o idioma. Ouço-a com atenção e digo que Tiago ficaria mais à vontade se fizéssemos as sessões em sua língua-mãe, o que é importante para sua análise, e que por esse motivo não pretendo conduzir a análise em português. Minha resposta mexe no campo habitado por Clara, que pouco a pouco começa a se delinear. Nesse campo, é ela quem determina como devo trabalhar. Se por um lado minha resposta a assusta, por outro a alivia e lhe traz segurança. Ela aflige-se por não saber como lidar com Tiago, e quer confiar que eu a possa ajudar. Não se mostra contrariada e, pelo contrário, afirma que Marco também precisaria de terapia. Ofereço pensar num terapeuta para Marco, como é de praxe. Ela imediatamente responde que não precisa, pois o mais urgente é Tiago, e localiza nele *o problema* da família. Tanto a recusa de um trabalho analítico especificamente com Marco, como o desígnio de Clara, de Tiago ser um *problema*, parece-me, foram prenúncios do percurso pouco clássico que esta análise tomou.

Enquanto Clara despeja lamentos, na entrevista, os meninos brincam com o pai num canto da sala. Marco está mais absorto que Tiago na brincadeira, mostrando-se este irrequieto, talvez deslocado. Os três escutam o que Clara diz, sentada a meu lado, mas continuam sua brincadeira. Clara compara os irmãos. Enquanto Tiago é muito tímido e não toma a iniciativa de falar em sala de aula, Marco é como ela, *espontâneo, esperto, rápido*. Reitera, a certa altura, seus olhos assustados e ansiosos: *Tiago vai repetir o ano*. Na situação assim criada, é perceptível que, para Tiago, tudo é apavorante – a escola, o consultório, eu própria –, daí sua dificuldade em entrar mais no jogo de mesa proposto pelo pai, e, é possível, sua dificuldade em falar mais espontaneamente no colégio.

No decorrer da entrevista, pai e filhos permanecem brincando. Clara fala ininterruptamente, tornando difícil o acesso à palavra para os outros. Pergunta ao final, aparentemente menos desesperançada quanto à irremediabilidade das circunstâncias, agora que divide sua responsabilidade comigo: *Por que você não vai falar com a diretora? Ela vai te explicar a situação.* O que poderia explicar a diretora, que não Clara? Proponho frequência de duas vezes semanais, o que é aceito pelos pais de Tiago.

Em *après-coup*, dou-me conta que fui violentamente tomada pelo campo transferencial da entrevista, pela forma impositiva de Clara, identificando-me projetivamente, no sentido Kleiniano, com sua angústia de mãe em face ao fracasso. Também poderíamos pensar, em termos da teoria de Herrmann, que n'algum tempo psíquico entrei de cabeça, para em seguida tomar ar, no campo da angústia proposto por Clara. Foi como no ditado popular: *Yo no creo en brujas, pero que las hay, las hay.* Eu sabia que Clara exagerava, mas por via das dúvidas, consenti e fui falar com a diretora, contaminada pela preocupação com o fracasso escolar de Tiago, ao mesmo tempo que estando certa de que Clara exagerava. Clara encontrara em mim a cúmplice que buscava.

Como era de se esperar, não havia o menor indício de que Tiago pudesse repetir de ano escolar. No campo transferencial, Clara e eu havíamos compartilhado do desejo de evitar que se concretizasse o que ela considerava como pior cenário possível – o fracasso escolar. É atravessado por esse fantasma, e imerso nesse campo transferencial em que vigora o desígnio da mãe, que inicio um trabalho com Tiago. Pude o perceber ainda mais fortemente depois dessa experiência de ir à escola.

Em sala de análise, nas duas primeiras sessões, Tiago mostra-se um menino inteligente e criativo. Brinca, cria histórias com os brinquedos da sala. Em parceria comigo, está bastante solto. A partir da terceira sessão, além da babá, Tiago passa a ser acompanhado também por Marco ao consultório. Tiago entra, e a babá e o irmão aguardam na sala de espera. Marco olha-nos com seu já característico e já mencionado sorriso sedutor, que ao mesmo tempo revela desolamento. Fica evidente que gostaria de participar.

É na quarta sessão que Tiago se recusa a entrar na sala de análise sozinho, indagando: *Se tenho que entrar na sala, por que não o Marco também?* Explico, mas minhas palavras não parecem ressoar: *Porque o espaço é seu. É para você, comigo.* Ele exclama enfaticamente e decidido: *Não vou mais entrar!* Seguiu-se uma enorme e longa gritaria, acompanhada de choro e esperneio por parte do Tiago. Marco olhava-nos sorridente, vitorioso. Tiago ameaça fugir, mas a porta que dá para a rua está trancada. Marco olha de relance, inocentemente. Fora pesado demais para Tiago receber tanta atenção, enquanto seu irmão, por ele considerado triunfante e vitorioso, o esperava na sala de espera. Tiago descera as escadas do consultório, e ouço-o chorando ruidosamente no andar de baixo. *Tiago, você estava achando gostosas as nossas brincadeiras. São nossas, porque agora você está precisando do Marco?* A gritaria piora, Marco sorri olhando para mim fixamente, e é nesse momento que, ao que me parece sem outra alternativa, pergunto: *Porque vocês não entram juntos, então?* Tiago não aceita, nem mais consegue olhar para mim. Fica no andar de baixo, enfezado. Ao mesmo tempo, Marco concede gracioso, e entra rapidamente na sala de análise. A babá apenas observa boquiaberta.

É possível que Tiago tenha reencenado nesse momento de forma violenta e ambivalente a maneira como vivenciou seu destronamento pelo irmão mais novo, que nasceu dois anos depois dele. Estabelecido um primeiro vínculo comigo, por um lado exige que o irmão mais novo o acompanhe no processo analítico, questionando seu lugar comigo enquanto o irmão o esperava na sala de espera. Grita e não aceita. Por outro lado, é sofrida a perspectiva de dividir seu espaço comigo com o irmão, e ele fica emburrado. Parece ser-lhe impossível romper de maneira radical com o padrão de estar sempre acompanhado de Marco, sempre à sua sombra e vendo-o sobressair. Ao mesmo tempo, a necessidade de estar acompanhado de Marco lhe gera angústia, e é difícil aceitar o irmão mais novo no espaço que começa a conquistar. Ou seja, desabitua a ter um espaço exclusivamente para si, Tiago chama o irmão para dentro do enquadre analítico, excluindo-se, no sentido de repetir o processo de ser-lhe impossível desvencilhar-se da posição de estar à sombra do irmão. Lembro-me da preocupação de Clara com Tiago *repetir*. Tiago repete não de ano escolar, mas o pavor que sente diante da ausência de Marco e, ao mesmo tempo, o desejo de conquistar um espaço seu, ficando assustado.

Assim configurou-se o enquadre de nosso trabalho, pouco classicamente, também exigindo de mim algum tempo psíquico e de elaboração. Durante várias semanas pensei nessa análise como sendo de Tiago. Não apropriei-me de imediato da ideia de estar diante de uma análise de dupla, ou, mais propriamente, de um paciente que são dois. Em primeiro lugar, precisei elaborar essa quebra na moldura analítica padrão, pois o que começara como estratégia para dar prosseguimento ao trabalho com Tiago tornara-se definitivo, alterando-se a técnica.

A análise da dupla implicou repensar o trabalho, não mais como de Tiago, mas como dos dois, em relação entre si e comigo. Permitiu aparecer a competitividade entre os irmãos, principalmente sua competição por minha atenção, e a intervenção em situ pôde ir trabalhando sua relação. Os pais foram acompanhando esses desenvolvimentos em conversas comigo, ao longo dos meses. Fui observando a desinibição gradual de Tiago, o desespero de Marco ao sentir o irmão mais independente e a iminência vivida por ambos da possibilidade de perder o espaço comigo, expressada principalmente pela competitividade entre si.

Outra quebra técnica veio colada a esta. Tiago não sossegou imediatamente, como disse, quando convidei seu irmão a entrar na sala de análise com ele. Pelo contrário, permaneceu muito aborrecido, agora sem poder localizar sua angústia, que antes ficava circunscrita à ausência do irmão. Assim, passou várias sessões do lado de fora da sala de análise, na sala de espera, e gritava cada vez que o chamava para entrar na sala de atendimento. Esse desenvolvimento inesperado exigiu de mim ampliar o enquadre da sessão e deixar aberta a porta que dá para a sala de espera, para poder incluir Tiago. Ou seja, as sessões nessa época extrapolaram a sala de análise, indo para a sala de espera, onde também se encontrava a babá. Numa espécie de dança, a princípio desencontrada, transcorria a análise dos irmãos. Eu olhava um pouco o Marco, na sala de análise, depois saía para a sala de espera, depois voltava, o que implicava ausentar-me brevemente, embora estando presente para ambos. É nesse sentido que essa análise exigiu uma reformulação técnica. Eu procurava respeitar a raiva e o sofrimento de Tiago e, aos poucos, ele foi ficando menos bravo, menos ressentido.

Naquela época, Marco brincava contente, dentro da sala de análise, e pedia para eu passar mais tempo com ele. Mostrava-se apropriado do espaço que, nesse sentido, fora do irmão. Ao me ver dirigindo-me à sala de espera, dizia frequentemente algo como: *Tiago não quer entrar. Deixa ele lá!* O sentido quase explícito era: *Já que ele não quer entrar, brinque comigo – eu sou o reizinho.* Eu atendia a seu pedido sempre parcialmente, buscando cutucar a configuração *Marco no palanque/Tiago na sombra.* Tiago passava sessões inteiras chateado na sala de espera, ao lado da babá, e eu inventava estratégias para que permanecesse conosco, para entretê-lo, não permitindo que ele perdesse seu lugar, que o entregasse ao irmão.

Certa vez, levei-lhe um carrinho com que ele brincara nas primeiras sessões. Gostou, quase sorriu, mas não saiu do lado da babá. Chamei-o, convidei-o a entrar, disse que havia muitos outros brinquedos na sala onde estava Marco. Eu ia e voltava de uma sala para outra. A certa altura, quando o mesmo padrão de isolamento de Tiago foi se configurando até mais forte que em sessões recentes, optei por uma quase maldade, por uma maldade calculada, digamos. Entrei mais na brincadeira proposta por Marco e ríamos juntos, demonstrando a Thiago que estava divertida nossa brincadeira. A estratégia funcionou e Tiago como que desistiu de resistir, e veio para a sala de análise, nunca mais voltando passar sessões inteiras na de espera. *Deixa eu ver, deixa eu ver,* e entrou.

A moldura analítica foi se reorganizando aos poucos, de acordo com esse momento dos meninos. Primeiro, foi necessário deixar a porta aberta, e Tiago tinha a possibilidade de sair da sala de análise e voltar, conforme lhe fosse necessário, experimentando os dois lugares. Semanas depois, optou pela sala de análise, e a porta pôde ser fechada e trancada. Não mais era imprescindível que a sala de espera fizesse parte da moldura analítica.

Agora é Marco quem fica desconfortável. Passa longos períodos de sessões no banheiro, também fora da sala de análise. Às vezes, sai do banheiro com a calça abaixada para que eu a levante. É evidente que lhe incomoda a atitude mais madura de Tiago, que já consegue brincar na ausência e na presença do irmão, quando este está no banheiro ou na sala de análise. Assim, Marco deixa de ser o centro absoluto.

Nesse enquadre flexibilizado em que o paciente são dois, demonstrou-se possível trabalhar a relação entre os irmãos. Tiago foi ocupando a posição de irmão mais velho, e Marco, a de mais novo. Há trabalho pela frente, mas Tiago está menos assustado, menos atravessado pelo fantasma de ser o *problema* da família. Inclusive, aconteceu o que parecia impossível: Tiago teve notas excelentes no colégio. Marco está sofrendo um pouco com essa reestruturação da dinâmica deles, pois gostava de ocupar a posição de quem se sobressaía em relação ao irmão mais velho.

O trabalho em *clínica extensa*, que permite alterações técnicas sempre que a favor do paciente, favorece o exercício da função terapêutica do método psicanalítico, quando a *clínica padrão* poderia emperrá-lo.

Referências Bibliográficas

- Freud, S. (2003) Análisis de la fobia de un niño de cinco años (el pequeño Hans). In: Sigmund Freud: obras completas. Ordenamiento, comentarios y notas de James Strachey, con la colaboración de Anna Freud. Buenos Aires: Amorrortu, 2ª ed. 6ª reimpressão, Vol. X, p. 1-118 (trabalho original publicado em 1909).
- Herrmann, F. (2005) Clínica extensa. In: A Psicanálise e a clínica extensa: III encontro da Teoria dos Campos por escrito. (Org. Barone, L., Arruda, A.P.B., Frayze-Pereira, J.A., Saddi, L. & Freitas, S.R.M.S.) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Klein, M. (1975) The psycho-analysis of children. In: The writings of Melanie Klein. Trad. Alix Strachey. Londres: Hogarth (trabalho original publicado em 1932).
- Sofio, F. (2007) Função terapêutica e hospital: onde há Psicanálise? (mestrado em Psicologia Clínica). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 113 p.
- _____ (2010) Literacura? Psicanálise como forma literária. In: Revista Brasileira de Psicanálise. São Paulo, v. 44, n 4, p. 149-55.

O lugar da demanda na análise com crianças

Flávia Blay Levisky¹

Palavras-chave: Sintoma, Demanda, Transferência, Contratransferência.

A partir do reconhecimento que a psicanálise faz do papel do objeto na constituição do psiquismo na criança, este dificilmente pode ser excluído do processo analítico. É principalmente a partir da teorização proposta por Lacan que reflito sobre o lugar da demanda na análise com crianças.

Demanda e transferência surgem simultaneamente e é desse surgimento que resultará, ou não, a viabilidade de uma análise acontecer. É nesse encontro que um pedido poderá ser formulado e escutado.

A clínica psicanalítica com crianças pressupõe uma singularidade: a criança fala por seu sintoma, como uma forma de se fazer ouvir, assim não é apenas ela que se apresenta a nós. Trabalhamos com vários daqueles que se propuserem a falar sobre o sintoma e a criança, buscando desvendar sua mensagem, cabendo ao analista suportar a transferência não apenas com a criança mas também com seus pais e outros responsáveis por ela.

Propomo-nos a escutar os pais, ou responsáveis de uma criança, tentando saber o que querem e como compreendem os sintomas de seu filho. Essa escuta nos dá elementos que nos possibilitam inferir sobre sua posição na estrutura familiar.

Mas e quando esta configuração se apresenta com uma complexidade tamanha e que não se faz presente no trabalho? Como inferir sobre a posição da criança na estrutura familiar? Trabalhamos com aqueles que pedem em nome da criança e tentamos acessar aqueles que pela falta se fazem presentes. Mas que lugar a criança ocupa no desejo de cada uma dessas pessoas? De que lugar o analista os escuta? Como essas questões se expressam na transferência com o analista?

A partir do caso de Boris - um menino de 11 anos, que fora adotado aos 5 meses de idade e que aos 11 foi devolvido e temporariamente abrigado para depois voltar a viver com sua mãe biológica - reflito sobre as múltiplas transferências e demandas presentes nesse trabalho, assim como nos movimentos contratransferenciais em mim suscitados no encontro com esse paciente e com os diversos atores que fizeram parte desta cena clínica.

¹ Flávia Blay Levisky é psicanalista, mestre em psicologia social (IP/USP), psicóloga (PUC/SP), membro do Departamento de Psicanálise da Criança do Instituto Sedes Sapientiae e integrante do Grupo Acesso – Estudos, Intervenções e Pesquisa sobre adoção, da clínica psicológica do instituto Sedes Sapientiae. flavialevisky@gmail.com

Algumas questões relacionadas à transferência no psicodiagnóstico interventivo

Giselle Faria Guimarães¹

Mariana do Nascimento Arruda Fantini²

Palavras-chave: Psicodiagnóstico Interventivo, Transferência, Objeto subjetivo, Jogo da Espátula.

Procuramos neste trabalho construir uma reflexão sobre o fenômeno transferencial na prática do psicodiagnóstico interventivo em grupo realizado na clínica-escola da Universidade Paulista – UNIP. Esta forma de conduzir a avaliação psicológica, e a concepção clínica subjacente a este modelo, é uma das características marcantes na formação dos alunos de Psicologia da UNIP. De certa forma, como descrito por Ancona-Lopez (1995a) a construção, acabamento e sistematização deste jeito característico de conduzir o psicodiagnóstico coincide com a própria história do curso e da clínica-escola de Psicologia da Universidade Paulista. Conferindo desta forma, um traço identitário na formação do aluno.

Nesta modalidade de atendimento o psicodiagnóstico também é encarado como um momento privilegiado para a obtenção de efeitos terapêuticos ou seja, não se encerra na coleta de dados que vão ajudar o profissional a discernir sobre o encaminhamento e orientar o futuro processo psicoterápico. Tomando o psicodiagnóstico dentro de um contexto investigativo e avaliativo os próprios movimentos transferenciais e contratransferenciais também serão entendidos como dados a serem recolhidos, como recomendado por Ocampo, Arzeno, Piccolo e col (1994) no decorrer das entrevistas é necessário entender o que o paciente transfere para o psicólogo e o que isso lhe provoca, fato que permite uma caracterização do tipo de vínculo que o paciente estabelece.

Mas, frente ao psicodiagnóstico interventivo, diluem-se as fronteiras entre a etapa diagnóstica e a psicoterapia. Por valorizar o momento de busca pelo atendimento psicológico, entende-se que é fundamental intervir no presente, momento no qual as inquietações e sofrimentos do paciente estão mobilizando-o o bastante para ele ter pedido ajuda profissional, não delegando assim as intervenções somente para o processo terapêutico e para um futuro profissional ausente. Ancona-Lopez (1995b) sintetiza essa questão afirmando que:

“Quando o cliente busca um psicólogo espera ser atendido em suas necessidades, pouco importando sob que nome este atendimento se efetue. Muitas vezes, desconsiderando este pedido do cliente, o psicólogo, ao nomear sua prática, decide postergar a intervenção, empobrecendo um encontro rico de possibilidades” (p. 33).

Para tanto, construiu-se um modelo de psicodiagnóstico em grupo com o objetivo de produzir movimentos de identificação e diferenciação, favorecendo o conhecimento de si. Mais do que isso, preencheu-se o espaço entre a entrevista inicial e final com uma série de devolutivas parciais; na prática intercalam-se os atendimentos das crianças com as devolutivas parciais aos pais. No desenvolvimento do trabalho, alunos e supervisores trabalham em conjunto com os clientes, ao supervisor cabe a coordenação e condução do grupo e aos alunos cabe o lugar de co-terapeutas. Também existem momentos em que cada dupla de alunos conversa individualmente com o paciente pelo qual é responsável, seguidos do debate em grupo. De acordo com Ancona-Lopez (1995) esta forma de trabalhar permite ao aluno “experimentar o contato com o cliente e assistir ao manejo do grupo pelo supervisor. A presença deste garante a qualidade do atendimento ao cliente” (p. 81).

¹ Psicóloga graduada – PUC/SP, Especialista em Psicoterapia Psicanalítica – IPUSP, Mestre em Psicologia Clínica – PUC/SP, Supervisora de Psicodiagnóstico e Psicoterapia Psicanalítica – UNIP.

² Psicóloga graduada - IPUSP, Especialista em Psicologia Infantil -UNIFESP, Mestre em Psicologia Clínica – PUC/SP, Supervisora de Psicodiagnóstico e Grupos e Comunidades – UNIP, Supervisora clínica no ComTato - Instituto Fazendo História.

Consideramos importante registrar que na sua origem o psicodiagnóstico interventivo proposto por um grupo específico de professores do curso de Psicologia da UNIP tinha embasamento fenomenológico-existencial. No entanto, com o tempo, muitos supervisores de formação psicanalítica assumiram a disciplina, encontro que tem se mostrado possível porque os supervisores de orientação psicanalítica podem aderir à estrutura do processo (avaliação psicológica em grupo com uma série de devolutivas parciais nas quais realizam-se intervenções), tendo a referência do psicodiagnóstico compreensivo proposto por Trinca (1984). Justamente por esses encontros que nos pareceu tão relevante refletir sobre a transferência no psicodiagnóstico interventivo pois, na prática deste modelo não bastaria apenas capturar o jogo transferencial do paciente como um dado relevante para compor a caracterização psicológica do paciente, uma vez que vive-se a transferência necessitando-se da sua força para o acontecimento do processo.

Portanto, inicialmente, em relação aos aspectos transferenciais relacionados ao momento da procura pela clínica-escola e a chegada ao atendimento, entendemos que o psicólogo ou, a instituição ocupam a posição de objeto subjetivo para os pais que procuram atendimento para seus filhos e também para estes. Geralmente, os pais procuram a clínica por indicação de terceiros, muitas vezes da escola ou amigos, em outras, ou ainda procuram atendimento espontaneamente. Quase sempre já tentaram resolver as dificuldades apresentadas como queixa em relação à criança e não obtiveram as mudanças esperadas. Sentem-se sem recursos, incapazes de ajudar o filho que está em sofrimento ou apresentando comportamentos que perturbam a família. Tanto os pais, quanto as crianças têm expectativas em relação ao atendimento e, quase sempre, há esperança de que alguém possa auxiliá-los ao compreender a situação vivida por eles.

As elaborações de Winnicott sobre sua experiência com as consultas terapêuticas têm contribuído muito para pensarmos no processo de psicodiagnóstico interventivo. No prefácio de *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (Winnicott, 1984), ele fundamenta essa prática na relação subjetiva de objeto que a criança estabelece com o terapeuta, relação esta capaz de favorecer a emergência de uma comunicação significativa. No decorrer deste livro, Winnicott (1984) conta que se surpreendeu ao perceber que com frequência as crianças sonhavam com ele na noite anterior à consulta, fato que ele entendeu como reflexo de um “preparo mental imaginativo” em relação a pessoas que supunham poder auxiliá-las. E ao afirmar que “contudo, lá estava eu quando, para minha surpresa, descobri *ajustando-me a uma noção preconcebida*” (Winnicott, 1984, p. 12), enfatiza também seu movimento de deixar-se colocar no lugar que havia sido dado a ele pela criança, enquanto objeto subjetivo. Sendo assim, quando há esperança de que alguma mudança possa acontecer, há um movimento da criança, e também de seus pais, que procuram criar o objeto (terapeuta) que necessitam naquele momento.

A partir desta compreensão, precisamos reconhecer ao longo dos encontros qual é a problemática que a criança precisa tratar, isto é, a partir de qual necessidade a criança nos coloca em lugar de objeto subjetivo? E qual dessas necessidades a criança necessita comunicar com mais urgência?

Ao longo de sua obra, Winnicott enfatizou que somente por meio dos processos de apercepção e ilusão é que o bebê passa a construir gradualmente a realidade compartilhada. Os relacionamentos objetivos iniciais são, quando favorecedores do desenvolvimento do bebê, necessariamente subjetivos. É importante que essa mesma qualidade subjetiva inicial esteja presente na transferência das relações terapêuticas. As experiências de vida de uma criança tornam-se pessoais somente quando submetidas à sua criatividade originária, ou seja, justamente ali, onde a mãe se coloca a serviço do objeto subjetivo necessitado, proporcionando a experiência de ilusão. Isto também é desejado nas relações transferenciais em seus momentos iniciais.

Nas consultas terapêuticas, descritas por Winnicott (1984), um aspecto fundamental é a adaptação ativa do terapeuta às necessidades e expectativas da criança e, conseqüentemente, se necessária, a comunicação verbal desse entendimento no momento adequado. O objetivo essencial é o favorecimento da integração de aspectos dissociados ou não vividos pela criança.

Sendo assim, tratamos a transferência como o movimento que inicia e possibilita reparar as falhas ambientais que teriam ocorrido no processo maturacional das crianças (e da família), na medida em que as crianças e seus pais concebem encontrar o auxílio necessário para isso. Winnicott apresenta uma concepção de transferência que não se baseia apenas na repetição presente de uma relação do passado, no acontecido, mas inclui a esperança de viver o que não aconteceu e que, portanto, busca realização.

Por isso, também entendemos a necessidade do psicólogo atuar a partir deste lugar de objeto subjetivo, não realizando um psicodiagnóstico tradicional centrado na coleta de dados, mas intervindo, facilitando a emergência de um encontro significativo, favorecendo a compreensão de uma problemática que paralisava o desenvolvimento emocional da criança.

Utilizando o modelo do psicodiagnóstico interventivo, ao final do processo, alguns casos não precisam ser encaminhados pois, já recebem a ajuda psicológica necessária durante a etapa diagnóstica. Por outro lado, existe o grupo dos pacientes que vão necessitar de um encaminhamento posterior, mesmo que tenham sido beneficiados pelas intervenções que compõem este tipo de trabalho, ainda precisam de ajuda especializada para superar seus sofrimentos e dificuldades existenciais. Para estes casos, lidamos com a obrigatoriedade de efetuarmos um encaminhamento apropriado e eficaz, que possa de fato atender as necessidades do paciente e de sua família, lembrando que o encaminhamento coerente seria o objetivo último de uma avaliação psicológica.

Tendo em vista a brevidade deste tipo de atendimento (cerca de três meses) e, além disso, como já esclarecido anteriormente, a eventual necessidade de realizar um encaminhamento eficiente, já que parte dos pacientes recebe alta e a outra é encaminhada para outro tipo de atendimento dentro ou fora do Centro de Psicologia Aplicada, buscamos demarcar claramente o alcance e os contornos do processo. Procuramos manter o enquadre específico deste tipo de trabalho e cuidamos para não estimular a neurose transferencial. Ao mesmo tempo, em que sustentamos a esperança pela cura, conversando com as crianças e com suas famílias sobre suas dificuldades, oferecendo informações sobre o desenvolvimento humano, realizando devolutivas que veiculam interpretações sobre o sentido dos sintomas apresentados e que abram novas possibilidades de entendimento sobre suas formas de viver.

Fundamentalmente, nos guiamos para oferecer uma resposta à pergunta do paciente, fazendo com que o psicodiagnóstico seja um momento significativo de encontro com o outro (terapeuta) e de confiança de que a ajuda é possível. Sobre essa questão Safra (2005), diz que “do mesmo modo, uma boa consulta não só leva a criança a um aumento da confiança da possibilidade de ser ajudada, mas também promove um enriquecimento do sentido de si mesma pela reintegração dos aspectos que estavam dissociados de seu self” (p.45).

Tecnicamente, utilizamos como referência a experiência do jogo da espátula, descrita por Winnicott (1941), como modelo norteador para todo o processo do psicodiagnóstico procurando ajudar o paciente e suas famílias a terem uma experiência completa e integrada, podendo se despedir do psicólogo que conduziu o psicodiagnóstico e ansiando por um novo encontro também significativo, quando for o caso de um encaminhamento.

Ou seja, lemos o processo como tendo um momento inicial de hesitação, no qual o paciente explora o território terapêutico e busca estruturar um campo de comunicação. No segundo momento, que corresponde ao brincar com a espátula, o paciente realiza a comunicação que precisava enunciar, neste momento as intervenções do terapeuta seriam mais produtivas e o paciente viveria a experiência de ser compreendido. No terceiro momento, que corresponde ao jogar a espátula e desinteressar-se pelo jogo, o paciente pode “ir embora” e deixar o terapeuta por ter tido uma experiência completa que resulta na possibilidade de colocar a sua questão em devir. Neste momento, é importante que o terapeuta não se coloque como uma presença necessária e excessiva. Pensamos que especial cuidado deve ser tomado em relação às orientações dadas aos pais que dizem como fazer, que são “fórmulas psicológicas”, intervenções desta natureza centralizam no terapeuta o conhecimento, dificultando para os pais “jogar a espátula” e fortalecerem-se no desempenho das funções parentais. Mannoni (2004) ao opor-se às orientações dadas por terapeutas, defende que “é quase sempre mais sensato ser menos apressado, esperar primeiro que

o sujeito se situe na sua própria história, antes de conduzi-lo autoritariamente por um caminho que ele deveria, de fato, poder descobrir sozinho” (p. 104).

Ainda sobre o *Jogo da Espátula*, vale lembrar que esse mesmo processo também ocorre em cada uma das sessões pois, seria importante que em cada atendimento as três etapas do jogo da espátula pudessem ser concluídas. Quer dizer que os encontros que compõem toda a avaliação psicológica reproduzem o processo completo ou seja, em cada uma dessas partes a essência do todo deve se reproduzir.

Para tanto, sistematizamos uma estratégia clínica que marca o período de encerramento do processo. Trata-se de uma técnica projetiva que chamamos de “linha do tempo”, ou seja, construímos um trajeto temporal que retoma todas as etapas do psicodiagnóstico. Utilizamos uma cartolina, barbante, fio de lã, cola, tesoura, recortes de revista, lápis colorido e grafite e canetinhas. O trabalho inicia com o supervisor retomando para as crianças - pacientes – que, como já anunciado na sessão anterior, este é o penúltimo atendimento. Dizemos que por isso vamos lembrar tudo que fizemos desde o primeiro dia e registrar na cartolina a história dos nossos encontros, o material gráfico é apresentado e os estagiários vão auxiliando a criança na reconstrução do processo de psicodiagnóstico. A atividade ainda prevê a representação do próprio dia, ou seja, registra-se o momento específico e a atividade da linha do tempo como se fizéssemos uma marcação de tempo. Na sequência, os estagiários intervêm contando para o paciente como será o último atendimento; informam que vão entregar um livro de história para a criança para que ela possa levar para a casa³. Na última sessão a criança também leva o cartaz da linha do tempo.

Esta atividade intenciona ajudar a criança a “jogar a espátula”, busca oferecer um suporte material para este acontecimento, procura estabelecer um campo de experiência. No entanto, observamos que a atividade da linha do tempo também acaba funcionando como mais um momento diagnóstico. Pois, ao precisar representar cada atendimento a criança seleciona o fato mais significativo que precisava comunicar e desta forma, podemos certificar as hipóteses diagnósticas. Identificamos também efeitos terapêuticos que podem ter surgido ao longo do processo. Recentemente acompanhamos um paciente de seis anos que iniciou o psicodiagnóstico em função de dificuldades escolares, com o decorrer do trabalho percebemos que os problemas não eram atuais, referiam-se principalmente ao ano anterior, a mãe do paciente pôde ouvir sobre os recursos e possibilidades do filho e resignificar as dificuldades que haviam sido apresentadas pela antiga professora. Inicialmente, percebíamos que a mãe ainda estava fixada nas constantes queixas feitas pela professora do ano passado e de certa forma, havia assumido este discurso que desmerecia e desacreditava no menino, reproduzindo-o na relação com ele. No dia da atividade da linha do tempo, o paciente reapresentou a figura do gato que apareceu nos primeiros atendimentos e, para fazer o registro do dia, desenhou um leão que simbolizava o seu fortalecimento e engrandecimento.

Sem dúvida, estamos descrevendo o percurso de sucesso, que nos norteia na condução do psicodiagnóstico, mas muitas vezes não conseguimos alcançar satisfatoriamente estes objetivos. Intercorrências como: dificuldades com o grupo de estagiários (tanto na relação dos estagiários entre si, quanto na relação com os pacientes e com o próprio supervisor), dificuldades no relacionamento entre os pacientes, dificuldades de calendário tendo em vista os atravessamentos institucionais e dificuldades na própria compreensão da problemática apresentada pelo paciente, uma vez que o supervisor tanto tem uma relação direta com o paciente quanto uma relação através dos estagiários que respondem pelo caso e, muitas vezes, precisamos nos satisfazer com os fatos clínicos reunidos por precisar adequar o número de procedimentos ao cronograma de uma clínica-escola, são alguns dos fatores que costumam interferir para que o paciente alcance uma experiência completa podendo se despedir do psicodiagnóstico sem continuar transferencialmente ligado ao supervisor e estagiários que conduziram o processo.

³ Realizamos a devolutiva final para a criança através da construção de uma história romanceada sobre a própria criança assumindo a proposta de Winnicott (1971) de que as interpretações devem respeitar o tempo do paciente não sendo invasivas. Assim, a devolutiva através da história permite à criança identificar-se com o personagem em questão dentro do seu tempo. Mais, especificamente seguimos a proposta de Safra (2005) para a montagem da narrativa que deve “conter a angústia básica da criança, suas organizações defensivas, o tipo de relação objeto e um personagem que funcione como um objeto compreensivo, que ajude na integração do self.” (p. 48).

Seguindo pelo caminho das dificuldades, muitas vezes percebemos a necessidade de, em alguns casos, intervir mais diretamente frente às resistências que impedem o desenvolvimento do processo de psicodiagnóstico. Ou seja, quando nos deparamos com resistências que impedem a abertura para a cura, que resistem à percepção do novo, que constroem o movimento de mudança, mas que principalmente relutam tanto frente à compreensão do significado da demanda explícita quanto frente ao encaminhamento. Geralmente estas resistências aparecem nos responsáveis pela criança ao insistirem na compreensão costumeira das dificuldades apresentadas pela criança e na reafirmação dos padrões relacionais da família. Observamos que quando a transferência negativa não consegue ser minimamente cuidada, o mais comum é ocorrer a desistência do psicodiagnóstico (no decorrer do processo) ou, a não consecução do encaminhamento.

Guiando-nos pelo pensamento de Winnicott podemos entender as resistências como o período de hesitação descrito no “Jogo da Espátula” pois, a partir deste referencial a resistência é compreendida como um temor frente ao que não foi constituído. Avellar (2004) sintetiza o conceito retomando que na perspectiva winnicottiana a resistência se trata:

“da constituição de algo que não foi vivido, algo de que o indivíduo necessitava e não foi encontrado... a hesitação se refere a duas situações diferentes: uma, que é a possibilidade do indivíduo vir a encontrar algo que necessita e anseia, uma experiência nova, prazerosa e constitutiva... A outra possibilidade é o paciente estar diante de angustias impensáveis, de se deparar com as falhas ambientais presentes nos estágios iniciais do desenvolvimento” (p. 96).

Portanto, a necessidade de lidar com a transferência negativa reforça a posição de que, mesmo em uma etapa diagnóstica, o psicólogo deve colocar-se em um lugar interventivo, ajudando o paciente a assumir o encaminhamento e continuando vinculado à clínica-escola.

Sobre o tema transferência no psicodiagnóstico interventivo muitas questões ainda devem ser pensadas, principalmente a questão relativa a transferência grupal que tanto possibilita o acontecimento do grupo quanto, em algumas situações, impede o trabalho grupal. Outro tema também importante refere-se à transferência entre supervisor-estagiário que, da mesma forma, seria a fonte de um aprendizado efetivo quanto pode ser o impedimento do processo de aprendizagem.

Referências Bibliográficas

- ANCONA-LOPEZ, Marília (1995a). Introduzindo o psicodiagnóstico grupal interventivo: uma história de negociações. In: ANCONA-LOPEZ, Marília (org). Psicodiagnóstico: processo de intervenção. São Paulo: Cortez Editora, 1995.
- ANCONA-LOPEZ, Silvia (1995b). Psicodiagnóstico: processo de intervenção? In: ANCONA-LOPEZ, Marília (org). Psicodiagnóstico: processo de intervenção. São Paulo: Cortez Editora, 1995.
- AVELLAR, Luziane Zacché. Jogando na análise de crianças: intervir-interpretar na análise de crianças. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- MANNONI, Maud. A primeira entrevista em psicanálise. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- OCAMPO, Maria Luisa Siquier de; ARZENO, Maria Esther Garcia; PICCOLO, Elza Grassano e col. O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- SAFRA, Gilberto. Curando com histórias: a inclusão dos pais na consulta terapêutica das crianças. São Paulo: Edições Sobornost, 2005.
- TRINCA, Walter. Diagnóstico psicológico: a prática clínica. São Paulo: EPU, 1984.
- WINNICOTT, Donald W. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1971.
- WINNICOTT, Donald W. Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- WINNICOTT, Donald W. (1941). Observação de bebês em uma situação estabelecida. In:..... Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: F. Alves, 1993.

Criança hospitalizada: transferência(s)?

Helena Julio Rizzi¹ (apresentadora)

Vanessa Keiko Rossaka²

Palavras-chave: Psicanálise; Transferência; Criança; Hospital.

Os questionamentos que pautam esse trabalho surgiram no decorrer do programa de aprimoramento profissional em Psicologia Hospitalar do Instituto da Criança (ICr) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que cursamos em 2010. O aprimoramento é um programa de pós-graduação da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, em que se oferece treinamento em serviço em instituições de saúde pública, sob a orientação e supervisão de profissionais especializados que integrem ou apoiem a prestação destes serviços³. Funciona, de modo geral, como uma residência médica, mas destina-se a outros profissionais da área da saúde.

No ICr, o atendimento às crianças e adolescentes são realizados de forma multidisciplinar, em que diversos profissionais são chamados a atenderem, seja em ambulatório (consultório) ou enfermaria, sendo divididos por especialidades médicas.

Os atendimentos psicológicos ambulatoriais são realizados por encaminhamento das equipes multidisciplinares, raras vezes por solicitação do acompanhante e, mais raramente ainda pelo pedido do próprio paciente (criança ou adolescente). Já nas enfermarias, a praxis inclui a apresentação do serviço de psicologia e a oferta de atendimento a todos os pacientes assim que ocorre a internação ou o procedimento inicial.

Para iniciarmos, gostaríamos de apresentar dois casos atendidos em enfermarias diferentes do hospital e articulá-los às reflexões sobre as especificidades do atendimento de crianças no que se referem à transferência – à instituição e ao analista –, assim como as particularidades do *setting* nas internações, a oferta de escuta e o manejo da demanda.

Heloísa, Paula e Fernando – enfermaria cirúrgica

Heloísa tem 3 anos, está internada na enfermaria cirúrgica, após um transplante de fígado. O atendimento psicológico é solicitado pela equipe médica, devido aos episódios de choro frequentes de Heloísa e pelos “comportamentos despreocupados” (sic) da mãe; a equipe também se questiona quanto à compreensão dela a respeito da gravidade do quadro clínico da filha.

Paula e Fernando residiam no interior do Ceará com suas filhas, Thais, 1 ano, e Heloísa, 3 meses, quando esta começou a apresentar disfunções hepáticas, sendo encaminhada ao ICr aos 9 meses. Após o início do tratamento, Heloísa e sua mãe mantiveram-se “indo e vindo” (sic) por um período de aproximadamente 6 meses, depois fixaram-se na casa de apoio do ICr.

¹ Psicóloga pelo IP-USP (2009); Aprimoramento em Psicologia Hospitalar pelo HC-FMUSP (2011); Psicóloga clínica em consultório; atua como A.T. com crianças em processo de inclusão escolar. helenajuliorizzi@yahoo.com.br

² Psicóloga pela UMEP (2009); Aprimoramento em Psicologia Hospitalar pelo HC-FMUSP (2011); Psicanálise: fundamentos em Freud e Lacan pelo Clín-a (em curso); Psicóloga clínica em consultório e no Instituto de Hebiatria da FMABC. vanessa.rossaka@gmail.com

³ <http://pap.fundap.sp.gov.br/> # sobre, acessado em 16 de julho de 2012, às 15h.

Desde o 15º mês de Heloísa, as investigações e o tratamento impuseram internações prolongadas, totalizando aproximadamente 1 ano e meio no hospital, com poucos dias em que puderam hospedar-se na casa de apoio. A mãe foi a principal acompanhante durante todas as internações; o pai e a irmã vinham raras vezes e por curtos períodos.

Heloísa recebeu um transplante de fígado aos 2 anos; após 20 dias, começou a apresentar quadro de rejeição crônica, com melhora progressiva das funções hepáticas, mas com indicação de novo transplante.

No início dos atendimentos, Paula, demonstra-se muito cuidadosa com a filha, atenta às suas *necessidades*; no entanto, pouco direciona seu olhar ou fala à ela, que começa a apresentar “atrasos no desenvolvimento da linguagem”, como a equipe nomeia, como se ela tivesse um dialeto próprio, o que dificulta ou impossibilita seu relacionamento com os profissionais ou outras crianças na enfermaria. Nesse primeiro momento, Paula mantém seu discurso atrelado aos fatos, para evitar falar sobre os afetos; mantém a filha como objeto de cuidados e não como objeto fálico, não parece haver a possibilidade de um investimento libidinal.

Depara-se com um sentimento acentuado de culpa por ter “abandonado” sua filha mais velha no Ceará com o pai e a avó paterna, assim como por “abandonar” Heloísa quando vai até a casa de apoio. O significativo *abandono* emerge vinculado ao sentimento de Paula por sua própria mãe, de quem se recorda vagamente e relata que esta a “abandonou” aos cuidados da avó paterna e do pai, tal qual ela em relação à sua filha mais velha. Essa é a associação que Paula faz: o abandono físico como representante de uma ausência de lugar simbólico.

Aos poucos, começo a propor brincadeiras e conversas à Heloísa: enquanto a mãe lhe calça o sapato, cumprindo esta necessidade sem atribuir qualquer sentido ao ato, eu nomeio “Olha seu sapato!”. Dias depois, ela é quem me surpreende “Olha o seu sapato! Esse é meu!”, convocando-me para a brincadeira, já sob transferência.

Paula traz, então, a angustiante possibilidade de perder a filha, numa dupla vertente: a percepção da gravidade da doença e enquanto objeto dos cuidados com os quais se ocupa.

Heloísa convoca também sua mãe a brincar: “Cadê o sapato da mamãe?”, Paula começa a se reposicionar diante deste pedido e a participar das brincadeiras, nomeando os cuidados com a filha. A vinda do pai para São Paulo permite que esse reposicionamento se consolide, Fernando participa das brincadeiras delas direcionando o olhar, a voz, os gestos à filha.

Kelly e Rosa – enfermaria hemato-oncológica

Kelly tem 1 ano e meio e as médicas falam de seu caso durante as reuniões semanais, em que toda a equipe da enfermaria participa, com bastante cautela: mesmo apresentando melhoras do quadro clínico, lembram tratar-se de um caso muito grave, com diagnóstico de neuroblastoma IV. Não houve pedido explícito para atendimento da mãe ou da equipe, mas como de praxe vou apresentar o serviço de psicologia e me coloco à disposição para escutá-las.

Rosa diz que quer conversar sim; Kelly está chorando muito, pois está sentindo dor e repete duas palavras “mimi” para dormir e “mama” para chamar a mãe; depois de uma medicação, a dor diminui e Kelly dorme. A mãe relata, então, sua saga desde os primeiros sintomas até esta internação.

Kelly estava passando muito mal e ninguém sabia o que ela tinha, havia ficado alguns dias internada em hospital público de sua região e teve alta; Rosa continuou muito preocupada com o estado da filha e uma amiga sugeriu que elas procurassem o HC. Há mais ou menos 2 meses, recebeu o diagnóstico de câncer, já no ICr. Há cerca de 20 dias, Rosa achou que Kelly não estava bem e a trouxe para o pronto-socorro, onde ficou 3 dias internada e, como piorou, foi transferida para o Centro de Terapia Intensiva (CTI), onde ficou por mais 10 dias, até que teve uma pequena melhora e a transferiram para a enfermaria hemato-oncológica.

Segundo Rosa, antes de ser internada no CTI, Kelly estava andando, falando e brincando, mas desde então parou; a mãe demonstra estar bastante angustiada e chora ao narrar essa história. Ela está numa posição também delicada: se por um lado precisa continuar apostando e investindo – do ponto de vista libidinal – em sua filha, por outro precisa considerar a cada instante a gravidade de sua doença, lançada ao real que o corpo lhe impõe.

Emociona-se também ao falar de suas outras três filhas (de 18, 10 e 8 anos), a filha mais velha vem visitá-la todo domingo, mas não vê as mais novas desde que Kelly foi internada. Nos atendimentos seguintes, Rosa volta a falar das outras filhas; um dia, interrompe o que está dizendo e afirma não querer mais falar sobre isso, pois elas (mãe e filha) só ficam tristes quando Rosa fala sobre o assunto comigo, quando não lembram, não ficam com saudades.

Aos poucos, Rosa mostra-se menos angustiada e Kelly vai voltando a falar mais palavras, propondo brincadeiras e conseguindo sentar e endurecer o pescoço. O quarto, que antes estava vazio, está agora cheio de brinquedos. As duas inventaram uma brincadeira de colocar um esparadrapo num bichinho de pelúcia, porque ele está doente; Kelly aponta o esparadrapo e diz “dodói!”, depois retira o esparadrapo e diz “sarô!”; vai também mostrando os *dodóis* em seu próprio corpo e um “catete” (cateter), por onde colocam a medicação que ela precisa tomar. A mãe nomeia o progresso: “Você viu como minha filha está bonita?!”.

Podemos considerar as conquistas de Kelly numa dupla vertente: elas foram possíveis graças à diminuição da angústia da mãe, que pode, então, olhar para a filha além da doença, mantendo seu investimento libidinal; assim como possibilitaram à Rosa ficar menos angustiada, reconhecendo sua filha enquanto sujeito, tal como antes.

Retomando...

O atendimento em enfermaria possui diversas vicissitudes, pois lidamos com o imprevisível: não se sabe quanto durará o período de internação, nem tampouco o que o paciente fará em cada momento, o que pode dificultar ou impossibilitar o atendimento; ele pode estar sendo submetido a algum procedimento, dormindo, comendo, tomando banho, se trocando... Trata-se de um *setting* muito particular.

Na primeira enfermaria citada, cirúrgica, os quartos são compartilhados e, comumente, é impossível deslocar o paciente para outro local mais reservado, devido à instabilidade do quadro clínico, desse modo, o atendimento é realizado na presença de outros pacientes. Os atendimentos aos acompanhantes podem ser realizados em outros espaços, no entanto, Paula não conseguia afastar-se de Heloísa. Na segunda enfermaria, hemato-oncológica, cada paciente tem seu quarto, assim, há um espaço mais preservado. De qualquer modo, não é possível estabelecer um *setting* que garanta a frequência ou tempo fixo para cada sessão, ou ainda que seja isento de interpelações de outras pessoas durante o atendimento.

Outro aspecto importante é o oferecimento de escuta; em ambos os casos, é o analista que oferece sua escuta ao paciente, sem que este tenha formulado uma demanda própria de atendimento. Essa oferta possibilita a emergência de uma demanda latente, pré-existente, mas que só pode ser nomeada, expressa, no momento em que se dá a oferta da escuta analítica como um espaço – simbólico – em que o sujeito pode dizer de si, mesmo que o faça, a princípio, sem saber sobre o que diz⁴.

Para que essa escuta opere é necessário que se estabeleça uma relação transferencial entre o paciente e o analista. Freud⁵ apresenta a ideia de que a transferência é um fenômeno natural da vida psíquica, uma vez que diz respeito ao modo como o sujeito lida com as pulsões e que se repete nas diversas relações que estabelece. Essa relação transferencial entre o paciente e o analista, no contexto hospitalar, é marcada pela transferência anterior à instituição de saúde e também à equipe de forma geral. Nesse espectro, dá-se a *suposição de um saber* ao HC e, na mesma esteira, aos profissionais que nele atendem, incluindo o analista. O HC é um hospital de referência, há um discurso que circunda o complexo: lá eles (equipe) saberão!

4 Moretto, L.M.T. (2002). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

5 Freud, S. (1996 (1912)). *A dinâmica da transferência*. In: Freud, S. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago.

Em ambos os casos, evidencia-se a transferência ao HC: no caso de Heloísa, há uma transferência da equipe do hospital regional que a encaminha, colocando-o como instituição que saberá o que fazer; enquanto Rosa, no caso de Kelly, ressalta a importância que teve o ICr em diagnosticar sua filha e oferecer tratamento. Há a suposição – ora pelas instituições que encaminham, ora pelos familiares – de que no HC *se sabe*.

Os profissionais da equipe multidisciplinar, no entanto, irão se colocar diante dessa suposição de saber de modos diferentes. Como traz Moretto⁶, a diferença entre o médico e o analista se dá em duas vertentes: na posição ocupada para realizar sua clínica e no discurso sustentado por cada um. O analista sustenta a posição de sujeito suposto saber, mas não o ocupa.

Não o ocupa por não responder à demanda que o sujeito apresenta, por não deter um conhecimento sobre o sujeito à priori. Ao contrário, o analista ocupará uma posição de douda ignorância⁷, ou seja, apresentará um *não saber* sobre o paciente e irá propor a este a associação livre, permitindo ao sujeito “romper a cadeia de seu discurso habitual”⁸, deparando-se com *um saber que não se sabe*⁹, um saber inconsciente sobre si.

A oferta de escuta pelo analista e a apropriação desse espaço simbólico, a partir do estabelecimento da transferência, viabiliza ao sujeito ouvir suas próprias falas, dar-se conta do que é dito e, de algum modo, se apropriar de seu discurso, reposicionando-se diante deste. Nos casos apresentados, é ao poder dizer sobre a angústia frente ao real do corpo que se impõe com a doença orgânica, que se faz possível, aos poucos, dizer sobre o sujeito que está ali para além desse real.

“O ser falante não é um corpo, não reduz sua existência à de seu corpo. O ser falante tem um corpo e por isso também pode ter um sintoma”¹⁰.

É quando Paula pode defrontar-se com sua filha como sujeito – que a convoca para as brincadeiras – que pode investir libidinalmente nela, assim, as necessidades e cuidados básicos passam a ser nomeados, supostos, permeados pela linguagem e pelo simbólico. É essa suposição que Paula faz à Heloísa que possibilitará a ela desenvolver sua fala e relacionar-se com os outros ao seu redor, ora convocando-os e ora respondendo a eles. Ao mesmo tempo, Paula começa a compreender a gravidade e complexidade da doença da filha, que lhe impõe a possibilidade da morte – perda real e simbólica – assim como a cronicidade, que lhe requererá cuidados permanentes.

Rosa, ao deparar-se com o retrocesso do desenvolvimento de sua filha, com esse real que rompe no corpo, não a reconhece mais enquanto sujeito. Ao falar sobre suas angústias (vinculadas à filha, ou não), há como que um esvaziamento destas e ela consegue reinvestir em Kelly; tal processo ocorre paralelamente ao de Kelly retomar seu desenvolvimento: em contrapartida, ela brinca e fala. Nesse momento, surge a brincadeira do esparadrapo: uma criação das duas, como modo de lidar com o real que se impõe, numa tentativa de colocar palavras ali, onde não há.

“A mãe ocupa-se da criança nomeando-a, significando seus gestos, seus choros e, por meio desse contexto marcadamente simbólico, fornece à criança uma determinada imagem de si”¹¹. Nesses casos, é este contexto marcadamente simbólico que pode ser retomado a partir do encontro com o analista.

6 Moretto, L.M.T. *op. cit.*

7 Quinet, A. (2000). *As 4+1 condições de análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

8 Bataille, L. (1988). *Desejo do analista e desejo de ser analista*. In: Bataille, L. *O Umbigo do Sonho: por uma prática da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

9 Mannoni, M. (1989). *Um saber que não se sabe – a experiência analítica*. Campinas: Papyrus.

10 Nominé, B. (1997). *O sintoma e a família*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, pg. 38.

11 Faria, M.R. (2010 (2003)). *Constituição do sujeito e estrutura familiar – O complexo de Édipo de Freud a Lacan*. São Paulo: Cabral, pg. 46.

Há que se considerar ainda a especificidade do atendimento psicanalítico com crianças; importante ressaltar que não há unanimidade em relação ao que fazer com os pais nesses casos. Faria^{12,13} alerta para o risco de tomar a criança apenas pelo discurso dos pais e pontua a importância de se atentar ao sujeito que se apresenta ao analista na clínica, ainda que criança, tomando-a como sujeito capaz de produzir um saber sobre si, além de construir uma demanda própria de atendimento, que pode não coincidir com a demanda dos pais.

Isso implica que o analista deverá manejar a transferência tanto com pais quanto com a própria criança. Em ambos os casos é possível identificar a relação transferencial que se estabelece: em um, a criança é quem primeiro estabelece a transferência e, aos poucos, convoca sua mãe; no outro, a mãe é quem inclui sua filha, já supondo nela um sujeito, uma criança-sujeito.

12 Faria, M. (1998) *Introdução à psicanálise de crianças: o lugar dos pais*. São Paulo: Hacker Editores.

13 Faria, M.R. (2004) *Das entrevistas preliminares aos tratamentos com crianças, às entrevistas preliminares com crianças*. Comunicação oral apresentada na Jornada de abertura de FCCL: A direção do tratamento na psicanálise com crianças. São Paulo.

Grupo de atendimento a pais e bebês: campo transferencial para a construção da parentalidade

Ida Bechelli Almeida Batista (Apresentadora)¹, Mariângela Mendes de Almeida²

Palavras-chave: Grupo de atendimento a Pais e Bebês - Relações Pais-bebês - Psicoprofilaxia nas relações iniciais em serviço de Pediatria - Campo transferencial na clínica com bebês.

Introdução

Apresentamos aqui o trabalho com um Grupo de Atendimento a Pais e Bebês/Crianças Pequenas (0 a 3 anos e 11 meses) em funcionamento no Núcleo de Atendimento a Pais e Bebês, Setor de Saúde Mental, Departamento de Pediatria da Universidade Federal de S. P. Discutimos tal abordagem através de vinhetas descritivas de cenas filmadas, como alternativa ou complementação de encaminhamento para famílias com bebês/crianças pequenas que necessitem e se beneficiem de um acolhimento compartilhado para ansiedades e dificuldades interferindo (ou que possam vir a interferir) no desenvolvimento da criança e da função parental. Trabalhamos com recursos provenientes dos atendimentos conjuntos (consulta terapêutica, intervenção nas relações iniciais e psicoterapias pais bebê), integrados às técnicas psicanalíticas de intervenção grupal, considerando-se os elementos transferenciais e contratransferenciais no contexto peculiar da clínica com bebês. Busca-se relacionar, no aqui e agora das sessões, a linguagem lúdica das crianças com as preocupações expressas pelos pais, desenvolvendo a capacidade parental dos cuidadores, facilitando a comunicação pais-bebê e contribuindo para a promoção, num nível estrutural e fundante, da saúde da criança e da família.

Contextualização histórica: o institucional médico hospitalar como polo transferencial inicial

O Setor de Higiene Mental, hoje Saúde Mental, foi criado no Depto. de Pediatria da UNIFESP no início dos anos 60, para ampliar a assistência clínica à criança, favorecendo o desenvolvimento emocional e formando profissionais com uma visão biopsicossocial. Foi incluído, assim, o atendimento psicológico, considerando os aspectos emocionais do desenvolvimento infantil e a dinâmica familiar da criança, possibilitando um trabalho embasado em concepções psicodinâmicas e noções psicanalíticas, em que os primeiros anos de vida são primordiais na construção da subjetividade. Tal atendimento insere-se num contexto psicoprofilático, em que se propõe, desde muito precocemente, um acompanhamento do desenvolvimento emocional integrado ao acompanhamento pediátrico da criança, projeto idealizado pela Coordenadora do Setor de Higiene/Saúde Mental por muitos anos, a Psicanalista e Psiquiatra Dra. Mary Lise Moyses Silveira. Propõe-se então, neste projeto nomeado em 1973 como Ambulatório do Desenvolvimento

¹ Psicóloga e Psicoterapeuta com Mestrado pela Universidade Metodista de São Paulo, Docente e Supervisora participante do Setor de Saúde Mental do Depto. de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) durante a implantação e desenvolvimento do Núcleo de Atendimento a Pais e Bebês. Terapeuta do Grupo de atendimento conjunto a Pais-Bebês aqui relatado. idadachelli@uol.com.br

² Psicóloga e Psicoterapeuta com Mestrado pela Tavistock Clinic e University of East London, Coordenadora do Núcleo de Atendimento a Pais e Bebês e Supervisora no Setor de Saúde Mental do Depto. de Pediatria da UNIFESP, Terapeuta do Grupo de atendimento a Pais e Bebês. Membro do Depto. de Psicanálise da Criança e docente do Instituto Sedes Sapientiae. Membro Filiado ao Instituto da Sociedade Brasileira de Psicanálise SP. mamendesa@hotmail.com

Emocional de Bebês, um acompanhamento periódico regular, para seguir passo a passo o desenvolvimento dos aspectos psicológicos da criança e do vínculo com os cuidadores, ao longo dos três primeiros anos de vida. Assim como o bebê é acompanhado em seus aspectos clínicos no atendimento pediátrico, convidam-se os pais a trazerem-no inicialmente semanalmente e depois com progressivo espaçamento, para que se acompanhe o desenvolvimento de aspectos emocionais, relacionais e psicomotores

Desdobramentos: demandas psicológicas e relacionais expandindo o campo transferencial

Em paralelo ao acompanhamento psicoprofilático, foram desenvolvidos no Setor, atendimentos a pais e bebês/crianças pequenas que apresentem alguma queixa relativa a questões em seu desenvolvimento (em geral relacionadas a sono, alimentação, vínculo, comunicação, controle vesical e esfinteriano, transtornos somáticos e ansiedades de separação). Tais atendimentos se realizam como intervenções conjuntas pais-bebê/crianças, desde o momento da recepção/triagem dos casos de 0 a 3 anos e 11 meses, prosseguindo por um período em geral breve, mas, se necessário estendido. A partir do sintoma da criança, facilita-se a discriminação entre aspectos subjetivos dos pais e aspectos constitutivos da identidade da criança, favorecendo-se a comunicação pais-criança e a relação intra-familiar. Verificando-se a necessidade, alguns dos casos recebidos em Triagem são encaminhados ao Grupo de Atendimento Pais-Bebês/Crianças, em que cuidadores e seus bebês têm oportunidade de considerar aspectos de sua relação, a partir do que se desenrola no aqui e agora da sessão grupal.

Atualmente, o Setor de Saúde Mental (sob coordenação do Pediatra Rudolf Wechsler), integra o trabalho psicoprofilático com a possibilidade de se oferecer suporte interventivo terapêutico em várias modalidades, tão logo se detectem preocupações ou sinais sutis de alarme no desenvolvimento psicológico e relacional pais-criança. Tal configuração prepara também, os psicólogos em Especialização no Setor, para o desenvolvimento de um olhar relacional, considerando-se movimentos do campo transferencial e contratransferencial, e de recursos para o trabalho psicoprofilático e interventivo, infelizmente ainda não tão presentes quanto desejável em nossos cursos de graduação na área da Saúde. Verifica-se que nosso primeiro e ainda permanente desafio - a ampliação do contexto médico pediátrico e a busca por inclusão de sentidos emocionais - reverbera nos movimentos transferenciais e temáticas expressas no material clínico do Grupo aqui apresentado.

O Grupo de Pais e Bebês: campo transferencial facilitando a construção da parentalidade

O Grupo é atendido por duas co-terapeutas. É aberto, funciona durante 1 hora e utiliza recursos lúdicos em caixa de brinquedos própria, como instrumento facilitador. A sala conta com amplo espaço com cadeiras, tapete, pequenos colchões plásticos, lousa e giz. As crianças e seus pais são encaminhados ao Grupo por várias questões, explicitadas ao longo das vinhetas a seguir. Buscamos integrar o que ouvimos das mães/cuidadoras com o que se passa na expressão lúdica das crianças, tentando abranger as manifestações grupais e as expressões singulares de cada indivíduo e relação ali presente, inclusive conosco como casal parental e representantes da função terapêutica institucional. Para nós se transferem expectativas de continência, de cuidado somático e psíquico, e aspectos de ambivalência entre dependência e autonomia. Ora somos vistas como modelos de identificação e capacitação para elaboração via observação, experiência e tolerância a aspectos emocionais, ora como representantes de mágica idealização curativa. Vamos "costurando" em rede de sentidos, como num roteiro grupal, as manifestações e interações vivenciadas, interconectando e contando as histórias de cada um em linguagem emocional, buscando compreender e significar a experiência que se transfere para o aqui-e-agora do Grupo, além da conduta concreta e operativa. A filmagem, realizada pelas próprias terapeutas e autorizada pelos participantes para utilização científica, também tem a função de se converter em instrumento de expansão do olhar grupal e terapêutico, como material compartilhável, sendo posteriormente assistido e comentado conjuntamente em sessão do próprio Grupo.

Vinhetas filmadas: transferências em cena

Temos em sala 5 duplas de cuidadoras e bebês/crianças pequenas: **Reinaldo, Marcos, Gabriel, Miguel e Ana Laura**. A primeira vinheta corresponde a um momento próximo da chegada do Grupo. As crianças exploram os brinquedos, sob o olhar atento dos adultos.

I - Dilemas da Autonomia

Mãe do Reinaldo: Ontem na escola me perguntaram o que tinha acontecido com ele que ele estava tão agitado. Eu falei, em casa ele estava tranquilo... hoje é que eu estou vendo que ele está agitado. **(Compartilhando olhares sobre a criança)**

Terapeuta M: O que será que aconteceu com o Reinaldo hein Marcos, que ele está agitado? Você está achando que o Reinaldo está agitado? **(Incluindo as crianças como interlocutores, convocando o olhar intersubjetivo e a conexão ação/estado psíquico, estimulando a comunicação grupal)**

Reinaldo, com dificuldades importantes no vínculo e comunicação, demonstra agitação esfregando ruidosamente o carrinho contra a mesa, fazendo um barulho bem alto, enquanto olha para a mãe em aparente desafio e convocação. (É o mais velho do grupo, com quase 4 anos) Marcos, de 3 anos e meio, garoto tímido, talvez fortalecido ali por nossa convocação de sua opinião, observa Reinaldo, sorri com aparente admiração e balança o brinquedo em sua mão, acompanhando o ritmo da excitação de Reinaldo. Marcos parece não aguentar a intensa excitação, que dura pouco tempo. Logo coloca o brinquedo no chão, comportadamente, com aparente medo de perder o controle. (Marcos chegou ao tratamento como uma criança muito contida e controlada com dificuldade de expressão e autonomia numa relação simbiótica com sua mãe, extremamente angustiada, que esperava de Marcos atitudes previsíveis e maduras que não desafiassem sua própria necessidade de controle, relacionadas a seu histórico familiar e referências internas de cuidado parental rigoroso). ... Gabriel, de 2 anos e 8 meses, levanta com o estetoscópio de brinquedo na mão. Marcos, após algumas voltinhas perto da mãe, parecendo perdido e solicitando autorização para poder "pedir", pede: Dá isso? Me dá esse?

Marcos coça a cabeça (ensimesmado ou confuso?), enquanto aponta para Gabriel com o brinquedo (dividindo o olhar entre estas duas direções, dividido entre o próprio gesto de apontar para um outro fora da relação com a mãe e o olhar que pede autorização).

Mãe do Marcos: Ah, ele pegou. Deixa ver, vem cá. (Mãe responde ao coçar da cabeça como se fosse algum desconforto físico que necessita assistência, sustentando a continuidade da relação dual e a referência no concreto/"handling" corporal. Apesar disso e de alguns "tropeços no caminho", Marcos se sente encorajado a buscar o que precisa, caminhando em direção a Gabriel e sua mãe.)

Terapeuta I: Nós começamos com a agitação de algumas crianças, né Mari? **(Recapitulando o movimento do grupo)**

Terapeuta M.: É, pois é! **(Terapeutas funcionando como dupla parental em diálogo sobre estados emocionais do grupo)**

*Marcos, próximo a Gabriel que está deitado junto de sua mãe, chega para pegar o estetoscópio. A Mãe do Gabriel e do Marcos conversam com Gabriel e "negociam" com ele a passagem do brinquedo para Marcos que retorna então para o lado em que está sua mãe. O trio Marcos, Gabriel e Mãe do Gabriel parecem ter conseguido chegar a um acordo num contato/conflito mediado pelo adulto em que as crianças puderam ter voz. **(Empatia entre subjetividades e diferença geracional é possível)***

Mãe do Marcos: (observando a relação bem próxima de Gabriel com sua mãe) Nossa, ele cresceu! (Nostálgica quanto à relação mãe criança menor? Desejosa de uma proximidade, simultânea a um possível crescimento? Admirando essa possibilidade? Temerosa com este crescimento?) A gente fica um tempo sem ver, quando vê... cresce rapidinho! **(Transferindo aspectos da própria relação com o filho e da própria subjetividade para o grupo e seus membros – ambivalência em relação ao crescimento, admiração x susto com a perda de controle).**

Mãe do Gabriel: Você viu como ele tá agora? Agora ele não brinca mais... Todo lugar que eu vou, ele só quer ficar perto de mim. *(Num misto de perplexidade e orgulho)*

Terapeuta M: É, a Ida estava comentando isso da outra vez. ***(Costurando continuidades no cuidado do casal parental)***

Terapeuta M: O Gabriel está aí, no colinho, no peitinho. ***(Associando conduta e estado psíquico em linguagem metafórica - polissêmica)***

Terapeuta I: Parece que agora está mais preocupado em deixar esta mamãe, né? Tá crescendo, mas parece que está precisando ficar pertinho. ***(Apontando ambivalências como naturais e simultâneas no processo de crescimento.)***

Mãe do Gabriel: E ele fala mamãe eu vou ficar com você, tá? ***(Interdependência das necessidades infantís e parentais).***

Terapeuta M: Está fazendo companhia para a mamãe, Gabriel? Tá contando estória para a mamãe? ***(Falando com a criança para o grupo)***

Terapeuta I: É, né? O Gabriel parece que está tendo necessidade de cuidar da mamãe, né Gabriel? ***(Sinalizando inversão da relação de continência)***

Terapeuta M: Ou você quer que a mamãe conte estorinha pra você... bem pertinho um do outro? ***(Reincluindo o outro polo da ambivalência a partir da observação de expressão e gestual da criança - o livro no colo da mãe. Explorando perspectivas, oferecendo alternativas diferentes, em movimento, com composição entre as terapeutas/dupla parental em visões complementares para o grupo - sem fusão, mas com acompanhamento compartilhado. Possibilidade de triangulação.)***

Gabriel, hoje com uma camiseta "I love Dad", frequenta o grupo desde os 5 meses com sua mãe, muito deprimida e insegura após abandono (temporário) do companheiro e perda anterior de outro bebê. Durante o período de frequência ao grupo, percebe-se muita evolução no reconhecimento das competências mútuas entre mãe-criança e diminuição de risco para o ex-bebê de substituição.

II - O estetoscópio: a escuta do interno – Transferindo demandas e explorando espaços psíquicos

Terapeuta M: O Marcos trouxe aqui um aparelho pra gente ver se está tudo bem (estetoscópio). Quer que eu veja se está tudo bem com o Marcos? *(Colocando o estetoscópio sobre o peito da criança que parece bem interessada neste "exame" que realizamos ali no grupo de como eles estão se sentindo.)* ***(Conversando com o grupo na linguagem lúdica da criança, entrando na brincadeira)*** Vamos ver se está tudo bem? Oi, tá tudo bem com você, Marcos? Você está se sentindo bem?... ***(Associando o físico e o emocional)*** Que bom que você voltou mais cedo até do que você tinha dito... *(Haviam avisado que iriam faltar duas sessões e hoje ainda estariam viajando)* Vocês iam viajar... A viagem foi boa? ***(Demonstrando registro e valorizando comunicações do Grupo para o Grupo, reafirmando o setting)*** *(Marcos vai em direção à mãe com o brinquedo)*

Mãe do Marcos: Na segunda semana, que foi a semana passada, ele ficou com febre a semana todinha, 38!

Terapeuta M: Ah, então acho que o Marcos está contando isso pra gente! ***(Legitimando o brincar como comunicação)***

Terapeuta I: É, olha, ele veio com o aparelho, né? ***(Explicitando o nosso movimento mental)***

Mãe do Marcos: Mas o incrível é que ele chegou em casa e no dia seguinte estava sem febre... ***(Convocando escuta para formulação em processo, provavelmente mobilizada pelo Grupo)***

Alguém do grupo comenta: Olha!

Mãe do Marcos: Fiquei impressionada! *(Solicitando escuta para estados internos, dela e da criança)*

Terapeuta I: Sentiu saudades de casa... *(Associando aspectos físicos e psíquicos, em resposta à convocação)*

Mãe do Marcos: Eu acho que foi, né? *(Incorporando a percepção)*

Chega Miguel, de 1 ano e alguns meses, no colo de sua mãe, que participa pela segunda vez do grupo, tendo sido encaminhado por dificuldades para dormir.

Terapeuta M: Está todo mundo contando as novidades, um que ficou doente, melhorou, um que tem ficado bem pertinho da mamãe para cuidar dela e cuidar dele, o Reinaldo que está mostrando a agitação... e o Miguel, como é que está? *(Recapitulando o percurso do Grupo e inserindo os que chegam)*

Mãe do Miguel: O Miguel essa semana dormiu duas horas e meia seguidas. *(Reportando evolução sintomática)*

Terapeuta I: Olha, para quem não dormia nada!... Não era o Miguel que não dormia nada? *(Valorizando o movimento)*

Mãe do Miguel: Que não dormia dez minutos seguidos... *(Reconhecendo a mudança)*

Terapeuta I: Puxa, dormir duas horas e meia seguidas... o Miguel está podendo descansar, agora, né? Ele está podendo descansar mais. *(Amplificando linguagem e tecendo sentido: do cotidiano físico para possível inter-relação com o emocional)*

III – Associando físico e psíquico – Tolerando aspectos emocionais – Reconhecendo competências (Pais/Crianças/Grupo)

(Após conversa grupal sobre Ana Laura, 3 anos, acordar chorando e dificuldade dos cuidadores em saber o que se passava com ela)

Mãe do Marcos: Uma criança pode adoecer por não estar gostando do ambiente que ela está? Assim, ele estava tendo febre, e lá em casa... pode ter sido um estado emocional essa febre dele? *(Condensando aspectos em questão, conceitualizando inquietações em processo de formulação durante o grupo: conexão entre físico/psíquico)*

Terapeuta M: O que vocês acham? *(Convocando o grupo a pensar, expandindo a discussão)*

Mãe do Reinaldo: Eu acho que sim, por que minha irmã teve isso, quando nós éramos crianças, minha mãe levou eu e ela para o Nordeste. Aqui a gente acostuma com a água da torneira e lá você tinha que pegar água em um barreiro, né? A chuva acumula água, tinha sapo, quando a minha irmã viu aquilo, ela já teve febre, ficou 2 semanas com febre direto! Ela não queria comer, não queria nada, para dar banho nela era uma tortura, tinha que pegar aquela água, ferver... Então ela falava “Mãe, esta água está suja” e tinha sapo... Então essa febre foi aumentando, aumentando, aumentando. Aí minha mãe falou: “Eu vou embora senão minha filha vai acabar morrendo aqui!” A febre dela só acabou, ela só quis comida, quando viu a Basílica da Aparecida do Norte. Acho que ela pensou assim: “Eu estou em casa”. A febre foi embora...então eu acredito que seja emocional. *(Oferecendo associações com vivências infantis, disponíveis como imagens metafóricas/oníricas)*

Mãe do Marcos: O que chamou a atenção foi que eu cheguei aqui na sexta à noite, ele dormiu de sexta para sábado com febre, até o meu marido não deixou dar remédio para ele. Sábado ele não tinha mais febre, domingo ele estava sarado, voltou a comer. Lá em Minas, ele também não estava querendo comer. *(Compartilhando interesse por movimentos internos/psíquicos nela e na criança)*

Terapeuta M: Conforme a gente está se sentindo, se a gente se sente melhor, mais tranquilo, isso pode interferir no estado físico... o que a gente está passando, o estado emocional, pode interferir na condição física... *(Tentando rephrasear o que parece mágico para uma relação vivenciada)* Vocês acham que isso acontece? Já observaram isso nas crianças? *(Intercalando sínteses com continuidade de exploração do assunto com o grupo, oferecendo contribuições, mas sem saturar o campo)*

Mãe do Miguel: Já.

Mãe do Reinaldo: Eu acredito assim, ó, talvez um brinquedo, um alimento que a criança queira, que ela não sabe se expressar... ela fica doente... porque o meu filho mais velho, ele ficou... queria chocolate e minha mãe perguntou se ele queria, ele disse que não, só que depois ele teve febre. Ninguém sabia de onde surgiu aquela febre, aí depois de tanto perguntar se ele viu alguma coisa, ele falou: "Ah, eu vi aquele chocolate que eu queria!" Compraram o chocolate para o menino, a febre foi embora! Então, quer dizer, eu acho que tem muito isso do emocional ajudar a se recuperar, ou então a pessoa adoecer.
....

Terapeuta I: Muitas vezes a gente não consegue saber o que acontece, mas também só de estar ali, conter, talvez abraçar, talvez segurar... A gente quer achar uma coisa física que elimine aquele sofrimento para ele e para nós. **(Aprofundando discussão da relação entre físico-emocional)**

Terapeuta M concorda: Agora que a cuidadora de Ana Laura estava falando, vocês notaram como a Ana Laura estava olhando, estava prestando atenção, né? Estava tentando entender o que você estava pensando, o que você estava entendendo disso que aconteceu. **(Enfatizando tentativas de continência mental/psíquica, mostrando capacidades e recursos da cuidadora e da criança)** ...

Terapeuta M: Parece que o Reinaldo também encontrou uma maneira de ficar mais tranquilo ali depois de uma fase de agitação, o André também, quer dizer, vocês fizeram alguma coisa que permitiu que as crianças ficassem mais calmas, né? **(Valorizando as competências parentais de continência e exemplificando com o transferido para o aqui-e-agora do Grupo)**

Terapeuta I: Exatamente. **(Manifestando sintonia na percepção e intensificando a aliança parental)**

Terapeuta M: Tanto aqui, quanto ali, quanto ali **(Direcionando para as crianças)**

Terapeuta I: É bom para nós também podermos confiar que a gente... que as coisas passam também né, que a gente pode viver um tumulto com eles e que não necessariamente aquilo é eterno, vai continuar... é questão de conter e pode ser que daqui a pouco passe né... a gente fica lutando contra, né? **(Fortalecendo a função parental, a capacidade de continência de pais e crianças, a noção de "processo" no desenvolvimento e a tolerância a aspectos emocionais)**

Conclusão: Destacam-se no Grupo temas em torno do eixo principal de oscilação entre movimentos de dependência das crianças junto à suas mães e iniciativas de crescimento e gradativa possibilidade de relativa autonomia e independência acompanhada. Evidencia-se um processo de crescente subjetivação e discriminação entre movimentos internos das mães e reconhecimento dos aspectos psíquicos próprios também nas crianças. Fortalecem-se as relações iniciais com os pais como favorecedora do desenvolvimento social mais amplo da criança. Conversamos sobre a agitação de Reinaldo, o grude de Gabriel, o "normal" e o "anormal" em Ana Laura, a recém adquirida possibilidade de dormir/descansar de Miguel, a necessidade de expressão de intensidade emocional das crianças, o emocional interferindo no físico, a necessidade de continência interna e relacional ao lado da continência pelos procedimentos, regras, limites, que em geral acompanha a ansiedade parental de tentar dar conta das ansiedades deles próprios e das crianças de forma resolutiva no imediato, sem muito espaço para tolerar transitórios "tumultos". A partir da transferência para o aqui-e-agora do Grupo, de ansiedades relacionadas a vínculos atuais e pregressos, viabilizam-se possibilidades de ressignificação e continência que passam a ser vivenciadas também em casa, com ênfase nas próprias capacidades parentais de tolerar estados emocionais em si e nas crianças: viver turbulências, e ao conter, poder passar por isso e aprender com a experiência emocional.

Referências Bibliográficas

- BARANDON ET AL. *The Practice of Psychoanalytic Parent-Infant Psychotherapy*, London: Routledge, 2005
- BECHELLI, I. A. B.; SILVEIRA, M. M.; JOPPERT, S. M. H. *Aplicação da Psicanálise em Saúde Pública: Sistematização de um serviço preventivo no desenvolvimento do bebê*, I Encontro Nacional sobre o Bebê, São Paulo, 2006.
- BECHELLI, I. A. B.; TOSTA, R. M., *Prevenção precoce de distúrbios psíquicos na saúde e na doença: A Atuação com bebês, pais e profissionais cuidadores em diferentes contextos institucionais*, II Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão, São Paulo, 2006
- BECHELLI, I. A. B. *Entrevista única: Uma Abordagem Preventiva na Díade mãe-bebê*.
Tese de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo – UMESP, 2002.
- MENDES DE ALMEIDA, M.; SILVA, M.C.; MARCONATO, M. M. Redes de sentido: evidência viva na intervenção precoce com pais e crianças. In *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 38(3), 2004.
- SILVEIRA, M. M.; BECHELLI, I. A. B.; BOTELHO B.; CAMPOS, M. L. F. S.; DITTMERS D. B.; NAKAGAWA, P.Y. *Aplicação da Psicanálise em Saúde Pública: Sistematização de um serviço preventivo no desenvolvimento do Bebê*, XXXI Congresso Brasileiro de Pediatria, Fortaleza, 2000.
- WINNICOTT, D., A mãe dedicada comum. In: *O bebê e suas mães*. São Paulo, Martins Fontes, p. 1-11, 1996.
- BECHELLI, I. A. B.; MENDES DE ALMEIDA, M.; *Grupo de Atendimento a Pais e Bebês: Um Ninho Para o Desenvolvimento da Parentalidade*, II Jornada de Psicanálise de Criança e Adolescente: novas perspectivas, Sociedade Brasileira de Psicanálise, São Paulo, 2012.
- MENDES DE ALMEIDA, M.; BECHELLI, I. A. B.; *Grupo de Atendimento Pais-Bebês: Alternativas em Prevenção no Contexto Institucional e Alcance Terapêutico*, X Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Encontro Luso Brasileiro de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo, "Identidade Grupanalítica em Tempos de Mudança," em Lisboa – Portugal, 2009,
- MENDES DE ALMEIDA, M.; BECHELLI, I. A. B.; SILVEIRA M. M.; WECHLER R.; *Relações Pais-Bebês em Pediatria: Detecção de Riscos e Promoção de Saúde emocional*, X Congresso Paulista de Pediatria, São Paulo, 2010.

O marcador implacável: a transferência em um caso de patologia neuromuscular degenerativa na infância.

Isabella Silva Borghesi¹

Quem já foi a um estádio, ou acompanhou de casa um jogo de futebol, provavelmente experimentou a seguinte situação. Um jogador, normalmente o do time para o qual torcemos, recebe a bola no meio-campo e parte com ela dominada, desatento a seu redor. Todo o estádio vê aproximar-se, por trás, um marcador. A sensação é de um desespero a princípio silencioso: “alguém vai avisá-lo e ele vai se defender”. O jogador continua, porém, com a bola nos pés. A tensão aumenta; ninguém parece falar nada. Aos poucos cresce em todos os espectadores a sensação de que a bola será roubada, é iminente. Surgem gritos esparsos, da arquibancada oposta e da cadeira ao lado: a torcida quer avisar o jogador. Conforme o marcador chega cada vez mais perto, esses gritos se multiplicam. Gritamos nós, também. Parece possível avisá-lo, ele vai nos ouvir. Não, nada disso ocorre. O marcador, sorrateiro, rouba-lhe a bola, e por todo o estádio ainda ecoa o grito de alerta: “olha o ladrão”.

Teria ele nos ouvido caso gritássemos mais alto, ou ao mesmo tempo? Teria ele como perceber sua situação? Talvez não. A sensação, porém, é angustiante. Vemos que alguém não percebe o risco que está correndo. Vemos que não podemos afastar sempre um risco que nós mesmos, como torcedores, corremos: a bola será roubada. A metáfora parece estranha, mas se aproxima da sensação despertada no atendimento a crianças que são portadoras de patologias físicas degenerativas e, portanto, fatais. Nem sempre sabemos se o paciente pode ouvir, se consegue ouvir ou se podemos falar daquilo que é iminente. É de tal angústia que surgiu a questão que pretendo abordar hoje.

Gostaria de apresentar-lhes Vitor, um paciente de onze anos diagnosticado com Distrofia Muscular de Duchenne. Nos atendimentos ele é quieto, não propõe brincadeiras. Questionado sobre algo, na maioria das vezes, não responde. Quando chamado a realizar uma atividade, não se pronuncia. A sensação que tenho é a de presenciar variações sobre seu silêncio. Sua escolha ocorre através de suas negativas: proponho que desenhemos, e ele balança a cabeça negativamente; o mesmo acontece quando pergunto se quer conversar ou inventar uma brincadeira. Os únicos jogos que, às vezes, ele aceita, e faz o tacitamente, são jogos onde um dos participantes ganha e o outro perde. Durante o jogo não ri, não se irrita; porém, mostra satisfação quando eu perco e ele ganha, dizendo “Ganhei”. Sua mãe o acompanha e entra em alguns atendimentos. Em uma das sessões, depois do atendimento de Vitor, e longe dos seus ouvidos, ela me procura, após terem ido a uma consulta no HC. Essa é a primeira vez em que ela consegue falar sobre como percebe a situação de seu filho; emociona-se, e diz: “o que ele tem é um problema muscular, e o coração também é um músculo”. Conta ainda que, depois que souberam o diagnóstico dele, há quatro anos, seu marido começou a beber “para afogar as mágoas”.²

Em 1915, Freud, no ensaio “Nossa atitude perante a morte”, escreve que nossa atitude em face à morte não é das mais francas. Argumenta que quem ouvisse as pessoas dizerem que o fim necessário de toda vida é a morte, sendo ela inevitável e natural, poderia acreditar que se age dessa maneira, quando, na realidade, o que se dá é muito diferente. As pessoas se comportam como se a morte não fizesse parte de suas próprias vidas. “Procurávamos reduzi-la ao silêncio”, escreveu Freud (1915, p.230); e se observarmos o caso de Vitor, muitas vezes esse silêncio pode tomar proporções inquietantes para quem o observa. Mas o

¹ Psicóloga clínica, especialista em Psicologia Clínica: Teoria Psicanalítica pelo Cogeae/PUC-SP, especialista em transtornos da Infância e Adolescência pela UNIFEV/Centro Lydia Coriat, especialista em Gestão Pública pelo INSEP/PR. Aluna do curso Psicanálise no SEDES e Coordenadora do Serviço de Psicologia da Clínica de Fisiatria e Reabilitação de Londrina.

² O paciente e sua família autorizaram a utilização do material.

silêncio de Vitor é da mesma natureza deste a que se refere Freud? Se sim, do que se trata? Se não, o que ele nos fala de Vitor? Vejamos o que Freud pode nos dizer sobre esse silêncio.

Diz ele: “Pois a própria morte é também inconcebível, e, por mais que tentemos imaginá-la, notaremos que continuamos a existir como observadores. De modo que na escola psicanalítica pudemos arriscar a afirmação de que no fundo ninguém acredita na própria morte; ou, o que vem a significar o mesmo, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua imortalidade” (1915, p.230).

Podemos imaginar se isso se mantém quando o corpo começa a dar fortes sinais de que vacila, ou seja, quando é tomado por uma doença física. Uma de minhas pacientes, adulta, na casa dos cinquenta anos, que sofria de um tipo de Esclerose Múltipla muito incapacitante, disse certa vez em atendimento: “estou desistindo do tratamento, sei que o que eu tenho mata, e não vou prolongar mais sofrimento. Desisto também da vida”. Seria este um movimento similar, porém silencioso, o que pude observar em Vitor? Minha paciente adulta, embora estivesse na posição de observadora da própria morte, também poderia estar sofrendo fortes influências de suas sensações e vivências enquanto sujeito. O que significaria que essa posição de observador se encontrava ameaçada. Uma tentativa de resposta deve passar por como a morte “aparece” no inconsciente. Ao lado da afirmação de que “no inconsciente cada um de nós está convencido de sua imortalidade”, Freud escreve mais à frente, comparando nossas atitudes com as do homem primitivo: “O que chamamos de nosso inconsciente, as camadas mais profundas de nossa alma, constituídas de impulsos instintuais, não conhece em absoluto nada negativo, nenhuma negação – nele os opostos coincidem -, e por isso não conhece tampouco a própria morte, a qual só podemos dotar de um conteúdo negativo” (p.241-242).

Freud escreve que o homem civilizado evita falar sobre a morte, e é cuidadoso ao entrar nesse assunto quando está próximo de alguém muito doente. As crianças parecem não compartilhar desse mesmo cuidado, são capazes de falar, inclusive, para pessoas amadas sobre o que farão quando estas morrerem. Já os adultos sentem-se culpados quando pensam na morte de quem amam, especialmente quando tal morte parece estar ligada a algum ganho pessoal ou benefício material. Perante alguém que morreu, nos comportamos de maneira elogiosa, reconhecendo em seu estado a passagem por algo muito difícil.

“Essa postura cultural-convencional diante da morte é complementada pelo total colapso que sofremos quando morre alguém que nos é próximo, um genitor ou cônjuge, um irmão, filho ou amigo precioso. Enterramos com ele todas as nossas esperanças, ambições, alegrias, ficamos inconsoláveis e nos recusamos a substituir aquele que perdemos”, escreve Freud (1915, p.231-232).

Tal comportamento tem efeitos, se pensarmos que ele gera um empobrecimento da vida, que passa a ser frágil e não permitir que sobre ela incidam muitos riscos. A intensidade do luto que podemos experimentar faz com que se exclua do jogo da vida outras coisas ligadas diretamente à morte.

Freud segue o texto argumentando que, durante a guerra, a morte se faz presente, não há como negá-la da maneira habitual. Talvez o mesmo ocorra em casos de doenças com prognóstico de óbito. Nestes casos, a presença da morte não se presta aos métodos convencionais de negação. Então, como um sujeito acometido por uma doença poderia lidar com ela, com a morte? Uma resposta talvez possa ser encontrada se pensarmos em Vitor e na maneira como ele se comporta no jogo, não mostrando reações a não ser quando ganha. Há aqui uma negativa da morte, que envolve o desinvestimento comentado por Freud, e, conseqüentemente, um empobrecimento do mundo interno diante do mundo externo.

Duas ideias importantes a sumarizar do que pude discutir até o momento sobre o ensaio freudiano de 1915: 1) procuramos reduzir a morte ao silêncio; e 2) o inconsciente desconhece o negativo. Transferencialmente, ambas ideias trazem-nos problemas. O silêncio de Vitor, embora deva ser respeitado, pede uma atitude do analista. Contratransferencialmente, não posso me posicionar como uma simples testemunha, vendo-o deixar de investir libidinalmente o mundo e, numa cumplicidade covarde, agir como o fotógrafo de guerra que, ao presenciar um crime que poderia impedir, preocupa-se em ajustar o foco de sua câmera. Durante algum tempo, paralisada pela angústia dessa situação, segurei firme minha câmera e fotografei o silêncio. Segurar a câmera não está – garanto – entre as atitudes mais agradáveis.

Falo de meu sentimento contratransferencial mas, vale ressaltar que, embora parecesse necessário e significativo seu silêncio, dado o problema físico que ele enfrentava, era gerada uma negatividade que, imaginei, em nada contribuía para sua melhora, nem parecia permitir qualquer possibilidade elaborativa. Nessa época, atendia em grupo outros meninos da idade de Vitor também com patologias incapacitantes. Decidi que para ambos, eu e Vitor, o grupo poderia ser benéfico. Disse há pouco que o silêncio de Vitor pedia uma atitude de sua analista. Paralisada sua mãe, afogando-se em álcool seu pai, minha paralisia, minha câmera, não poderia continuar cúmplice do silêncio avassalador que dominava as sessões. Avassalador, creio, para seu psiquismo. Ele percebia que algo se passava com seu corpo, que seus pais estavam, cada um a sua maneira, assustados com seu estado e com o prognóstico. Sua analista poderia permanecer ali, lente dirigida a ele, e sem fazer nada. Daí o grupo; uma tentativa de largar a câmera e, junto a outras crianças, trabalhar com ele sob outro foco. O grupo traria esta vantagem: de um não investimento no mundo externo que se mostrava pelo silêncio e pela negação de sua doença, a um convívio lúdico que pudesse trazer vida onde, antes, só existia espaço para morte. E na contratransferência, é claro, eu poderia sair de trás da câmera, da passividade e do silêncio. Estaria, eu também, inserida no rol de objetos a que Vitor poderia começar a investir.

Sobre as possibilidades que o grupo poderia trazer a seu tratamento, lembremos de uma das referências a Freud feita acima. As crianças, diz ele, não parecem compartilhar do mesmo cuidado dos adultos no trato da morte. Não adquiriram ainda este cuidado, evitando falar sobre o assunto quando alguém próximo está doente. Bem interpretada e sob a ótica infantil, tal afirmação pode ser lida como “elas não negam este fato, embora o façam mais tarde; elas vão ao estádio e, a plenos pulmões, gritam: olha o ladrão!”. Cabe um breve excerto de uma das sessões do grupo.

Vitor chega ao atendimento depois de outro membro, M. Ela diz que seu nome não está no mural (onde constam os nomes dos aniversariantes do mês) porque seu aniversário foi em Abril, que já passara. Vitor diz que o seu fora no dia anterior à sessão e, por isso, seu nome estava no mural. Pergunto-lhe como tinha sido seu dia. Ele conta que ganhou um telefone celular, passeou no shopping e comeu pizza. E completa, “adora comida de shopping”. M pergunta se ele tomou sorvete. Vitor responde: “Estou com catarro no pulmão”. Ele quer, nesse dia, brincar com algo diferente de M, quer brincar sozinho. Abro o armário, onde estão os brinquedos, para que ele possa escolher. Decide-se pelo “Pula-Pirata”. Joga três vezes ininterruptamente. Na quarta vez, o pirata pula longe de onde ele brincava. Enquanto vai pegar o pirata, pergunto se o brinquedo sobreviveu à queda. Faço a pergunta porque Vitor, ao pegar o pirata, olhou-o para ver se não o estragara e disse: “Está vivo. Não morreu, não”. Nas duas últimas jogadas, o pirata não pula, mesmo depois de Vitor ter colocado todas as espadas. Ele pede minha ajuda para descobrir porque o pirata não pulara. Logo que me chama, M também pede que eu a auxilie na montagem de um quebra-cabeças. Vitor diz a M: “Quer lutar”? Pergunto-lhe, “Como assim, lutar”? Ele responde, “Ué, com as espadas”.

Podemos perceber as diferenças entre o comportamento de Vitor no primeiro trecho relatado e neste. No primeiro, Vitor apresenta-se mais passivo, aparentemente não demonstrava disposição em continuar investindo o mundo externo, o que aparecia através de seu silêncio. Agora, mais ativo, Vitor escolhe com o quê e como quer brincar, e pode investir libidinalmente os objetos, inclusive convocando-me transferencialmente para ajudá-lo. Outro ponto que gostaria de salientar pode ser percebido em sua reação à queda do pirata; abre-se um espaço lúdico onde Vitor responde animado em dois campos: o de seu próprio corpo e o da brincadeira. “Está vivo”, exclama, “não morreu não”. Estão vivos ele e o pirata, e o jogo pode continuar. No momento seguinte, o brinquedo falha, o pirata, que deveria pular, não pula. Vitor pede minha ajuda para saber o que acontecia com o brinquedo e, novamente, abrem-se dois campos: sua pergunta sobre porque o pirata não pulou poderia ser colocada ao lado de suas indagações sobre si mesmo, que poderíamos traduzir como: “o que acontece com meu corpo que não me deixa fazer várias coisas?”. Algumas questões, como sobre por que ele não tomou sorvete, permitem respostas objetivas: o catarro. Outras, porém, implicam questões difíceis e respostas igualmente complicadas. Como se pode dizer a uma criança que seu corpo hoje não lhe permite fazer inúmeras coisas e que, no futuro próximo, lhe permitirá ainda menos. Ou seja, como falar para uma criança de algo que é iminente? Noutras palavras,

como podemos agir quando, observando um jogo de futebol, a dezenas de metros do jogador que carrega a bola nos pés, vemos que, sorratamente, por trás dele, aproxima-se um marcador implacável?

Obviamente, Vitor não deixou de silenciar em diversos momentos; também não deixou de tentar negar o que lhe passava fisicamente. Houve, porém, uma mudança. O investimento libidinal na analista ganhou aspectos positivos. Dito de outra forma, a transferência, antes nutrida unicamente de silêncios e hesitações, desenvolveu-se em algo mais carregado, mais complexo e, felizmente, mais benéfico a seu tratamento.

O estádio ainda está cheio. Vemos o marcador. O vejo eu, o vê também a mãe do paciente. Fico a beira do campo, câmera na mão. Qualquer *furor curandis* é impossível; não é disso que se trata. O marcador é implacável, teima em aproximar-se. Observo pela lente piratas voarem pela sala, silêncios que angustiam toda a arquibancada, um sorvete que não pode ser tomado. Pela minha experiência com esse tipo de caso, sei que a bola será roubada, ou que cairá o jogador que a carrega. Mas baixo a câmera; ele já está perto da área. Sei que não adianta negar a vinda do ladrão. Faço um cone improvisado com as mãos – meu megafone corpóreo. Há transferência, então o jogador me olha com o canto dos olhos. Enquanto os outros se preocupam com o ladrão, falo, e minha voz soa alta pelo megafone improvisado: “Está vivo, não morreu, não. Divirta-se no jogo”!

Referência Bibliográfica

FREUD, S. (1915) “Considerações atuais sobre guerra e morte” In: *Obras completas volume 12* (trad. Paulo César de Souza). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

Clínica psicanalítica de crianças e adolescentes

Promoção de saúde: desafio da atualidade

Profa. Dra. Ivonise Fernandes da Motta¹

Palavras-chave: Comunicação; Proximidade; Inclusão; Enraizamento; Relação pais-filhos.

Apresentação do presente trabalho em evento anterior:

9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Promoção da Saúde e Doenças Crônicas: desafios à promoção da saúde, Universidade de Aveiro, Portugal. Psicologia, Saúde & Doenças. Fevereiro de 2012.

Introdução

A comunicação nos dias atuais é vital pelos mais diversos ângulos em que possamos analisar o viver. Porém, ao lado da facilitação e velocidade dos meios de comunicação, sofremos força contrária em nossas vidas quando focalizamos apenas valores como eficiência, resultados, produtividade, etc...

Nesse texto abordarei a importância de alguns aspectos essenciais da comunicação humana no trabalho clínico em âmbito privado e individual e no trabalho clínico realizado em grupos, em instituições.

Trabalho clínico em âmbito privado

Y é uma adolescente de aproximadamente 15 anos que chega para atendimento após uso excessivo de álcool e medicamentos que resultou em internação hospitalar com risco de vida.

Desde o início do tratamento os pais se colocaram bastante cooperativos e colaboradores. A família mudou seus hábitos para enfrentar o perigo da morte denunciada através desses episódios. Os pais aumentam a proximidade com Y passando a acompanhá-la em seus compromissos diários. Isso contribuiu para uma maior e melhor comunicação de Y com seus familiares.

Certa ocasião Y comunica que ao vir para a sessão de psicoterapia acompanhada pela mãe, algo marcante e decisivo ocorrera. A mãe de Y no trajeto para meu consultório conversava com a filha sobre certos excessos ocorridos no final de semana quando começou a chorar e dizer que tinha muito medo de perdê-la. Tinha medo que ela morresse. Y com ares de surpresa afirma: - "minha mãe gosta mesmo de mim". Essa experiência de confirmação de amor no vínculo com sua mãe propiciaram mudanças profundas em seu ser e viver. A experiência de se sentir amada "de verdade" com raízes sedimentadas em vínculos de segurança e confiança propiciou uma aproximação gradativamente maior de Y com seus pais e consigo própria. O episódio de morte ou como foi denominado a "tentativa disfarçada de suicídio" levou os pais de Y a fazerem uma reavaliação de vários aspectos de seu viver e ao realizarem esse exame puderam entrar em uma sintonia mais próxima com a filha. O que tinha o colorido de morte passou a adquirir o colorido de vida. Mudou-se o campo do terreno do negativo para o positivo.

¹ Professora Doutora do do Departamento de Psicologia Clínica IPUSP, Orientadora do Programa de Pós-Graduação - IPUSP Nível Mestrado e Doutorado, Coordenadora LAPECRI - Laboratório de Pesquisas em Criatividade e Desenvolvimento Psíquico - IPUSP - Departamento Psicologia Clínica IPUSP ivonise1814@terra.com.br

Y buscava essa proximidade com a mãe e com o pai que pode ser resgatada através do perigo de morte. A disponibilidade com que os pais responderam ao acontecido demonstrou a presença de condições favoráveis, de preocupação genuína com a vida e saúde mental da filha..

A proximidade psíquica e afetiva conquistada nessa época foi vital para os progressos que se seguiram. Y pode gradativamente discriminar suas angústias e fortalecer aspectos importantes de sua identidade. Isso interferiu positivamente em seu desempenho escolar, em sua vida afetiva e em seu relacionamento social. O trabalho continua até hoje com resultados positivos tendo desaparecido os episódios de uso excessivo de álcool e medicamentos com risco de morte. À medida em que nosso trabalho prosseguiu e Y foi aumentando o contato psíquico com seus conflitos e angústias as melhoras vieram. O que eu chamaria de caos ou turbulência foi gradativamente substituído por um viver mais estável ,calmo ou tranqüilo. O encontro com estados e cuidados primitivos de fusão que puderam ser vivenciados com a mãe, pai, familiares e a terapeuta puderam gradativamente possibilitar o encontro com recursos psíquicos mais favoráveis ao enfrentamento de várias perdas e conflitos característicos da adolescência. Conflitos, angústias e sentimentos puderam se manifestar por outros caminhos que não pelos atos, pela ingestão de álcool e consumo de drogas.

O caminho percorrido por Y confirmou a importância da pesquisa inicial pela possibilidade de confiança e, quando esta foi adquirida, as vivências necessárias de dependência que toda sua situação real e psíquica requiritava.

Trabalho clínico institucional em grupo

No ano de 2007 realizamos uma pesquisa com um grupo de cinco crianças, uma menina e quatro meninos, diagnosticados com TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade) no período de abril a junho, com sessões semanais com duração de uma hora e meia. A idade das crianças estava inserida na faixa de 9 a 12 anos.

A literatura sobre TDAH assinala que as famílias dessas crianças e adolescentes apresentam alterações na dinâmica das relações. Os relacionamentos familiares são caracterizados por ressentimento e hostilidade porque os pais avaliam que os comportamentos de desatenção e hiperatividade da criança são voluntários.

Partindo dessas premissas desenvolvemos essa pesquisa na qual nos utilizamos do brincar e do uso de estórias infantis com crianças e de atendimento à família.

Em parceria entre o LAPECRI-Universidade de São Paulo (Laboratório de Pesquisa sobre o Desenvolvimento Psíquico e a Criatividade em Diferentes Abordagens Psicoterápicas - minha coordenação) ligado ao Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP e o NANI-UNIFESP (Núcleo de Atendimento Interdisciplinar Infantil) ligado ao Departamento de Psicobiologia da UNIFESP foi desenvolvida pesquisa que propôs uma possibilidade de intervenção com crianças e adolescentes portadores de TDAH e seus familiares com embasamento psicanalítico, principalmente fundamentado nas idéias de D.W.Winnicott.

A proposta deste trabalho foi apresentar um modelo não-comportamental de intervenção com crianças diagnosticadas com TDAH ou que apresentam sintomas comportamentais que não preenchem os critérios do diagnóstico para o transtorno utilizando um enfoque psicanalítico, pois acreditamos, assim como Winnicott (1975), que a brincadeira como expressão da criatividade já é em si terapêutica, pois facilita a expressão e integração de aspectos do Self.

O objetivo dessa pesquisa foi verificar os benefícios e limites de intervenção junto a crianças e adolescentes com diagnóstico ou sintomas típicos de TDAH através de Oficinas de Brincar e estórias infantis, bem como o atendimento realizado concomitantemente junto aos familiares.

A intervenção foi realizada por meio de oficinas terapêuticas (Oficinas do Brincar), com uso de estórias e de atividades lúdicas. Ao mesmo tempo, foram oferecidos grupos de orientação familiar. Foram realizados grupos semanais, com duração de uma hora e meia, num total de 11 encontros.

Durante os encontros os pesquisadores contaram estórias, provenientes de livros de contos de fadas, mitos ou mesmo inventadas pelo grupo. Várias atividades lúdicas foram desenvolvidas. Concomitantemente ao grupo de crianças foi realizado grupo de orientação aos pais ou responsáveis pela criança ou adolescente (pais, mães, avós, tios).

O grupo de pais ou responsáveis se constituiu desde o início num clima de muita confiança e continência em relação aos depoimentos dos colegas, contribuindo com reflexões a partir de suas experiências. O empenho e disponibilidade para o trabalho puderam ser constatados, pois, quase não ocorreram faltas aos encontros. Quando alguém teria que se ausentar, num movimento espontâneo, enviava outro membro da família para representá-lo, que rapidamente era integrado ao grupo participando ativamente.

Pudemos constatar a importância da existência de um espaço aonde as pessoas pudessem ouvir e serem ouvidas e trocar experiências. Ao final dos encontros as participantes verbalizavam "Já acabou?", "É muito pouco tempo, deveria ter mais vezes por semana!" (sic).

No decorrer dos encontros foram surgindo as preocupações e as dificuldades, sendo possível que as angústias e as ansiedades decorrentes fossem trabalhadas, favorecendo uma visão mais integrada das crianças e uma disponibilidade maior para ajudá-los.

Os relatos de estórias da infância permitiram aos participantes que entrassem em contato com as dificuldades que eles próprios enfrentaram quando crianças e a reconhecer em si mesmos a capacidade de superação de que foram capazes. Através do reconhecimento de seus recursos perceberam que eram capazes de superar mais estes momentos difíceis, ocupando agora o lugar de adulto capaz de auxiliar e apoiar as crianças nos momentos difíceis.

Abrir espaços para os pais para discutirem sobre as dificuldades encontradas no dia a dia no relacionamento com os filhos, para colocá-los em contato com as estórias de sua infância, com aqueles que contavam as estórias e quais estórias eram essas, é abrir espaços para a infância que habita em todos nós adultos com marcas e especificidades que se bem trabalhadas podem ir direcionando os caminhos para que uma maior proximidade e contato entre pais filhos seja possível. Foi essa hipótese que pudemos confirmar através dos grupos realizados.

Transferência e a clínica psicanalítica com crianças e adolescentes na atualidade

Na atualidade ao trabalharmos com, crianças, adolescentes e pais se faz cada vez mais necessária a utilização das palavras-chaves: incluir, aproximar, enraizar.

A clínica psicanalítica com crianças e adolescentes nos dias atuais nos reporta a dois aspectos fundamentais dos vínculos humanos: confiança e segurança.

Esses são aspectos fundamentais quando o tema em questão é Transferência. Os avanços e inovações tanto no que se refere a teoria quanto à prática psicanalítica tem nos direcionado para a inclusão e participação dos pais em qualquer trabalho psicoterápico realizado.

Na prática clínica com crianças e adolescentes o contato e resgate com vivências e experiências positivas da própria infância, desde as mais pretéritas, tem se mostrado ser aspecto vital tanto para os pais quanto para os filhos.

Comunicação e contato com experiências pretéritas quando fomos bebês, crianças, adolescentes e fomos acompanhados por pais ou adultos nos propiciando cuidados necessários e imprescindíveis caracterizados por confiança e segurança, semelhante um colo que nos segura de maneira cuidadosa e firme tem mostrado ser o caminho que possibilita o encontro com condições favoráveis ao desenvolvimento psíquico.

Aproximar-se da própria infância tornou possível resgatar relacionamentos onde há espaço para momentos prazerosos entre pais e filhos. Foi possível resgatar aspectos positivos dos filhos construindo uma visão mais integrada com os aspectos negativos. Foi bastante significativo a percepção dos pais que as mudanças dos filhos dependem de uma mudança do adulto.

Levando-se em consideração a importância do ambiente na constituição e desenvolvimento psíquico o trabalho clínico particular individual e o trabalho clínico institucional em grupo com crianças, adolescentes e pais vêm confirmar o quanto intervenções psicoterápicas tem que considerar o ambiente da criança e do adolescente e incluí-lo na intervenção realizada. Nesse contexto a inclusão dos pais e familiares tem se revelado aspecto fundamental na Clínica Psicoterápica Psicanalítica.

Referências Bibliográficas

- Louzã Neto, M.R. (2010) TDAH ao longo da vida .Porto Alegre: Artmed.
- Motta, I. F; Sant'Anna, B. A; Miranda, M.C.; Muszkat, M; Polizio, B. P. Mangucci, E.; Ricastro, R. M.; Ribeiro, S. R.; Lacerda, R. R. (2010) Proposta de Intervenção para Crianças e adolescentes portadores de TDAH – VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Braga , Portugal.
- Motta, I.F.(2006) Orientações de Pais. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Motta, I.F.& Rosa, J.T.(2008) Violência e Sofrimento de crianças e adolescentes. Aparecida do Norte, SP: Idéias e Letras.
- Winnicott, D.W. (1975) O brincar e a realidade (J. O. de Abreu & V. Nobre, trad..) Rio de Janeiro: Imago.
- WINNICOTT, D. W. (1983) O ambiente e os processos de maturação (Irineo Constantino Schuch Ortiz, trad.) Porto Alegre: Artmed.
- WINNICOTT, D. W. (1989) Tudo começa em casa.(Paulo Sandler,trad.) São Paulo:Martins Fontes.
- WINNICOTT, D. W. (1990) Natureza humana. (Davi Litman Bogomoletz, trad.) Rio de Janeiro: Imago.

Considerações sobre ética e psicanálise na clínica com crianças

Julia Eid¹

Palavras-chave: Ética, Transferência, Criança, Adoção/Abrigamento

Este trabalho tem por objetivo propor algumas considerações sobre a transferência na prática psicanalítica com crianças adotadas e abrigadas a partir do viés da ética. Considerando ética enquanto respeito e reconhecimento do outro em sua singularidade e subjetividade, procura assinalar a importância do psicanalista ser alguém que revele a seu paciente a ética do humano, principalmente no trabalho com crianças que cresceram privadas de relações éticas. A ética é apresentada dentro da psicanálise em dois âmbitos: o primeiro diz respeito ao surgimento da ética nas trocas humanas e, mais especificamente, ao nascimento do sujeito ético; o segundo traz um olhar sobre a prática psicanalítica norteadada pela ética.

A autora apresenta fragmentos de sessões de dois casos de crianças marcadas por relações esvaziadas de ética. Os pontos levantados nesta apresentação dizem respeito às sutilezas do lugar transferencial que ocupamos, à busca de manter uma postura ética sem intervalos, a determinado lugar para onde o paciente nos convoca que pode muitas vezes colocar em risco o lugar do analista e sobre certo trânsito entre a necessidade de ser extremamente acolhedor e, quase ao mesmo tempo, precisar marcar os limites presentes nas relações humanas.

Sobre este último ponto, assinala a importância de o analista poder ser alguém que interdita e busca marcar uma diferenciação entre analista e analisando a fim de delimitar as possibilidades de gozo do paciente dentro do espaço analítico. Ao mesmo tempo, procura destacar que o fazer-se continente das angústias e excitações do paciente pode ser tão ou mais importante quanto uma interdição ou uma interpretação.

¹ Psicóloga (PUC-SP); especialização em Psicanálise da Criança (Sedes Sapientiae); Membro do Departamento de Psicanálise da Criança do Instituto Sedes Sapientiae; integrante do Grupo Acesso – Estudos, Intervenções e Pesquisa sobre adoção, da clínica psicológica do instituto Sedes Sapientiae; Psicóloga da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital São Paulo e Membro do Setor de Saúde Mental Pediátrica da UNIFESP. juliageid@gmail.com

A construção da alteridade em um dispositivo lúdico de interventores múltiplos com um sujeito autista

Julia Maciel Soares¹

Palavras-chave: Alteridade, Autismo, Repetição, Transferência.

O presente trabalho é uma reformulação de um trabalho apresentado na mesa redonda do Colóquio de Doutorandos da Universidade Paris 13 em dezembro de 2010.

Sabe-se que para a criança, o brincar é mais que uma simples atividade recreativa. É um trabalho levado a sério. É através do brincar que a criança desenvolve sua capacidade de comunicação, sua independência nas atividades da vida cotidiana, sua capacidade motora e a construção de seu pensamento. Além disso, o brincar é a forma de expressão privilegiada da infância: o espaço do brincar é utilizado como forma de expressão através de encenações, utilização de imagens ou de ações.

Sendo o modo de expressão privilegiado dessa época da vida, o brincar ocupa um lugar central nas psicoterapias de crianças, desde o início da história dessa prática. Alguns pioneiros dessa clínica consideram o brincar como suporte de uma relação possível entre analista e criança-analisante. Uma outra corrente utiliza o brincar como uma técnica específica adaptada aos aspectos primitivos e particulares da vida psíquica da criança. Esta corrente pensa o brincar como uma maneira pela qual as crianças vão representar de modo simbólico os seus fantasmas, desejos e experiências vividas. É por esta via que os terapeutas poderão ter acesso à verdade psíquica de seus jovens pacientes.

Mas o brincar em si pode ter efeitos terapêuticos. Uma terceira vertente considera esta proposição, defendendo que o simples fato de brincar permite à criança representar para si mesma cenas vividas, podendo as simbolizar, integrar subjetivamente as experiências vividas e sendo nesse sentido, terapêutico. A criança irá repetir uma determinada brincadeira quantas vezes lhe forem necessárias para integrar uma experiência vivida. Assim, o brincar é uma tentativa de elaborar algo que impressionou a criança, através de uma produção de sentido (Freud, 1920). Este é o caso da garota que Piaget (1945) descreve: chocada pela visão de um pato morto e deitado na mesa da cozinha, ela vai naquela noite brincar de ser ela mesma o pato morto. Ao brincar, ela pode superar a experiência chocante de se encontrar tão próximo da morte.

Para nós, o brincar tem ainda uma quarta função: ele participa do processo de construção da alteridade. Processo este que é considerado como nunca completamente acabado, visto que em algumas situações, mesmo os adultos se enganam na suposição da motivação subjetiva do outro, atribuindo ao outro uma motivação semelhante à sua.

O processo de construção da alteridade é, para nós, central principalmente por dois motivos. Primeiro, por ser o correlato da construção ou da unificação do eu (self). Segundo, por tratarmos aqui da patologia autística, onde se sabe que há, para retomar os termos da psicologia cognitiva, um deficit na

¹ Doutorado em Psicologia defendido em cotutela pelas Universidades Paris 13 e USP em 2012. Mestre em Psicologia no Programa de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano da USP (2007). Fundadora do Centro da Infância e Adolescência Maud Manonni, (São Luís). Trabalhou como estagiária e/ou colaboradora no CPPL, na APAE-MA, na Escola Terapêutica Lugar de Vida e na École Expérimentale Bonneuil-sur-Marne. Tem experiência em Psicanálise com crianças, na clínica e na pesquisa de TID. ju.macielsoares@gmail.com

teoria da mente. Em outras palavras, o sujeito autista teria dificuldade em atribuir estados mentais ao outro diferentes dos seus, ponto central da sua dificuldade nas relações intersubjetivas. Isso levaria crianças com autismo a interpretar motivações e ações dos outros como semelhantes às suas, sendo que diante das evidências de diferenças, a criança autista desistiria do contato (Aitken e Trevarthen, 2003).

Gostaríamos de trazer para discussão uma intervenção lúdica realizada junto a uma criança autista de 6 anos em uma sala preparada dentro da sua escola, separada de sua turma. Chamaremos a criança em questão de Christian.

A intervenção foi realizada por uma equipe de 8 pessoas, composta em sua maioria por não especialistas (outras especialidades que a área da psicologia). A equipe foi agrupada em 4 duplas que intervinham na frequência de 90 minutos por semana. Havia assim intervenção junto à criança em duas manhãs por semana. O resto dos horários, Christian acompanhava a sua turma de pré-escola.

A equipe de interventores participava de uma supervisão psicanalítica semanal com o psicanalista Laurent Danon-Boileau. Em paralelo, Christian fazia sessões de psicoterapia psicanalítica uma vez por semana, em uma instituição de saúde mental – o Centre Alfred Binet.

A intervenção de Christian na escola durou, nesta primeira fase, 5 meses e meio. A orientação do trabalho, inspirado no método francês *3i*, era a de seguir na brincadeira os movimentos e desejos de Christian (estar atento a seus interesses). A frase que melhor resumia a intervenção proposta era “fazer com que o momento passado junto fosse o mais agradável possível para todos”. Vê-se aí a dimensão de prazer na proposta terapêutica, mas que não será discutida no presente trabalho. Cabe dizer que ainda que embora a intervenção junto a Christian se passasse na escola, ela não tinha caráter educativo.

Christian acolheu bem toda a equipe e parecia contente da interação que tinha conosco. Nos primeiros contatos, ele brincava sozinho ou entrava timidamente em uma brincadeira que lhe fosse direta ou indiretamente proposta.

Ao longo de cinco meses e meio de intervenção, Christian fez alguns progressos, em particular no que concerne a linguagem e a capacidade de lidar com os afetos e excitações (ele se encontra visivelmente menos tomado pela excitação no final das intervenções). No que tange sua capacidade de brincar, no início Christian deslizava de uma brincadeira a outra, passava rapidamente de uma atividade a outra: as brincadeiras eram curtas e desorganizadas. Não havia uma narratividade que costurasse uma história. No decorrer das sessões lúdicas, Christian conseguia encenar brincadeiras cada vez mais simbólicas, extensas, organizadas e ricas. Além disso, ele se torna pouco a pouco mais ativo na troca com a equipe: constatamos que, no final do período das intervenções, ele propunha muito mais brincadeiras e nos procurava ativamente para a troca e o contato. Este último ponto é de grande importância se considerarmos o que Tustin indicava como tratamento do autismo: fazer com que a criança sinta que o outro existe e que ele não é tão perigoso assim. E ainda, podemos acrescentar, que é possível mesmo ter momentos de prazer no encontro com esse outro.

A intervenção realizada com Christian é uma experiência singular que apresenta várias diferenças, se comparada com um tratamento psicoterapêutico comumente dispensado a crianças autistas. Não iremos desenvolver aqui todos os pontos, pois queremos nos centrar em um deles: a pluralidade da equipe de interventores junto a uma só criança, dentro de um quadro específico e estável.

Pensamos que, se por um lado, o brincar pode ser terapêutico, por outro defendemos que a pluralidade da equipe que realizou a intervenção desempenhou um papel fundamental, principalmente no que tange o processo de construção da alteridade. Em outras palavras, o fato de brincar mais ou menos das mesmas brincadeiras, utilizando os mesmos brinquedos, dentro de um mesmo dispositivo estável, com interventores diferentes, que se apresentam como outros-sujeitos à criança, isso também desempenha um efeito terapêutico no tratamento do autismo. De que forma?

Tomemos a brincadeira do “Cadê? Achou!”. Esta brincadeira é emblemática por apresentar um *formato* simples, estável, dentro do qual haverá pequenas variações. Assim, a criança sabe que seu parceiro de brincadeira está escondido e que ele vai reaparecer no seu campo visual a qualquer momento. No

entanto, o tempo em que o outro permanece escondido, o tom do “achou!” do retorno, tudo isso varia. O lado por onde o outro vai reaparecer também pode variar. Mas essas variações não comprometem a estrutura da brincadeira, que é mais ou menos estável e previsível, no interior da qual pequenas variações podem ocorrer. Para a criança pequena, a brincadeira do “Cadê? Achou!” oferece uma experiência de ciclos de prazer e de suspense na antecipação da sua resolução. Em experiências desta natureza, o adulto brinca atuando na regulação do afeto vivenciado pela criança.

Através da repetição, o formato de interação se desenha (Bruner, 1983), permitindo à criança antecipar as ações, os movimentos do seu parceiro, o que facilita a interação em si. Ora, sabe-se a dificuldade de uma criança isolada em seu transtorno autístico de entrar em relação com o outro, com a dimensão de imprevisibilidade que a encontro com o outro comporta. De fato, situações onde há uma certa ritmicidade, onde se guarda um padrão ou modelo, um formato, são situações onde a criança autista pode ficar mais à vontade para entrar em uma interação.

Consideramos que o dispositivo proposto para Christian oferece uma situação similar ao formato de interação, como na brincadeira do “cadê? Achou!” : um dispositivo estável, com horários regulares, com os mesmos brinquedos, onde as duplas se revezam de maneira previsível para a criança, seguindo um calendário estabelecido. Dessa forma, pode-se formular que apesar da multiplicidade dos interventores, a estabilidade do dispositivo permitiu que Christian entrasse mais facilmente em interações com pessoas diferentes que reagem de modos diversos mesmo face a situações semelhantes.

Mais do que facilitar a interação, essa diferença, essa variedade de ações e reações no contato intersubjetivo que a criança vai experienciar terá um efeito terapêutico importante para um sujeito autista: ela pode contribuir para a estabilização da percepção do sentimento de alteridade pela criança. Em outras palavras, a criança poderá perceber, através de dispositivos como este, que o outro é diferente de si, que ele tem motivações e expectativas diferentes das suas e que as ações não podem ser completamente previstas. Brincar e trabalhar essa diferença pode ser de grande importância no caso de terapias com crianças com transtornos autísticos, para quem atribuir no outro um estado mental diferente do seu próprio dificultaria toda tentativa de encontro intersubjetivo (Aitken e Trevarthen, 2003).

Exporemos aqui algumas passagens que podem melhor ilustrar o que acabamos de formular. Trata-se de duas brincadeiras que se repetem e evoluem ao longo do tempo, brincadeiras que Christian introduz com vários interventores: o balão-salsicha e o peão. Os trechos aqui transcritos são registros de sessões redigidas pelos diferentes interventores.

Balão-salsicha

26 de março, dupla EC:

Christian pega os balões em forma de salsicha para fazer um combate de espadas conosco, mas é novamente tomado pela excitação. Sua excitação o desorganiza, e desencadeia estereotípias [...] é preciso falar e lhe propor algo para que ele saia da excitação: C. lhe diz que na verdade esses balões parecem salsichas, então ele começa a “comer” as salsichas acrescentando alguns detalhes: a vermelha era apimentada e uma outra tinha pele e o incomodava, daí C. faz de conta que tira a pele e a devolve para Christian.

30 de março, dupla CL :

Christian se levanta e pede a caixa de comidinhas que está no armário. Nesta brincadeira, Christian retoma o tema habitual dizendo “está muito quente, está queimando!” ao pegar um alimento. Fico surpresa de notar que é ele quem me guia na brincadeira e quem introduz o puré (que está muito quente) e uma salsicha (ele me entrega um balão comprido).

18 de junho, dupla CLE:

Quando chegamos, Christian já havia pedido à sua professora balões de festa. Ele passa de uma brincadeira a outra, e volta aos balões. Pega um balão vermelho de forma alongada e diz “humm, salsicha!” e faz como se o comesse. Nós dizemos que efetivamente o balão tinha forma de salsicha.

22 de junho, dupla JF (sessão seguinte):

Havia outras crianças na sala de brincadeira de Christian. Celine diz que seu balão é uma grande pêra. Eu faço de conta que a como. Marc me oferece a mesma coisa, eu como e me delicio. Celine repete a brincadeira, depois Marc, e depois Christian!! Ele me oferece algo para comer: uma salsicha! Eu a como feliz, mesmo que seu balão seja redondo e não tenha forma de salsicha.

É possível notar como Christian retoma uma brincadeira que lhe foi prazerosa, iniciada com uma dupla, e a faz circular no dispositivo com outros grupos de interventores. É interessante perceber que ele pode propor a outros adultos coisas, brincadeiras e representações das quais ele se apropria.

Na última sequência, ainda que o balão em questão em nada se pareça com uma salsicha, sua proposição não é fora de contexto, pois brincávamos de comidas com os balões. Poderíamos dizer que estamos diante de um brincar simbólico, onde um objeto pode representar um outro, fazer função de faz de conta. No entanto, se as outras crianças puderam sustentar uma semelhança entre a imagem proposta pelo objeto balão e sua representação, Christian se encontra fixado em uma representação simbólica que lhe fora proposta: o balão-salsicha. Tal rigidez questiona as particularidades de seu acesso à dimensão simbólica, ao brincar simbólico...

Peão**6 de abril, dupla JF:**

F. faz uma torre com os tubos das bolas de sabão e gira o peão sobre a torre. Christian tenta fazer o mesmo com o peão, mas renuncia após uma tentativa frustrada. No final da sessão, C. chega, mostramos para ela o calendário e durante esse tempo, Christian consegue empilhar os tubos das bolhas de sabão e girar o peão em cima. Nós o parabenizamos.

4 de maio, dupla JF:

Eu proponho fazer a brincadeira do peão sobre uma placa pequena, que se pode levantar enquanto o peão gira. Ele gostou muito dessa brincadeira, mas também ficou muito excitado com ela (ele agitava suas mãos e braços).

7 de maio, dupla CLE:

Depois que começamos a brincar com o peão e as placas, tentamos cercar o peão com blocos de plástico e a fazer passar de uma placa a outra. Ele nos guiava para que fizéssemos o que ele queria.

7 de maio, dupla CE:

Christian pede o peão e pega no caminho pequenas placas geométricas de plástico, de cores e formas diversas. Ele gira o peão sobre uma placa que ele segura com uma das mãos e orienta de forma que o peão não caia, trocando de placa.

Observa-se que Christian propõe a outros adultos repetir uma brincadeira que ele havia começado com a dupla JF. Ele pôde repeti-la provavelmente graças à dimensão estável do dispositivo (mesmos objetos, mesma direção da equipe em seguir seus movimentos e suas brincadeiras).

Mas gostaríamos sobretudo de ressaltar desses trechos dois pontos: a repetição em função da elaboração de uma experiência e das emoções, e a percepção do sentimento de alteridade.

É preciso dizer, em primeiro lugar, que para que a repetição de uma brincadeira leve a uma elaboração, isto é, à integração de uma experiência, essa repetição deve guardar um espaço para a diferença. Assim, a repetição que permite uma elaboração não é uma repetição do mesmo, idêntica à anterior – é isso aliás que se constata normalmente no brincar das crianças banais (repete-se a mesma brincadeira de forma um pouco diferente da vez anterior).

Neste tipo de dispositivo, é possível introduzir variações na repetição pela simples troca de parceiros da interação. É preciso dizer que muitas vezes, como no caso da brincadeira do peão, estávamos igualmente disponíveis para a interação, mas não sabíamos onde Christian queria chegar nem o que queria fazer exatamente. Acolhíamos igualmente a brincadeira que ele nos propunha, mas cada dupla de uma forma diferente.

Entramos assim no segundo ponto da discussão – a percepção da alteridade: quando a criança tenta fazer uma mesma atividade com duas pessoas diferentes, ela se depara inevitavelmente com a alteridade, pois a atividade não será nunca repetida da mesma forma: cada pessoa é diferente e reage de forma diferente, mesmo a brincadeira (o formato de interação) sendo a mesma. Esta diferença na maneira de apreender a brincadeira é a marca da alteridade. Christian constata que o outro não (re)age exatamente como ele supusera ou previra, ainda que dentro de uma brincadeira que seja, digamos, previsível para ele. Portanto, ele constata que o outro é diferente dele (e de todos os outros interventores). O fato de experienciar essa diferença sem que a interação seja rompida representa uma das riquezas desse dispositivo.

Para nós, essa alteridade só pode ser construída na interação, a partir da apresentação de pequenas diferenças ("*petit pas-pareil*", Haag, 2007) e pequenos descompassos, suficientemente apresentados de forma a não interromper a interação.

Referências Bibliográficas

- Aitken, K. ; Trevarthen, C. (2003). L'organisation soi/autrui dans le développement psychologique humain. *La psychiatrie de l'enfant*, 46(2), pp. 471-520.
- Bruner, J. (1983). *Le développement de l'enfant : savoir faire, savoir dire*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In : *Œuvres Complètes*, XV. Paris: PUF, 1996.
- Haag, G. (2007) Les enveloppes corporo-psychiques. In: Delion, P. (dir.). *La pratique du packing*. Paris : Erès.
- Piaget, J. (1945). *La formation du symbole chez l'enfant: imitation, jeu et rêve, image et représentation*. Paris: Delachaux & Niestlé, 1994.

Para concluir um projeto de pesquisa

Jussara Falek¹

Palavras-chave: Psicanálise, Autismo, Transferência, Clínica Psicanalítica

“Podemos deduzir daí algo que é, sem dúvida, a verdade última do puzzle: apesar das aparências, não se trata de um jogo solitário – todo gesto que faz o armador de puzzles, o construtor já o fez antes dele; toda peça que toma e retoma, examina, acaricia, toda combinação que tenta e volta a tentar, toda hesitação, toda intuição, toda esperança, todo esmorecimento foram decididos, calculados, estudados pelo outro”².

O texto que aqui se inicia tem por objetivo transmitir aquilo que foi adquirido na experiência do *Projeto TECER*, projeto de pesquisa em equipe que coordenei nos anos de 2002/2007 no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

A boa palavra de Georges Perec permite-me situar bem a forma como aconteceu esta experiência. Eu estava, como não poderia deixar de estar, imersa em um jogo de quebra-cabeça, quebrando a minha cabeça em busca de um desenho institucional que possibilitasse o atendimento psicanalítico, a *inclusão na clínica psicanalítica* de crianças que haviam recebido um diagnóstico psiquiátrico de autismo. Tentando encaixar as peças em um quebra-cabeças bem mais amplo, fazer um acréscimo em um tecido que se estende para além do atendimento que eu pretendia estabelecer.

A palavra de Perec permite também reafirmar, por outro lado, uma posição que não é minha, nem mesmo dele exclusivamente, mas que fala de um período na história do pensamento, e que se encontra também no texto de Lacan, ao definir seu ponto de vista como psicanalista:

“Designamos por letra este suporte material que o discurso concreto toma emprestado da linguagem.

Essa definição simples supõe que a linguagem não se confunda com as diversas funções somáticas e psíquicas que a desservem no sujeito falante.

Pela razão primeira de que a linguagem, com sua estrutura, preexiste à entrada de cada sujeito num momento de seu desenvolvimento mental.”³

¹ Professora Livre-docente pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo Psicanalista membro da École Lacanienne de Psychanalyse Autora de : *O TPC, uma re-leitura; A criança no discurso do Outro; Ensaio sobre a clínica dos distúrbios graves na infância; Demanda e transferência na clínica com certas crianças (no prelo)*, e artigos publicados em revistas especializadas. jfalek@usp.br¹ Perec, G. (2009) *A vida modo de usar Companhia de Bolso*, São Paulo, pg. 14.

² Perec, G. (2009) *A vida modo de usar Companhia de Bolso*, São Paulo, pg. 14.

³ Lacan, J. (1998) *Escritos Jorge Zahar Editores, Rio de Janeiro*, pg. 498.

E com isso afirmo meu ponto de vista, já demonstrado clinicamente em minha tese de livre-docência⁴, de que também no autismo estamos diante de um problema que se equaciona em termos de significativo. Ideia que não é de minha autoria, que é defendida por Lacan e que sustenta a primazia do significativo, também no caso de autismo⁵.

Enuncio assim, com essas duas citações, o contexto teórico de onde parti neste projeto de pesquisa.

Importante é também reafirmar o entendimento que tenho de que o psicanalista não se ocupa do autismo. O autismo, já pela história deste termo, é em minha opinião uma opção feita pela psiquiatria. Uma opção por tomar como objeto o corpo biológico⁶.

O psicanalista trabalha em outro registro. Ele posiciona-se na estrutura do sujeito, em a , e ocupa-se de dar a ver esse objeto que o causa: sua falta, seu desejo. Trabalha, portanto no registro de um erotismo que se encontra por definição banido do campo da medicina e da ciência.

Assim, trabalhamos com outra coisa muito diferente. Trabalhamos com outra teoria. Uma teoria que supõe, outro ponto de vista que adoto em minha investigação clínica, que a loucura é uma passagem humana, parafraseando Roland Léthier. Humana por ser atravessada pela palavra. Uma passagem que pode ser, em determinados casos, necessária. Não deve ser evitada. Uma passagem que produz uma pegada, um traço, que ao ser lido se completa, “resolve” a questão. No campo em que trabalha o psicanalista não há o menor sentido em evitar a loucura, em curá-la, uma vez que ela já traz no seu bojo a sua solução, uma solução que consiste na leitura do traço que essa passagem escreve. Trata-se então de criar condições para que essa solução seja alcançada. Uma ideia, uma posição que concerne a psicanálise, desde Freud.

Fácil de dizer, difícil de concretizar isso que digo.

O projeto TECER nasce desta forma de ver a coisa. Ele vai trabalhar naquele espaço que foi deixado vazio pela intervenção do médico psiquiatra, pela escola que segue uma visão medicalizada da criança, e pela sociedade sanitarista em que vivemos.

Neste projeto nos ocupamos do jogo erótico estabelecido entre mãe e criança, tentando cultivar uma transferência, desviar a transferência selvagem das mães que era a princípio dirigida para a criança. Desviá-la na direção do analista que se ocupa do caso, clinicamente. E ainda, criar com a criança uma transferência.

De nossa pesquisa anterior, concluída no ano de 2000 sabemos que quando esse trabalho consegue se realizar costuma ocorrer um efeito sobre a criança. Ela na maior parte das vezes passa espontaneamente para outra coisa, engaja-se no mundo, apresentando aquilo que o meio vai acolher como uma “melhora” de seu estado.

No entanto há casos que, em função do caminho feito anteriormente por aqueles que delas se ocuparam, encontram-se em um “impedimento”. São crianças que não frequentam escola, e que ficam assim “confinadas” no relacionamento familiar. Parti da hipótese de que era necessário tocar essa situação, intervindo no sentido de produzir as condições que eu considerava necessárias para a inclusão desses pacientes na escola, pois eu considerava que esta inclusão escolar poderia trabalhar a favor da superação dos problemas apresentados pela criança – foi esta a hipótese que originou este projeto TECER que coordenei.

Criei então, no interior do IPUSP um espaço, um laboratório, onde os trabalhos deveriam se

4 Brauer, J. F. (2000) *A criança no discurso do Outro – Ensaio sobre a clínica dos distúrbios graves na Infância, tese de Livre-docência, IPUSP.*

5 Conforme se pode ler em - Lacan, J. *Le symptôme; conferência feita no Centre F. de Saussure em Genebra no dia quatro de outubro de 1975 em uma jornada organizada pela Société suisse de psychanalyse e publicada no Bloc-notes de la psychanalyse, 1985, n° 5, pg 5 a 23.*

6 Termo criado por Freud para denominar o ponto que o intrigava na esquizofrenia, o autoerotismo fará seu caminho na psicanálise, mas também originará uma debate do autor com Jung e com Bleuler, com quem Freud investigava esse assunto. É desse debate que nascerá um segundo neologismo, este de Bleuler, nos anos 1907. É deste autor a criação do termo autismo, que irá repousar em uma enciclopédia de psiquiatria até 1940, quando será retomado por Kanner para designar algo que observava em certas crianças.

7 Brauer, J. F. (1988) *O teste das pirâmides coloridas de Max Pfister – uma re-leitura; tese de doutorado, IPUSP.*

desenvolver. Neste laboratório eu propunha que haveria uma estrutura de relacionamento não hierarquizado, que possibilitasse a participação de pessoas que tivessem níveis diferentes de formação: as crianças, alunos de graduação, alunos de pós-graduação, profissionais da psicologia, da educação, pós-graduandos em artes (música, cinema), todos reunidos em função de um interesse comum, e que coincidiria com o objetivo que tínhamos no trabalho que desenvolveríamos ali: promover um espaço intermediário entre o trabalho clínico e a escolarização das crianças.

Alguns seriam então beneficiários do trabalho, outros seriam pesquisadores do processo, ou de algum ponto nele envolvido, outros estariam apenas interessados em realizar o trabalho. E haveria um tempo de duração para o trabalho, de seis anos, ditado pelo financiamento que eu havia obtido junto à FAPESP para realizar esse projeto. Iniciamos os trabalhos em 2002, e o financiamento foi aprovado e iniciou-se em 2004, encerrando-se em 2007.

Pretendíamos trabalhar como um grupo, e o desafio foi propiciar condições para que esse grupo pudesse advir, um grupo no qual TODOS deveriam se incluir, portanto, e não apenas as crianças. Pois eu entendia que, tratando-se de crianças com um histórico de isolamento social, esse grupo só se formaria se nós todos fizéssemos um esforço nesta direção, seduzindo a criança de todas as formas, convidando-a enfim.

Este trabalho ocorreria paralelamente ao atendimento clínico destas crianças, que eram ouvidas por um profissional que ouvia também a mãe da criança, em uma estratégia clínica pesquisada e relatada por mim anteriormente, e que foi objeto de minha livre-docência.

Finalizamos o projeto em um impasse importante ocasionado pela transferência que se desenvolveu na clínica e no espaço de convivência, e que se converteu em um fenômeno de grupo que não me foi possível manejar. É sobre esse mesmo ponto que retorno aqui, em busca de respostas para as muitas perguntas que o Projeto TECER deixou em aberto.

Diferentemente daquilo que me pareceu no término do projeto, em agosto de 2007, entendo hoje que o projeto foi bem sucedido.

Todos os envolvidos no projeto realizaram o trabalho de formação que os levou a trabalhar nele.

Conseguimos inserir 6 (de um total de 12) crianças em classes normais, ou em classes especiais e deixar a meio caminho a inserção das demais. Em dois casos isso não foi possível, pois restava ainda um longo trabalho clínico a fazer.

Não pudemos atender 34 casos que se inscreveram em nosso projeto a partir do ano de 2005 por falta total de infraestrutura. Situação lamentável, mas que diz do fato de que o projeto "pegou", foi tomado como referência para a indicação de pacientes.

Foram defendidas na época 6 dissertações de mestrado e duas teses de doutorado, fruto do trabalho desenvolvido em nosso laboratório. Ainda hoje há teses nascidas ou desenvolvidas no laboratório que estão sendo concluídas.

Desenvolveram-se estágios de alunos de graduação e também de profissionais já experientes.

Esse trabalho desenvolveu-se em um clima de grupo no qual as crianças participaram em uma posição diversa, nova para elas, pois no projeto TECER elas não eram pacientes. Nós conseguimos realizar o grupo que pretendíamos.

E houve sim muitos mal-entendidos, o preço a pagar pelo caminho que escolhemos, que toma partido do equívoco e do mal entendido propiciado pela visada do significante. Não poderia ter sido diferente.

Pode-se notar muito nitidamente, creio eu, que o trabalho que foi desenvolvido neste projeto não prescinde e nem colide com o trabalho feito pela escola ou pelo médico que se ocupam da criança.

Penso que a proposta desta forma de trabalho deve ser suportada, feita em colaboração com a escola e com os diversos profissionais que se ocupam de crianças e de suas necessidades. Creio também que este tipo de trabalho possibilita um suporte para esses profissionais.

Quero dizer que uma tal forma de trabalho deve se instituir no interior da rede social que se dedica ao cuidado da criança e de sua mãe, pois não se trata de um trabalho que vai atender a todas as necessidades apresentadas neste campo.

Penso ainda que a duração limitada do trabalho está implícita no fato de que ele tem um objetivo claro: mediar o trabalho desenvolvido na clínica e a inserção da criança na escola e oferecer um espaço para o desenvolvimento de estágios, de pesquisas de mestrado e de doutorado. Tudo isso tem uma duração limitada, diferentemente do trabalho clínico cuja duração é indeterminada.

É possível analisar a loucura?

A essa pergunta esta pesquisa que relato aqui responde que sim. E o faz a partir de uma investigação realizada na clínica.

Seguindo apenas a teoria poderíamos desembocar em ao menos duas hipóteses a este respeito:

Segundo Freud diríamos que a resposta é negativa.

Para Freud, na psicose está ausente a transferência, esta que é uma condição que possibilita o trabalho analítico. Tendo ele partido do trabalho junto às histéricas, e neste campo de trabalho, 'descoberto' a transferência, Freud postula que todo ser humano deve percorrer um caminho, pré-estabelecido na doutrina psicanalítica, que, do autoerotismo, o conduzirá à relação de objeto. Desta passagem restaria uma quantidade de energia livre, que seria justamente a energia da qual derivaria a transferência. Como na psicose ocorre um desvio de rota que justamente não permite uma saída do autoerotismo, segundo esta teoria não poderia haver transferência na psicose. Esta é uma das bases doutrinárias da ideia segundo a qual não existe transferência nas psicoses.

Mas a clínica, se por um lado ela não afirma a existência da transferência no caso das crianças que atendi, da transferência tal como ela acontece na clínica das neuroses, ela, no entanto nos provoca, apresentando situações enigmáticas em que há a insistente procura de uma mãe, um pedido, a insistência de uma professora ou do médico que se ocupam da criança, ou mesmo a presença do estagiário na supervisão, que às vezes parece repetir em sua atitude ou em sua postura aquilo mesmo que ele relata como sendo a atitude ou a postura do paciente que está atendendo. Para quem se interessa como eu em enveredar por esses caminhos da psicose, para quem quer saber o que é isso, essas manifestações longe de serem desanimadoras, foram sempre um convite, que eu aceitei.

Ainda mais complexa, e igualmente provocante é a dimensão relativa à demanda, outra condição para o trabalho do analista. Aqui temos via de regra um paciente que não demanda nada, a criança. A demanda está em outro lugar. É a mãe que sempre tem solicitações bizarras a fazer aos estagiários, ou é a professora, ou é o médico. Essa via da demanda foi a porta por onde entrei no trabalho, e aí o que fiz foi me deixar guiar, abandonando sobretudo a concepção de que nosso paciente era a criança. Como além de tudo nossos pequenos pacientes via de regra não falavam, ou falavam muito pouco, começamos a ouvir o que as mães tinham a dizer.

Entendi (em 1987) que eu deveria orientar meus alunos a receberem a criança como quem aceita o jogo proposto pela mãe, mas que deveriam receber também a mãe uma vez que ela assim solicitasse. E foi desta forma que iniciamos um trabalho que foi bastante frutífero, e não menos intrigante.

Iniciei meu percurso como professora no ano de 1974, desenvolvendo minha clínica junto àquela que se denomina hoje 'Clínica Durval Marcondes', ligada ao Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP.

Fundada por esse professor, que também ajudou a formar a Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, essa clínica foi organizada segundo a doutrina freudiana. Nela a prática era a seguinte: triava-se entre os pacientes que procuravam por atendimento aqueles que seriam atendidos ali, os neuróticos, e os demais pacientes eram 'encaminhados a outras instituições habilitadas ao seu atendimento', que não existiam naquela época. Assim, as crianças de que me ocupei como pesquisadora tinham como história clínica sucessivos trabalhos de diagnóstico e posterior encaminhamento.

Jovem professora eu não concordava com essa prática, e considerava que não se devia fazer essa triagem, e como supervisora de estágio eu não a fazia.

Com o tempo fui recebendo mais e mais crianças que apresentavam graves distúrbios, ao mesmo tempo em que ia iniciando esse percurso interminável de formação como analista, e desenvolvendo uma grande simpatia com a obra de Lacan. E foi neste percurso que cheguei a desenvolver uma clínica voltada a essas crianças que apresentam distúrbios graves, dar aí os primeiros passos, encontrar grandes dificuldades e buscar na teoria lacaniana uma forma de dizer dessas dificuldades. Naquele tempo inicial de meu trabalho⁶ (vide minha tese de doutorado defendida em 1988) eu me atinha ao fundamento de que o sintoma apresentado pela criança teria que ser entendido como sintoma no sentido analítico do termo, deveria poder ser lida nele uma estrutura significativa de metáfora. Eu fechava os olhos naquele momento para as ditas 'condições de uma análise' que precisei retomar mais tarde, por ocasião do Projeto TECER, pois foi somente aí que essa transferência que de fato existe, como pude constatar, começou a apresentar sua face turbulenta.

Foi na leitura da obra de Lacan guiada pela leitura dos comentadores da École Lacanienne de Psychanalyse que pude encontrar subsídios teóricos para me orientar na difícil tarefa que esta clínica representa.

Em nosso meio é hegemônica a teorização que afirma, a partir da leitura do texto lacaniano, a inexistência de transferência na psicose. A ferida produzida pela forclusão do nome do pai deixaria sem entrada o caminho de acesso pela via da psicanálise. Não haveria a suposição de saber feita sobre a figura do analista, e assim, as portas estariam fechadas. Esta teoria acrescenta à concepção de transferência feita por Freud a questão do saber, acréscimo lacaniano sem dúvida, mas segue a teoria de Freud no que tange à concepção do processo de subjetivação, que em Freud passa pelo Édipo, e que é dito por Lacan no seminário 'As psicoses', ao analisar o caso Schreber, como forclusão do nome do pai.

Supor a existência de uma transferência na psicose requer uma leitura outra desta mesma teoria, e um certo quê de ousadia, ao propor que esta via de subjetivação proposta por Freud, e adotada na leitura mais corrente sobre o assunto, que vai do autoerotismo à relação de objeto, que esta via não é a única possibilidade de subjetivação humana. O que significaria propor, por exemplo, que a loucura é uma forma de subjetivação humana, da mesma forma, aliás, que o próprio Lacan sugere no caso da neurose, para o sintoma, no texto *Instância da letra no inconsciente*:

"E também para levar a compreender que na coextensividade do desenvolvimento do sintoma e de sua resolução curativa revela-se a natureza da neurose: fóbica, histérica ou obsessiva, a neurose é uma questão que o ser coloca para o sujeito "lá onde ele estava antes que o sujeito viesse ao mundo" (essa subordinada é a própria frase de que se serve Freud ao explicar o complexo de Édipo ao Pequeno Hans).

Trata-se aqui daquele ser que só aparece no lampejo de um instante no vazio do verbo ser, e eu disse que ele formula sua questão ao sujeito. Que significa isso? Ele não a coloca diante do sujeito, pois o sujeito não pode vir para o lugar onde ele a coloca, mas coloca-a no lugar do sujeito, ou seja, nesse lugar, ele coloca a questão com o sujeito, tal como se enuncia um problema com uma caneta e como o homem de Aristóteles pensava com sua alma."⁷

O sintoma neurótico é concebido aí, portanto, como uma via de subjetivação pelo que se lê acima.

É importante fazer aqui o desdobramento. O que falha na psicose é a constituição de um eu, e isto é sem dúvida um problema, mas em Lacan fala-se em sujeito, e este conceito não coincide com o eu. O sujeito não é o eu. O sujeito está ligado ao desejo de a ($\$ \wedge a$).

E o que Allouch afirma, lendo Lacan, é que a loucura, e suas manifestações, podem ser concebidas elas também como forma de subjetivação. Que a loucura é humana, assim como a neurose o é. Que a loucura é literante.

7 Lacan, J. (1998) *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud in Escritos*; Jorge Zahar Editor; Rio de Janeiro; pg. 524.

Nesta mesma perspectiva afirma-se, Allouch o afirma, a loucura efetua o significante em ato, a loucura é ela também um caminho possível para que o sujeito escreva sua questão.

Foi justamente esse ponto de ato que constituiu para mim a porta de entrada que me deu acesso ao complexo desenvolvimento teórico realizado pelo mesmo autor, e antes disto, ao complexo emaranhado que era apresentado no atendimento aos pacientes aos quais eu me dedicava. Essa dimensão de ato marcava sua presença nos atendimentos que eu supervisionava no IPUSP, em todos eles.

A cena clínica, se não obedecia nem de longe ao formato tradicional em que o paciente está deitado no divã, e o analista instalado em sua poltrona, parecia-se mais a uma dança ritual, na qual mãe e criança faziam seus movimentos obedecendo a alguma coreografia, sempre enigmática para nós. Tratava-se naquele então de encontrar um espaço possível para nos inserirmos nesta dança carregada de erotismo, um erotismo não genital evidentemente, um erotismo no sentido que Freud deu a este termo um dia. O que procurávamos? Um lugar na transferência?

Aquilo que pesquisei na teoria e na clínica foi uma forma de tratar o ato. Eu a encontrei. Tratava-se, clinicamente falando, de ler, ou dar a ler aquilo que acontecia em ato. Ler a partir da história dessas pessoas aquela lacuna que o ato realizava, para poder dizer mais tarde, guiada pelos textos escritos pelos colegas da École Lacanienne, nessa forma precisa de dizer, de *efetuação do significante*.

Respeitar a criança em seu agir, e mais, buscar a leitura deste mesmo agir no relato que a mãe fazia da história familiar e da história da criança, isto mudava toda a cena. Aquela criança que nos havia chegado muito mal, agora já passava a falar, a brincar, e rapidamente encontrava uma forma de sair do tratamento e de se engajar na vida corrente de uma criança, à qual ela não tinha acesso até então, ou onde encontrava entraves e dificuldades, antes do tratamento. Algumas crianças deitavam-se no divã e faziam análise.

As mães entravam em análise e diziam então que finalmente eram ouvidas.

Era no real que se efetuava, portanto o significante, construindo cenas, criando cenas.

No conto *A terceira margem do Rio* o narrador fala de seu pai, que em um dado momento decidiu *“um adeus para a gente... Nosso pai não voltou. Ele não tinha ido a nenhuma parte. Só executava a invenção de se permanecer naqueles espaços do rio, de meio a meio, sempre dentro da canoa, para dela não saltar, nunca mais. A estranheza dessa verdade deu para estarrecer de todo a gente. Aquilo que não havia, acontecia... todos pensaram de nosso pai a razão em que não queriam falar: doideira”*⁸.

E aí está Guimarães Rosa a nomear tão bem aquilo de que se trata no acontecimento da loucura: *“Aquilo que não havia, acontecia”*.

Minha proposta, no trabalho analítico junto à psicose, foi, posso dizê-lo agora que estou amparada pela palavra de Guimarães Rosa, acompanhar esse *“acontecer”*, deixar que ele se efetuassem, propiciando que se escrevesse o significante que havia ficado a meio caminho. Permitir com isso sua leitura.

Voltando ao belo conto de Rosa apreciemos o modo como o autor faz essa passagem que permite ao sujeito se inscrever entre dois significantes⁹. Guimarães Rosa efetua o sujeito, através desta construção de frase em que ele acrescenta à regência do verbo *permanecer* um *se*. Ilustra desta forma o proposto por Guy le Gauffay no seu *C'est à quel sujet?*, publicado em 2009. Fazendo recurso a uma análise que lhe permite falar do sujeito lacanianos Gauffay diz:

“Frequentemente, esse acréscimo de um agente¹⁰ apenas desdobra o sujeito de uma forma que poderíamos crer, em uma primeira abordagem, reflexiva. Assim, na forma de falar do sul da França, podem-se ouvir todos os dias frases como: “Je me la mangerais bien cette petite côte de porc.” Dir-se-á tratar-se de um hispanismo, já que em espanhol essas formas são regulares. Verdade, mas essa explicação geográfica

8 João Guimarães Rosa, (2008) *A terceira margem do rio in Primeiras histórias; Folha de São Paulo, Rio de Janeiro: Media fashion, pg. 37.*

9 Segundo a formulação lacianiana: *‘O significante é aquilo que representa o sujeito para um outro significante’.*

10 Actant: *ser ou objeto que completa a ação expressa pelo verbo. Syn: agente, sujeito.*

falha, entretanto ao não considerar o problema enunciativo que faz com que *je me la mangerais bien* não seja apenas um regionalismo, mas um enunciado muito diferente de *je la mangerais bien*.

Comer alguma coisa e se comer alguma coisa são semanticamente dessemelhantes, e se ocorre ao lingüista articular sua diferença, ocorre ao analista perceber aí um posicionamento subjetivo diferente, que não se reduz em nada à forma reflexiva. Pois o sujeito não se come, ele mesmo: ele se come alguma coisa. Ele acrescentou um agente, sem para tanto se tomar como o objeto do verbo, como quereria a voz reflexiva.

Por essa repetição pronominal, esse sujeito se constitui ao menos como o endereço do ato que ele engaja. Se nossa língua declinasse – quero dizer: desenvolvesse declinações - seria um dativo que seria chamado ao seu lugar. Suplementando o verbo com um agente que não é outra coisa que ele sob um outro modo gramatical, o sujeito torna complexa sua posição fazendo-se de alguma forma de paciente do seu ato¹¹.

Dizendo *se permanecer* Guimarães Rosa faz então, como cogita le Gauffay, com seu “*Je me la mangerais bien*” o acréscimo de um agente, faz de si mesmo o paciente do ato que engajou. Assim o diz o filho que narra o ato do pai no conto de Guimarães Rosa, que escreve o conto.

Um pouco mais complexo que isso...

Mas, como escrever essa letra que se efetua nesta clínica?

Há um fato que testemunhei muitas vezes como orientadora de teses e dissertações no programa de pós-graduação do Instituto de Psicologia da USP. Trata-se da possibilidade de acontecer que um colega que vem trabalhando em instituições como um CAPS procure a pós-graduação para escrever sobre um caso que atendeu, ou que está atendendo. Tenho entendido que este movimento acontece a serviço da própria clínica e tenho aceitado orientar esse tipo de pesquisa. *Proponho aqui que o profissional fazendo assim efetua um movimento que completa aquele que foi iniciado no ato do paciente*. É a voz, ou o texto do profissional que vai pôr na letra, escrever, aquilo que comparece como ato do lado de seu paciente.

Então, pode-se supor um sujeito na psicose, e também uma transferência. Mas está em jogo uma subjetividade que neste caso ‘não é necessariamente pessoal’, como afirma Roland Lethier. Uma subjetividade que precisa se apoiar nesta relação entre estas pessoas para poder advir. E então já não se trata de saber o que é de quem, mas, como disse Guy le Gauffay em seu seminário¹², de saudar o sujeito que aparece neste *clarão de um instante no vazio do verbo ser*.

Mas, como exercer essa clínica assim tão complexa que se apoia numa modalidade de transferência em que o analista irá fazer *um* com seu analisante para assim emprestar uma materialidade ao objeto *a*?

Entendo que aquilo de que se trata é de acolher o movimento que se instala nesta transferência e que toma o analista como parte dele. E o analista o faz oferecendo para isso os espaços de que ele dispõe.

Mas é preciso voltar ainda um instante.

Vista desta perspectiva a loucura passa a ser considerada como uma forma de criação humana, bem ao contrário do que diz a palavra *doideira* que Guimarães Rosa emprega no conto que acabo de citar, reproduzindo é claro o dizer do brasileiro a esse respeito.

Se consultarmos um dicionário etimológico¹³ veremos que loucura é uma palavra de etimologia desconhecida. O dicionário nos remete a doido, doudo, e é então que encontramos o seguinte: douda é uma doença que dá no gado. Dizer *doideira* significa, portanto, sugere, que se trata de uma doença do bicho homem, algo de seu corpo, que não se trata de algo humano no acontecimento da loucura, no sentido de humano como ser de cultura, como ser de linguagem. Eis a forma como essa concepção da loucura, veiculada na medicina, encontra-se enraizada na linguagem popular mesma. E eu me pergunto, o que teria

11 Le Gauffay, G. *C'est à quel sujet* (2009) EPEL, Paris, pg.39. (tradução livre).

12 Le Gauffay, G. *Lacan per via de levare*, (2010) Buenos Aires, seminário de agosto.

13 Cunha, A. G. (1986) *Dicionário etimológico da língua portuguesa*; Lexikon Editora Digital; Rio de Janeiro, 2ª edição.

vindo antes? Seria a visão popular da coisa, o preconceito, ou o conceito?

Mas não vamos romancear as coisas.

É verdade que o próprio Lacan afirma, lê em Freud, que o homem é poeta em seu sintoma, sim, e que concebendo a loucura desta forma, como uma *mise en scène*, como uma poética, seguimos na mesma direção.

Longe de ver na arte uma forma de terapêutica da loucura, o que vou concluindo é que esse termo *pulsão*, forjado no campo da psicanálise, diz de algo que nos impulsiona a realizar, a criar, e que como tudo tem ao menos dois lados, podemos ver num extremo desse contínuo a arte, a poesia, e no outro a loucura, como formas de realização desse impulso, digamos, dentro de estéticas diversas. A loucura, e também a neurose, esse extremo onde o material a ser forjado é a própria carne.

Pensando desta forma eu entendi, ao escrever meu projeto em 2003, que poderia ser interessante munir nossos pacientes de linguagens diversas, apresentar a essas crianças que se encontravam completamente à margem da cultura, no sentido amplo, várias linguagens que nela circulam. Assim, poder comer juntamente com um grupo de pessoas, poder brincar, desenhar, participar da realização de um filme ou da escritura de uma partitura musical, ler, escrever... é um fato que essas coisas eram novas para nossos pacientes, um fato assombroso.

Os efeitos disso traduziram-se na possibilidade de criação de laços afetivos, e da formação de um grupo. Vários pacientes conseguiram se incluir na escola.

Até onde pude caminhar nessa clínica posso afirmar hoje que é possível sim submeter a loucura a um trabalho de análise, e que isso contribui positivamente na vida destas pessoas que sofrem com a loucura, sejam elas o louco ele mesmo ou as pessoas que com ele convivem. É válido inclui-las clinicamente neste campo da psicanálise, sem pretender no entanto através dela uma cura da loucura, ou do autismo. Pois não é com a patologia que lidamos, mas com o erotismo. Hoje isso me parece além de válido, possível.

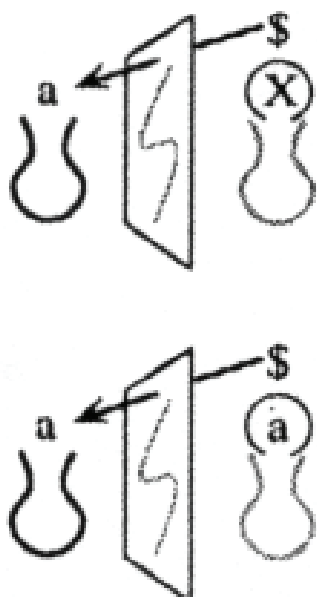
Aprendi a entender que a loucura é um assunto que deve ser abordado como um fenômeno de grupo, de um grupo de pessoas, o que faz essa clínica ser muito complexa e muito difícil.

Hoje, após ter me debruçado sobre a teoria de Lacan, de Allouch e de Lethier, parece-me um corolário considerar a loucura desta forma.

Se não foi possível sair do auto-erotismo, se não foi possível construir um eu, então também não foi possível construir um tu, e uma noção de realidade.

Do ponto de vista do louco não existe essa divisão.

Conseqüência disso? Dirá Lacan:



As duas coisas são verdadeiras, ainda que elas não estejam juntas. É justamente por isso que nós as confundimos, e, que ao confundí-las nada de claro é dito sobre isso que concerne ao manejo da relação transferencial, aquela que gira em torno do (a). Mas é isso que explica suficientemente a observação que eu fiz para vocês, de que isso que distingue a posição do sujeito em relação à (A) e a constituição mesma de seu desejo é que, para dizer as coisas resumidamente, que se trate do perverso ou do psicótico, a relação do fantasma $\a se institui assim [fig.] e que é aí que, para manejar a relação transferencial, nós temos, com efeito, que tomar em nós, na forma de um corpo estranho, uma incorporação da qual nós somos o paciente, o (a) de que se trata, a saber o objeto, para o sujeito que nos fala, absolutamente estranho enquanto ele é a causa de sua falta.

No caso da neurose, a posição é diferente enquanto que, eu disse a

vocês, alguma coisa aqui aparece que distingue a função do fantasma no neurótico. Aqui aparece alguma coisa de seu fantasma que é um (a) e que somente aparece para ele. E que somente aparece para ele porque esse (a) não é passível de imagem especular, e não poderia aparecer aqui, se eu posso dizer, em pessoa, mas somente um substituto. E aí somente se aplica aquilo que há de colocação em causa profunda de toda autenticidade na análise clássica da transferência¹⁴.

Cito aqui uma passagem em que o próprio Lacan afirma a existência de uma transferência na psicose. Ele diz: é aí que, para manejar a relação transferencial, nós temos, com efeito, que tomar em nós, na forma de um corpo estranho, uma incorporação da qual nós somos o paciente, o (a) de que se trata.

Nós somos o paciente, ele diz, aquilo mesmo que em Allouch será dito como: *na psicose a transferência é do analista*.

É fato.

Um fato que faz desta clínica um exercício profissional muito angustiante, pesado. Um exercício em que, tomados nesta transferência, já não somos mais nós mesmos, mas, como o diz Lacan, nós somos o paciente, o *a* de que se trata. Fazemos um com o paciente.

E foi desta forma que os efeitos dessa transferência se fizeram notar no último projeto que coordenei, em busca de um desenho possível para a construção de uma instituição voltada ao atendimento psicanalítico de crianças que apresentam distúrbios graves.

Esse projeto TECER encerrou-se de forma angustiada. Os efeitos desta angústia se fizeram amplificar em um fenômeno de grupo que nos impediu de trabalhar.

Mas, seguindo o fio de minha própria argumentação, serei forçada a dizer que esta pesquisa acadêmica que busca o desenho da instituição, que esta pesquisa não faz de fato sentido se considerada do ponto de vista da investigação científica. Não existe **o desenho ideal desta instituição** porque cada caso é diferente do outro, e deve encontrar seu caminho para que ele possa se dizer. E também porque cada analista é diferente do outro e oferece diferentes espaços de acolhimento em sua clínica.

Fica por refletir a pergunta que se segue a tudo isso: *como estruturar o trabalho de forma a permitir ao profissional ocupar seu lugar na transferência?* Esse lugar heróico como diz Lacan no mesmo seminário.

¹⁴ Lacan, J. (23/01/1963) *A angústia*, transcrição Roussan.

Algumas especificidades do manejo da transferência na clínica psicanalítica com crianças que sofreram rupturas nos seus laços primordiais

Lia Lima Telles Rudge¹ (apresentadora do trabalho)

Sandra S. Grama Ungaretti²

Cristina Almeida de Souza³

Cristina Maria Banduk Seguim⁴

Flávia Blay Levisky⁵

Palavras-chave: Transferência, Objeto Primordial, Perda, Trauma.

Um dos raros consensos na psicanálise é que a transferência é a bússola que orienta o trabalho analítico. Ela é o motor da cura. É através do seu manejo cuidadoso que a história de um sujeito pode ser reconstruída em análise e ressignificada. Tais colocações dão a dimensão da relevância do artigo *Dinâmica da transferência* (1912) cujo centenário celebramos neste congresso.

Há três aspectos da transferência dispersos através da obra de Freud: ela é identificada à repetição, à resistência e à sugestão. Em *Dinâmica da transferência* estão presentes esses três aspectos. O segundo parágrafo deste texto já evoca a repetição com a expressão: “ clichê estereotípico (ou diversos deles), constantemente repetido, constantemente reimpresso, no decorrer da vida da pessoa”. A tese desenvolvida por Freud é que a transferência é o momento no qual a carga libidinal do paciente – que se acha pronta por antecipação – dirige-se também ao analista, que será captado num dos clichês estereotípicos que o paciente constitui ao longo de sua vida. O inconsciente aparece aí como uma série de personagens muito tipificados que são reproduzidos nas mais diversas situações da existência. Em *Observações sobre o amor transferencial* (1915) esta identificação da transferência à repetição também está indicada, pois Freud afirma que o amor de transferência é uma repetição estereotipada das condutas inscritas no sujeito, dispostas a surgir quando lhes dá a ocasião, o que ocorre em todo amor. Não existe, diz Freud, o amor que não tenha o seu protótipo.

Em *Dinâmica da transferência* aparece uma profunda ambiguidade da transferência, pois Freud afirma por um lado que a emergência da transferência na cura é testemunho do inconsciente, da sua atualização; por outro lado, ele entende que a transferência é um obstáculo para a cura, pois interrompe as associações inconscientes. Neste texto que faz parte dos *Artigos sobre a técnica*, escritos entre 1911 e 1915

¹ Psicóloga formada pela USP, psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise da Criança do Instituto Sedes Sapientiae, membro do Grupo Acesso da Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae. rlrudge@uol.com.br

² Psicóloga formada pela PUC/SP, mestranda do Instituto de Psicologia da USP, psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise da Criança do Instituto Sedes Sapientiae, integrante do Grupo Acesso da Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae. sandra.ungaretti@gmail.com

³ Psicanalista, mestre em Psicologia Social pela PUC-SP, psicóloga. Membro do Departamento Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae (I.S.S.) e do Grupo Acesso da Clínica Psicológica do I.S.S. cris.souza8@yahoo.com.br

⁴ Psicóloga formada pela PUC/SP, psicanalista pelo Curso de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, membro do Departamento de Psicanálise de Crianças do Instituto Sedes Sapientiae e integrante do Grupo Acesso da Clínica Psicológica do Instituto sedes Sapientiae. cris.seguim@terra.com.br

⁵ Mestre em psicologia social pela USP, psicóloga formada pela PUC/SP, psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise da Criança do Instituto Sedes Sapientiae e membro do Grupo Acesso da Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae. flavialevisky@gmail.com

num momento onde a psicanálise deixava de se caracterizar como uma arte da interpretação e passava a se configurar como uma análise das resistências, Freud dá certa ênfase à compreensão da transferência enquanto resistência, já que estava buscando desenvolver a técnica psicanalítica de modo a responder às dificuldades que se apresentavam na cura frente à emergência da chamada transferência negativa. A técnica aqui desenvolvida implica em liquidar a transferência negativa e a transferência positiva ardente demais e conservar a transferência amável, que permite operar por sugestão.

Nesta apresentação buscaremos pensar algumas especificidades do manejo da transferência na clínica psicanalítica com crianças onde a perda traumática do objeto primordial ameaça o estabelecimento e a continuidade de novos laços, inclusive com um analista. Tal discussão será feita a partir do caso de uma menina que tinha 11 anos quando sua mãe adotiva buscou o Grupo Acesso da Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae, pois o processo de adoção estava em andamento há seis meses e os impasses no laço entre mãe e filha já começavam a aparecer. Todos os nomes utilizados neste relato são fictícios.

Nice, esta paciente, diz claramente para a analista que não quer conversar sobre sua história. A analista entende esta fala como um movimento transferencial, que implica num pedido que a paciente lhe dirija de ser respeitada naquele espaço. A analista nada interpreta até que a história da paciente começasse a se repetir na transferência. Pouco tempo depois, Nice passa a criar histórias através das quais se dá a conhecer por meio de suas fantasias. Nas fantasias trazidas, ora uma empregada é a principal protagonista, ora aparece uma nova personagem – uma boneca – que está doente, de quem Nice cuida muito bem. Numa ocasião, Lourdes – a mãe adotiva - relata para analista um atrito ocorrido entre ela e a filha em que esta lhe disse: “Pode me devolver para o abrigo, quando eu crescer você me pega como sua empregada”.

Em *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen* Freud (1907) diz que as fantasias que emergem frente ao contato com as relíquias de um passado aparentemente esquecido não são um produto arbitrário da imaginação, constituem-se num eco de lembranças infantis esquecidas. Tais lembranças são tecidas sobre traços de memória.

Além disto, Nice traz recorrentemente o medo de ser esquecida pela mãe adotiva. Trata-se aí da irrupção no real de um acontecimento traumático que só poderá se inscrever no inconsciente se algumas palavras forem encontradas para reconstruir uma história apagada e reduzida a nada, mas que insiste com a força de atos que se repetem. À analista a mãe adotiva transmite a seguinte história que Nice teria lhe contado: aos cinco anos de idade Nice foi deixada em frente ao Foro, por sua mãe biológica que, nesta ocasião, disse-lhe que voltaria mais tarde, mas isto não aconteceu. Pouco depois Nice foi levada para um lugar que chama de orfanato, no qual morou por três anos até ser transferida para uma instituição de acolhimento, onde morou até os onze anos.

Numa sessão a analista pergunta a Nice o motivo de seu atraso. Ela conta que, antes de ir para o Sedes, esteve num shopping e lá se perdeu da mãe. Nice diz para a analista: “Pensei que eu não fosse mais encontrá-la”. A quem Nice refere aqui o seu medo de não encontrar? Trata-se do medo de não encontrar sua mãe adotiva, sua mãe biológica, ou a analista? Ou ela está se referindo ao medo de não ser encontrada?

Em *O Seminário livro XI – Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan (1964) fala sobre o movimento de vaivém da pulsão: olhar e se fazer ver, ouvir e se fazer ouvir, atormentar e se fazer atormentar, etc. Isto nos mostra o quanto a pulsão implica sempre num apelo ao Outro, Outro aqui entendido não como um pequeno outro, ou semelhante, mas aquele através do qual o sujeito pode se dizer e se escutar. Podemos pensar, portanto, que neste ponto do tratamento a paciente já endereça um apelo, ou uma demanda para a analista que se constitui por um lado, como vimos anteriormente, como um “Me respeita!” e, por outro, como um “Me encontra!”.

Apesar de fazer uma conexão entre o medo trazido por Nice – de não ser encontrada, ou de não encontrar - e a história que lhe foi narrada fora da análise, a analista não fez nenhuma interpretação nesta direção, pois naquele momento existia uma abertura à transferência, já que a paciente se entregava à livre associação através de suas narrativas e, portanto, colocava-se na posição de buscar a verdade sobre si. Entendemos que o essencial aqui foi que a analista, através do seu silêncio, sustentou a atualização na

transferência de acontecimentos vividos - o abandono, a traição e a crueldade – para que uma história cheia de lacunas pudesse ser escutada, reconstruída e ressignificada.

Miller (1987) em *Percurso de Lacan - uma introdução* pontua que Lacan sempre promoveu a importância do silêncio do analista que não deve atuar de modo que sua interpretação duplique constantemente o discurso do paciente. Para Lacan, não se trata de que o analista interprete tudo, ou de que ele justaponha um segundo texto ao primeiro, precisamente porque o poder da interpretação é enorme. Trata-se, pois, para o analista, de medir exatamente o poder de cada uma de suas palavras.

Dois meses após o início de sua terapia, Nice fez as primeiras referências diretas sobre sua vida. Das lembranças relatadas, ressaltam-se alguns traços: mãe negra, pai branco, irmão cabeludo. É importante mencionar que Nice é negra. Através dos traços recordados Nice estaria trazendo para sua análise um primeiro traço de identificação com sua mãe biológica? Lourdes – a mãe adotiva, que também é negra – diz nas entrevistas iniciais: “Assim que vi Nice pensei em adotá-la porque era tristonha e tinha o cabelo black”. Nossa hipótese é que vai sendo contada em análise uma história que contém, como um de seus elementos fundamentais, o estereótipo da mulher negra e sofrida, que ocupa no social um lugar desvalorizado, muitas vezes associado à figura da empregada doméstica explorada por uma patroa. Nessa relação, oscilam as ações de cuidar e dominar em seus polos ativo e passivo, amoroso e cruel.

Numa das sessões Nice também conta histórias sobre a primeira instituição de acolhimento onde viveu – que ela chama de orfanato - dizendo que era um lugar assombrado. Nesse relato emprega um tom fantasmagórico, de tal forma que a história criada mantém certa ambiguidade entre o vivido e o fantasiado. Além disto, Nice utiliza recorrentemente a expressão “credo!”, como se quisesse afugentar certas lembranças.

Há situações em que as palavras não dão conta de expressar a densidade do vivido. Em *Histórias que não se contam. O não-dito e a psicanálise com crianças e adolescentes*, Miriam Debieux (2000) coloca que quando “parece não haver palavras, explicações que expressem certas impressões e intensidades, vivências que não podem ser relatadas, [estas] precisam ser construídas com imagens, metáforas, para serem expressas. Tem-se um não-dito que para fazer presença, joga com o dito e traz a marca da ambivalência do desejo e da negação”.

Na sessão seguinte, a analista levou um grande tecido branco que possibilitou que a dupla paciente-analista dramatizasse uma história onde Nice assume o papel de uma menina que, após ter sido enfeitiçada por uma bruxa, passa a encarnar um fantasma que assusta outra menina vivida pela analista. Nossa hipótese é que aí Nice revive ativamente algo que experimentou passivamente, fazendo com que a analista seja assombrada pelos fantasmas que a perturbam. Esta cena reaparecerá inúmeras vezes ao longo da análise, através das atuações de Nice, vividas com a analista - que é atacada, rejeitada, desqualificada, ou abandonada - ou trazidas pela mãe adotiva que fica tão perturbada frente a essas atuações que chega ao ponto de cogitar a ideia de “devolver” a filha para a instituição de acolhimento, pois não suporta mais se confrontar com o ódio que vê no olhar que a filha lhe dirige.

No nosso entender, a dificuldade que Lourdes apresenta para acolher e dar sentido para as questões trazidas por sua filha liga-se também a sua própria ambivalência em relação à adoção, algo que Nice, que é bastante sensível e perspicaz, capta facilmente. Lourdes conta que sua família não aprovou a adoção, tanto é que sua mãe e seu irmão, que moravam com ela, deixaram sua residência, o que fez com que Lourdes se desorganizasse financeiramente e tivesse dificuldade para assumir os cuidados de Nice, embora zelasse por sua aparência, por sua escolarização, por sua saúde e por sua frequência à análise. Escutando os conflitos de Lourdes a respeito da adoção, a analista a encaminhou para um atendimento psicoterapêutico no Sedes, ao qual Lourdes aderiu muito bem.

Nice, por sua vez, parece fixada a esse momento traumático onde ela foi abandonada por sua mãe biológica. Como nos ensina Macedo (2011) em *Cartas a um jovem psicanalista*, na clínica do trauma desenvolvemos uma espécie de caça ao tempo imóvel em que se aloja o horror das palavras congeladas, ligadas a vivências catastróficas. Em toda catástrofe há a traição daqueles a quem se amava e em quem se confiava.

Numa sessão, em função de uma reorganização da clínica do Sedes, Nice e a analista foram surpreendidas pela impossibilidade de usar a sala onde vinha acontecendo a análise. Foi marcante a reação de Nice: por dois anos lamentou este acontecimento, recusando-se a aceitar a nova sala. Nessas ocasiões a analista e Nice conversaram sobre as arbitrariedades, a violência, a saudade, a decepção e, por fim, como tudo isso a impedia de aproveitar o que se apresentava. A analista procurou associar este movimento à história de Nice, mas, naquela ocasião, tal interpretação não fez sentido para ela. Manejar a transferência implica em sustentar a passagem do tempo. Assim, algumas vezes trata-se de esperar até que as coisas sigam seu curso, o que não pode ser evitado nem apressado.

Na nova sala havia uma caixa com miniaturas de plástico. Nice pegou uma delas - um pássaro - e conta que ele era um gavião que havia pegado uma criança. A analista perguntou: - "Uma criança? O que o gavião vai fazer?" Nice respondeu: - "Vai comer, uai". Nice diz mais tarde que assistiu um filme sobre a África na instituição de acolhimento e que ele servia para aprenderem a não desperdiçar comida, pois, são essas as suas palavras: "tem muita criança que passa fome e que come comida azeda do lixo". Nice explica que estas crianças que comem comida azeda do lixo ficam tão fracas que acabam sendo comidas pelos gaviões. Nossa hipótese é que na transferência Nice se sente ameaçada por rejeitar aquilo que lhe é oferecido, temendo, através disto, destruir e ser destruída pelo objeto, o que parece apontar para certa especularização na relação entre sujeito e objeto.

Para pensar as especificidades da dinâmica aí estabelecida, que guarda uma semelhança com muitas outras com as quais nos defrontamos nos atendimentos realizados pelo Grupo Acesso, decidimos nos reportar a *Luto e melancolia* (1917). É importante assinalar que não compreendemos que este caso configura-se como um quadro de melancolia, pois se trata de uma paciente com uma estrutura neurótica. Contudo, dada a gravidade do acontecimento vivido por Nice, ligado à perda do objeto primordial - sua mãe - que a abandonou e nunca voltou para dizer se estava viva e porque fez o que fez, Nice jamais esquecerá esse acontecimento que terá que ser assimilado ao longo de toda sua análise até que possa ser re significado. Assim, nos reportamos a *Luto e melancolia* porque neste caso, como na melancolia, nos deparamos com uma espécie de luto patológico, ou com um luto que não consegue ser elaborado.

Neste artigo de 1917, Freud diz que tanto a melancolia quanto o afeto normal do luto apresentam uma perda da capacidade de adotar um novo objeto de amor (o que significaria substituí-lo) e um afastamento de toda e qualquer atividade que não esteja ligada a pensamentos sobre o objeto amado e perdido. Entretanto, a diferença que Freud constata entre estes dois quadros é que no luto essa impossibilidade de substituir o objeto perdido é paulatinamente superada e apenas a melancolia implica numa perda do amor-próprio que pode encontrar expressão em auto recriminações e numa expectativa delirante de punição.

Entendemos que no caso de Nice aparecem auto recriminações e uma expectativa de punição através das figuras da bruxa e do gavião e também de uma professora exigente e cruel que Nice dramatiza numa sessão, a qual ameaça sua aluna, encenada pela analista, dizendo-lhe que escreveria bilhetes dirigidos à sua mãe, para criticá-la, a fim de que a menina recebesse algum tipo de punição. Além disto, numa sessão Nice vence a analista em diversos jogos que fizeram, mas decide diminuir seus próprios pontos porque acha que a analista está facilitando as coisas para ela. Em outras sessões, foi possível perceber, ainda, a dificuldade de Nice em manter seu investimento em uma atividade prazerosa. Por exemplo, numa sessão ela colou um pedaço grande de papel no chão, fez um mistura de tintas num copo, cortou pedaços de retalhos, passava-os na mistura de tintas e colocava-os sobre o papel. Ela se mostrava muito feliz com o que fazia, parecia estar entregue àquela atividade que lhe proporcionava muito prazer. Estava também produzindo algo muito bonito. De um momento para outro, a expressão de seu rosto mudou. Ficou agitada, querendo terminar logo o trabalho. Visivelmente, o que num segundo antes parecia lhe dar prazer, passava a ser um incômodo, uma tarefa a qual deveria executar o quanto antes. Ela jogou a mistura de tintas que havia feito no copo sobre os retalhos. As nuances de cores que até então conferiram beleza à sua produção desapareceram e o trabalho adquiriu um colorido homogêneo e monótono. Além disto, todos os retalhos foram arrancados e o papel ficou de uma só cor.

Freud (1917) nos diz que enquanto no luto é o mundo que se torna pobre e vazio, na melancolia é o próprio eu que é apresentado a nós como sendo desprovido de valor, incapaz de realização e moralmente desprezível. Assim, um paciente melancólico pode até saber quem perdeu – como Nice, que perdeu sua mãe e seus irmãos – mas o importante é nos perguntarmos: o que perdeu nesse alguém que partiu e lhe partiu? Freud enfatiza aí o aspecto inconsciente desta perda que consiste numa perda do amor-próprio, uma perda relativa ao eu. Segundo Freud, na melancolia uma parte do eu se coloca contra a outra, julga-a criticamente, e, assim, toma-a como seu objeto. Contudo, essas acusações dificilmente se aplicam ao próprio paciente e, muitas vezes, se ajustam a alguém a quem o paciente ama, amou, ou deveria amar.

Poderíamos dizer que o caso de Nice traz esse tipo de identificação especular com o objeto perdido e destruído. Isto aparece muito bem na história da criança que se alimenta de lixo e que pode ser devorada pelo gavião. Após dois anos e meio de tratamento, esse movimento ficou muito claro e dramático, pois Nice entrou num processo de desinvestimento geral: não frequentava mais a escola, a análise, não cuidava do próprio corpo, nem de seus laços, quando saía de casa, não dizia para onde ia. Numa sessão a analista lhe disse: “Você sumiu, tive que insistir com sua mãe para trazê-la, liguei para você, me senti completamente esquecida, acho que foi exatamente assim que você se sentiu quando sua mãe lhe deixou no foro e não mais voltou para buscá-la como havia prometido”. Ela chorou muito e disse que ainda sonhava em achar sua mãe e seu irmão. Fala do irmão de 3 anos como se o tempo não tivesse passado, como se ainda estivesse congelada naquela cena traumática.

Deixar de encarnar a mãe implica em permitir que ela se vá. Como tolerar este desligamento? Como se desapegar dessa relíquia que ela coletou do lixo e que lhe dá certa unidade e um sentido para sua existência? Como romper com essa história/destino para permitir que novas histórias sejam vividas?

Muitos pacientes do grupo Acesso, que viveram rupturas dolorosas nos seus laços primordiais, trazem alguns aspectos da dinâmica transferencial acima relatada. Nesses casos é absolutamente imprescindível algo que ocorreu no caso de Nice: a analista sustentou na transferência a escuta do sofrimento, do vazio existencial e do ódio em que a paciente se encontrava enredada. Além disto, foi fundamental que a analista suportasse desde o seu lugar uma identificação com um objeto destruído e abandonado para que nesse processo a paciente conseguisse entrar em contato com esta identificação.

Referências Bibliográficas:

- FREUD, S.(1907). *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen*. Rio de Janeiro: Imago, 1977. (Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. IX).
- _____ (1912). *Dinâmica da transferência*. Rio de Janeiro: Imago, 1977. (Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII).
- _____ (1915). *Observações sobre o amor transferencial*. Rio de Janeiro: Imago, 1977. (Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII).
- _____ (1917). *Luto e melancolia*. Rio de Janeiro: Imago, 1977. (Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV).
- LACAN, Jacques. (1964). *Seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- MACEDO, Heitor O’Dwyer. *Cartas a um jovem psicanalista*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2011.
- MILLER, Jacques-Alain. *Percurso de Lacan – uma introdução*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.
- ROSA, Miriam Debieux. *Histórias que não se contam. O não-dito e a psicanálise com crianças e adolescentes*. Taubaté: Editora Cabral, 2000.

Uma reflexão sobre o brinquedo na cena clínica

Luciana Pires¹

Palavras-chave: Brinquedo, Transferência, Enquadre, Deslocamento.

Freud em 1920 fascina-se ao observar o jogo de seu neto com o carretel. A psicanalista Françoise Dolto, em seu texto de 1940, 'Cura analítica com a ajuda da boneca-flor' descreve o efeito clínico que a introdução de uma boneca em formato de flor teve em alguns de seus atendimentos. Carretel e boneca ganham, assim, destaque. Pretendemos refletir sobre o papel que os brinquedos têm na cena transferencial analítica.

A clínica psicanalítica com crianças acontece a partir da introdução de brinquedos na cena analítica. Melanie Klein, Sophie Morgenstern, Françoise Dolto, Donald Winnicott, cada um destes psicanalistas (e muitos outros) criaram um setting para trabalhar psicanaliticamente com as crianças e encontramos inevitavelmente, em todos estes diferentes enquadres, a oferta de materiais para brincar, seja caixa lúdica ou massinha ou papéis e material gráfico.

Migramos então de um enquadre que implica a oferta de falar o que se passa pela cabeça, em posição horizontal, sem o confronto visual com o analista, para uma situação em que materiais brincantes são ofertados e convida-se a criança a contar-se a partir de suas brincadeiras. O que é que formulamos a partir deste enquadre com crianças? E que efeitos isto tem na cena clínica, tal qual vivida pelo analista e pelo paciente?

¹ Luciana Pires, psicanalista, especialista em psicanálise com crianças e adolescentes pela Tavistock Clinic, mestre e doutoranda do IPUSP, autora do livro "Do silêncio ao eco: autismo e clínica psicanalítica", Edusp. luciana.pires@uol.com.br

O menino onça-pintada: o pai como segredo

Luís Henrique de Oliveira Daló¹

Palavras-chave: Psicanálise com Crianças; Sexualidade Infantil; Transferência Paterna; Complexo de Castração.

A partir de um recorte da análise de Túlio, um menino de 6 anos, abordaremos o modo peculiar como se configura aí o complexo de castração, de um modo invertido, por assim dizer, onde, sem a referência paterna, a ausência de atributos femininos o deixa sem lugar, sem referência também de si. O sexo e a diferença sexual é um segredo que somente na análise pode ser revelado, sendo também a análise o lugar onde Túlio começa a se apropriar de seu pênis e de seu lugar de criança (e não mais bebê). Uma relação fantasmática com o pai surge na relação transferencial, a partir de onde se constrói uma referência masculina, mas também a partir de onde seu crescimento pode ser sustentado. A perlaboração nesse atendimento passa, então, por uma repetição/recordação do vazio provocado pela morte do pai e pela angústia materna diante dessa morte, restabelecendo um lugar perdido de incorporação da figura paterna e do sexo masculino.

¹ Psicólogo Clínico formado pela USP-SP; Mestrando em Desenvolvimento Humano e Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da USP; Membro do CETEC (Centro de Estudos da Teoria dos Campos); Membro Fundador da Gesto - Rede Psicanalítica. luishenriquedaló@yahoo.com.br

Crianças encopréticas - Uma clínica transbordante¹

Marcia Regina Porto Ferreira ²

Palavras-chave: Encoprese – Perversão – Fetiche – Psicanálise com Crianças

La clínica, desde la perspectiva que estamos enunciando, no es el lugar donde se produz la teoría; es el espacio desde el cual se plantean los interrogantes que ponem en tela de juicio las teorías que sostenemos con convicción.

(Silvia Bleichmar (1999) Clínica psicoanalítica y neogénesis)

As crianças que transbordam com suas fezes e urina são grandes freqüentadoras dos consultórios psicanalíticos. No entanto, a teoria psicanalítica tem nos fornecido poucos subsídios que melhor norteiem essa clínica. Pode-se concluir, com isso, que os psicanalistas estão incluídos na assertiva freudiana de que: “Todos os neuróticos, e várias outras pessoas, repudiam o fato de que inter urinas et faeces nascimur (nascemos entre urinas e fezes).” (FREUD, 1929)

Há tempos vejo-me especialmente convocada a afinar minha escuta sobre a clínica com crianças encopréticas, ou seja, crianças acima de quatro anos que deixam escapar suas fezes nas roupas, buscando formular as necessárias articulações metapsicológicas.

Nos raros estudos psicanalíticos encontrados, há uma tendência do entendimento de que a encoprese aponta para um grave e preocupante distúrbio, indicador de correntes psicóticas do funcionamento psíquico.

Não descartando que essa seja uma plausível compreensão para alguns casos, inclusive dentre alguns que atendi, na clínica psicanalítica com crianças tenho encontrado, com alguma frequência, quadros clínicos onde tão pouco parecem sinalizar uma estruturação psíquica que caminhe na direção da obsessividade³ ou da neurose obsessiva. Esses últimos, apresentam mais comumente não encoprese, mas constipação, ou seja, retenção de fezes, que por vezes evolui para quadros severos de megacolo, que exigem abordagens médicas muito dramáticas para extrair as fezes endurecidas.

A ilustração de um fragmento de caso clínico, poderá melhor esclarecer aquilo que, por vezes, tenho observado, assim como algumas contribuições de autores dedicados ao tema.

¹ Trabalho apresentado na disciplina coordenada pelo Prof. Manoel Tosta Berlink, do programa pós-graduação de Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica, em 2005.

² Psicanalista, mestre no Programa de Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica, Professora e supervisora do Departamento de Psicanálise da Criança do Instituto Sedes Sapientiae. mrpf@sti.com.br

³ “Enquanto aquela [obsessividade], voltada para o entendimento e controle do mundo hostil por meio do pensamento, da pesquisa, da linguagem e da criatividade técnica, é manifestação civilizadora, a neurose obsessiva, na repetição empobrecida desses traços é uma tragédia.” (Manoel BERLINK [2005], p. 9)

Um pré-adolescente/bebê

Maria, traz para consulta, seu filho Paulo de onze anos de idade, porque ele andava muito agressivo, rebelde com ela e suas duas tias maternas que moram com eles desde o nascimento de Paulo. Conta também que Paulo frequentemente deixa escapar fezes nas calças porque diz não gostar de se limpar, delegando essa tarefa para sua mãe e suas tias. Por vezes, é motivo de chacota dos colegas na escola, pelo cheiro que exala.

Paulo nunca conheceu seu pai, aliás, diz não saber seu nome e sua estória. Dos homens essas mulheres nada querem falar e saber. Maria entrega esse filho a suas irmãs, que cuidam desse homenzinho erotizando o que nele fica evidenciado como buraco. E esse buraco, além de muito manipulado, é excessivamente lembrado, olhado e falado.

Nas sessões, Paulo se apresenta como um menino muito forte, alto e inteligente, com um discurso muito bem articulado, consistente. Conta de suas paqueras e namoradas. O que vai chamando muito minha atenção é o fato de que Paulo repetidamente relata, às vezes numa mesma sessão, tanto suas proezas futebolísticas quanto sua paixão por um ursinho de pelúcia que ganhou quando tinha dois anos de idade. A esse ursinho chama de um nome que não consigo repetir, uma vez que reproduz a linguagem de um bebê que mal consegue pronunciar as palavras. Considerando sua idade, o fascínio e a falta de pudor com que fala desse ursinho, suponho que esse brinquedo que se mantém hiperinvestido não se configura como um objeto transicional, como diria Winnicott, mas como objeto-fetice. Conta-me, também, que tem uma perna mais curta que a outra e que, por causa disso, precisa usar palmilha.

Para me ajudar a pensar sobre esse caso, busquei o que Freud e demais autores realçam sobre o erotismo anal e a encoprese, em especial.

Sobre o erotismo anal

A grande importância que Freud dá ao erotismo anal, embora não tenha tratado especificamente da encoprese, pode ser ilustrada num trecho dos seus "Tres ensaios sobre uma teoria da sexualidade" (1905):

"Aquellos niños que utilizan la excitabilidad erógena de la zona anal, lo revelan por el hecho de retardar el acto de la excreción, hasta que la acumulación de las materias fecales produce violentas contracciones musculares, y su paso por el esfínter, una viva excitación de las mucosas. En este acto, y al lado de la sensación dolorosa, debe de aparecer una sensación de voluptuosidad. Uno de los mejores signos de futura anormalidad o nerviosidad es, en el niño de pecho, la negativa a verificar el acto de la excreción cuando se le sienta sobre el orinal; esto es, cuando le parece oportuno a la persona que está a su cuidado, reservándose el niño tal función para cuando a él le parece oportuno verificarla. Naturalmente el niño no da importancia a ensuciar su cuna o sus vestidos, y sólo tiene cuidado de que al defecar no se le escape la sensación de placer accesoria. Las personas que rodean a los niños sospechan también aquí la verdadera significación de este acto, considerando como un «vicio» del niño la resistencia a defecar en el orinal. El contenido intestinal se conduce, pues, al desempeñar la función de cuerpo excitante de una mucosa sexualmente sensible, como precursor de otro órgano que no entrará en acción sino después de la infancia. Pero, además, entraña para el infantil sujeto otras varias e importantes significaciones. El niño considera los excrementos como una parte de su cuerpo y les da la significación de un «primer regalo», con el cual puede mostrar su docilidad a las personas que le rodean o su negativa a complacerlas".

Lacan nos ajuda a pensar que quando surge uma demanda educativa por parte daquele(s) que encarnam(m) a função materna, ou seja, quando é exigida uma renúncia pulsional à satisfação auto-erótica, as fezes passam de pura função excrementícia para objeto causa de desejo, semblant de falo. As fezes passam a ter um valor agalmático para a criança, porque valiosoparaoOutro.

Se para Freud é o ato de expulsar as fezes que permite se aceder à castração, para Lacan, é a demanda de limpeza que funda uma inscrição da castração, porque implica numa exigência da renúncia a um gozo que faz operar o Nome do Pai. Se o primeiro Outro da pulsão oral é ameaçador, devorador, o

Outro da pulsão anal demanda algo, portanto, algo lhe falta. A criança reconhece-se pela primeira vez em algo, em um objeto causa de desejo da mãe. Esse objeto é ao mesmo tempo ela, a criança, e não-ela e nem-dela, que deriva na ambivalência obsessiva, no dar ou reter o que o Outro demanda, obturando assim seu desejo. Esse objeto valioso, as fezes, é ao mesmo tempo um tesouro e um dejetivo, um objeto a ser expulso. Decorrente disso é que se apresenta a dúvida obsessiva, a compulsão, a anulação e a ambivalência.

Sobre a encoprese

Para Maria Teresa Ferrari, a encoprese, como as demais manifestações clínicas da criança, é entendida como um ato de escrita que cifra a leitura de sua relação com a alteridade. se trata de um transtorno mais severo do que a enurese porque denuncia a ausência da metáfora paterna, ou seja, o Nome do Pai não opera no discurso da mãe. Como vimos, a mãe e as tias de Paulo, não demandam a renúncia ao erotismo anal de Pedro, nem renunciam elas próprias de gozar com as fezes e anus dele. O silêncio sobre o pai evidencia a recusa imperante e operante.

Silvia Bleichmar diria que no caso de Paulo encontramos uma excessiva complacência materna diante dos transbordamentos pulsionais de seu filho. Movidas por seus próprios fantasmas, algo do recalque da sexualidade infantil dessa mãe e dessas tias opera muito deficitariamente. A mãe que erotiza a criança com seus cuidados, deverá recalcar a perpetuação dessa mesma erotização do corpo da criança e do gozo dela resultante. Aos poucos, essa mãe deverá desenvolver o asco e a repugnância pelas fezes do filho que tanto já a encantou e tanto a fez gozar. O adulto desempenha uma dupla função diante do corpo infantil: produzir tanto inscrições sexualizantes quanto inibições repressivas, uma vez que se encontra atravessado pelo recalque de sua própria sexualidade infantil. A mãe que implanta a pulsão com seus cuidados erotizando o ânus, assim que a criança cresce deverá exercer um movimento de contra-investimento, promovendo a instalação do recalque no filho através da demanda do controle dos esfíncteres.

Do lado da criança, as fezes, primitivamente investidas de modo auto-erótico, são apresentadas por amor ao outro demandante. A criança renúncia ao prazer auto-erótico uretral e anal por amor ao outro, ou melhor, por uma ascensão narcisista. As crianças que cedem ao controle de seus esfíncteres disponibilizam seu aparelho psíquico para a sublimação, para novos modos de identificação, circulação e intercâmbio com o objeto.⁴

Enfim...

Paulo é uma criança, evidentemente abusada sexualmente pelas mãos e pelos fantasmas dessas mulheres. Claramente se configura uma utilização perversa, por parte desses adultos, do corpo dessa criança, quase um adolescente. Se há demanda formulada pelos adultos, é a de que Paulo continue se oferecendo como objeto de gozo para elas.

Pergunto-me se o que o deixava manco, com uma perna comprida de um adulto e uma pequena (de bebê?), não seria apenas pelo fato de que ele se utilizasse de um ursinho-fetichê, mas que ele ainda se oferecesse como um ursinho-de-brinquedo para sua mãe e suas tias. Parece-me que Pedro deseja, com a mesma intensidade, ser grande, forte, ser um grande futebolista e, ao mesmo tempo, continuar sendo tocado pela mãe da mesma forma como era tocado quando ele era um bebê. Era preocupante que a mãe e as tias assim o tratassem. Isso deveria ser cuidadosamente com ela tratado.

Para evitar parecer gozar como as mulheres de seu entorno, busco cautelosamente por uma forma de lhe falar sobre esse seu modo de exercício da sexualidade. Entendo que a operância de intermediários simbólicos, mediadores para as diretas descargas pulsionais rebeldes às legalidades civilizatórias, são urgentemente necessários para a constituição psíquica desse menino.

Como vimos, os adultos do entorno de Paulo, atuam sem renúncias, ao tocar o corpo dessa

4 Silvia BLEICHMAR (1999) *Clínica psicoanalítica y neogénesis*.

criança de forma tão direta e intrusiva, sem culpa, repugnância, vergonha ou pudor. Se no erotismo anal do neurótico obsessivo o tocar é absolutamente censurado, a manipulação do anus desse menino mostra-se elevada ao estatuto da profanação do sagrado.

Se não me decido por concluir que Paulo caminha para a constituição de uma organização psíquica predominantemente perversa, reconheço que muitos ingredientes dessa perspectiva compõem o cenário.

No mínimo esse caso convida-nos a pesquisar sobre o que continuamos a pensar sobre a sexualidade polimorfa perversa da criança e a estruturação de uma perversão para nos ajudar na direção da cura.

Se as neo-sexualidades tem imposto uma revisão dos nossos conceitos, estaríamos melhor afinando que perverso é sinônimo de perversidade? Suponho que tenhamos um certo consenso de que a mãe e as tias estejam lidando de forma escandalosamente perversa, mas isso faz delas perversas? E Paulo? estaria caminhando para construir um sintoma ali onde ele manca? Vamos ao colóquio, então.

Referências Bibliográficas

BERLINK, M. T. (org.) (2005) Obsessiva neurose. São Paulo. Escuta.

BLEICHMAR, Sílvia (1999) Clínica psicoanalítica y neogénesis, Buenos Aires. Amorrortu editores.

FERRARI, M.T. Derivas de La pulsion anal: vicissitudes de La transferencia em el análisis de um niño com encopresis. www.edupsi.com/dirninios, organizado por Psicomundo e Fort-Da, 2000.

FERREIRA, M.P. Transtornos da excreção – enurese e encoprese. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

FREUD, S. (1905) Tres ensayos sobre una teoria de La sexualidad. Obras completas. Amorrortu Edit. Tomo VII.

_____ (1930) Mal estar en la cultura. Obras completas: Buenos Aires. Amorrortu Edit. Tomo XXI.

Embalando o sono: contendo as transferências das relações iniciais pais-bebê

Maria Cecília Pereira da Silva¹

Palavras-chave: Distúrbios De Sono, Relação Pais-Bebês, Continência, Reverie.

O que impede que um bebê relaxe e descanse entre as mamadas ou durante a noite? Por que não se consola com as cantigas ou mesmo a presença dos pais? Seria reflexo da combinação de aspectos emocionais presentes na relação pais-bebê? Seria fruto da projeção de aspectos inconscientes dos pais (não contidos) ou das características do bebê?

A dificuldade de dormir é a queixa mais comum na Clínica 0 a 3. Procuo responder a essas questões a partir de três situações clínicas em que destaco a função de continência do analista como uma forma atual de lidar com todas as transferências projetadas na sala de análise. Mostro a importância da função de *reverie* do analista, função esta que engloba a elaboração dos sentimentos contratransferências e os processos intersubjetivos despertados no aqui e agora da sessão juntamente com os conteúdos projetados sem significado.

Ênfase como a função de continência e a função de *reverie* (Bion, 1962) do analista possibilitam novas redes de sentidos para as dificuldades presentes na relação pais-bebê, ali, no momento da intervenção, favorecendo o desenvolvimento dos vínculos iniciais e o exercício da parentalidade.

Os pais de Maria Clara² chegaram encaminhados pela pediatra quando tinha um ano de idade e foi vista por quatro sessões com seus pais e sua irmã de 11 anos. Maria Clara vinha apresentando um sono agitado acordava várias vezes durante a noite e só se acalmava quando mamava ao seio. Durante o primeiro ano de Maria Clara sua mãe dormia com ela em seu quarto, enquanto o pai dormia com a filha mais velha no quarto do casal, mas quando chegaram ao consultório estavam todos dormindo no quarto do casal, o pai com a filha mais velha e a mãe com Maria Clara, numa espécie de *loft* familiar. As mesmas dificuldades em dormir foram relatadas como tendo acontecido com a filha mais velha até os 3 anos de idade, o que tornara os pais muito ambivalentes em ter um novo bebê.

No segundo caso, os pais de Carmen nos procuraram³ porque ela era muito diferente de sua irmã Serena. Queixavam-se que ela, nos seus cinco meses e meio, não dormia, era mais ligada, acordava chorando e demorava muito para se acalmar. Sua natureza era mais intolerante, chorava o dia inteiro. "A gente brinca que ela é nossa filha Almodovar, é muito carinhosa e muito brava, exagerada, chora e esperneia."

No terceiro caso, os pais de Theo também não agüentavam mais. Disseram-me que no início era refluxo, depois intolerância a lactose e até hoje, aos 6 meses, ele não dorme, acorda a noite inteira e quando acorda urra desesperado.

O que impede um bebê tão pequeno de dormir? Por que não se consola e não se acalma apesar de contar com pais dedicados e disponíveis? Que fantasmas (Fraiberg, 1975) assombram o quarto do bebê?

¹ *Psicanalista, Membro do Departamento de Psicanálise de Criança do Instituto Sedes Sapientiae e Professora do curso de Introdução à Intervenção na Relação Inicial Pais-Bebê. Mestre em Psicologia da Educação e Doutora em Psicologia Clínica pela PUCSP. Pós-doutora pela PUCSP. Membro Efetivo, analista de criança e adolescente da SBPSP. Coordenadora da Clínica 0 a 3 da SBPSP. mcpsilv@gmail.com*

² *Esse atendimento foi realizado por Maria Cecília Pereira da Silva e Magaly Miranda Marconato e filmado por Mariângela Mendes de Almeida.*

³ *Esse atendimento foi realizado por Maria Cecília Pereira da Silva e Mariângela Mendes de Almeida.*

Há algum incômodo físico? Há algo que não esteja funcionando bem? O que reclamam (Alvarez, 1994) esses bebês? E os pais chegam, como canta Dolores Duran, querendo a paz de criança dormindo.

Em geral no exame pediátrico nada se encontra. De fato, a dificuldade de se acalmar e dormir, o choro intenso, é antes de tudo uma solicitação que mobiliza os pais e profissionais a se voltarem ao bebê, imaginando quais possam ser suas possíveis necessidades. O bebê inconsolável angustia os pais e toda a família. (Silva & Mendes de Almeida, 2009)

De outro lado, cada vez mais nos deparamos com dificuldades de comunicação entre pais e bebês. Em tempos modernos os pais optam por terem filhos mais tarde e, muitas vezes, mais distantes de suas vivências infantis. Ao lado disso as solicitações externas competem com a entrada no estado de preocupação materna primária ou não favorecem o desenvolvimento das capacidades de *rêverie* e continência maternas. Ao lado da criança fantasmática, imaginada e narcísica, cujas representações se constroem na mente dos futuros pais, elas são muito distintas de uma infância autêntica, na medida em que as representações coletivas atuais da infância fazem dela uma criança preciosa e relativamente tardia na vida dos casais, e se demanda inconscientemente que seja perfeita e, rapidamente autônoma. (Golse, 2004)

Parece não fazer parte do repertório das expectativas parentais que filhos tão pequenos possam ser capazes de reclamar ou mesmo de expressar alguma insatisfação de forma incisiva e veemente, o que faz com que transformem rapidamente essa forma de comunicação em um sintoma. Por outro lado, na luta para atender o desamparo do bebê, os pais experimentam emoções primitivas muito desconfortáveis diante da efusiva reclamação de seus filhos, tendo que conter a própria agressividade ou projetando-a sobre o bebê. Quando encontramos esse tipo de ruído na comunicação entre a criança e seus pais há fortes riscos de que se desenvolva alguma patologia no bebê. (Silva, 2010)

De acordo com Serge Lebovici (1983), que desenvolveu as idéias de D. Winnicott (1971) em relação às Consultas Terapêuticas, no trabalho conjunto com crianças e pais, um procedimento de intervenção ocorre a partir de um sintoma específico manifesto pela criança ou pelo bebê, que de alguma forma está interferindo em seu desenvolvimento ou demonstrando um transtorno em sua interação com seus pais.

Cada sessão consiste então, de uma observação multidimensional que permite acesso a: sintomas da criança e suas formas de funcionamento, o fenômeno inter e transgeracional que caracteriza a relação pais-criança-família, o ambiente e o cuidado parental, a personalidade da mãe e do pai, os aspectos familiares e a dimensão sócio-cultural. Os pais podem falar sobre seu filho e expectativas em relação a ele, sobre eles mesmos, sobre suas famílias, sobre seu passado, sobre comportamentos que se repetem e noções e valores estabelecidos. (Silva, 2002)

Ao se identificar com os diferentes parceiros na interação, o terapeuta transforma sua experiência em palavras de valor metafórico, que são então compartilhadas com a família. O que era até aquele momento impensável, e somente expresso através de ações, descargas individuais ou sintomas, pode então encontrar uma representação por meio de pensamentos e palavras compartilháveis. (Mendes de Almeida & outros, 2004)

Nesse contexto, as mudanças nem sempre são produzidas (pelo menos não diretamente) nos pais ou na criança. É o relacionamento, a interação que muda. No enquadre de intervenção, conforme os pais ampliam o contato com a criança observada, eles podem vir a modificar sua tendência a projetar suas próprias fantasias, expectativas e confirmações narcísicas sobre a criança.

Retomando os casos

Caso Maria Clara

Ao longo das 4 sessões com a família de Maria Clara fomos descobrindo que o pai, filho mais velho, teve que crescer precocemente para tomar conta de 7 irmãos, mas precisava estar sempre rodeado de pessoas, barulhos e movimentos para se sentir seguro e acompanhado. Sentia medo de se ver sozinho com seus "barulhos internos" e sua filha de 11 anos declarou: "Eu acho que ele está com medo de dormir

sozinho..." então assinalei: "Então é você que põe seu pai para dormir!" A mãe demonstrou entusiasmo e ressonância com as conexões e completou: "É isso mesmo, ela põe o pai para dormir! E quando eu acordo durante a noite e olho ela está agarradinha com ele e ele está agarradinho com ela!"

Investigamos um pouco mais sobre os medos do pai: "... é medo de assombração, medo de coisas reais, da vida, como é?" Ele, então nos diz: "... eu sempre tentei proteger minha filha do que eu tinha medo, ... o medo era desse ritual, ritual de passagem. Falando da morte por exemplo, se eu fosse num velório eram 15 dias sem conseguir dormir... Até hoje você vê como é o trauma, como que é, ah, nós temos que ir num velório, eu vou no velório mas eu não vou lá ver a pessoa, eu não vou não..." A partir desse momento a mãe e a filha mais velha se discriminam dizendo que não têm medo de defunto.

E uma rede de sentidos se revelou quando apontei: "...E dormir... morto parece que está dormindo, né?" Pôde-se, então, identificar que o medo do pai era o medo da morte e que ele acabava envolvendo a família num medo que era só dele.

Em outra sessão, a mãe nos surpreendeu trazendo memórias de sua infância sofrida. Ela se recordou de sua relação com os avós. Ela vivia num sítio no interior de São Paulo em que havia mais duas casas: numa morava seu avô paterno, que havia tido um derrame; e na outra morava sua avó materna, com duas tias que eram anãs, sendo uma delas deficiente mental. Emocionada, ela comentou sobre a impossibilidade de consolar o choro desesperado de suas tias, quando a mãe delas morreu e elas foram retiradas da família para serem institucionalizadas. Nós pudemos então compreender como as separações e o choro encontravam uma reverberação intensa na mente da mãe, e ela procurava calar rapidamente qualquer choro de suas filhas, evitando o reencontro com a situação traumática.

Maria Clara, por sua vez, nos apresentava desde o início um quadro diferente e uma qualidade de demanda singular. Enquanto o discurso manifesto estava sendo sobre quão difícil era para ela dormir, Maria Clara demonstrava seu desejo de ser confortada e de adormecer, bem como sua confiança em seus recursos quando auxiliada por um *setting* continente no qual ela pudesse ser discriminada das demandas inconscientes dos pais que não a deixavam dormir.

Ao fim de nosso segundo encontro, foi possível conversar com Maria Clara, integrando as diferentes camadas emocionais: o nível observacional, o relacional e o transgeracional. "Ei, Maria Clara, você gostou dessa conversa hein! Esse seu nome, Maria Clara, tem tudo a ver com essa conversa. Porque, Clara! Tudo Claro! Você veio clarear as idéias, iluminar, trazer luz, veio para explicar as coisas, tem muito trabalho para você, hein!"

Na última consulta terapêutica (a quarta), um mês e meio depois da primeira, os pais vieram com Maria Clara e nos contaram que ela estava dormindo muito bem em seu próprio quarto, acordava uma vez por noite quando toma uma mamadeira. Inaugurou-se o processo de separação com a instalação do desmame.

O pai nos contou que tem se percebido com menos medo, tem ficado sozinho no trabalho e em casa, o que indica que está desenvolvendo sua capacidade de ficar só. Observou que as filhas não têm medo – os medos são dele. A mãe brincou com Maria Clara durante a consulta como se pudesse ter recuperado algo que havia se perdido com a internação das tias anãs. Observaram que podem criar a própria história e se livrar de mandatos transgeracionais, que não precisam se perpetuar. Nascia um casal criativo.

Maria Clara acordava à noite para lembrar à sua mãe que ela ainda não tinha ido embora, acalmando-a diante de suas angústias de separação; e chorava para lembrar ao seu pai que ela não estava morta, tranquilizando-o diante de seus medos aterrorizadores. E também poderíamos dizer que Maria Clara já estava identificada com as angústias e os medos aterrorizadores de seus pais e com tudo isso não podia dormir. Esta intervenção possibilitou que os fenômenos transgeracionais fossem falados, conhecidos e reconhecidos como tais, e parece que cada coisa foi para o seu devido lugar – criou-se um "berço" afetivo para Maria Clara e cada membro da família pôde ocupar seu lugar psíquico, assumir suas funções materna, paterna e fraterna. (Silva, 2002)

Caso Carmem

Durante os 5 encontros que tivemos com a família de Carmem pudemos compreender um pouco de sua história. Os pais casaram-se jovens e sentiam-se um pouco sobrecarregados com as demandas de uma vida familiar. Enquanto narravam sua história observávamos como Carmem era uma bebê com uma enorme competência motora, movimentando-se pelo tapetinho da sala e segurando os brinquedos. Ao assinalarmos essas competências, permitiu-se que os pais falassem de segredos e reconstituíssem a história das meninas, estabelecendo novas redes de sentido. Eles narraram a história das gestações das duas filhas e de uma anterior que fora interrompida devido a um feto mal-formado. Assim, falaram sobre os medos de possíveis patologias acometerem seus bebês. Com isso parece que Serena pôde aceitar a chegada da irmãzinha e os pais aceitaram que Carmem era uma menininha saudável, desfazendo fantasmas parentais.

Ao longo das consultas, sua mãe relatava como sentia que não era capaz de dar conta das duas meninas. Nós víamos que ela de certa forma se sentia sem recursos emocionais para regredir e se identificar com as necessidades da bebê e exercer sua função materna. Ela estava transferindo essas funções para o marido que embalava suas filhas e a ela própria, como se fosse mais um bebê. Nosso trabalho fora o de restaurar essa função para que a mãe pudesse “maternar”. Filtrados os ruídos presentes na comunicação entre pais e filhas, já na terceira consulta, a mãe nos contou que Carmem passou a dormir bem, acordando somente duas vezes por noite para mamar e voltando logo a dormir. Serena correu feliz pela casa, alternando entre ser uma mocinha que já vai à escola e a vontade de ser bebê, deitando por alguns minutos no berço de Carmem. A mãe relatou que após as consultas surgira aquele “encantamento” entre mãe e bebê. Assim, a reclamação de Carmem encontrou o olhar apaixonado da mãe e se acalmou, pois o que se refletia do olhar materno não era mais uma mãe aflita tomada por angústias recheadas de fantasmas infantis e pelo medo de que sua bebê não fosse saudável. Parece que as expectativas de uma função materna idealizada puderam se abrandar e a mãe encontrou disponibilidade emocional para atender as duas filhas.

“Estou mais tranqüila, estou mais fortalecida para tomar iniciativas que acredito serem as melhores.”
Num primeiro momento não havia diferença entre gerações, as três mulheres pareciam filhas do papai.

Na última consulta observamos que se instaurou no pai a capacidade de embalar a mãe nos momentos de estresse, permitindo que a função materna fosse resgatada e fortificada. Então pudemos ver todos subjetivados, com papéis definidos: pai, mãe e filhas. E a mãe nos disse: *“Uma das coisas que a gente procurou aqui com vocês foi um espaço, era uma busca de parcerias... A gente tinha uma sensação de solidão, assim de achar que sozinhos não vamos conseguir.”*

Caso Theo

Quando Theo chegou ao meu consultório encaminhado também pelo pediatra, aos cinco meses e meio, sua mãe não encontrava uma forma de fazê-lo dormir. Sentia-se desvitalizada e incapacitada de exercer a função materna. Ela me contou que no início Theo apresentava refluxo, depois suspeitou-se de intolerância ao leite materno e procurou mudar a própria alimentação para evitar qualquer desconforto ao bebê. Mas Theo continuava acordando várias vezes a noite e dormindo 20 minutos durante o dia. A mãe ainda relatou aflita que ele sempre acordava gritando muito forte, de modo assustador. Na primeira consulta Theo chegou dormindo e quando acordou sorriu para mim e se entreteve com brinquedinhos até o final da sessão. Na troca de olhares observei que ele faz movimentos circulares com a língua de forma freqüente. Estaria Theo numa experiência sensorial preenchendo toda sua cavidade bucal como uma forma de apagar sua percepção da falta (Fonseca, 2008, 2011) ou seria resultado de um desencontro com um objeto que atenda suas necessidades? Na segunda consulta o bebê também chegou dormindo e acordou tranqüilo sorrindo para mim como se reconhecesse meu tom de voz e minha sala. Ao longo da sessão com os brinquedinhos ficou mais impaciente, a tonicidade de seu corpo era mais intensa e reclamava o olhar dos pais... fez coco mas os movimentos de língua já não apareciam. Investigo com os pais se havia alguma preocupação com relação ao filho. O pai disse que não, mas a mãe com a voz trêmula e angustiada me contou que aos 20 anos foi operada do coração. Apresentava um defeito congênito, mas que não indicava sopro... ela se sentia muito cansada para subir escada ou fazer educação física, mas não sabia que se

relacionava com algo do coração. Teme que Theo tenha algo parecido, mas só poderá se certificar quando ele estiver com um ano. Quando perguntei sobre a cirurgia ela se recordou de sua infância e disse que com onze anos sua mãe se separou de seu pai e foi morar com o namorado. Ela foi criada pelo pai, após uma separação litigiosa em que ele até hoje alimenta ódio e não divide o mesmo espaço com a ex-esposa. Neste momento ela se emociona e mostra seu ressentimento de ter sido deixada pela mãe: “uma mãe não deveria ser assim com uma filha de apenas 11 anos.” Já adulta, quando o pai se casou novamente ela foi morar com a mãe por rivalidade com a madrasta. Na época de sua cirurgia, seu pai que é médico, ficou transtornado por não ter identificado o problema da filha e não conseguiu ficar ao seu lado durante e após a intervenção cirúrgica... foi acompanhada pela mãe e irmã... “Meu pai é muito difícil”, ela confessa. Pude conversar sobre a falta de um modelo de continência para as diferenças, desconfortos, desencontros e frustrações e como os gritos do Theo reatualizam as vivências maternas com as bravezas de seu pai que tanto a assusta. Ao mesmo tempo, os desconfortos de Theo frustram o modelo de mãe idealizada que construiu para si. Além disso, pude apontar como Theo a ressegura de que ele tem um coração bem forte e vigoroso todas as vezes em que acorda e grita forte. Durante a consulta também pude assinalar as competências de Theo, desfazendo os fantasmas de que houvesse alguma patologia presente. Ela então se queixa de se sentir desamparada quando o marido viaja dizendo que Theo sente falta do pai... De fato a função paterna é a de embalar a dupla mãe-bebê e na sua falta a dupla se desmantela...

O relato dessa mãe nos lembra como “o processo de ter um bebê requer um enorme ajustamento: novas introjeções, novas identificações por parte da mãe, não somente pela perda de sua identidade anterior e pela perda do bebê em seu interior, mas também pelo processo de digestão, de absorção do fato do nascimento, que é, a seu modo, tão chocante quanto a morte...” (Alvarez, 1994, p.142)

Quando me contaram sobre a chegada de Theo, seu pai disse que quando sua esposa desistiu da empresa em que trabalhava sugeriu-lhe se não seria o momento de engravidar. Ele sempre adorou crianças e já não era tão moço para ter um bebê, estava com 40 anos. Intuí que havia alguma angústia de morte presente nessa declaração e, na quarta consulta, quando relatou um pouco de sua história pude compreender. Ele é o caçula de uma prole de 4 filhos. Sua mãe teve uma gravidez que não se completou, pois o feto morreu. No nascimento de sua irmã, também houve complicações no parto e ela ficou com seqüelas emocionais e cognitivas. Na sua adolescência se angustiou quando seus pais brigavam e pensava que iriam se separar. Ao falar de seus pais ele se emocionou ao se recordar que recentemente seu pai teve um derrame e suspeita-se de que ele esteja com Alzheimer. Pudemos pensar como a alegria de ser pai convivia simultaneamente com o processo de elaborar a perda de seu próprio pai. Enquanto conversávamos sobre os fantasmas de morte do avô, Theo chorou. Nesse momento vivo, no aqui e agora da sessão, pudemos constatar como o bebê é capaz de perceber a aflição do papai⁴, e assinalar que o papai estava bem forte para cuidar dele. Então Theo começou a balbuciar e contar suas histórias...

Após esta consulta os fantasmas parentais que assombravam o quarto do bebê puderam ser nomeados. Theo passou a dormir mais durante o dia entre 2 a 3 horas, e à noite... seu pai pôde desfazer seus fantasmas de morte e Theo pôde viver com sua mãe o campo de ilusão ao sentir que seu pai poderia embalar esse momento fusional inicial da dupla mãe-bebê. Sua mãe, por sua vez, desfez seus fantasmas de perder seu bebê, ampliou sua continência ficando mais em casa e oferecendo uma rotina mais constante... o que permitiu ao bebê construir a confiança no objeto, pois a constância, como diz Winnicott (1990), é fundamental...

Nosso papel no processo de parentalização torna-se então, não aquele de dizer como é preciso ser pai ou mãe, ou mesmo como é preciso fazer, mas sim o de permitir que as capacidades dos pais surjam e que nós as sustentemos, dando sentido aos percalços cotidianos da relação pais-crianças e prevenindo a instalação e cristalização de um sofrimento. (Silva, 2008)

Para concluir gostaria de assinalar que livros e orientações não faltam para as famílias de Maria Clara, Carmen e Theo ou mesmo para outras famílias que procuram a Clínica 0 a 3, mas muitas vezes

4 Como assinala G. Williams (1997, 1999) o bebê muitas vezes se torna receptáculo das angústias parentais.

carecem de uma base de sustentação emocional para que possam ser seguidas ou para que possam ser consideradas como significativas ou adaptáveis para cada momento da relação pais-bebês (Silva & Mendes de Almeida, 2009). A continência e a escuta dos aspectos emocionais e relacionais, cerne de nossa formação, nos convida a ir além da orientação e dos aspectos funcionais para captar o que está nas entre linhas das queixas apresentadas pelos pais, reconhecendo os fantasmas presentes no quarto dos filhos e auxiliando-os a embalar o sono de seus bebês.

Referências Bibliográficas

- Alvarez, A. (1994). Depressão clínica e desespero: defesas e recuperação. (cap.10) In: Alvarez, Anne (1994). *Companhia Viva*. Artes Médicas: Porto Alegre. pp. 139-148.
- Bion, W. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*, Buenos Aires: Paidós.
- Fonseca, V.R. & Bussab, V.S. (2008) O self, o outro e o espaço dialógico nos transtornos autísticos. In: *Livro Anual de Psicanálise*. Vol. XXII, 141-155.
- Fonseca, V.R.J.R.M. (2011). A arquitetura da ponte entre self e outro. Trabalho apresentado na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.
- Fraiberg S. (1975) Ghost in the nursey. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, nº 14, pp. 387-421.
- Golse, B. (2004). O que nós aprendemos com os bebês? Observações sobre as novas configurações familiares In: Solis-Ponton, L. (dir.) - *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. Uma homenagem internacional a Serge Lebovici*. Maria Cecília Pereira da Silva (revisão técnica da tradução). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004
- Lebovici, S. & Stoleru, S. (1983). *La mère, le nourrisson et le psychanalyste, les interactions précoces*. Paris: Le Centurion.
- Mendes de Almeida, M., Silva, M. C. P., Marconato, M. M. (2004). Redes de sentido: evidência viva na intervenção precoce com pais e crianças. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*, Vol. 38 (3): 637-648.
- Silva, M. C. P. (2002). Um self sem berço. Relato de uma intervenção precoce na relação pais-bebê. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*, 36 (3): 541-565.
- Silva, M. C. P. (2008). *Follow up* de uma intervenção precoce: o fortalecimento da função parental. Trabalho apresentado no VII Encontro Nacional sobre o Bebê, como parte da oficina Intervenção Precoce e Follow Up, a Partir de 5 Sessões Filmadas – Cenas de Trabalho Clínico no Centro de Atendimento Psicanalítico da SBPSP. De 1 a 4 de maio de 2008, no Rio de Janeiro.
- Silva, M. C. P. (2010). Agressividade ou reclamação? - Ruídos na comunicação entre pais e bebês In: *O desafio do amor: questão de sobrevivência*. São Paulo: Roca, p. 123-131.
- Silva, M. C. P. & Mendes de Almeida, M. (2009). *Embalando o choro de pais e bebês: A demanda por uma escuta em rede*. Texto apresentado na jornada: O bebê hoje: rede parental e profissional, 6/6/2009, SBPSP.
- Williams, G. (1997). O bebê como receptáculo das projeções maternas. In: Lacroix, MB; Monmayrant, M (org). *Os laços do encantamento: a observação de bebês segundo Esther Bick e suas aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 105-12.
- Williams, G. (1999). On different introjective processes and the hypothesis of an Omega Function. *Psychoanal Inquiry*, v.19, n. 2, p. 243-53.
- Winnicott, D.W. (1971). *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*, 1971. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Winnicott, D.W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.

Metodologia IRDI - uma intervenção com educadores de creche a partir da psicanálise¹

Maria Eugênia Pesaro²

Maria Cristina Machado Kupfer³

Palavras-chave: Constituição Psíquica, Intervenção Precoce, Bebês, Educação, Psicanálise.

Sabe-se que os cuidados dirigidos às crianças na primeira infância podem diminuir significativamente a incidência de transtornos mentais tanto na infância como na idade adulta. Considerando que os profissionais de educação infantil estão ao lado dos familiares nos cuidados e na educação das crianças pequenas, assumindo também uma função formativa, entende-se que esses profissionais precisam estar preparados para acompanhar a constituição psíquica das crianças sob seus cuidados. O presente trabalho pretende apresentar as fundamentações teóricas, com seus impasses que levaram à sua elaboração e as reflexões iniciais, de um novo projeto de pesquisa e de intervenção que tem como objetivo avaliar o uso da metodologia IRDI como instrumento de promoção de saúde mental de crianças em instituições de educação infantil. A metodologia IRDI é constituída por: 1) formação teórica sobre a constituição psíquica dirigida aos professores de creches; b) acompanhamento em serviço dos professores; c) aplicação, por monitores, de 31 indicadores clínicos de desenvolvimento infantil para a avaliação e o acompanhamento das crianças de zero a dezoito meses que estão sob os cuidados dos professores formados e acompanhados pela metodologia IRDI. As questões a serem apresentadas neste trabalho referem-se as modificações propostas para a pesquisa nas creches: se antes (na pesquisa multicêntrica original) se tratava de proporcionar ao pediatra um roteiro para acompanhar a relação do bebê com seu cuidador, agora se trata de usar o IRDI como acompanhamento da relação que um professor estabelece com cada bebê que está sob seus cuidados. Nessa metodologia, é o próprio professor que estará implicado nessa relação; ele não estará colocado em uma posição de observador, como estava o pediatra na pesquisa original e, os IRDIs não serão auto-aplicados. Deve haver, porém, um acompanhamento de uma terceira pessoa, que ajude o professor a tomar certa distância perante o que ele próprio está acompanhando. Para isso, contará, durante a pesquisa, com o auxílio de um monitor treinado para esse fim que deverá fazer, como diz Claude Boukobza, o holding do holding, isto é, a oferta de uma sustentação ao professor que sustenta o bebê para que os encontros e desencontros da professora no exercício da continuidade da função exercida pela mãe possam ter lugar no campo da educação infantil. Discute-se aqui se a metodologia IRDI agora sustentada na relação transferencial que precisa estar na base do acompanhamento do monitor do trabalho com a professora ("holding do holding"), poderá levar o psicanalítico ao coração das creches, no sentido de manter em andamento alguns eixos dessa função materna de modo a impedir que se rompa o laço mãe-bebê de forma precoce e antecipada e, desta forma, manter um lugar para o sujeito.

¹ Autores da Pesquisa: Kupfer, M.C.M.; Pesaro, M.E.; Bernardino, L.M.F.; Mariotto, R.M.; Lajonquière, L.; Voltolini, R.

² Psicóloga; Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da USP; Membro da equipe do Lugar de Vida Centro de Educação Terapêutica; coordenador de projetos do Centro de Referência do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas. maria.pesaro@icr.usp.br

³ Psicanalista, Professora Titular do Instituto de Psicologia da USP; presidente do conselho de administração do Lugar de Vida Centro de Educação Terapêutica mckupfer@uol.com.br

Questões sobre a transferência na clínica de crianças com gagueira

Maria Inês Tassinari ¹

Palavras-chave: Complexo De Édipo, Gagueira, Transferência.

A gagueira está fragilmente sustentada como patologia nos cânones da medicina clássica, uma vez que lhe falta um dos pilares desse sistema de significação e tratamento que é a etiologia orgânica. Configurou-se, portanto, em torno desse sintoma, um campo de dúvidas e certezas com desdobramentos diversos e divergentes no modo de tratá-lo.

No geral, as crianças melhoram da gagueira quando os pais se dão conta do atravessamento dos seus ideais e projeções no modo como escutam o filho ou, ainda, quando percebem o peso desmesurado atribuído à fala da criança. A condição da criança é definida pelo vir a ser, por estar em constituição e, por isso, submetida a uma especularidade, um ideal, mas ao mesmo tempo “à condição temporal de um inédito incomensurável” (VORCARO, 2004:25)².

Os efeitos da transmissão não se reduzem a produção inequívoca de um simulacro dos desejos inconscientes dos pais, haja vista que a criança se posiciona frente a determinados imperativos especulares. Consideramos que, embora a criança esteja sendo significada numa trama discursiva que a determina pela anterioridade lógica da linguagem na supremacia do significante, ela se move de forma singular nessa rede, em nuances performáticas sem precedentes.

Sendo a gagueira o fator que instaura a queixa, esta orienta a escuta para o que supomos existir para além da gagueira, onde podemos encontrar o sujeito que, apesar de parecer dominado pelo Outro, abre pelo sintoma a entrada para um outro – terapeuta- que pode recriar o sentido do sintoma e, conseqüentemente, a posição do sujeito que por ele se expressa.

Por quais aspectos transferenciais é que o terapeuta pode sustentar com o paciente um novo jeito de dizer (de se dizer)? Talvez a posição ocupada por aquele que está como suposto saber sobre a fala autorize a criança a falar, o que diminui ou divide o poder dado aos pais, ou, mais particularmente à mãe, que vai ou não permitir que a entrada de um terceiro seja de fato significativa e lance o discurso da criança para outras demandas que não só para as dela em relação ao filho idealizado.

Tais hipóteses serão explanadas a partir do caso de Bernardo, de seis anos, mediante o qual poderemos ver que a gagueira está imbricada na lógica das operações de subjetivação, marcadamente vividas no contexto da conflitiva edípica. Nesse caso observamos que o sintoma na fala pode estar associados ao modo como os traços identificatórios são produzidos pela referência simbólica ao pai.

Partindo do caso Hans (FREUD, 1909) o sintoma é organizado como resposta ao espaço deixado vago pelo pai: o menino desloca a função deste, como elemento da castração, para o cavalo; o acerto realizado pelo sintoma visa assegurar sua integridade física e psíquica, pois evita um mal mais perigoso que é o de permanecer “num imenso despropósito” – como assegura Nasio (2007: 10) – “o de manter o desejo sexual de um adulto na cabecinha de um menino de quatro anos”. Cumprida sua função de castração, que traz como produto o superego, “herdeiro do complexo de Édipo”, o sintoma perde sua função e a

¹ Doutora em psicologia clínica núcleo de psicanálise pela PUCSP, mestre em fonoaudiologia pela PUCSP, psicanalista, fonoaudióloga, foi professora do curso de fonoaudiologia da PUCSP, professora do curso de especialização da COGEAE clínica interdisciplinar com bebês e do curso de especialização em linguagem. inestassinari@uol.com.br

² A criança na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004

catexia nele investida retorna para o ego, o que pode ser uma parte da explicação para o fato de a gagueira esvanecer nas crianças que são tratadas terapeuticamente, pois de 80 a 100% melhoram na infância.

Com os adultos, a inscrição renitente do sintoma permaneceu. Haveria, portanto, falhado a formação da instância superegoica no aparelho psíquico? Não parece ser esse o desfecho psicopatológico, próprio da perversão; no entanto, a gagueira não teve, como a fobia, um prazo de validade associado a determinada função na economia psíquica. A marca desse tempo de pavores e horrores inerentes ao complexo de castração e as fantasias ainda mais aniquilantes, se a ele não fosse submetido, continuam explícitas na linguagem.

Os gagos adultos parecem necessitar da presença do sintoma e do medo dele derivado para aplacar a angústia. Angústia derivada do segundo tempo do Édipo, associada à percepção da falta sem endereçamento devido; angústia em enfrentar a “presença de uma ausência”³, de uma ausência aberta nesse lugar que não é ocupado pelo pai no discurso materno⁴. Essa assertiva, produzida pelas articulações entre a conflitiva edípica, a formação dos sintomas e peculiaridades dos pacientes com sintoma de gagueira, permitem-nos ampliar a percepção desse fenômeno.

Embora tenhamos refletido por um novo prisma a respeito da relação entre o complexo de Édipo e a gagueira, caminho que nos permitiu organizar a hipótese de que esse sintoma funciona como um símbolo da dificuldade em viver a identificação simbólica com o pai, ficamos com outras questões. Uma delas é a seguinte: por quais motivos o sintoma com função de castração permaneceu situado na linguagem? Essa pergunta é trabalhada ao longo da apresentação do caso de Bernardo, pelas relações estabelecidas entre o sintoma na linguagem e os ideais parentais.

O manejo aparentemente simples, de se calar para que a fala do outro tenha lugar, segundo a teoria psicanalítica, significa de fato sustentar o lugar do sujeito, quase como faz a mãe que passa, depois do período inicial de indiferenciação e fusão, a desconfiar de que não sabe o desejo de seu bebê e precisa dirigir-lhe uma questão, colocando-o assim na posição de enunciador e sustentáculo do seu dizer e não mais submetido à tradução sincronizada de si pelas projeções imaginárias dela. É possível, nesse exemplo simples, verificar que toda a diferença suposta no lugar que o sujeito pode ocupar a partir da escuta a ele conferida no tempo e no espaço da clínica, tende a ser potencializadora de alteridade e de marcas distintivas de si para si mesmo nos processos de identificação.

De modo análogo à dedicação desconfiada da mãe, que vai aos poucos transformando um bebê dependente num sujeito diferenciado dela, a função do terapeuta que suporta o valor de uma fala escandida e comprometida em sua forma – por ouvir nela mais do que erro ou imperfeições, mas trabalho de elaboração e sentido – também dá sustentação para que mudanças se processem.

Vê-se, no caso de Bernardo, a relação altamente investida da mãe com a fala de seu filho; seus ouvidos precisos para apreender toda alteração na fluência também se aplicavam a estranhar a curva melódica da voz de seu marido, uma das marcas sensoriais mais penetrantes na experiência amorosa e vista por ela como “afetada”.

O modo como o pai de Bernardo ficou submetido ao frágil reconhecimento da esposa indicia dificuldades importantes para sustentar seu próprio valor, que certamente contava com outras raízes em sua história. No que concerne aos fatos descritos, o pai era muito competente profissionalmente, atento, presente e bastante arrojado em tomar atitudes que pudessem deixar a mãe mais feliz. À parte isso, em quase todos os contatos com os pais, permanecem saberes separados, discursos impermeáveis um ao outro: embora conversassem, não se escutavam. Não havia a construção conjunta de uma percepção de ambos a respeito

³ Suportar a presença de uma ausência seria a condição, segundo São Tomás de Aquino, apud Garcia Roza (1992: 172), para alçar o conhecimento. “O desconhecimento é a presença de uma ausência. Diferente do desconhecimento, a ignorância é o vazio”. A “ignorância” corresponderia à posição psicótica, gerada pela carência do significante Nome-do Pai.

⁴ Cabe salientar, mediante as palavras de Dor (1995: 46) “que a carência do Pai simbólico, isto é, a inconsistência de sua função no decorrer da dialética edípica, não é absolutamente coextensiva à carência do Pai real em sua dimensão realista”, com isso podemos asseverar que o pai simbólico é uma função que mediatiza os desejos respectivos da mãe e do filho e que vai ser o representante do “significante fálico, enquanto simbolizando o objeto da falta desejado pela mãe” (p.42).

do filho, pois às vezes o pai demonstrava certa desconfiança a respeito do que pensava sobre Bernardo, mas sua abertura para a diferença sucumbia diante das afirmações quase inquestionáveis da mãe. Ambos foram se disponibilizando a falar e rever seus posicionamentos, o que contribuiu decisivamente para Bernardo falar mais livremente.

Suponho que um excesso narcísico, ou fálico, atribuído ao filho, levava-o a forçar-se para caber na correspondência imagética, pagando o preço de ter que satisfazer o público, ou insígnias imperativas propostas pelo olhar da mãe, protótipo dos olhares que enfrentará no mundo.

Na dúvida a seu respeito, Bernardo tendia a ocultar seus sentimentos, por isso não podia acreditar nem na dor dos dedos esmagados entre as carteiras, fato que omitiu da professora. O que sentia ficava encoberto pela idealização em torno do que deveria sentir ou de como deveria ser ou fazer sentido.

Nessa perspectiva, na transferência, posicionava-se refratariamente às minhas palavras, desqualificando muitas observações, dizendo “isso não tem nada a ver com o que estou falando”, como se na circulação desejante-desejado fosse condição de sobrevivência excluir ou fragilizar a fala de alguém. Como nos aponta Mafra (2004: 22), “abordar a transferência é, precisamente, estabelecer uma rede na qual a fala vetoriza-se, posicionando o sujeito em seu endereçamento”. Nesse ponto do trabalho terapêutico, Bernardo tinha o lastro da fala em sua mão, talvez condição para manter-se fluente, e assim passou a ser visto pelo outro e percebido por si.

Como vimos até aqui, os sintomas, conforme a psicanálise, são inerentes à constituição subjetiva. Os sintomas na linguagem, em particular a gagueira, também estão imbricados na lógica das operações de subjetivação, marcadamente vividas no contexto da conflitiva edípica. Faz-se necessário, portanto, determo-nos agora nessas operações, pois observamos na análise desse caso que os traços sintomáticos na fala podem estar associados ao modo particular como os traços identificatórios são produzidos pela referência simbólica ao pai.

De acordo com Pommier (1998), uma angústia de castração pode acarretar notáveis variações identificatórias, uma mesma série pode comportar identificações diferentes na medida em que circunstâncias gerem experiências passíveis de potencializar a plasticidade e a permeabilidade dos traços identificatórios.

Nessa perspectiva, podemos afirmar, com relação ao caso de Bernardo, que a posição do terapeuta está interligada às circunstâncias necessárias à emergência das palavras: em síntese, a uma relação com quem se tenha o desejo de conversar. Nessa condição de identificação, a escuta agiu favorecendo que elementos novos repusessem a série da identificação simbólica que passou do pai para o avô materno e para o personagem Harry Potter, para depois reencontrar no pai o representante mais legitimado desse lugar viril, corajoso e fluente.

Referências Bibliográficas

- DOR, J. *O pai e sua função em psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- FREUD, S. Análise de uma fobia de um menino de cinco anos, Vol. X, 1909. *Obras psicológicas completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- GARCIA-ROZA, L. *Freud e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1984/1992.
- MAFRA, T. M. *A transferência*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.
- NASIO, J-D. Édipo: o complexo do qual nenhuma criança escapa. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- POMMIER, G. *O amor ao avesso: ensaio sobre a transferência em psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.
- VORCARO, A. *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

O texto acima foi retirado de minha pesquisa de doutorado defendido em maio de 2009 no Programa de Psicologia Clínica da PUCSP e inédito. A tese tem por título: Mal-estar na linguagem: questões sobre Édipo e transferência na clínica da gagueira.

A imitação no estabelecimento da relação transferencial com crianças autistas

Maria Izabel Tafuri¹

A experiência clínica da autora com a criança autista, iniciada em 1990, após uma experiência de vida inusitada: residir com as crianças e adolescentes de *Bonneuil sur Marne*, lugar de vida para as crianças e adolescentes excluídos da sociedade, dirigido por Maud Mannoni, propiciou uma reflexão crítica sobre a servidão do psicanalista em relação ao uso da interpretação. A possibilidade de conviver com a criança autista nas sessões de análise passou a ser uma condição essencial formulada em Tese de Doutorado (2003): o analista não-intérprete². Em outras palavras, a concepção do corpo do analista como *setting*, uma recusa em dar ao sensível, por meio da *decifração*, *decodificação* e *interpretação*, uma significação exterior. Trata-se de um trabalho clínico fundado na capacidade de espera do analista, a convivência com o não saber e, em especial, a experiência paradoxal de se sentir só, sem palavras, na presença de uma criança ensimesmada em sensações inomináveis. Ou seja, a técnica psicanalítica clássica da interpretação parece inabilitada, pelo menos de início, restando ao psicanalista o lugar de “estar lá para ser encontrado”.

A partir da criação de um *setting* muito mais móvel do que aquele que nos acostumamos a reconhecer na chamada técnica psicanalítica clássica, a imitação dos gestos, sons e maneirismos da criança autista passou a ser uma ação terapêutica valiosa. Na década de 1930, Melanie Klein e Anna Freud propuseram, cada uma à sua maneira, como condição vital para a relação analítica com os pequenos o uso das interpretações verbais. Esse modelo foi também estendido para as crianças não falantes e que não estabelecem relação afetiva com o analista. E o mais significativo, Melanie Klein, com o *Pequeno Dick*, afirmou categoricamente: “senti-me obrigada a fazer minhas interpretações à base do meu conhecimento geral, sendo as representações do material de *Dick* relativamente vagas” (Klein, 1930:73). Segundo a psicanalista, o simbolismo pode ser revelado pela criança inibida por detalhes do seu comportamento, permitindo que o analista faça a interpretação para, nesse caso, **criar** a relação transferencial que caracterizaria a relação analítica com a criança. Em oposição à A. Freud, Klein enfatizou a primazia do efeito da ação interpretativa na relação transferencial com *Dick*, em detrimento das ações pedagógicas para adaptar o pequeno na escola. Em suma, o campo psicanalítico ficou marcado por um paradigma clássico: o analista precisa ser intérprete de gestos pouco representativos das crianças inibidas para criar a relação transferencial.

Ao longo da história da clínica psicanalítica com crianças ensimesmadas pode-se observar o imperialismo do uso das interpretações verbais para criar a relação analítica com a criança, produzidas e utilizadas das mais diversas formas, segundo os modelos de escolas psicanalíticas existentes, a partir do paradigma kleiniano. O tema aqui proposto permite questionar esse paradigma a partir da clínica contemporânea com as crianças ditas autistas.

Desde o caso clínico *Maria*, na Tese de Doutorado denominada “Dos Sons à Palavra: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista” (Tafuri, 2003) a autora experimenta, na clínica, a possibilidade de criar a relação transferencial com crianças ensimesmadas a partir de intervenções não verbais, originárias de sensações e percepções sensíveis do encontro com a criança. Testemunhar a presença de gestos, sons, movimentos e ritmos sensíveis da criança, dentre uma gama avassaladora de comportamentos estereotipados, denominados autísticos, torna-se a função primordial do analista para além da ação de interpretar por meio de palavras. Não se trata de agir para “ter acesso à criança”, “entrar

¹ Psicóloga e Psicanalista, Doutora em Psicologia Clínica/USP, Prof. Adjunta do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, Coordenadora do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise, Membro fundador das Associações: Brasileira para o Avanço Conjunto da Filosofia, Psicopatologia e Psicoterapia (ABRAFIPP), Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Profissões Afins (ABENEPI) e da Brasileira de Estudos sobre os Bebês (ABEBE).

² TAFURI, M. I. *Dos sons à palavra: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista*, Brasília: Positiva, 2003.

em contato”, “estimular a criança”, “nomear comportamentos pouco representativos”, como habitualmente tentamos fazer frente a uma criança isolada. Não é o analista que precisa acessar a criança por meio de ações físicas e verbais. Por mais enigmático que seja, o lugar do analista é o de estar lá para ser encontrado, o de ser afetado por signos sensíveis.

Atualmente possuímos uma casuística de crianças autistas atendidas por meio da técnica da *imitação* na clínica escola do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, CAEP. Foram defendidas desde 2005 várias dissertações de mestrado e teses de doutorado sobre o tema (Lazary, 2005; Abreu, 2007, 2012; Benjamim, 2007; Coelho, 2007; Araújo, 2008; Parra, 2008; Januário, 2008, 2012). Em linhas gerais, podemos dizer que as crianças autistas, quando *imitadas* por seus terapeutas e, também, pelos acompanhantes terapêuticos nos ambientes tanto familiares quanto escolares, demonstram uma maior capacidade para estabelecer relação afetiva por meio da estimulação da *imitação*, em um contexto específico. O terapeuta oferece a *imitação* sem a intenção de entrar em contato ou, muito menos, de colocar a criança na tarefa de olhar para ele e tentar *imitá-lo*. Não há por parte do analista a intenção de eliciar uma resposta da criança, há apenas o oferecimento da *imitação* dos sons, dos gestos e das ações das autísticas. A *imitação* promove um campo de experimentações favorável à circulação do sensível e à edificação de formas estéticas das quais a criança possa encontrar o analista ou porções sensíveis do mesmo (Abreu, 2012:33)

Para poder ser encontrado pela criança, o analista se despe das palavras e até mesmo das bordas do seu corpo, permitindo que a criança por meio da saliva, da boca, das mãos e dos pequeninos pés que, por sua vez, são recepcionados pelo corpo do analista como signos sensíveis. Trata-se para o analista de ocupar um lugar complexo que reconfigura seu próprio corpo, e nessa circunstância o desampara. Face à primazia da palavra e reconsiderado em seu corpo vivido, o analista pode reconhecer os significantes sensíveis testemunhados no encontro com a criança.

Um primeiro encontro

Recorro à clínica com crianças autistas para criar elementos vivos que possam embasar o conhecimento acerca do lugar do analista com essas crianças e da questão da transferência. Trata-se do pequeno *Abel*, uma criança de dois anos que parou de falar e de responder aos estímulos sociais do depois do primeiro ano de vida. Os pais procuraram atendimento a partir do diagnóstico de Autismo infantil conferido por um neurologista. Profundamente abalados e preocupados com o futuro do filho, solicitaram uma nova avaliação.

Em um primeiro contato, habitualmente feito por telefone, digo aos pais para virem acompanhados do filho para uma consulta terapêutica. Ao recebê-los procuro acompanhar a criança à moda dela enquanto escuto o discurso dos pais sobre o pequeno. Nesse caso, ao entrarem na sala de consulta com o filho, houve uma recusa inicial, corporal e sonora, por parte da criança, que se debatia no colo do pai e gritava indicando que não queria entrar. Ao fecharmos a porta o pequeno se mostrou desesperado, gritava e se debatia a ponto de se machucar no colo do pai, que nos seguintes termos falou: “Doutora, nós estamos tristes e desolados, ele está assim, grita muito e nós não conseguimos consolá-lo. Não responde quando chamamos. Parece surdo. Não brinca. Foge das outras crianças. Evita ser abraçado e não se aconchega ao nosso colo. Ele não era assim, ficou dessa forma depois do nascimento da irmã”.

Me dirigi a *Abel* que estávamos ali para brincarmos e compreender o que estava acontecendo. Repentinamente, parou de gritar se voltando para os carrinhos expostos na estante. Jogou-os no chão e começou a movimentá-los, silenciosamente, sem olhar para ninguém. Deitei-me no chão acompanhando o movimento da criança, que estando com braço sob a cabeça, movimentava, em vai e vem, um pequeno carrinho. Ele acompanhava atentamente as rodas do carrinho, como que enfeitiçado pelo movimento delas. Estando, ao lado dele, ao tempo em que reproduzia o mesmo movimento da criança, pedia aos pais para falarem deles mesmos. Dessa forma, acompanhando a criança em seu fluxo sensível feito de movimento, ritmos e sons, eu ouvia a história de vida dele e a dos pais.

Passados os primeiros trinta minutos, convidei os pais para brincarmos juntos imitando o comportamento de *Abel*. Disse a eles que se tratava de uma prática simples, e aparentemente banal, contudo, valiosa para o entendimento das crianças. Os pais, por já terem estabelecido, mesmo antes de me conhecerem, uma relação transferencial positiva, se mostraram disponíveis para ficarem em silêncio, sem solicitar nada da criança. Eles se sentaram no chão junto à criança e começaram a imitá-la. Ficamos em silêncio, movimentando os carrinhos da mesma maneira que a criança durante pelo menos quinze minutos. Nesse período, *Abel* permaneceu colado aos objetos, procurou pegar outros brinquedos sem expressar nenhum som e sem olhar para nenhum de nós.

Para tentar criar um ambiente mais intimista entre *Abel* e os pais eu me levantei, sentando em outro canto da sala, de tal sorte que eu pudesse observar sem participar diretamente da cena. Passado algum tempo, os pais visivelmente decepcionados com o isolamento da criança, passaram a fazer barulho com os brinquedos para chamar atenção do filho. De forma repentina e fugaz, *Abel* tampa o rosto com as duas mãos, levanta a cabeça e dirige o olhar, entre os dedos, na minha direção. Eu me surpreendo, tampo o rosto com minhas mãos e, também, olho pra ele entre os dedos, expressando com o som de uma interjeição o sentido da palavra 'achou'. Naquele momento, os pais se alegraram e começaram a brincar com ele, da mesma forma, porém falando 'achou'. *Abel* expressa um sorriso tímido, fugaz e se volta novamente para o jogo estereotipado de olhar para as rodas dos carrinhos, permanecendo assim pelo resto do tempo. O que deixa os pais desarvorados e tristes.

Nesse momento começo a conversar com os pais no sentido de abrir espaço para a expressão dos sentimentos deles em relação à criança. Eles se voltaram para o laudo da neurologista principalmente em relação às deficiências da criança, pois o prognóstico havia sido dado no sentido de ser uma patologia grave e incurável. Volto então ao tema dos sentimentos deles durante o experimento da imitação. Com dificuldade a mãe se desmancha em lágrimas dizendo que não sabia mais o que fazer para chamar a atenção do filho. Ela e o marido começaram a listar uma fonte de dados que poderiam ter levado *Abel* a parar de falar: troca da babá depois do primeiro ano de vida, nascimento da irmã, morte da avó materna, falta de tempo para o *Abel* como tinha antes da irmã nascer, etc. Ansiosos e sofridos, procuram encontrar as possíveis causas para o ensimesmamento do filho.

Enquanto conversamos, permaneço atenta ao pequeno, sempre próxima a ele acompanhando-o e falo com ele sobre as preocupações dos pais em relação a ele. Uma tentativa de colocar a criança como sujeito do discurso dos pais. *Abel* permanece absorto nas rodas dos carrinhos.

Termino a consulta dizendo aos pais que todos os comportamentos do filho que indicam isolamento tendem a ser diagnosticados, por uma grande maioria de profissionais, como Autismo Infantil. Entretanto, naquele encontro, *Abel* pôde apresentar uma reação fugaz e sensível que havia alegrado a eles, a de ter esboçado uma brincadeira de esconde, esconde. Os pais se emocionaram e puderam expressar o prazer sentido por eles naquela cena que apesar de ter sido fugaz fora muito significativa. Mas que tinham muito medo de acreditar na capacidade do filho, por causa da falta de continuidade da brincadeira. "Veja, doutora! Quando a gente quis brincar ele não estava mais lá, já tinha se voltado para o carrinho", disse a mãe.

Comentei com eles sobre o nosso grande desafio naquele momento: o de confiar na criança e conseguir esperar por uma nova possibilidade de contato sem exigir a continuidade da brincadeira como eles gostariam. Recordei com os pais o que havia acontecido: "você perceberam que só depois do meu afastamento, de ter deixado vocês três juntos, é que *Abel* pôde dirigir o olhar em minha direção, de forma jocosa, fugaz, porém, sedutora. Como vocês viram, não emiti qualquer palavra, apenas um som com a entonação de quem havia sido encontrado. Em seguida, vocês entraram na brincadeira falando 'achou'. Ele se voltou para os carrinhos e interrompeu a brincadeira. O que demonstra a vontade grandiosa de vocês de darem continuidade a uma brincadeira gostosa, que já fez parte do relacionamento com ele. Vocês ficaram encantados, as palavras brotaram da boca de vocês, entretanto, *Abel* se fechou e não deu continuidade à brincadeira. A decepção dominou o corpo e a mente de vocês o que os levou a desistirem e ficarem tristes. Por outro lado, vocês estão aqui em busca de respostas às tantas perguntas que fizeram. Como entender tudo isso?"

Enfatizei a importância do gesto da criança de ter iniciado a brincadeira de esconde-esconde em meio aos comportamentos aparentemente estereotipados dominantes na cena. Trata-se de uma abertura ao encontro, uma tentativa tímida, porém sedutora. Essa faceta jocosa e sedutora de uma brincadeira traz a possibilidade de pensar na capacidade da criança de se desenvolver para além das características autísticas demonstradas por ela.

Ao longo do primeiro mês de atendimento, sempre realizado com a criança e os pais, pudemos observar a capacidade crescente de *Abel* em permanecer mais tempo na brincadeira do esconde-esconde. Já não chora para entrar na sala, sorri para a analista quando chega à porta da sala de consulta, entra e vai direto para os carrinhos que estão sempre no mesmo lugar para serem encontrados por ele. Passou a se interessar por outros brinquedos e a fazer mais contato com a analista e com os pais por meio do olhar, dos sons e dos maneirismos. Segundo os pais ele está mais alegre e mais comunicativo, mesmo sem falar.

Considerações teórico clínicas

A cena clínica relatada nos coloca face à possibilidade de compreendermos o *setting* analítico de forma mais flexível do que aquele postulado pela psicanálise clássica. Podemos visualizar, por meio do brincar espontâneo da criança, a possibilidade de agir terapêuticamente por meio dos sons e dos gestos e, não necessariamente, por meio da palavra, dando significação ao sensível. Por exemplo, antes de iniciar a brincadeira do esconde-esconde, ele olhava para a analista, olhava para os pais, esboçava um sorriso e, só depois de comprovar que estávamos lá, é que ele se escondia por entre os dedos das mãozinhas. Ou seja, havia uma antecipação de um jogo por meio do sorriso, um apelo ao outro. Nesse sentido, a criança constituiu na situação clínica o terreno necessário à gestação da transferência.

Uma postura ética de não interpretar ou decodificar o mundo sensorial da criança antes que ela mesma, a criança, possa trazer componentes significativos de um núcleo de eu ainda insipiente. O lugar da analista é o de estar lá para ser encontrado quando a criança demandar. Como no caso acima, ao ser encontrada, a analista imita a criança acrescentando ao gesto um som 'como se tivesse falado', achou! As palavras não foram ditas apesar de estarem na mente da analista para preservar o sentido estético da tentativa da criança de um encontro. Assim como a criança trouxera o gesto e o sorriso na brincadeira, a analista, por sua vez, devolveu-lhe o gesto, o sorriso e o som. O prazer vivido na brincadeira, apresentado pela criança por um esboço de sorriso, não foi necessariamente traduzido, decodificado ou interpretado pela analista para criar a relação transferencial. O prazer oriundo da brincadeira de se esconder e ser achado foram vivenciados conjuntamente pela criança e analista em um mesmo gesto, som e movimento. A possibilidade de conferir sentido ao sensível, sem a necessidade da primazia da palavra, parece ser possível para criar a relação transferencial na clínica psicanalítica com as crianças autistas, uma forma de reinventar a prática a partir da clínica.

Referências Bibliográficas

- ABREU, I.G. (2007) *Origens Autísticas do Psíquico: tramas de sensações e pulsações*. Dissertação de Mestrado do Programa de Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- ABREU, I.G. (2012) *Ecos de si: o corpo do analista como semântica do Sensível*. Dissertação de Mestrado do Programa de Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- BENJAMIM, M.S. (2007) *Entre Rodopios e Balbucios: reflexões psicanalíticas sobre o ritmo na constituição psíquica*. Dissertação de Mestrado do Programa de Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- COELHO, C.F.M. (2007) *Convivendo com Miguel e Mônica: uma proposta de Acompanhamento Terapêutico*. Dissertação de Mestrado do Programa de Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

- JANÚARIO, L.M. (2008) *A Transferência na Clínica Psicanalítica com Crianças em Sofrimento Psíquico Grave*. Dissertação de Mestrado do Programa de Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- JANÚARIO, L.M. (2012) *Transferência e espaço potencial: a relação analítica com crianças em estados autísticos e psicóticos*. Dissertação de Mestrado do Programa de Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- LEÃO, L. (2010) *Encantos e Encontros com a fala - explorações sobre a clínica fonoaudiológica*. Dissertação de Mestrado do Programa de Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.
- KLEIN, M.(1930). L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi. In: *Essais de psychanalyse*. Paris, Payot, 1980.
- LAZARY, V. (2003) *Tratamento Psicanalítico de crianças autistas*. Dissertação de Mestrado do Programa de Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- PARRA, L. (2008) *Atando e Desatando Nós: reflexões sobre a função do acompanhamento terapêutico*. Dissertação de Mestrado, Programa de Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- TAFURI, M.I. (2003) *Dos sons à palavra: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista*. ABRAFIPP:Brasília.

A clínica com crianças autistas responde sobre suas causas?

Mira Wajntal¹

Palavras-chave: Autismo; Psicanálise com crianças; Causalidade psíquica e Transferência.

Inicialmente, a clínica com crianças teve o desafio de descobrir como elas associavam livremente para que suas produções inconscientes pudessem ser escutadas. Brincando foi a resposta obtida. Atualmente, a clínica do autismo põe em pauta a estruturação e formação do psiquismo, requisitando novas formulações sobre sua compreensão, dinâmica e intervenções.

Por todos estes anos, nos atendimentos de crianças com patologias do contato com o outro, de etiologias diferentes, posso afirmar que muitos casos puderam se beneficiar com significativa melhora do quadro clínico, embora, muitas vezes, seja difícil explicitar exatamente sua etiologia. **É claro que muito da teoria vem balizar o campo do atendimento. Mas esta prática me colocou frente a uma questão um tanto quanto desconcertante:** nem sempre se pode explicar a causa do autismo. Ou seja, a significativa melhora dos casos através da escuta analítica **não** necessariamente significa saber sobre suas causas.

Suponho que o fato de serem estruturas muito primitivas, nas quais o processo de representação está comprometido, deixa suas arestas na transferência e têm grande contribuição para o fenômeno.

Anteriormente, quando discuti a clínica da manifestação autista, diante da freqüente pergunta “Como se fala com crianças autistas?” (Wajntal 2004), abordei como é difícil sustentar a transferência nestes casos. Considerei como essencial na clínica com crianças autistas que *o analista deve sonhar*. Ou seja, o sonho como escuta baseia-se em uma aposta na possibilidade de se obter uma resposta, mesmo que a criança sempre sinalize o contrário.

Aos olhos do espectador, a manifestação parece pura função automática, movimentos desprovidos de desejo e intenção, dando a impressão de não serem de uma pessoa. Sensação que nos lembra a descrição do *unheimlich* (estranha familiaridade) de Freud (1919), produzida no observador quando está diante de um ser e surge a dúvida se ele está efetivamente vivo. Ou, na situação inversa, quando um objeto sem vida é, de alguma forma, animado.

Nesta ótica, a manifestação autista remete a uma sensorialidade primitiva, não metaforizada, causando assim a impressão de que se está diante de um funcionamento puramente biológico do organismo. A manifestação da criança gera a impressão de que não tem função e destinatário: fala que não se endereça a nada, a ninguém e não comunica; gestos repetitivos que não desembocam em uma ação.

No autismo, a expressão aparece sempre de forma bizarra, justamente por serem sujeitos que não se vêem enredados em uma narrativa parental, a partir de uma imagem unificadora, na qual o outro servirá como laço para a construção da sua identidade. A estereotipia é a pura descarga da excitação, sem ligação ou intermediação da função representativa ou elaboração.

É nestas sutilezas que podemos entender as vicissitudes transferenciais da manifestação autística, e o analista deve escutar em cada estereotipia uma mensagem, procurando encantá-la com sonhos e

¹ Psicanalista, Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP, Membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Participou da equipe fundadora do Hospital-Dia Infantil da Mooca e do CAPS infantil da Mooca por 14 anos, desenvolvendo trabalho com crianças e suas famílias. É autora do livro “Uma Clínica para a Construção do Corpo”, Via Lettera, SP, 2004. Organizadora do livro: “Clínica com Crianças: Enlaces e Desenlaces”, Ed. Casa do Psicólogo, SP, 2008. Atualmente atende em consultório adultos, crianças e famílias. mira.wajntal@uol.com.br

imagens. A clínica do autismo é marcada por vivências de exclusão e seu enigma é decifrar que sorte de desejo gera tal "horror", recusando a chance de a criança ver-se identificada e, posteriormente, identificar-se como semelhante.

Mas não me apoiarei, exclusivamente, neste aporte, para tratar do fato que embora haja uma significativa melhora dos nossos clientes, muitas vezes não conseguiremos explicar o que produziu tamanho sofrimento. Atualmente, o autismo **é** um dos temas o qual mais se pesquisa e teoriza, com inúmeras publicações das mais diversas áreas do conhecimento. Parece que **não** conseguimos abarcar todas as causas do fenômeno. Proponho que esta impossibilidade de explicitar plenamente as causas do autismo seja apenas mais um enigma a ser decifrado na clínica. Questão com a qual sempre me deparo, mas cujo desenvolvimento ainda é bem incipiente. Mesmo assim me arrisco a compartilhá-la aqui com vocês.

Revedo os casos clínicos de crianças portadoras de patologias do contato com o outro nos quais trabalhei e que publiquei anteriormente (Idem), vemos que o trabalho clínico focou-se no eixo da alienação/separação. Isto é, a escuta analítica foi na direção de instituir, partindo do discurso parental, um campo de desejo para estas crianças, que não fosse apenas vivido como um horror de exclusão. Na ocasião, enquanto pude acompanhá-las, este trabalho resultava em inegável benefício, embora o tratamento tenha se iniciado em uma idade tardia.

Nas três situações descritas, as mulheres que se encarregaram da maternagem dessas crianças estavam impossibilitadas de exercer esta função, quer pela falta de organização psíquica e social em que se encontravam, quer por uma reação depressiva desencadeada ou pelo nascimento da criança, ou por fatores concomitantes ao seu nascimento.

Nos casos descritos no livro, no trabalho de escuta, podíamos encontrar mitos, histórias não ditas que, ao serem disponibilizadas para criança e suas famílias, se destramavam e permitiam que ambas, criança e familiares, avançassem no curso de suas vidas um pouco mais livres, com menos angústia. O trabalho que visava restituir um valor de comunicação ou sentido para as manifestações da criança, instituir um jogo pulsional na díade criança (ou bebê) e a pessoa que exerceu a função materna, provou ser uma excelente opção no tratamento para estas famílias. A questão que coloco é se isto seria o suficiente para afirmar que tal sucesso demonstre de fato o que causou o padecimento?

Trago, agora, um caso em que a impressão de haver uma linearidade entre a intervenção clínica e a causa etiológica no atendimento clínico é totalmente distinta:

A mãe de Leo procurou ajuda no CAPSi Mooca, era a terceira vez que ela procurava um atendimento para o filho. A primeira procura foi motivada devido ao atraso de aquisição da fala. A segunda pela dificuldade em se adaptar na escola. Desta vez, ele foi reencaminhado para nós.

Na ocasião, ele estava com três anos. A queixa era de atraso na fala e a extrema dificuldade em adaptá-lo à rotina escolar, pois ele se recusava a ficar na sala de aula com a porta fechada. Caso isto fosse exigido dele, batia a cabeça contra a parede, se mordida, gritava, chutava e mordida quem dele se aproximasse. Sua fala era repetitiva e sempre conjugada na terceira pessoa.

A mãe de Leo era adequada e continente com ele, embora inibida afetivamente. Leo é o segundo filho. A irmã mais velha é portadora de uma síndrome genética. Seus pais haviam se separado há mais de dois anos, quando Leo ainda não havia completado um ano de idade. A relação dos pais era ruim, pois o pai só tinha olhos para um ciúme doentio que sentia da esposa. Isto foi, inclusive, o mote da separação. Diante destas fantasias, ele se tornava agressivo.

Foram realizadas várias entrevistas com os pais, ora com Leo presente, ora individualmente. A tarefa inicial de articular esta mãe que não podia sentir nada, este pai ciumento e a criança gritona não foi fácil.

Para conter as crises de Leo, como a descrita acima, a mãe o segurava no colo ou o prendia em uma cadeira tipo bebê conforto. Atitude que discutimos amplamente. Por um lado, o comportamento autoagressivo justificava a contenção na cadeirinha, por outro o fato de amarrar a criança era constrangedor

para a mãe. Após alguns meses de trabalho com a família, pedi uma avaliação psiquiátrica² da criança e, em conjunto, optamos em medicá-la com um antipsicótico, pois a criança estava prestes a ser afastada da escola, sob o pretexto de que só poderia freqüentar uma escola especial.

No primeiro ano de atendimento, o trabalho de escuta analítica consistiu, antes de tudo, em circunscrever funções de cada um dos pais com os filhos. Especificamente, mediar a relação do pai com eles, pois o pai privava os filhos de sua presença e de qualquer contribuição na criação e cuidado, apenas para punir a mãe. Ou seja, o trabalho consistiu em que o pai olhasse para seus filhos, independente dos ciúmes que sentia pela mãe deles, sem que cada ato dele visasse apenas a ex-mulher, desconsiderando as crianças.

Ele passou a ter contato freqüente com as crianças, levando-as quinzenalmente para passar parte do final de semana com ele. Assumi, também, trazer o filho para o atendimento grupal, quando este foi prescrito.

Pelo lado da mãe, na medida em que começou a configurar o pacto inconsciente de seu casamento, ela passou a lidar melhor com os ciúmes do ex-marido, sem ficar tomada pelas cenas que ele a submetia e às crianças. Embora ela ainda se queixasse, com razão, de sua pouca contribuição e participação em todos os sentidos.

Paralelamente, eu ia periodicamente à escola e realizava reuniões com sua professora, a coordenação pedagógica e os demais docentes.

Depois de uns oito meses de escuta desta família, Leo me surpreendeu fazendo jogos de triangulação com os adultos. Eram jogos elementares, que colocavam em pauta com “quem ele escolheria ficar” ou passear de mãos dadas.

Comecei a propor que, alternadamente, nossos encontros fossem individuais. Em geral, nestes encontros, ele queria andar de carro ou de motoca pelo CAPSi. Havia um carro prata com o eixo da direção quebrada, pelo qual ele tinha especial paixão. Ele brincava de ir e vir, escolher e decidir.

Em um encontro conjunto, o pai relatou sua paixão por automóveis e motos. Ele tinha um caminhão e uma moto. O fato de não ter um carro era atribuído pelo pai como empecilho para estar mais com as crianças, ou auxiliar nos tratamentos de saúde dos filhos. Sua outra filha fazia um tratamento médico que requeria idas constantes a um serviço de referência distante.

O pai também contou que quando vinha com o filho ao parque, sempre passavam por um trator antigo - era programa obrigatório. Seu sonho era pedir permissão à administração do parque para consertá-lo. Assim as crianças poderiam passear nele.

Leo passou a falar de seu incômodo com o fato de seu querido carro prateado estar quebrado, expressando-se cada vez de forma mais elaborada. Fizemos uma brincadeira de levá-lo à oficina e o consertamos na sala de artes. Como não era nada fácil realizar este conserto, frente à minha dificuldade em ser uma mecânica, ele dizia: “precisamos chamar o meu pai”. Concordava com ele que o pai estava muito mais habilitado a consertar o carro. Mas podíamos tentar fazê-lo e, caso não conseguíssemos, o chamaríamos.

O pai mora em outra cidade e naquele período estava muito relutante em comparecer ao atendimento comigo, pois julgava que eu estava “combinada” com sua ex-mulher. Temia que este pedido de Leo contivesse uma armadilha, uma cena já conhecida: a extrema imobilidade que a ausência do pai gerava, deixando tudo na dependência de seu humor. E, como ele só tinha olhos para a raiva que sentia da mãe, nunca se fazia presente, como disse acima, apenas para puni-la. Então, eu também podia ficar na mesma vulnerabilidade que a mãe de Leo, e a continuidade do tratamento sujeita a uma punição.

O conserto foi um sucesso e Leo saiu extremamente fortalecido. Sua fala e expressão melhoraram significativamente, as crises no período escolar diminuíram e, progressivamente, ele começou a fazer participações furtivas na classe. Participar passou a ser um ato assumido em desejo próprio, não tão dependente do desejo ou conflito do outro.

2 A criança foi avaliada pela Dra. Maria do Carmo Sartorelli (em memória).

Um dia, abri a porta e convidei Leo e sua mãe para entrar, ao que ele me respondeu:

“Espera! Estou tomando meu lanche!”.

Encontrei esta agradável surpresa: uma criança falante e determinada em suas vontades.

Vemos neste caso que, embora tenha tido uma boa evolução, a rigor se me perguntarem sobre o que causou as dificuldades de Leo, teria problemas para formular. Este trabalho teve início quando a criança acabara de concluir três anos, idade muito mais favorável para a evolução do tratamento. Mas é muito difícil traçar uma linearidade do que gerou a vivência de exclusão para ele. É claro que depressão materna, briga dos pais, na qual os filhos pareciam ser desconsiderados como sujeitos, deixam suas marcas. Mas esta biografia seria o suficiente para afirmar a causa de uma sintomatologia tão grave? Configuraria um tipo de desejo que só exclui?

Estamos habituados a pensar nossa clínica a partir de uma lógica da causalidade: tudo tem um motivo inconsciente. Sim, é verdade que toda clínica psicanalítica se funda no conceito de inconsciente e estou trabalhando com esta premissa. O que proponho é uma reflexão da maneira que a utilizamos. Motivação inconsciente não seria distinta de uma lógica de causa-efeito? Representar é explicar? Ou, quando falamos em inconsciente estamos diante de uma trama de leis distintas?

Para tentar discorrer sobre esta incipiente questão, procurarei fazê-lo sob o prisma do conceito de pulsão, frisando o fato que somos seres históricos e lingüísticos, justamente porque somos regidos pela pulsão.

O caminho que a pulsão realiza para atingir sua finalidade, assim como seu objeto, dependerá da história de cada sujeito. Diferindo das demais espécies, será isto, justamente, o que nos torna seres temporais e capazes de nos portar de forma única e pessoal e constituir, paralelamente, uma trama psíquica sobre nossas vivências.

A construção dramática de nossas vivências não deve ser entendida como causa etiológica de uma patologia. Mito individual e historização, sem dúvida, estão vinculados ao fantasma que pode estar fortemente aprisionado à doença, mas não necessariamente explica a causa de uma doença.

No caso de Leo, diria que ação analítica destramou justamente o plano fantasmático familiar em que tudo que era a manifestação de Leo se imobilizava. Este trabalho proporcionou à criança espaço para poder experimentar: com quem queria andar de mãos dadas, brincar com os amigos ou estar no mundo do faz de conta. E, a partir desta nova experiência, poder seguir seu desenvolvimento. Teria grande dificuldade em afirmar que a etiologia da sua manifestação autística estaria na ação parental.

Quando me refiro ao fato da criança poder retomar o curso do seu desenvolvimento, estamos falando dos jogos pulsionais que constituirão seu circuito. Portanto, baseia-se na compreensão de que essa manifestação é resultante de falhas na instalação dos tempos da pulsão. Foi a partir da clínica que se construiu esta metapsicologia. Mas devemos ter cuidado redobrado para que “o conceito de causa não seja a priori da compreensão”.

A demonstração da causa é sempre experimental e pressupõe uma determinação imutável das coisas, portanto, pressupõe que seja a-histórica e sempre determinada por uma lei constante, asseguradora. Ao se falar demasiadamente em causas, estamos indo na contramão dos caminhos da pulsão. Como vemos questionado em Hegel ““não há tempo atemporal e existência de relações eternas... a construção histórica somente pode se encontrar em contradição com o princípio da causalidade”” (Volgo, 1998. pg. 18).

Pensar construção histórica na contramão de suas causas implica em que o trabalho de escuta analítica se pauta em outra lógica – o acaso. Trata-se da casualidade do encontro, entre pulsão e o representante da pulsão, entre representante e representado, do encontro de um órgão sensorial e um objeto apto a representá-lo, encontro entre o inconsciente parental e o do filho, encontro mãe/bebê, encontro singular de cada destino. O acaso do encontro é a causalidade inconsciente, causa nada linear que implica em uma pluralidade de fatores e respostas possíveis, das quais a reconstrução difere muito da reconstituição dos fatos (Mijilla-Mellor, 1998). Acaso este que também implica em admitir a insuportável expressão de uma exterioridade que nos ignora.

Podemos dizer que a clínica do autismo é a clínica que maneja o desencontro. Devido ao fato de um dos dois envolvidos no jogo pulsional não comparecer nesta relação, a comunicação é desorganizadora. Ou a mãe não pode responder aos sinais desta criança, ou a criança se vê impossibilitada de comparecer na relação.

Na clínica com crianças, trabalha-se com a ferida do dilema de ser ou não ser; ter ou não o objeto do desejo do outro; ou mesmo a dor de estar excluído deste dilema. A explicação é sempre um recobrimento desta ferida, mas nem sempre se traduz sob a lógica da causa/conseqüência.

Incorrer na confusão entre a possibilidade de reconstrução simbólica e restituição dos fatos, além de suas implicações éticas, resulta que “a escuta operacional produz o discurso operacional, a escuta ideológica produz discurso ideológico, escuta flutuante produz discurso associativo” (Volgo, 1998, pg.14).

Por fim, cabe frisar o fato das pulsões serem o lugar do acaso em psicanálise por excelência, uma vez que seus destinos se constituem pelo puro acaso de um encontro, distinguindo-se por isto dos instintos (Garcia-Rosa, 2003). Encontro este que antecede a lei que posteriormente regerá seu próprio funcionamento.

Referências Bibliográficas

- Freud, S. (1981). Lo siniestro. In S. Freud, Obras completas (L. Lopez-Ballesteros & De Torres, trads., 4a ed., Vol. , pp.). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1919).
- Garcia-Roza, L.A. (2003). Acaso e repetição em psicanálise. Uma introdução à teoria das pulsões. Rio de Janeiro: JZE (7ª edição).
- Jerusalinsky, A. – “Seminário III.”, Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Lugar de Vida, 2004.
- Laznik, M.C. (2004). A Voz da Sereia: o autismo e os impasses na construção do sujeito”. Bahia: Ágalma.
- Mijolla-Mellor, S. (1998/maio). A impensável causalidade do acaso. In: Boletim de Novidades Pulsional XI, (109), 26 – 45.
- Volgo, M-J.D. (1998/maio). A propósito de “Psicanálise e Medicina: complementaridade ou causalidade Psicossomática. In: Boletim de Novidades Pulsional ano XI, (109), 9 – 25.
- Wajntal, M. (2004). Uma Clínica para a Construção do Corpo. São Paulo, Via Lettera.

A psicanálise e a transferência

Monica de Barros Cunha Nezan¹

Palavras-chave: Psicanálise, Transferência, Instituição, Criança.

Freud inventou a psicanálise com o apoio das histéricas. Entre os pacientes indicados, uma teve um lugar privilegiado. É Anna O., o primeiro caso relatado nos 'Estudos sobre Histeria', que S. Freud e J. Breuer publicam em 1895, demonstrando pela primeira vez que o sintoma histérico responde, reage à palavra.

Tal descoberta permitiu a Breuer inventar o método catártico de rememoração sob hipnose. Em 1892, Freud abandonou a hipnose e chegou ao método da associação livre. Freud assinalou o lugar capital da ligação do médico no tratamento da histeria.

Para iniciar às reflexões que darão corpo a este trabalho, elegi o tema transferência articulado ao meu trabalho institucional ao longo dos últimos anos, na clínica psicanalítica com crianças que apresentam graves transtornos psíquicos. De que forma, ou de que posição, um atendimento realizado em uma instituição pode se considerado psicanalítico?

1. O trabalho em instituições: psicanalítico?

A experiência em instituição com crianças autistas e psicóticas coloca alguns paradoxos imanentes a esta clínica. Temos que nos interrogar frequentemente quanto ao nosso lugar enquanto analistas, quanto à direção do tratamento na instituição e quanto ao próprio dispositivo clínico exigido.

O primeiro paradoxo concerne aos fundamentos próprio do tratamento analítico. Frente aos autistas, nos perguntamos de saída quais seriam os princípios em que a psicanálise se baseia, já que esses pacientes não articulam, não demandam e, muito menos, se endereçam ao analista como aquele que ocupa o lugar do suposto saber. Apesar de não articularem uma demanda ao Outro², sabemos com Lacan que os autistas são seres que padecem da linguagem.

Na conferência de Genebra, Lacan (1975) utiliza duas expressões que singularizam a posição do autista frente à linguagem: eles são "seres verbosos" e "escutam a si mesmos"³. Entretanto, se os autistas estão de alguma forma inseridos na linguagem, por que eles não a articulam? Ou qual seria o papel do analista em meio a essa linguagem que não faz laço, e da qual a criança faz uso tão próprio?

Este é um dos paradoxos entre tantos. Esse paradoxo faz-nos refletir sobre a extensão da psicanálise a outras formas de práxis para além dos pilares sobre os quais ela se fundou, a saber, a *associação livre* e a *transferência* em que o analista ocupa o lugar de agente que causa o desejo do sujeito (Lacan, 1969-70).

¹ Formação Acadêmica: psicologia, Master Profissional em Psicologia e Psicopatologia Clínica na Universidade "René Descartes" – Sorbonne – 1993. Pós-graduação em Psicopatologia do Bebê, orientação do Prof. S. Lebovici – Universidade Bobigny Paris XIII. Especialização pelo IPUSP – Pré-escola terapêutica Lugar de Vida – 2000. Trabalha na Instituição Lugar de Vida – Centro de Educação Terapêutica, desde 2004. 2º ano Formação Departamento Psicanálise – Instituto Sedes Sapientiae, 2012. monicanezan@gmail.com

² Termo utilizado por Jacques Lacan para designar um lugar simbólico – o significante, a lei, a linguagem, o inconsciente – que determina o sujeito, ora de maneira externa a ele, ora de maneira intrassubjetiva em sua relação com o desejo. Pode ser simplesmente escrito com maiúsculo, opondo-se então a um outro com letra minúscula, definido como outro imaginário ou lugar de alteridade especular. Mas pode também receber a grafia grande Outro ou grande A (Autre), opondo-se então quer ao pequeno outro, quer ao pequeno a (autre), definido como objeto (pequeno) a. (Roudinesco, 1998, p.558).

³ Lacan na "Conferência em Genebra sobre o Sintoma" utiliza em francês as seguintes expressões para se referir aos autistas: "ils sont des personnages plutôt verbeux" e "les autistes s'entendent eux mêmes". (LACAN, 1975).

A este propósito, Freud (1918, p.211) recomendava: *“qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa”*.

Em instituições que se dedicam ao tratamento de crianças com transtornos psíquicos, há várias formas de atendimento que se baseiam na psicanálise. Esse trabalho pretende abrir uma discussão sobre a **transferência institucional, o manejo da transferência neste tipo de tratamento e o lugar dos pais neste manejo**.

São diversas as estratégias de pensamento ensejadas para fundamentar atendimentos que têm lugar em instituições. Uma parcela significativa delas parte da teoria psicanalítica para fundamentar tais atendimentos, tanto para defender que sejam feitas intervenções consideradas psicanalíticas quanto para defender que não. Nesses atendimentos, a psicanálise prevalece tanto na leitura dos casos clínicos quanto na compreensão dos laços estabelecidos entre agentes institucionais e pacientes.

2. Trabalho com os pais de uma criança: a transferência em questão.

Luiz chega à instituição aos cinco anos de idade, encaminhado devido aos *medos e momentos de desorganização, se descontrolava e chorava muito quando algo não acontecia como ele ‘planejava’*. Anteriormente Luiz já havia sido encaminhado para tratamento pela pré-escola, quando os profissionais notaram algo ‘diferente’, foi acompanhado por um profissional durante algum tempo.

A direção de tratamento foi pensada pela equipe e pelo profissional referência⁴, sua inserção em um grupo terapêutico⁵, acompanhamento individual e grupo de pais.

No início do atendimento individual, Luiz representava histórias contadas por ele e assim iniciou a escrita de capítulos, estes capítulos eram representados através de marionetes e narrados a cada sessão.

“...os guardas prendem todas as pessoas da cidade. Havia um menino que era ainda pequeno mas os dois guardas prenderam e devoraram o menino. O menino chamou o amigo e ele o salvou! Como você se chama, perguntou o irmãozinho do menino para o amigo: ‘- eu me chamo Bobinho, porque sou bonzinho!’”

Esta era a posição de Luiz no grupo quando iniciou o tratamento e isto durou por um bom tempo. Nos atendimentos individuais ele foi se ‘soltando’, mas no grupo comportava-se com um “bom garoto, adequadamente”.

No segundo ano de tratamento, entramos em outro momento do atendimento individual, agora as histórias não eram mais representadas por marionetes, são filmes de ‘super-heróis’, filmes vistos no cinema, DVD (Homem de Ferro, Indiana Jones).

O atendimento individual é o espaço onde Luiz representa suas histórias. Nas histórias representadas por ele, surgem lutas, com personagens cuja coragem começa a aparecer. Ele próprio passa a representar os personagens do ‘mal’, que tem ‘a força!’

Alguns meses depois, no atendimento individual, ele pede ajuda para ter uma estratégia, relatando que, todos os dias, ele bate em alguém na escola. Conta que quer brincar com uma amiga em especial, mas

4 O trabalho da referência (institucional) inicia-se com a prática de todas as ações clínicas que dizem respeito à acolhida do paciente e de seus familiares, do estabelecimento do enquadre e do contrato do tratamento. A partir da escuta, o trabalho inicial consiste na acolhida das angústias, expectativas e demandas do pacientes e/ou familiares (em se tratando da infância). No decorrer do tratamento, cabe à referência institucional estar alerta para surgimento de resistências e manejá-las... é este profissional que pensará a direção de tratamento, terá a responsabilidade do acompanhamento do caso e discussão junto com a equipe institucional. (Guglielmetti, 2010)

5 Grupo Mix no Lugar de Vida é um encontro terapêutico entre diferentes posições subjetivas e discursivas. Estes grupos são compostos por crianças autistas, psicóticas, algumas crianças neuróticas com alguma indicação para estar no grupo (problema de aprendizagem, inibição intelectual, etc.) e também por crianças abrigadas. Trata-se de produzir não somente posições subjetivas diferentes, mas também entre crianças que ocupam posições discursivas diferentes - as crianças abrigadas por ex., receptoras de assistencialismos, ao invés de estar no lugar da infância representante do futuro, está no lugar de mera consequência funesta de sua história de abandono. (Kupfer; Voltolini; Pinto 2010, p.103).

há outra que está sempre por perto, ele quer exclusividade. Luiz quer se integrar com as outras crianças, quando fica na posição de 'dejeito' ele não suporta.

A posição do analista nos atendimentos individuais é de acompanhamento de sua demanda, acolhendo, acompanhando as histórias narradas e trazidas por ele, sustentando assim a transferência, o lugar que ele coloca o analista. Algumas vezes nomeando e sublinhando através das representações, das histórias trazidas. Em um atendimento, Luiz conta uma história que será representada na sessão por ele e o analista: tem alguns personagens do 'bem e do mal', tem um menino que quer brincar com outros, mas alguns são do mal e não o deixam brincar, o analista diz (com ênfase): *"ele queria brincar com os meninos."*

Através destas pequenas intervenções e nomeações, o analista sustenta um lugar diferente do 'dejeito/objeto' para que ele possa sair deste lugar, para que ele possa construir uma história, a sua própria história. No grupo terapêutico, Luiz logo no início mostrou um 'querer' organizar brincadeiras em grupo e um 'querer' estar com as outras crianças.

As brincadeiras propostas pelo grupo possibilitaram uma estruturação para ele, brincando com traçados, jogos, até chegar no teatro que ele próprio propõe, mas escrito e representado pelas outras crianças do grupo.

Alguns momentos de 'desamparo' que ocorrem no grupo, tiveram espaço para uma reestruturação no atendimento individual. Luiz pode aparecer nas brincadeiras no grupo no lugar de potência, lugar daquele que sabe!

Este lugar de 'potência' foi construído nos diferentes lugares que ele circulava e com a mudança da posição dos pais. No trabalho de escuta destes pais (referência institucional), os pais trazem elementos importantes do dia-a-dia de Luiz, trazem as dificuldades que Luiz relata para eles, seja na escola, seja no grupo terapêutico; eles querem entender para ajudar. Quando indagados sobre isto, podem falar, repensar e reavaliar. Mas este trabalho de escuta foi importante também neste momento do tratamento para acrescentar ferramentas na construção da direção de tratamento institucional.

Em uma reunião na escola, pudemos constatar mudanças de posição dos pais em relação ao lugar deste filho. Luiz não era mais visto como impotente mais ao contrário, um menino cheio de possibilidades. A escola relata que havia iniciado uma atividade de futebol, mas Luiz se dizia cansado e não queria fazer, quase cedendo, deixando-o no lugar de exceção a escola é advertida pelos pais que Luiz poderia sim fazer. Hoje, o futebol é algo utilizado muitas vezes por ele no grupo para se apresentar na parceria com outro menino que faz parte do grupo, possibilitando laços e duplas entre meninos.

Nos atendimentos individuais, a brincadeira se desdobra para o jogo de esconde-esconde. Ele conta até 10 e o analista se esconde. Ele procura, depois os papéis se invertem, o tempo aumenta, da contagem até 10 passa para contar até 20.

Ele faz estratégias, ele se esconde em baixo do sofá, na mesma sala onde aquele que conta está. Quando há o distanciamento para procurá-lo ele vai até o 'pic' - pic é o lugar na brincadeira de esconde-esconde - onde aquele que está escondido pode sair do esconderijo e se 'salvar' sem ser pego. Ou seja, é o 'porto seguro' onde não é necessário mais ficar escondido, é preciso chegar antes daquele que o está procurando.

Nesta brincadeira, podemos pensar na construção do Fort-Da, onde ele aparece e desaparece, contar até 10 ou 20, é o tempo que se leva para desaparecer. Através desta brincadeira, ele faz uma suplência (Fort-Da), onde não há o simbólico.

Como afirma Quinet (2003, p.18): "Por falta de referência simbólica o sujeito psicótico funciona no registro imaginário, onde o outro é tomado como espelho e modelo de identificação imediata. Disto decorrem os fenômenos de projeção, rivalidade, onde identificação e erotização se confundem. O semelhante é apreendido apenas no registro do imaginário onde a relação especular é a regra".

Do lugar de 'dejeito/objeto', Luiz pôde construir um outro lugar, daquele que cria histórias, que as escreve, fazendo uma suplência de um simbólico 'frágil' onde o imaginário 'reina' para possibilidades

de estratégias criadas por ele, fazendo face a estes momentos de 'desamparo', onde por falta de recursos simbólicos Luiz caía em um buraco sem 'fundo' como se fosse um abismo, sem possibilidades de elaboração.

Passaram-se dois anos desde o início de tratamento, a instituição repensa a direção de tratamento, o pagamento institucional é colocado em questão pela equipe. A referência institucional marca uma conversa com os pais para conversar sobre diferentes aspectos. O pagamento institucional é a pauta da discussão.

“Uma análise sem transferência é uma impossibilidade”, constata Freud. É acreditando e trabalhando neste viés que após algum tempo a instituição pôde repensar a direção de tratamento e a discussão do valor do pagamento institucional. Voltar ao tema inesgotável da transferência, arma de uma resistência e alavanca da análise, obstáculo e auxiliar, eis a dupla cara da transferência. Esta é a afirmação freudiana que em forma de pergunta se formula: ***“como a transferência pode ser ‘o maior obstáculo’ e ao mesmo tempo ‘o mais poderoso’ auxílio no tratamento analítico?”*** Assoun (2006, p. 13)⁶.

Podemos nos perguntar “Como ocorre a mudança da transferência do estatuto de ‘arma poderosa da resistência’ ao ‘melhor instrumento da cura analítica?” Esta é a física central da transferência e utilizaremos este viés para pensar na direção de tratamento institucional para este caso em questão.

Uma idéia forte em Freud é que a transferência é a prova maior dos processos inconscientes em sua dimensão de conflito. Retomamos o caso em questão e a direção de tratamento.

O investimento financeiro institucional foi pensado a partir da transferência inicial estabelecida, ainda frágil, através do discurso estabelecido pelos pais dizendo de suas impossibilidades financeiras. Vale ressaltar que, no histórico institucional, inicialmente os atendimentos terapêuticos acolhiam prioritariamente as demandas de famílias com poucos recursos financeiros.

Voltando ao novo contrato institucional, o trabalho da referência segue com alguns encontros com os pais na tentativa de discutir o investimento no tratamento, investimento este que será simbolizado pelo pagamento.

Ao entrar na questão financeira, a impossibilidade aparece a todo vapor. Impossibilidade e impotência por parte destes pais, ‘não tem recursos, estão atolados de dívidas’. Este trabalho de escuta destes pais perdurou por algum tempo, o manejo da transferência foi algo de muita discussão em reuniões de equipe.

Os pais de Luiz trazem como direção, a impossibilidade de continuar com o grupo terapêutico e o atendimento individual, alegando o preço ***“caro”*** que seria arcar com estes dois dispositivos neste momento e impõe uma decisão à referência: ‘atendimento individual ou grupo’? o que não é respondido pelo imperativo: este ou aquele! Diante deste ‘silêncio’ do analista, eles se posicionam pelo atendimento individual e a saída de Luiz do grupo.

A direção do trabalho foi o deslocamento da questão: grupo ou individual, para possibilitar um giro discursivo da impotência, impossibilidade, para ‘comemorar’ a potência destes pais e a potência de Luiz. Na tentativa de surpreendê-los, através do inesperado, tirando-os da culpa por não poder pagar mais (*pois sabem que pagam pouco e a instituição merece mais; fala deles próprios*).

É urgente manejar a transferência institucional que está em jogo, a perda de amor vivenciada por estes pais, se traduz na ‘desqualificação’ da instituição e a busca da ‘infância perdida’, do passado vivido quando Luiz foi encaminhado para primeiro tratamento, ainda na pré-escola.

A agressividade dirigida para instituição é recebida por ela sem responder do lugar da ‘guerra’ e sim acolhendo. Decide-se por não mais ser conivente com o lugar que eles insistiam em ficar, impotentes como Luiz quando chegou ao tratamento.

O “corte’ produzindo a ‘perda do gozo, possibilitou a família ocupar um outro lugar, lugar da potência e de possibilidades. Hoje eles continuam freqüentando o grupo de pais, Luiz continua no grupo

6 Tradução livre. ‘Afirmação freudiana’, citado por Assoun em seu livro de bolso: *Leçons psychanalytiques sur ‘Le Transfert’*.

terapêutico e pôde reivindicar o seu tratamento individual, pois segundo ele: “*eu preciso deste espaço para pensar em estratégias com a Marina⁷ sobre como eu posso me relacionar melhor com as pessoas lá fora*”.

De um lugar de impotência, da falta de recursos financeiros, hoje eles continuam o trabalho institucional, ampliaram os investimentos financeiros, sem culpas. Luiz não está mais na posição de um “não lugar”, agora cada um tem seu lugar, que seja na instituição ou fora dela.

Para terminar, mas não fechar a questão, gostaria de citar um trecho do texto de Freud (1913), “Sobre o início de tratamento”, onde ele faz a comparação, famosa, da psicanálise com o jogo de xadrez e afirma: *Todo aquele que espera aprender o nobre jogo de xadrez nos livros, cedo descobrirá que somente as aberturas e os finais dos jogos admitem uma apresentação sistemática exaustiva e que a infinita variedade das jogadas que se desenvolvem após a abertura desafia qualquer descrição deste tipo. (p.164)*

É a partir da idéia de uma infinita variedade de lances que a equipe pensa a possibilidade de uma criança em tratamento na instituição. É a oferta e não a imposição que permitirá que se produza, se não um pedido, quiçá uma interrogação sobre a possibilidade de um trabalho conjunto. Neste sentido podemos ‘provocar’ as diferentes pessoas envolvidas, permitindo que as certezas a respeito daquela criança dêem lugar às interrogações, fazendo com que eles passem do estatuto de resposta, para a pergunta: “É possível tratar esta criança?”

O início de tratamento deve, necessariamente, passar por um tempo de trabalho prévio como o que Freud (1913) denominou *tratamento de ensaio* (para indicar um trabalho prévio à análise propriamente dita) e, posteriormente, Lacan chamou de *entrevistas preliminares*, assinalando que há um limiar, uma porta de entrada para esse processo.

Referências Bibliográficas

- ASSOUN, P-L. (2006). *Leçons psychanalytiques sur Le Transfert*. Paris, Anthropos.
- FREUD, S. (1895). Estudos sobre a histeria. In: *Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud*, vol. 2. Rio de Janeiro, Imago, 1969.
- _____. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: *Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud*, vol. 10, p. 15. Rio de Janeiro, Imago, 1969.
- _____. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud*, vol. 12, p. 149-159. Rio de Janeiro, Imago, 1969.
- _____. (1913). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). In: *Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud*, vol.12, p.164-187. Rio de Janeiro, Imago, 1969.
- _____. (1918). Linhas de progresso da terapia psicanalítica. In: *Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud*, vol. 17, p. 201-211. Rio de Janeiro, Imago, 1969.
- _____. (1920). Alem do Princípio do Prazer. In: *Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud*, vol. 18 . Rio de Janeiro, Imago, 1969.
- _____. (1937). Análise terminável e interminável. In: *Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud*, vol. 23, p.247-290. Rio de Janeiro, Imago, 1969.
- KUPFER, M.C.M.; PINTO, F.S.C.N. e Orgs. (2010). *Lugar de Vida, Vinte Anos Depois – Exercício de Ed. Terapêutica*. São Paulo, Ed. Escuta (FAPESP).

⁷ Nome fictício da analista de Luiz

- LACADÉE, P. (2011). O Despertar e o Exílio – ensinamentos psicanalíticos da mais delicada das transições a adolescência. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria Ltda.
- LACAN, J. (1951). Intervenção sobre a transferência. In: *Escritos*. p.214-225. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.
- _____. (1969-70). *Le Séminaire* – livro 17: L'Envers de la Psychanalyse. Paris, Seuil, 1991.
- _____. (1975). Conférence à Genebre sur le symptôme. In : *Le Bloc-Note de la psychanalyse*, 5, p.5-23, 1985
- PETRI, R. (2008). Psicanálise e infância – Clínica com crianças. Rio de Janeiro, Ed. Companhia de Freud (FAPESP).
- QUINET, A. (2003). Teoria e clínica da psicose. 2. Ed. Rio de Janeiro, Forense Universitário.
- ROUDINESCO, E., PLON, M. (1998). Dicionário de psicanálise.
- STEVENS, A. (1996). A clínica psicanalítica em uma instituição para crianças. In: *Estilos da Clínica – Revista sobre a Infância com Problemas*, vol. 1, n.1, p.58-67. São Paulo, USP – I.P.

A transferência em diferentes modelos de intervenção precoce em comunidades de baixa renda

Nadia Regina Prando¹

Tereza Marques de Oliveira²

Palavras-chave: Consultas Terapêuticas; Oficina Boneca-Flor; Transferência; Intervenção precoce.

A Transferência

Para compreender o conceito de transferência na contemporaneidade é necessário fazer um recorte histórico de sua evolução, através das definições apresentadas por Freud. Em 1985 no *Estudo sobre Histeria* ele afirma que as representações inconscientes são incapazes de penetrar no pré-consciente, necessitando então se conectar a representações já pertencentes ao pré-consciente formando uma "conexão falsa" que erroneamente seria ligado a figura do médico.

Em 1900 Freud reformula o conceito de transferência, ligando-o aos sonhos. Em *A Interpretação dos Sonhos*, ele descreve que o deslocamento afetivo de uma representação inconsciente a outra pré-consciente pode ocorrer quando a representação do analista funciona como resto diurno do sonho, tomando lugar dos objetos originais, favorecendo a resistência.

A transferência não era vista como parte fundamental da relação analista-paciente para o sucesso da análise, como ilustra o caso Dora, no qual a transferência é vista como um conjunto de fantasias ou experiências afetivas passadas que devem ser revividas na relação com o analista, portanto a função da análise seria pontuar, explicar e destruir estas transferências.

Na *A Dinâmica da Transferência* em 1912 Freud continua considerando a transferência como a resistência mais poderosa ao tratamento, ele descreve o desenvolvimento do sujeito a partir dos impulsos libidinais dizendo que estes se dividem em uma parte da personalidade que fica consciente e outra parte que se mantém inconsciente, de forma que esta catexia libidinal insatisfeita irá se dirigir à figura do médico. Com a descoberta do Complexo de Édipo, Freud descreve que esta libido inconsciente entra num curso regressivo, ou seja, a força da libido inconsciente se torna mais forte que a consciente, e revive as imagos infantis, como a imago paterna, do paciente, através da figura do analista.

Um novo olhar referente à neurose de transferência é descrito em uma das conferências de Freud em 1916, onde o papel da transferência é ainda explicado de acordo com sua relação com a resistência. Freud descreve que quanto maior a intensidade e persistência da transferência maior a expressão da resistência, a qual seria dividida em dois tipos: a transferência positiva, carregada de sentimentos afetuosos e a transferência negativa, que possui sentimentos hostis.

Portanto Freud sustentava como ideal do tratamento a rememoração completa ou o preenchimento das lacunas do passado infantil, tendo a transferência como resistência a esta completa rememoração devido ao alto conteúdo emocional inconsciente que é transferido das figuras originais ao analista.

¹ Apresentadora do trabalho. Psicóloga pela PUC - São Paulo; Especializanda em Psicanálise da Criança pelo Instituto Sedes Sapientiae- São Paulo; Integrante Voluntária e Coordenadora de projetos da ONG HABITARE. nadia_prando@hotmail.com

² Doutora pelo Instituto de Psicologia Clínica, USP - São Paulo; Presidente e Coordenadora da ONG HABITARE; Membro do Departamento de Psicanálise da Criança e do Espaço Potencial do Instituto Sedes Sapientiae - São Paulo tereza.m.o@hotmail.com

Em 1910 Freud introduz o termo da contratransferência no trabalho *As Perspectivas Futuras da Terapia Psicanalítica*, descrevendo que a terapia analítica baseia-se em três fatores: o progresso interno, o incremento da autoridade e a repercussão geral do trabalho nos analista. Deste modo a contratransferência seria a influência do doente sobre os sentimento inconscientes do analista, de forma que a análise pessoal do analista seria de extrema importância, já que nenhum analista conseguiria ir além de seus próprios complexos e resistências internas.

Depois de Freud diferentes teorias surgiram com base em determinados pontos pelos quais Freud passou em seu desenvolvimento da teoria. Para o autor Racker (1982), existem dois grupos de analistas que seguem duas técnicas distintas, devido ao enfoque que Freud fez em dois aspectos diferentes da dinâmica da transferência:

Para um grupo de analistas, a transferência é, predominantemente, resistência. O essencial do processo analítico está em 'recordar' a infância reprimida propriamente dita, em 'preencher as lacunas mnêmicas', e a transferência é- segundo Freud – um instrumento para isso ... Para outro grupo de analistas, o essencial no processo analítico está na própria transferência, ou seja, na revivência, devendo simultaneamente 'impedir-se uma nova repressão' . (Racker, 1982, p.48)

Winnicott (1954) fala da importância de considerar a história do desenvolvimento da pessoa no estabelecimento do diagnóstico. Para ele, a transferência segundo o conceito clássico somente se aplicaria aos pacientes que não tiveram falhas de maternagem no período da dependência absoluta (1945). Para aqueles que não puderam contar com um ambiente suficientemente bom nesta época, o que é projetado na figura do terapeuta são experiências de abandono e desamparo vividas num momento anterior a constituição de um aparelho psíquico com recursos para representar e portanto reprimir tais conteúdos.

Assim, tomando como referência a classificação sugerida por Racker (1982), Winnicott pertenceria ao segundo grupo de analistas por considerar a transferência fenômeno fundamental para o estabelecimento do espaço potencial entre paciente e analista. Nele, através do trabalho do analista, o não acontecido pode acontecer, ou seja, é possível viver uma experiência e retomar o desenvolvimento. Percebemos então que há diferenças entre a clínica clássica e a de Winnicott que adota um conceito fenomenológico e temporal, no qual evolui o desenvolvimento do ser humano e o faz de acordo com o auxílio do meio ambiente. As diferenças teóricas resultantes de uma nova compreensão da transferência resultam em mudanças no setting terapêutico, com um novo enfoque ao trabalho clínico:

"A clínica Winnicottiana, de fato, não é clínica do significado, mas a clínica do acontecimento. Não é a clínica do reprimido, mas a clínica do não-acontecido. Não é a clínica do inconsciente, mas a clínica do a-consciente e do a-inconsciente. Revelou-se para mim, também, que se tratava de uma clínica em que a concepção de transferência sofria uma transformação profunda. A transferência não mais poderia ser compreendida como fruto de um deslocamento, ou da, identificação projetiva. Trata-se de uma transferência norteada pela busca do não-acontecido." (Safra, 2007).

Então, para Winnicott que considera o setting metáfora dos cuidados maternos, o analista, na transferência, exerce a função da mãe suficientemente boa que oferece um ambiente acolhedor, confiável e continente ao bebê, indispensável ao desenvolvimento emocional do indivíduo. Na análise de pacientes que desenvolveram um falso self, ou que não possuem um ego formado intacto, como ocorre no caso que será apresentado oportunamente, Winnicott (1955-6) pontua a necessidade de dar maior importância ao manejo do que a interpretação; o analista deve ser suficientemente bom para adaptar-se à necessidade do paciente, suscitando neste a esperança de que o verdadeiro self não sofrerá riscos e assim poderá a viver.

Como dissemos anteriormente, o encontro do analista com o paciente se dá no espaço potencial, ou seja na terceira área da experiência humana, na qual o brincar é possível, e na qual a transferência também é possível:

"A transferência é compreendida por esse vértice como uma forma de brincar. O paciente faz um movimento de busca do analista e o analista, por sua vez, deixa-se encontrar através da singularidade e do estilo de ser do paciente. O analista lá está, em disponibilidade, para ser usado pelo paciente e para vir a

ser destruído em um determinado momento do percurso da análise. A destruição do analista como objeto subjetivo é um momento fundamental da análise, mas a disponibilidade do analista de colocar-se no lugar do objeto subjetivo implica também a capacidade de poder jogar, de viver dentro do espaço potencial." (Safra, 1999, pg.99)

Portanto a análise só é possível se houver a capacidade, tanto do analista quanto do paciente, de vivenciar o espaço potencial, isto é, utilizá-lo como um espaço de co-criação numa verdadeira comunicação entre ambos (Winnicott,1971).

Oficina Boneca- Flor

A confecção da Boneca-Flor foi inicialmente idealizada por Françoise Dolto (1949/1993), para o uso com seus pacientes regredidos, com o objetivo de emergir conflitos primitivos. Já a nossa proposta da **Oficina Boneca- Flor** tem como objetivo oferecer um ambiente terapêutico de cuidado, com base nas propostas dos trabalhos desenvolvidos por Aiello-Vaisberg e Granato (2004), e no modelo de intervenção das Consultas Terapêuticas (Winnicott, 1971a/1984). A Oficina propõe a confecção de uma boneca de pano com cabeça vegetal, num contexto de grupo, com o propósito de abranger um número maior de beneficiárias. O encontro do grupo ocorre uma vez por semana, com duração de uma hora, em média por três meses.

A população atendida é caracterizada por precárias condições socioeconômicas, onde o ambiente se caracteriza pela desconfiança e desamparo, o que dificulta a expressão da subjetividade através da fala. Portanto o uso da materialidade Boneca-Flor pode auxiliar na expressão genuína do *self* e integração dos estados emocionais, sem forçar a fala como único modo de expressão, já que a materialidade se define pelo uso de qualquer material que possibilite criar representações simbólicas de conteúdos emocionais.

Da mesma forma como ocorre no setting das Consultas Terapêuticas, em cada encontro da Oficina tem-se um começo, meio e fim, utilizando como principal intervenção o "Holding" (Winnicott,1945), onde o terapeuta se faz presente e sensível às necessidades do grupo, a fim de sustentar um espaço em que seja possível a manifestação do gesto espontâneo. Deste modo, a materialidade-mediadora Boneca Flor, é apresentada às gestantes como uma mãe apresenta o mundo a seu bebê, em pequenas doses, e oferece às gestantes a oportunidade de brincar, como propôs Winnicott (1968/1994) no Jogo do rabisco.

A gestante Jiane participou de forma assídua ao grupo da Oficina Boneca-Flor, onde as gestantes se sentavam em roda e livremente conversavam sobre diversas questões enquanto confeccionavam suas bonecas. Jiane tem 24 anos, veio do interior de Minas é casada há cinco anos e moradora de São Paulo desde o casamento. Durante o período da Oficina Jiane conversava pouco, nos primeiros encontros todas ficavam mais caladas e preocupadas com a costura, comentavam que não tinham a experiência de costurar, algumas também não tinham a experiência em ser mãe, como Jiane, estavam a espera de seu primeiro bebê.

Sempre mais observadora, Jiane costumava participar das narrativas sobre o mal estar e enjôos provenientes da gestação, ela teve enjôos e vômitos com muita frequência, o que a fez vivenciar a gestação como algo horrível, onde não haviam aspectos positivos. A todo o momento acolhíamos seu relato expressivo e pontuávamos como devia ser difícil esse período de enjôos, as outras gestantes também a acolhiam, dando-lhe dicas do que comer para amenizar os enjôos.

Este trecho demonstra como foi possível através da transferência de Jiane com as Psicólogas e com as outras gestantes, que ela vivesse uma experiência de cuidado e acolhimento.

Nos encontro, enquanto confeccionava a boneca, Jiane muitas vezes se queixava da sua costura, mostrando-se insatisfeita, ela relatava: "minha boneca está horrível" (sic), mas se mantinha persistente. Comentávamos como ela parecia ter medo de costurar, sempre muito crítica sobre seu fazer, mas como também estava conseguindo construir sua boneca, costurava bem e sua boneca estava tomando forma assim como seu bebê. Aqui percebe-se como a Boneca permitiu a projeção de Jiane frente as suas inseguranças e desagrado referentes a sua gestação.

Consultas Terapêuticas

No Projeto **Consultas Terapêuticas Pais-Bebês: Prevenção e Psicoprofilaxia em Saúde Mental Infantil**, oferecemos atendimento aos bebês e seus respectivos pais e/ou cuidadores³, uma vez detectados dificuldades no desenvolvimento da criança provenientes de vínculos disfuncionais ou quando as beneficiárias procuram o serviço espontaneamente, o que caracteriza o caso aqui relatado.

Jiane começou a ser atendida quando sua filha Bela⁴ já estava com 7 meses, o atendimento foi feito por uma Psicóloga e uma co-terapeuta estagiária do quinto ano do curso Psicologia. Foram realizados cerca de 40 encontros até ela receber alta, devido a depressão acentuada e a ideação suicida, o atendimento teve de sair do modelo de 4 encontros. Durante as sessões a estagiária sentava no chão e brincava com Bela, fazendo comentários e muitas vezes conversando também com a mãe, enquanto a Psicóloga oferecia um escuta mais atenta a mãe, mas sem deixar de dar atenção a Bela, a qual demandava freqüentemente seu olhar.

Jiane tem cabelos pretos que estavam sempre presos, vestia sempre a mesma calça e independente do frio usava chinelos, o único aparato que representava uma feminilidade mais delicada eram seus brincos, usados sempre e alternados, foram referidos por ela como único objeto com o qual ela não conseguia viver sem.

Ao nos apresentar sua filha Bela, observamos uma menina sorridente, branquinha de cabelos castanhos, que sempre vestia roupas rosas ou roxas combinando e com algum detalhe no cabelo, parecia que com a filha a delicadeza feminina podia aparecer escancaradamente.

A queixa de Jiane era de estar sempre muito triste e chorosa, pensando muitas vezes em se jogar debaixo de ônibus, ela relatava que desde que veio do interior de Minas Gerais, numa fuga da família que a “maltratava” (sic), nunca conseguira se desvincular completamente da família, pois, seu sentimento de culpa por estar longe e não estar cuidando de sua mãe a afligia sempre.

Jiane é filha do primeiro casamento da mãe, assim que nasceu sua mãe fugiu e se casou com seu padrasto, com quem teve mais 3 filhos. O padrasto, a chamava de filha como aos outros, mas era muito violento tanto com os filhos quanto com a mãe. Jiane relatou sofrer ao ver a mãe apanhando, e disse se sentir obrigada a ajudá-la. Chorosa ela relata que sentia diferença de sua mãe em relação a ela e aos outros filhos, contou que a mãe sempre tomou medicação pra depressão e não lhe oferecia carinho, mandava ajudar na casa, a cuidar dos irmãos, e a criticava verbalizando que nada que Jiane fazia era bom o suficiente.

Diante deste sofrimento, a principal atuação foi via “*holding*”, a fim de oferecer um setting seguro e acolhedor, o sentimento contratransferencial era de muito carinho, como se a Psicóloga necessitasse lhe maternar, oferecendo experiências antes não vividas por Jiane, devido as falhas desta mãe debilitada.

Jiane relatou várias tentativas de produzir coisas, a fim de ter uma independência econômica, de modo que foi de extrema importância que as Psicólogas na transferência pudessem valorizar as produções de Jiane a ponto de ela trazer trufas feitas por ela, para que provássemos e reafirmássemos sua capacidade criativa, permitindo então que ela experienciasse algo não acontecido em sua infância devido a rigidez de sua mãe.

Ao sentir-se segura na relação terapêutica Jiane relatou que engravidou numa tentativa de segurar o marido, pois este queria um filho e ela desde que viera de Minas Gerais estava muito depressiva, não conseguindo fazer as tarefas de casa. A partir deste relato pudemos fazer uma relação com suas projeções de ódio e incapacidade frente a Boneca costurada na Oficina, a gravidez descrita como algo ruim e enjoada representavam uma gravidez indesejada por ela.

Ao poucos Jiane pode demonstrar o ódio que sentia da filha por tomar tanto seu tempo e o ódio da mãe por não ter lhe oferecido coisas boas. No fim das sessões quando sua filha ia em busca de seu colo e seio

³ Apesar da proposta ser atender à criança e aos pais /cuidadores, em sua grande maioria, os atendimentos acontecem somente com a mãe e o bebê. São diversos os fatores cotidianos que têm impedido os pais de comparecerem, e a *Habitate* tem se dedicado a refletir sobre eles; em ocasião oportuna, pretendemos apresentá-los e discuti-los.

⁴ Nome fictício.

Jiane muitas vezes se negava a amamentar a filha por estar com muita raiva, dizia: “estas coisas ruins podem passar pelo leite” (sic), o que gerou sentimentos de raiva e desconforto nas terapeutas. Esta verbalização demonstrava como o sentimento de raiva e amor representavam partes cindidas do *self* de Jiane.

O ódio como Winnicott descreve apareceu para indicar que Jiane agora podia zangar-se frente as falhas da infância e frente as falhas da análise, que eram relatadas quando uma das Psicólogas faltava, dando espaço para que o eu verdadeiro passasse a vivenciar a realidade.

Enquanto a estagiária brincava com Bela durante as sessões, Jiane apontou que em casa era diferente pois, ela não brincava com a filha e queria que esta ficasse quieta brincando sozinha. Sua falta de modelo e paciência para estar plenamente com Bela representavam seu ódio e parte de sua atuação repetindo questões transgeracionais. Jiane reconheceu que não poder brincar com sua filha enquanto a estagiária conseguia, a irritava, como se ela não pudesse oferecer coisas boas à filha, assim como sua mãe não lhe ofereceu coisas boas. Esta raiva transferencial permitiu que Jiane relatasse esse sentimento e integrasse sua ambivalência ao seu eu verdadeiro, descrevendo: “parece que temos dois lados diferentes”.

Além do manejo da estagiária com Bela, realizamos também um manejo entre mãe e filha, através do envolvimento de todas num brincar, fingíamos que éramos alimentadas por Bela, e sentávamos todas juntas para brincar, até Jiane nos trazer brinquedos que comprara para filha e descrever que conseguia brincar com sua filha em casa.

Logo Jiane conseguiu colocar Bela na creche possibilitando sua separação da filha, e passou a procurar modos de se tornar independente, fez cursos e conseguiu um emprego de manicure, até decidir que já era capaz de trabalhar por si mesma e que atenderia as clientes em sua casa.

Com isto finalizamos o atendimento pontuando como Jiane se tornara uma pessoa completa, com desejos e capacidade de realizações, o desfecho foi muito importante para que ela pudesse também relatar sua raiva e tristeza por nós a deixarmos. Neste momento a transferência foi também de extrema importância para que Jiane pudesse viver a separação de uma forma diferente, ela pode descrever sua raiva, sua tristeza e insegurança e no último encontro nos trouxe seus planos, nos demonstrando que iria dar conta de continuar sua existência após esta separação.

Através destes modelos de Intervenção Precoce, tanto na Oficina quanto nas Consultas a existência de um espaço potencial entre paciente e analista foi fundamental para que a análise acontecesse, e é nesta acontecência que entra a transferência como possibilitador da paciente viver experiências antes não acontecidas e de extrema importância para constituição de seu eu verdadeiro, ou seja, para continuidade de seu desenvolvimento.

Além disso a Oficina em grupo permitiu que ela pudesse projetar aspectos seus de ódio e insegurança na Boneca e assim relatar seus desconfortos sobre a gestação, podendo desta forma integrar partes de seu *self* que não desejavam a gravidez.

Já os atendimentos individuais, inspirados nas Consultas Terapêuticas permitiram que a mãe revivesse experiências primitivas possibilitadas pelo setting de confiança e pelo “*holding*” e “*handling*” oferecidos pela Psicóloga e pela estagiária. Jiane pode falar sobre suas angustias, seus sentimentos ambivalentes, de modo que estas partes puderam ser integradas a seu *self*, diminuindo sua depressão e fortalecendo o vínculo mãe-bebê.

Este relato de caso permite que demonstremos grande eficácia de nossos projetos em Intervenção Precoce, permitindo, em sua maior parte, que vínculos patológicos entre pais e bebês não se cristalizem, favorecendo assim o desenvolvimento saudável da díade.

Referências Bibliográficas

- Aiello-Vaisberg, T. M. J, Vitali, L.M. *Flor-rabisco: A Oficina psicoterapêutica de arranjos florais*. In: *Caderno Ser e Fazer: apresentação e materialidade*, Instituto de psicologia – Universidade de São Paulo, 2003.
- Aiello-Vaisberg, T.M.J.; Micelli-Baptista. *O coelho Ludivico: intervenção na clínica winnicottiana*. In: *Aiello-Vaisberg T.M.J; Ambrosio F.F. Cadernos Ser e Fazer: O brincar*. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2004.
- Dolto, F. (1949). *Cura psicanalítica com a ajuda da boneca flor*. In: *No Jogo do Desejo*. Lisboa, Relógio D'Água, 1993.
- Figueiredo, L.C. *As diversas faces do cuidar*. São Paulo: Escuta, 2009.
- Freud, S. *A Interpretação dos Sonhos* (1900). In: *Obras Completas*, vol.4, p.39. Trad. Coord. Jayne Salomão. Rio de Janeiro. Imago, 1976.
- _____ *As Perspectivas Futuras da Terapia Psicanalítica* (1910). In: *Obras Completas*, vol.11, p.127. Trad. Coord. Jayne Salomão. Rio de Janeiro. Imago, 1976.
- _____ *A Dinâmica da Transferência* (1912). In: *Obras Completas*, vol.12, p.193. Trad. Coord. Jayne Salomão. Rio de Janeiro. Imago, 1976.
- _____ *Conferências Introdutórias à Psicanálise* (1916-17). Conferências XXVII, XXVIII. In: *Obras Completas*, vol.15, p.27. Trad. Coord. Jayne Salomão. Rio de Janeiro. Imago, 1976.
- _____ *Além do Princípio do Prazer* (1920). In: *Obras Completas*, vol.18, p.17. Trad. Coord. Jayne Salomão. Rio de Janeiro. Imago, 1976.
- _____ *Estudos sobre a Histeria* (1985). In: *Obras Completas*, vol.4, p.1. Trad. Coord. Jayne Salomão. Rio de Janeiro. Imago, 1976.
- Granato, T. M. M.; Aiello-Vaisberg, T. M. J. ; Ferreira, M. H. J. . *Oficina de Costura para gestantes e mães: espaço de acolhimento e retomada do processo criativo*. In: *Anais do XIII Encontro Latino-Americano sobre o Pensamento de Donald Winnicott*.(p. 630-634). Porto Alegre, 2004.
- Oliveira, T. M. *Atenção Materna Primária e Consulta Terapêutica: uma proposta de prevenção comunitária*. (2008). Tese de Doutorado em Psicologia - Instituto de Psicologia da Universidade São Paulo –São Paulo.
- Racker, H. *Estudos sobre Técnica Psicanalítica*. Trad. De José Cláudio de Almeida. Porto Alegre, Artes Medicas, 1982.
- Safra, G. *Seminário de Gilberto Safra no Sedes*. En: *Espaço Potencial: diversidade e interlocução*, p.49-66 – SP: Landuz Editora, 2007.
- _____ *A clínica em Winnicott*. (1999). In: *Natureza Humana: Revista internacional de filosofia e práticas clínicas/Grupo de pesquisa em Filosofia e Prática Psicoterápicas do Programa de Estudos Pós-Graduandos em Psicologia Clínica da PUC-SP- vl.1,n 1 (1999)- São Paulo: EDUC,1999.*
- Winnicott, D. W (1945) *Desenvolvimento Emocional Primitivo*. In *Winnicott, D. W. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise – obras escolhidas*.(p.218-232) (Bogomoletz, D. trad). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____ (1956) *A preocupação materna primária*. In *Winnicott, D. W. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise - obras escolhidas*. (Bogomoletz, D. trad). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____ (1968) *Jogo do Rabisco*. In: *Winnicott, C.; Shepherd, R.; Davis, M. Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1971) *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro. Imago, 1975.
- _____ (1955-6) *Formas Clínicas da Transferência* . Rio de Janeiro. Imago, 1974.

A construção da história inicial de vida e sua importância para a criança em acolhimento

Pammela Makarowits de Mattos¹

Dra. Denise Sanchez Careta; Profa. Dra. Ivonise Fernandes da Motta

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – LAPECRI/USP

Palavras-chave: D. W. Winnicott; Integração; Enquadres Diferenciados; Espaço Potencial.

Apresentação

Esta experiência clínica foi realizada com uma criança de sete anos, acolhida em uma instituição na Grande SP, em virtude de maus tratos, negligência e drogadição na família. Os atendimentos psicológicos, com frequência semanal, ocorrem no contexto institucional desde 2010. Ao longo destes atendimentos, a criança relata desconhecer a sua história de vida inicial, e revela, portanto um estado confusional sobre si mesma.

Winnicott (1954/1990:173-176) dialoga neste sentido, sobre uma distorção no desenvolvimento emocional humano, uma vez que a criança afastada de seu lar precocemente não obteve cuidados suficientemente bons e capazes de sobreviver no tempo.

Diante do quadro apresentado pela criança identificamos sua necessidade básica de integrar no tempo seu passado e presente e sugere à criança a construir um livro sobre sua história de vida inicial. Tal intervenção teve como objetivo proporcionar à criança um espaço para que ela vivesse experiências significativas amparadas por um ambiente sustentador.

Para Safra (2005:79):

“O encontro do bebê com o corpo da mãe devotada dá a ela condições de ter um repertório imaginativo que o capacitará a elaborar, imaginativamente, as funções corporais. Portanto, as diferentes funções corporais atualizam as qualidades dos encontros que o bebê teve com sua mãe. Trata-se de um repertório que é fruto da presença humanizadora do outro. A criança ganha unidade corporal por meio e na presença do outro, surgindo paulatinamente um corpo psíquico: um corpo cujas funções foram elaboradas imaginativamente.”

Esse ambiente de devoção e cuidado oferecido pela figura materna é de extrema importância para que o bebê possa dar início à constituição das bases de *self*. É neste estágio que o bebê estabelecerá a separação entre o não-eu e eu e, este cuidado proporcionado pela mãe inspirará ao bebê confiança no ambiente para caminhar em seu desenvolvimento emocional. De acordo com Winnicott (1971/1975:145-152), este é o fundamento de espaço potencial.

Ainda: “À medida que o *self* se constrói e o indivíduo se torna capaz de incorporar e reter lembranças do cuidado ambiental, e portanto de cuidar de si mesmo, a integração se transforma num estado cada vez mais confiável.” (WINNICOTT, 1954/1990:137)

Assim, os encontros foram se constituindo por meio da confecção de um livro contendo desenhos e relatos elaborados pela criança, retratando sua história de vida inicial, auxiliada pela psicóloga que

¹ Psicóloga clínica e institucional. Pesquisadora e psicóloga colaboradora do Núcleo de Abrigos do LAPECRI/USP. Membro do Grupo de Estudos e Práticas Psicológicas em Instituições (GEPI), onde realiza trabalhos com famílias em processo de adoção e assessoria psicológica a instituições de acolhimento de crianças e adolescentes. pammela.mattos@uol.com.br

identificava no prontuário da criança algumas informações sobre sua família de origem.

A seguir apresentaremos uma síntese dos encontros e suas respectivas análises, seguido pelas produções gráficas desenvolvidas nos encontros.

Histórico

A criança era vista pela instituição de forma alegre, sorridente e obediente, não demandando muita atenção das cuidadoras para com ela. Nos encontros iniciais dos atendimentos psicológicos apresentava retraimento, ansiedade, estados de excitação e comportamentos obsessivos. Carolina² está inserida numa prole de oito irmãos, sendo que deste, três encontram-se em acolhimento na mesma instituição.

Desenvolvimento

1º Encontro: Ligando os pontos

Carolina decide brincar de escolinha, escolhe que a psicóloga será a professora e ela a aluna, solicitando que a psicóloga faça um desenho de liga pontos. Os pequeninos círculos feitos são unidos por Carolina, porém alguns intervalos entre os círculos que ficam sem conexão que só se unem após a psicóloga identificar para a criança estas rupturas. Carolina decide pintar o desenho solicitando a ajuda da psicóloga.

Durante este encontro Carolina relata sobre a chegada de um irmão à instituição e, psicóloga e criança falam sobre a composição familiar. A criança se confunde ao falar da própria história (não sabe dizer exatamente quantos irmãos possui). A partir desta conversa a psicóloga sugere a criança montar um livro com sua história.



Fig.1: Produção gráfica de Carolina no 1º encontro

Análise do 1º encontro

Neste encontro, há uma comunicação da criança da possível falha ambiental. As rupturas do desenho, os pontos que não foram unidos, impedem que o desenho se complete não podendo ser preenchido com o colorir. A criança experimenta a experiência de continuidade quando o desenho pode ser completo e preenchido. Evidencia-se também a necessidade da criança de compor e compreender a sua história de vida.

2 Nome fictício.

2º Encontro: O desconhecido

A montagem do livro é retomada e sugere-se que a criança desenhe-a quando nasceu. Carolina solicita que a psicóloga também faça o desenho, porém em uma folha separada. Carolina mostra dificuldades em desenhar o que havia sido sugerido e, é auxiliada, neste momento, pela psicóloga que solicita que a criança desenhe como ela imagina ser quando era um bebê. Carolina comenta sobre as diferenças dela e da psicóloga. O encontro segue-se com outro desenho, sugerido desta vez pela criança. A psicóloga faz algumas perguntas à Carolina referente à sua família e ao local em que vivia. Carolina relata somente parte do nome de sua mãe e não sabe falar o nome do pai. A psicóloga intervém e informa para a criança dados contidos no prontuário, dos quais estava em posse, fornecendo o nome do pai e da mãe. A criança solicita que a psicóloga informe sobre todos os seus dados.

Desenho do nascimento



Fig. 2: Produção gráfica 1 de Carolina no 2º encontro.



Fig. 3: Produção gráfica 1 da psicóloga no 2º encontro.

Desenho da casa



Fig. 4: Produção gráfica 2 de Carolina no 2º encontro



Fig. 5: Produção gráfica 2 da psicóloga no 2º encontro

Análise do 2º encontro

Há um encontro vivo entre criança e a psicóloga no atendimento. Também pode ser observada, a falta de registros internalizados da sua própria história, pois desconhece o nome da mãe e do pai e anseia saber o que está no prontuário anotado sobre ela. A criança também manifesta um estado confusional quando indagada sobre suas lembranças.

3º Encontro: Um corpo

Carolina solicita fazer o banheiro da casa e necessita da ajuda da psicóloga. A princípio, a psicóloga estimula a criança dizendo que ela já havia feito aquele desenho outras vezes. Entretanto, após várias tentativas da criança sem sucesso, a psicóloga realiza o desenho. Carolina conclui o desenho e, em seguida, faz outra solicitação. A psicóloga faz o desenho em outra folha separada a da criança. Carolina apresenta novamente a dificuldade em desenhar. A psicóloga auxilia Carolina colocando um boneco de pano sobre uma folha em branco sugerindo que ela o contornasse. O boneco é contornado e Carolina o conclui acrescentando o delineamento da cabeça e os mamilos livremente. A psicóloga incentiva Carolina a fazer o mesmo contorno na folha em que estava desenhando. Carolina, com sucesso, desenha o corpo, acrescenta a cabeça e o colore.

Desenho do banheiro



Fig. 6: Produção gráfica de Carolina no 3º encontro.



Fig. 7: Produção gráfica da psicóloga no 3º encontro.

Análise do 3º encontro

A criança apresenta fragmentos do corpo, pois tem muita dificuldade para elaborar desenho de um corpo, necessitando de auxílio para alcançar a capacidade de elaboração imaginativa. Esse encontro possibilitou a experiência de constituição das bases do *self*.

4º Encontro: Retomando sua história

Carolina solicita fazer o desenho do avô e, inicialmente copia o desenho da psicóloga, mas em seguida apaga o cabelo do avô e comenta: "O cabelo do meu vô não é assim, é arrepiadinho, assim." Concluído, solicita fazer a avó, porém, desta vez Carolina não copia o desenho e faz a sua própria avó, comentando as diferenças. Carolina, neste momento retoma a sua história e fala sobre o seu tio dizendo que o mesmo possui cabelo arrepiado e brinco. Novamente as diferenças são apontadas por Carolina. Outro desenho é iniciado por solicitação de Carolina. A criança apresenta dificuldades em copiar o desenho da psicóloga e seguido os insucessos solicita outra folha. Carolina conclui o desenho incluindo-a na janela da casa e complementando o desenho com o sol, as nuvens, a grama e as flores.

Desenho dos avós e tio



Fig. 8: Produção gráfica 1 de Carolina no 4º encontro.

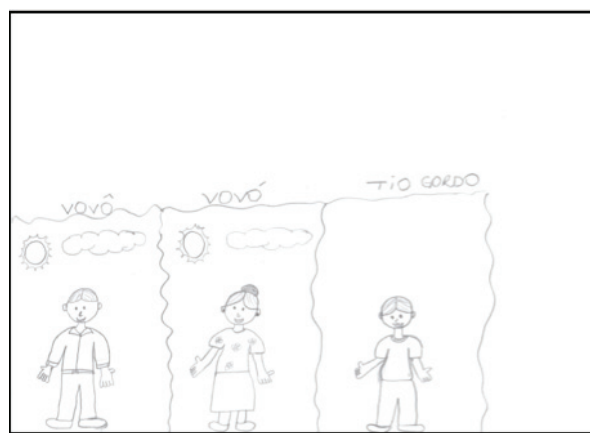


Fig. 9: Produção gráfica 1 da psicóloga no 4º encontro.

Desenho da casa habitada

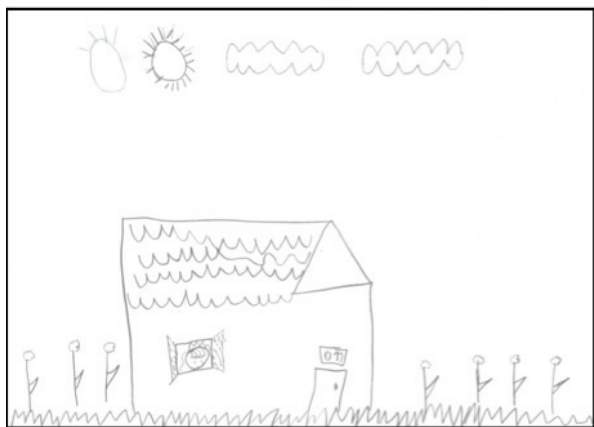


Fig. 10: Produção gráfica 2 de Carolina no 4º encontro.

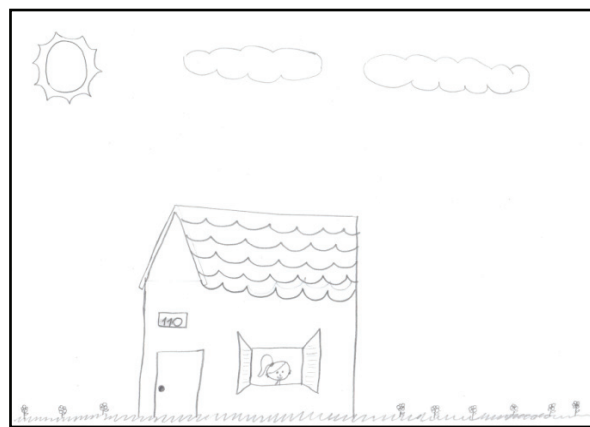


Fig. 11: Produção gráfica 2 da psicóloga no 4º encontro.

Análise do 4º encontro

A criança, neste encontro, pode experimentar a constituição da própria história de vida amparada por um ambiente sustentador. A diferenciação é experimentada e, há uma apropriação de sua própria história de vida, podendo até habitar o espaço da casa. Desta forma há um direcionamento para a constituição das bases do *self*.

Considerações finais

Percebeu-se o quanto era necessário a criança viver com a psicóloga experiências primitivas do seu desenvolvimento, na continuidade do tempo, para seguir com a construção das bases do *self*, o qual foi possível a partir da montagem do livro com histórias se suas vivências reais. Este espaço terapêutico adaptado às necessidades da criança, ou seja, o ambiente de *holding* favoreceu com que a criança, no contato com sua história de vida, pudesse experimentar lembranças com a figura materna, identificando além da privação vivida, o regaste de aspectos bons e amorosos com o objeto. A criança manifesta recursos emocionais mais evoluídos, deixando o estado confusional e integrando no espaço e no tempo sua história de vida, a qual se apresentava fragmentada.

A partir desta experiência, concluímos a importância de localizar no espaço e no tempo a história de vida da criança que se encontra em situação de acolhimento e, que, portanto, sofreu rupturas com o lar de origem. Consideramos ainda eficaz a intervenção psicológica proposta realizada no contexto institucional.

Referências Bibliográficas

SAFRA, Gilberto. *A face estética do self: teoria e clínica*. São Paulo: Idéias e Letras, 2005.

WINNICOTT, D. W. (1954) Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 374-92.

_____. (1954) Parte IV: Da teoria do instinto à teoria do ego. Integração. In _____. *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 136-42.

_____. (1954) Parte IV: Da teoria do instinto à teoria do ego. O ambiente. In _____. *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 173-80.

_____. (1960) Distorções do ego em termos de falso e verdadeiro "self". In _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983. p. 128-139.

_____. (1971) O lugar em que vivemos. In _____. *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 145-52.

O estado de desamparo em crianças vítimas de abuso sexual e suas implicações na contratransferência

Rafaela Cristina Bittencourt Garcia¹

Palavras-chave: Contratransferência, Desamparo, Clínica com crianças, Abuso sexual.

Introdução

A partir do tema da transferência na clínica psicanalítica, é possível pensar em vários aspectos a respeito da interação que o analista e a criança estabelecem entre si. No estudo teórico dessa prática, temas como o desamparo e a contratransferência são importantes na reflexão sobre a atuação clínica.

O presente trabalho pretende discutir esses dois conceitos que, desde Freud, permeiam vários estudos teóricos e a atuação terapêutica, inclusive com crianças. As observações aqui apresentadas partem de uma experiência específica, adquirida no trabalho realizado no Projeto de pesquisa e atendimento a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual – CAVAS, sediado no Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

Atendemos no Projeto CAVAS algumas crianças provenientes de núcleos familiares nos quais a negligência, a violência e os maus-tratos perpassam as relações entre os membros. Nesses casos, a necessidade de ser amado contrasta-se com um ambiente de desatenção. Quais as consequências dessas vivências para a análise e para o estabelecimento do laço transferencial com o terapeuta?

Ao se deparar com o estado de desamparo de uma criança que sofreu violência sexual, o analista tem que lidar com questões contratransferenciais, já que seu próprio psiquismo pode ser inundado por afetos relacionados aos traumas do paciente. Como lidar com suas reminiscências e, ao mesmo tempo, com questões práticas da realidade de seu paciente, considerando seu papel ético perante àquele ser que sofre ou sofreu abusos e negligências?

Para refletir sobre essas questões, este trabalho se apoiará em alguns conceitos freudianos que podem subsidiar o estudo do desamparo e da contratransferência. Essas reflexões também estarão pautadas em exemplos clínicos. Assim, pretende-se compreender melhor fenômenos presentes na clínica psicanalítica com crianças.

Esboço sobre o conceito de desamparo na obra de Freud

Ao longo da obra de Freud, o tema do desamparo pode ser localizado em diversos contextos, remetendo a problemáticas que vão desde a constituição psíquica do bebê até o mal estar na cultura, tão debatido na contemporaneidade. Menezes afirma que “No discurso freudiano, não há uma formulação precisa sobre o conceito de desamparo. A *Hilfflosigkeit* refere-se a uma problemática.” (MENEZES, 2008, P.19) Primeiramente, o termo é apresentado por Freud como algo implícito na constituição do ser. Para ele, o fator biológico que causa a neurose é o longo período que o bebê humano vive em estado de desamparo e dependência.

Sua existência intra-uterina parece curta em comparação com a da maior parte dos animais, sendo lançado ao mundo num estado menos acabado. Como resultado, a influência do mundo externo real sobre ele é intensificada e uma diferenciação inicial entre o ego e o id é promovida. Além disso, os perigos do

¹ Graduanda do curso de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Pelo segundo ano, bolsista de extensão no Projeto de pesquisa e atendimento a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual – CAVAS/UFMG

mundo externo têm maior importância para ele, de modo que o valor do objeto que pode somente protegê-lo contra eles e tomar o lugar da sua antiga vida intra-uterina é enormemente aumentado. O fator biológico, então estabelece as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado que acompanhará a criança durante o resto de sua vida. [FREUD, 2006 (1926), p. 151]

Esse desamparo inicial acompanha todos os seres humanos e faz com que seja instigada em cada um a necessidade de ser amado, de perceber o afeto que vem do outro, de ser protegido dos perigos externos. Isso acompanha os indivíduos por toda a vida e faz com que esse estado possa ser revivido em diversos outros momentos.

A *Hilfflosigkeit* de Freud diz respeito à condição de 'ausência de ajuda', como possibilidade efetiva da vida psíquica. Para ele, o fato do bebê nascer imaturo e indefeso, torna-o dependente do outro para sobreviver. O bebê precisa da ajuda de um outro, de uma 'ação específica', para pôr fim à tensão interna que experimenta. É o desamparo original, fundante e estruturante do psiquismo. A idéia do desamparo (*Hilfflosigkeit*) desenvolvida ao longo da obra freudiana, refere-se à condição de existência do sujeito no mundo (na civilização) que é apoiada numa condição de desamparo do psiquismo. (MENEZES, 2008, p. 25)

É essa a maneira inicial como o sujeito se encontra no mundo e essa condição perpassa toda sua vida. Em um primeiro momento, a criança precisa que sua tensão interna, sua excitação pulsional, seja diminuída com a ajuda de um cuidador. Posteriormente, ao longo da vida, o indivíduo tem que encontrar outras formas de lidar com afetos que o remetem ao desamparo e que fomentam uma angústia calcada nesse estado original.

Esse conceito tem diversas faces ao longo da obra de Freud. Menezes discorre sobre elas e as condensa da seguinte forma:

(...) podemos dizer que a noção freudiana de *Hilfflosigkeit* implica uma *dimensão de desamparo*, independentemente de sua concreta efetivação numa situação traumática. Há, desse modo, a *condição de desamparo*, fundante e estruturante do psiquismo relacionada, portanto, ao funcionamento da vida psíquica, relativa à linguagem na sua dimensão simbólica (somos seres de fala); e a *situação de desamparo*, como concretização dessa condição instalada na situação traumática, relativa ao excesso pulsional que não pôde ser simbolizado. (MENEZES, 2008, p. 91)

Todos os seres humanos são constituídos a partir de tal condição, que estrutura o psiquismo e a inserção do ser nas relações que estabelecerá no mundo. Já a situação de desamparo é posterior, está relacionada a um trauma, a um excesso pulsional que transborda, que remete o indivíduo àquela situação original, mas que exige dele novas maneiras de lidar com seus afetos.

O desamparo originário acompanhará o homem por toda a vida e possui amplo leque de consequências e de possibilidades de discussão. Freud, ao falar sobre a posição do homem em relação à civilização destaca que "(...) essa situação não é nova. Possui um protótipo infantil, de que, na realidade é somente a continuação. Já uma vez antes, nos encontramos em semelhante estado de desamparo: como crianças de tenra idade, em relação a nossos pais." [FREUD 2006 (1927), p. 26]

O desejo de ser amado e protegido é algo que perpassa todos os homens. Há diferentes formas de expressar esse desejo e lidar com as reminiscências de tal condição infantil. Em cada um esse afeto emergirá em diferentes situações e, com base na história de vida individual, haverá distintas maneiras de reviver esse estado.

Menezes reflete sobre as vicissitudes do desamparo e sobre sua presença no contexto da clínica psicanalítica.

Para viver, as pessoas criam possibilidades afetivas no enfrentamento da *Hilfflosigkeit*, ou seja, procuram destinos para seu desamparo: sejam destinos criativos (sua aceitação), sejam destinos funestos (seu evitamento). Esse aspecto nos remete à clínica psicanalítica, tendo em vista tratar-se de uma experiência que leva o sujeito em face de seu desamparo, tentando, portanto, lidar com a condição de desamparo. (MENEZES, 2008, p. 92)

Na clínica infantil do CAVAS, questões relativas ao estado de desamparo aparecem frequentemente e, através do lúdico, trabalha-se em prol de auxiliar as crianças a lidarem com essa condição e a elaborarem situações passadas e/ou que ainda vivenciam. Ao atender crianças assim ou posteriormente a uma situação traumática, o terapeuta tem que lidar com sentimentos que afloram nele mesmo. Dessa forma, é importante refletir sobre as especificidades da contratransferência nessas situações.

Esboço sobre o conceito de contratransferência na obra de Freud

A contratransferência é um conceito menos frequente na obra Freudiana e não foi sistematizado pelo autor. Após Freud, diferentes autores trabalharam esse tema, mas há visões muito distintas sobre ele. A contratransferência é vista por alguns apenas como um obstáculo a ser reconhecido e superado, por outros, é vista como um campo árido, mas que permite a atuação terapêutica do profissional.

Em 1910, ao discorrer sobre as perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica, Freud trabalha o tema da contratransferência, apresentando-a como algo que, nessa época, já fazia parte do trabalho dos analistas. Para o autor, no analista ela “surge como resultado da influência do paciente sobre seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência, em si mesmo, e a sobrepujará.” [FREUD, 2006 (1910), p. 150]

De acordo com essa visão, tal fenômeno precisa ser identificado na relação do analista com o paciente, para que o terapeuta possa localizar em si mesmo seus complexos e suas resistências. Para que a análise avance, é necessário que o analista reconheça o que há na relação terapêutica, localizando o que pertence ao paciente e o que é do mundo interno do próprio analista. Para Freud, é necessária uma auto-análise para o terapeuta diferenciar seus próprios conteúdos daqueles que consegue perceber no paciente. Posteriormente, o autor também trabalha a idéia de que é necessária ao jovem analista uma análise didática, realizada por outro profissional.

Em 1915, Freud apresenta o manejo da transferência como uma das maiores dificuldades na psicanálise. Assim, é fundamental reconhecer quais sentimentos são induzidos pela situação analítica.

(...) a experiência de se deixar levar um pouco por sentimentos ternos em relação à paciente não é inteiramente sem perigo. Nosso controle sobre nós mesmos não é tão completo que não possamos subitamente, um dia, ir mais além do que havíamos pretendido. Em minha opinião, portanto, não devemos abandonar a neutralidade para com a paciente, que adquirimos por manter controlada a contratransferência. [FREUD, 2006 (1915) p. 182]

Assim, percebe-se que Freud via a necessidade de reconhecermos a contratransferência para controlá-la. Mas o autor também fomenta a reflexão sobre até onde temos o controle desses afetos, o que torna tão importante tentar precisar as especificidades desse fenômeno. Isso fica muito claro no caso do atendimento de crianças do CAVAS, pois o terapeuta está sujeito a um limiar muito tênue entre a atuação clínica e o envolvimento emocional com a história individual de cada paciente.

As implicações do desamparo na contratransferência

O estado de desamparo originário que está presente na constituição de todos os indivíduos faz com que tenham necessidade de serem amados, de serem cuidados. Mas cada indivíduo encontra no meio em que vive diferentes formas de receber cuidado e amor.

Em crianças vítimas de abuso sexual, principalmente nos casos em que o abuso é intrafamiliar, o cuidador que interage com a criança pode ser o próprio agente de um segundo tipo de desamparo, posterior ao originário e traumático, seja como abusador ou como espectador conivente, que negligencia sua função de proteção.

Na prática clínica do projeto, percebe-se que, em alguns casos, as crianças não conseguem localizar o que é uma atitude de amor. Estão tão habituadas a serem invadidas, que essa forma de se relacionar pode ser a única que conhecem. Muitas delas não sabem diferenciar o que no comportamento de um cuidador é benéfico ou maléfico a si mesma. Em algumas crianças, é possível perceber uma precariedade em distinguir nos adultos os comportamentos de carinho dos abusivos. Um caso que exemplifica essa situação é o de uma criança que foi abrigada em uma instituição para ser afastada do abusador, e questionou a cuidadora do abrigo, quando esta tocou seus genitais durante o banho, comparando esse ato com o abuso que sofria.

Essa dificuldade em separar o que é cuidado do que é abuso impulsiona ainda mais os sentimentos ambivalentes da criança perante o abusador. A criança pode sentir, ao mesmo tempo, raiva do que ele lhe fez e saudade de conviver com ele, além de responsabilidade e culpa. Nas crianças abrigadas, essa ambivalência encontra ainda mais força, pois para cessarem os abusos são afastada de seu lar, revivendo, mais uma vez, um estado de desamparo. Em um outro caso atendido no projeto, um adolescente preferiu desmentir a denúncia que havia feito, pois não queria morar em um abrigo, preferia morar com a mãe agressora do que perder o mínimo amparo que ela lhe oferecia.

Na clínica, recebem-se pacientes que precisam de um auxílio para simbolizar o excesso pulsional, para elaborar o trauma. Através do lúdico, lida-se com aspectos concretos e simbólicos do trauma, dando à criança um espaço onde, quando ela se sentir confortável para isso, ela possa trabalhar as questões que a afligem. Para o *setting* analítico ela pode levar a cena do abuso em si e outras questões circundantes àquele trauma, como, por exemplo, suas relações familiares.

A neurose de transferência estabelecida pela criança é, muitas vezes, construída a partir de seu estado de desamparo, de desconfiança. Essa é mais uma especificidade dessa clínica, pois a criança precisa, em sua relação com o terapeuta, estabelecer vínculos que dêem a ela segurança de que aquele é um adulto diferente do que cometeu o abuso e a negligenciou.

Uma outra questão que vem à tona quando se atende uma criança abusada sexualmente é o papel ético do terapeuta perante aquele ser que sofre de abusos e negligências. Muitas vezes há um desamparo tanto psíquico quanto real no próprio profissional, que precisa buscar recursos em outros campos para promover a si mesmo amparo psíquico e também legal, pois são casos vinculados à rede de apoio a vítimas de violência e ao campo jurídico.

Em muitos casos, a atuação do terapeuta também é ampliada, indo além do que ocorre no consultório, pois ele tem que lidar com questões práticas, averiguar com mais detalhes como estão as relações sociais daquela criança, como está seu ambiente familiar e se ainda há contato com o abusador.

Essas histórias que comovem quem se envolve com elas suscitam no terapeuta diversos sentimentos provenientes de sua própria história, de seu próprio desamparo, e reações contratransferenciais perpassam os atendimentos. França (2009) explora diversas questões a respeito da contratransferência no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Podemos relacionar suas reflexões ao conceito de desamparo.

Uma hipótese seria a de que, ao se deparar com o estado de desamparo de uma criança que sofreu abuso sexual, o terapeuta tem seu psiquismo inundado por afetos relacionados aos traumas do paciente, enfrentando questões que remetem aos seus próprios momentos de amparo e desamparo.

É, assim, imprescindível que o terapeuta compreenda esse fenômeno analítico, podendo, então, buscar diferenciar o que vem do paciente e o que vem dele mesmo. O desamparo da criança pode tocar o desamparo do profissional, mas é preciso que este reconheça o quanto de si mesmo está implicado na situação analítica. Assim, é possível trabalhar com pacientes em situações extremas, de forma mais eficaz e condizente com sua realidade psíquica e social.

Referências Bibliográficas

- FRANÇA, C. P. (Org.) *Perversão: As engrenagens da violência sexual infantojuvenil*. Rio de Janeiro: Imago, 2010. 188 p.
- FREUD, S. As Perspectivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica. *Edição Standard Brasileiras das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. XI. p. 147-156.
- FREUD, S. Observações sobre o Amor Transferencial. *Edição Standard Brasileiras das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. XII. p. 175-195.
- FREUD, S. Inibições, Sintomas e Ansiedade. *Edição Standard Brasileiras das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. XX. p. 81-171.
- FREUD, S. O Futuro de uma Ilusão. *Edição Standard Brasileiras das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. XXI. p. 13-63.
- FREUD, S. O Mal-Estar na Civilização. *Edição Standard Brasileiras das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. XXI. p. 67-148.
- MENEZES, L. S. *Desamparo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. 126 p.

Intervenção nas relações iniciais e a transferência no atendimento clínico a pais e bebês

Rafaela Moura de Souza¹

Rayssa Yussif Abou Nassif²

Palavras-chave: Relação Pais – Bebês, Transferência , Intervenção Precoce, Integração.

Na proposta de intervenção precoce, atende-se ao mesmo tempo crianças pequenas e seus pais, de forma a oferecer um espaço em que as angústias de pais e bebê possam ser expressas e trabalhadas. Nesta modalidade de trabalho as intervenções realizadas se baseiam no discurso verbal dos pais e também no brincar do bebê, integrando ambas as formas de comunicação num rico diálogo entre terapeutas, pais e bebê.

Através da ilustração de um caso clínico atendido no Ambulatório de Pais e bebês da UNIFESP – Hospital São Paulo, buscaremos demonstrar tal trabalho de intervenção precoce e evidenciar dinâmicas da transferência no trabalho das relações iniciais entre pais, bebês e terapeutas.

Apresentaremos o caso de Michael, um bebê de um ano e cinco meses, e seus pais, atendidos em cinco sessões de Intervenção Precoce nas Relações Iniciais de Pais e Bebês. Pretendemos apresentar o caso, explicitar o caminho percorrido pela família ao longo das intervenções, apontando a queixa explícita e o trajeto até à compreensão da queixa latente, as relações transferências e contra-transferenciais que foram se construindo durante os atendimentos, as trocas conscientes e inconscientes durante as sessões entre família e terapeutas, buscando refletir sobre o papel da transferência numa modalidade de atendimento em que o terapeuta busca integrar aspectos dos pais e bebês.

¹ Especializanda em Psicologia da Infância da UNIFESP; Psicóloga pela PUC-SP. rafaela-ms@ig.com.br

² Especializanda em Psicologia da Infância da UNIFESP; Psicóloga pela Universidade Federal de São Paulo. ra.nassif@yahoo.com.br rayssa.y.nassif@gmail.com

De que modo o objeto primário pode contribuir para a atenuação do trauma no aparelho psíquico?¹

Rafaela Pazotto Verticchio² (VERTICCHIO) - Apresentadora
Isabella Cristina Barral Faria Lima³ (LIMA)

Palavras-chave: Abuso sexual; Trauma; Funções anti-traumáticas; Objeto primário.

Pretendemos, neste trabalho, refletir sobre o manejo clínico a partir das teorias a respeito das funções anti-traumáticas do objeto primário, articulando-as com o conceito de trauma psíquico. Iniciaremos a discussão com as contribuições de Winnicott sobre o desenvolvimento da criança, e abarcaremos as elaborações teóricas a respeito das funções anti-traumáticas do objeto primário, utilizando também as teorias de Klein e Bion. A partir do conceito de trauma psíquico faremos uma breve reflexão acerca da transferência na prática clínica e a função do analista, considerando nossa experiência no Projeto CAVAS/UFMG⁴.

Donald Woods Winnicott é um dos psicanalistas que mais valorizou o início da vida enquanto momento em que se organizam os pilares emocionais e psíquicos, na tentativa de se constituir a subjetividade e singularidade de todo indivíduo. Seguindo algumas das premissas de Klein (ANDRADE, 2010), de que o bebê nasce clivado e seu ego se configura ao longo dos primeiros meses de vida, ele também sustentou que a mãe emprestava provisoriamente seu próprio ego como suporte para o bebê, garantindo-lhe as condições ideais para que suas partes fragmentadas se unissem, propiciando, assim, o desenvolvimento psíquico da criança.

Winnicott lembrava-nos que, se na vida intra-uterina o bebê depende completamente da provisão física da mãe viva, inclusive em termos biológicos, após o nascimento sua dependência permanecerá por um período relativamente longo, exigindo muitos cuidados. O autor faz uma distinção entre a dependência absoluta e a dependência relativa: na primeira, o bebê não possui autonomia e lhe é imperceptível esta condição (WINNICOTT, 1979/2007). No entanto, o autor atribuía a tal estado uma característica paradoxal, já que, do ponto de vista psicológico, o bebê é dependente, mas alguma independência lhe é conferida na medida em que ele possui o que é herdado, como as tendências patológicas imutáveis e os próprios processos de maturação em potencial, (que compreendem o desenvolvimento do *self*, do ego, a sequência histórica do id, e o surgimento das defesas egoicas em relação aos instintos).

No outro período descrito por Winnicott, o da dependência relativa, o lactente tem conhecimento de sua sujeição, e vai se adaptando às progressivas falhas maternas, ocorridas no exercício dos cuidados com o bebê, seja pelo fato da mãe não conseguir interpretar bem as necessidades deste, ou por não atendê-las em tempo satisfatório. Este processo acarreta uma desadaptação gradativa que contribui para acelerar o desenvolvimento do lactente, sendo esta a recompensa deste estágio. Em contrapartida, a importância do estágio de dependência absoluta se dá na medida em que garante a continuidade e estabilidade dos processos de desenvolvimento do lactente (WINNICOTT, 1979/2007).

1 Agradecemos à orientação cuidadosa e inspiradora da Professora Cassandra Pereira França, e também às colegas do PROJETO CAVAS/UFMG, Liliâne Camargos e Larissa Bacelete, pela leitura prévia do texto e colaborações com nossos estudos.

- Trabalho realizado com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais, FAPEMIG, através de bolsas de Iniciação Científica.

2 Acadêmica do nono período do curso de graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. É bolsista de Iniciação Científica no Projeto CAVAS/UFMG. rafaelapazotto@hotmail.com

3 Acadêmica do último período do curso de graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. É bolsista de Iniciação Científica e realiza atendimentos clínicos no Projeto CAVAS/UFMG. isa.farialima@gmail.com

4 Projeto de pesquisa e extensão do Departamento de Psicologia da UFMG, através do qual atendemos crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual na clínica social da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG.

A mãe (objeto primário), por sua vez, torna-se totalmente identificada com seu bebê recém-nascido (WINNICOTT 1958/2000), período chamado pelo psicanalista de preocupação materna primária, situação paralela às dependências absoluta e relativa do bebê, e que é progressivamente perdida nos meses seguintes ao nascimento. Isso acontece à medida que o lactente adquire autonomia, ainda que lentamente e em níveis mínimos. A identificação com o bebê confere o título à mãe de “suficientemente boa”, isto é, devotada a ele (WINNICOTT, 1949 *apud* MOREIRA, 2007), o que, por consequência, faz com que perceba as necessidades do bebê naturalmente, sem precisar pensar muito sobre elas. Estas necessidades exigem todos os cuidados básicos e vitais, tais como: mudar a posição do bebê, acariciá-lo, segurá-lo ao colo, e alimentá-lo sensatamente, considerando este ato para além de uma satisfação instintual (WINNICOTT, 1979/2007).

Todos esses cuidados maternos que envolvem suporte e acolhimento, como segurar, olhar, acariciar e alimentar o bebê foram vinculados por Winnicott (2001 *apud* POMMÉ, 2008) a função de *holding*. Esta função compreende a veiculação de uma série de comportamentos que fornece à criança a sensação de apoio e proteção, tanto física quanto psicológica, permitindo que ela explore o ambiente que a cerca com segurança e confiabilidade, constituindo um ego coeso e independente. O *holding* é um exemplo das várias funções anti-traumáticas que o objeto primário pode exercer. Outro tipo de cuidado desempenhado pelas mães suficientemente boas sem que elas se deem conta, é a renúncia de seus próprios interesses em prol das necessidades do lactente, garantindo-lhe um ego bem estruturado (WINNICOTT, 1979/2007).

O psicanalista britânico Wilfred Bion descreve uma relevante função anti-traumática, a qual denomina de continência: nela, a mãe acolhe e permite que seu interior seja invadido por cargas emocionais do bebê através do processo de identificação projetiva, descrito por Klein em 1946 (RIESENBERG-MALCOLM, 2004). A continência propicia melhor manejo das ansiedades do bebê, tarefa desempenhada pelo ego materno, mais íntegro e hábil para simbolizar tais conteúdos. Dando sequência à continência, Bion denominou de *rêverie* (ZIMERMAN, 2004 *apud* BULHÕES, 2010), o trabalho de conter as fortes cargas de afeto do bebê, metabolizá-las e, devolvê-las a ele de modo que sejam mais agradáveis e compreensíveis.

Uma das consequências mais importantes destas funções para o bebê é a origem e desenvolvimento da capacidade de simbolização decorrente da continência das suas identificações projetivas feita pela mãe, e da sua própria introjeção não só dos conteúdos projetados e metabolizados por este seu continente, mas também de uma parcela da própria capacidade de *rêverie* materna (CINTRA, 2003).

O medo de morrer é a feição mais aflitiva das angústias do lactente, e este conteúdo é, também, frequentemente projetado no objeto materno. Esse mecanismo gera uma grande carga de ansiedade na criança, que reconhece o teor destrutivo de suas projeções, e o perigo de direcioná-las ao objeto materno, com o qual se identifica (KLEIN, 1930/1970). A ansiedade originada desta troca conflituosa de introjeções entre mãe e filho é, para Klein (1930/1970), fundamental para o processo de simbolização. Em sua apresentação do caso clínico de Dick⁵, de quatro anos, Klein aponta que o desenvolvimento do processo de simbolização depende da ansiedade existente nessa relação, porém frisa que uma ansiedade excessiva, ocasionada talvez pela dificuldade da mãe em exercer a continência, pode paralisar o desenvolvimento de tal processo. Dessa forma, Klein (1930/1970) aponta que a primeira relação objetal é fundamental para as relações posteriores, e, portanto, um desarranjo nessa etapa pode resultar em problemas de simbolização para o infante⁶.

⁵ O caso clínico é descrito por Klein no texto *A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego* (1930), no qual a autora discorre sobre o desejo sádico-oral, a ansiedade gerada por tal desejo, o processo de identificação e o desenvolvimento do simbolismo. O simbolismo, no referido texto é apresentado pela autora como fundamento de toda fantasia e sublimação.

⁶ No que tange a clínica do Projeto CAVAS/UFMG, temos um ponto nodal relacionado aos processos de identificação projetiva e as funções anti-traumáticas. Segundo Camargo (2002) é a possibilidade de simbolizar que permitirá ao sujeito sair do “modo único de funcionamento psíquico em que introjeções balanceadas estão impedidas ou são muito precárias” (p.140). Segundo ela, o sujeito que permanece nesse modo, perpetua a alternância nas posições vítimas/agressor e também os próprios fenômenos violentos e abusivos (p.140).

Podemos perceber que, diante das informações aqui citadas, segundo a perspectiva winnicotiana, [...] é a tendência inata no sentido da integração e do crescimento que produz a saúde e não a provisão ambiental. Ainda assim, é necessária provisão suficientemente boa, de forma absoluta no princípio e de forma relativa em estágios posteriores, no estágio do complexo de Édipo, no período de latência, e também na adolescência. (WINNICOTT, 1979/2007, p. 65)

Sendo assim, a provisão feita pela mãe de um ambiente que propicie a maturação emocional e a saúde mental da criança, isto é, o fornecimento de condições suficientemente boas, somada ao impulso de vida advindo da mesma (no sentido da constituição da personalidade, da independência, de habitar seu próprio corpo e apreciar suas funções e ao mesmo tempo consentir limites corporais dados pela pele, distinguindo eu de não-eu), fazem com que ela se desenvolva.

Ao se propiciar uma adaptação suficientemente boa às demandas do bebê, ele estará menos sujeito às suas próprias reações aos fatores que sirvam de intrusão a este ambiente, advindos do externo. Do contrário, a força da criança em direção à vida se represa dentro dela mesma e tem o poder de destruí-la (WINNICOTT, 1979/2007). Logo, não se pode dizer que a falha materna provoca diretamente interrupções na linha de desenvolvimento do lactente, causando traumas, mas as reações do bebê às intrusões em seu ambiente de cuidados, ou seja, os seus excessos pulsionais, o fazem. Com um ego ainda imaturo e em formação, o bebê não reconhece os acertos da mãe e tão pouco suas falhas, mas estas são sentidas como uma ameaça de aniquilação ao seu próprio eu (WINNICOTT, 1958/2000).

Com isso queremos dizer que, considerando a origem interna e externa do trauma, tomamos esse conceito como uma efração que advém de um evento ocorrido no ambiente, mas também como uma reação do infante ao seu próprio excesso pulsional, que ele não consegue manejar, e nem possui mecanismos para lidar com tal carga de energia. Ressaltamos ainda que, de acordo com Cintra (2003), sabe-se que o trauma possui um caráter tanto estruturante quanto desestruturante e que a própria relação mãe-bebê é, em si, causa de trauma e intrusões. Sendo assim, caberá ao objeto primário desempenhar um duplo papel que tente não só evitar e atenuar possíveis traumas, mas também que procure promover o equilíbrio entre os seus próprios potenciais traumatizantes por meio das funções anti-traumáticas.

É possível que pensemos num paralelo entre a relação mãe-bebê e a de um tratamento psicanalítico, e, como proposto por Winnicott (1979/2007), o ponto em comum entre as duas é a dependência, fazendo-se presente não só no início da vida, mas também, em menor ou maior proporção, no laço transferencial clínico. Uma vez que esta dependência existe em função dos cuidados necessários em cada caso, uma compreensão a respeito dos traumas psíquicos e das funções anti-traumáticas – coerentemente atribuídas não só ao objeto primário, mas também ao analista – se faz essencial para o manejo da transferência na clínica psicanalítica.

Ao tomarmos a dependência também como parte do contexto analítico voltamos o nosso olhar para outro personagem externo: o analista. E de acordo com Winnicott (1979/2007), o que se busca ao apostar na ideia de que o analista deve ser treinado não é nada mais do que um analista suficientemente bom, o que segundo sua concepção deveria, além de ser empático, ter desenvolvido a capacidade de oferecer *holding*, *continência* e *réverie* ao analisando, tal qual uma mãe suficientemente boa o faz em relação a seu lactente ou sua criança. Quando da introjeção do lactente destas capacidades desempenhadas pela mãe, já apresentada anteriormente, podemos pensar que muito do que o analista oferece é advindo do que ele também recebeu em sua primeira infância, na etapa de dependência do objeto primário, enquanto uma outra parte provém de sua experiência enquanto paciente, em sua própria análise. A relação transferencial na análise, assim como a relação mãe-bebê, possui um duplo viés: é traumática, sendo tanto desestruturante quanto estruturante. Assim, ter tido uma provisão materna satisfatória nos primórdios do desenvolvimento psíquico, e ter passado por um processo analítico produtivo permitem que o terapeuta seja hábil em possibilitar a revivência de um trauma do paciente⁷, fazendo-o adquirir um caráter estruturante.

⁷ Sobre a importância da revivência das experiências traumáticas das crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, recomendamos a leitura de FRANÇA (2010a) e FRANÇA (2010b).

Como exemplo das funções anteriormente descritas de continência e *rêverie*, tomemos um dos casos acompanhado no Serviço de Psicologia Aplicada da UFMG, de uma criança de cinco anos, encaminhada pela escola por queixas de agressividade. De acordo com a família, outros sintomas apareciam no cotidiano do infante: angústias geradoras de insônia, choro excessivo, aparentemente sem motivo, o que demandava continência, que nem sempre podia ser ofertada nesses momentos. Aos dois anos de idade, a criança e um de seus irmãos possivelmente presenciaram o assassinato do pai. Após este episódio, a criança, que antes vivia com sua mãe, passa a viver com a avó paterna, que, fragilizada pela perda do filho, não parecia ter condições de acolher as ansiedades do neto referentes à morte do pai, não realizando a função de ego auxiliar. Desde as sessões iniciais, a terapeuta pôde experimentar as ansiedades da criança, e foi capaz de conter e suportar os conteúdos nela introjetados, diminuindo a persecutoriedade destas cargas (através da metabolização do conteúdo), e posteriormente pôde devolvê-las à criança, para que ela introjetasse a experiência modificada. Nesse ponto, de acordo com Camargo (2002), podemos dizer que os pacientes (assim como os bebês), introjetam não apenas o conteúdo processado pelo analista (ou pela mãe) e devolvido através da função de *rêverie*, mas introjetam também a “função de conter”, que posteriormente, propiciará melhores condições ao próprio sujeito de lidar com suas ansiedades. Através desses processos, a criança pôde se expressar de melhor forma, conseguindo falar sobre determinados temas enquanto, paralelamente, a família relatava melhoras significativas em seu cotidiano. Ao final de uma das sessões, a criança diz à terapeuta: “eu não matei meu pai”, mesmo caracterizada por uma carga alta de angústia, esta sessão parece ter sido menos terrível para o paciente, que conseguiu expressar sua ansiedade por outro método que não apenas o da identificação projetiva, sendo tal modificação fundamental para suas relações objetais.

Percebemos através dos atendimentos clínicos, supervisões e estudos teóricos realizados no Projeto CAVAS/UFMG que uma competência de extrema importância para o analista relaciona-se com a capacidade de tomar para dentro de seu psiquismo, sentimentos e pensamentos que os pacientes não conseguem suportar, e de transformá-los em algo mais tolerável, que possa ser pensado pelo paciente (*holding/rêverie/continência*), através da introjeção da experiência modificada (RIESENBERG-MALCOLM, 2004). Ou seja, entendemos como positiva uma condição em que o analista possa ser “emocionalmente afetado pelo paciente”, e possa transformar “suas próprias reações em compreensão para o paciente” (RIESENBERG-MALCOLM, 2004, p. 59). Esse somatório das funções é percebido de maneira mais adequada quando estamos familiarizados com as teorizações a respeito das funções anti-traumáticas do objeto primário.

No tocante ao encargo do objeto primário de atenuador do trauma, percebemos que muito deste desempenho está diretamente ligado à qualidade do ambiente proporcionado ao bebê, juntamente com as funções anti-traumáticas que lhe são particulares. Tais condições também são fundamentais no contexto de um *setting* analítico, na tentativa de ofertar um ambiente suficientemente bom, passível de atenuar efeitos traumáticos para o aparelho psíquico do paciente de maneira equilibrada.

Avançando um pouco nas formulações de Melanie Klein, Bion aponta que um dos objetivos da identificação projetiva pode ser o de “introduzir no objeto um estado mental, como meio de comunicar-lhe o referido estado” (CAMARGO, 2002, p.133), sendo que, às vezes, esta é a única forma de comunicação que o paciente encontra. Ainda segundo o autor, a análise pode ser uma oportunidade para que o sujeito possa exercer “um mecanismo de que havia sido privado”, e por isso, nas situações analíticas em que as identificações projetivas ocorrem, o analista pode ter uma “sensação de presenciar uma cena extremamente antiga” (BION, 1988, pp.95-97 *apud* CAMARGO, 2002, pp. 134-135).

Dessa maneira, entendemos que a compreensão a respeito do trauma e das funções anti-traumáticas do objeto primário é essencial para a realização do trabalho na clínica com crianças vítimas de violência sexual – tão necessitadas de um aprimoramento da capacidade simbólica – e também para o manejo da transferência. Além disso, como apontamos ao longo do texto, o trabalho do analista se assemelha ao trabalho do objeto primário, no que diz respeito ao desempenho das funções anti-traumáticas.

Referências Bibliográficas

- ANDRADE, M. *O desenvolvimento emocional primitivo. Um diálogo entre os pensamentos de D. W. Winnicott e M. R. Klein.* 2010 Monografia. (Pós-graduação *Lato Sensu* em Psicopedagogia Clínica) Centro Universitário FIEO – UNIFIEO, Osasco, 2010.
- BULHÕES, L. B. D. *Experiências maternas frente à continência dos medos infantis.* 2010. 157f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Assis, 2010.
- CAMARGO, C. N. M. F. Agressor ou vítima: a falta básica e as duas faces da mesma moeda. In: Dalka, C. A. F. & Tereza, C. C. V. (orgs). *O fim do silêncio na violência familiar – Teoria e Prática.* São Paulo: Ágora, 2002. p.131-140.
- CINTRA, E. M. de U. As funções anti-traumáticas do objeto primário: *holding*, continência e *rêverie*. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, vol. 35, p. 37-55, 2003.
- FRANÇA, C. P. Incesto: os desígnios do Édipo consumado. In. *Perversão – As engrenagens da violência infantojuvenil.* França, C. P. (org.) Rio de Janeiro, Imago, 2010. pp.165-168.
- _____. Restos da inundação pulsional. In. *Perversão – As engrenagens da violência infantojuvenil.* França, C. P. (org.) Rio de Janeiro, Imago, 2010. pp. 169-173
- FREUD, S. (1893-1895) Estudos sobre a histeria. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- _____. (1920) Além do princípio de prazer. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- KLEIN, M. (1930) A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In. *Contribuições à Psicanálise.* São Paulo: Mestre Jou, 1970.
- MOREIRA, J. O. A ruptura do continuar a ser: o trauma do nascimento prematuro. *Revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC.* vol.V. n.08. p.102, 2007
- NETO, A. N. (2007) A noção de *experiência* no pensamento de Winnicott como conceito diferencial na história da psicanálise. *Nat. hum.* vol.9 n.2 São Paulo dez. 2007.
- POMMÉ, E. L. *O vínculo mãe-bebê: primeiros contatos e a importância do holding.* 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.
- RIESENBERG-MALCOLM, R (1999). *Suportando estados mentais insuportáveis.* 2ª edição. Rio de Janeiro: Imago, 2004. 257p.
- WINNICOTT, D. W. (1958) *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.* Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. (1979) *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* Porto Alegre: Artmed, 2007.
- ZIMERMAN, D. (2007) Uma ampliação da aplicação, na prática psicanalítica, da noção de continente, em Bion. *Interacções.* N.13. Outubro, 2007. pp. 72-82.

Clínica psicanalítica com bebês institucionalizados: A facilitação para a promoção da saúde mental

Renata Rocha¹

Dra. Denise S. Careta²

Prof. Dra. Ivonise F. da Motta³

O conceito de saúde, à luz dos pensamentos de D. W. Winnicott (1896-1971, pediatra e psicanalista inglês), está intrinsecamente associado à possibilidade de viver os estágios de desenvolvimento emocional plenamente. Para que isso aconteça, é fundamental que um ambiente favorável circundante sustente o desenvolvimento do potencial herdado, que é inato. O potencial herdado está ligado à tendência no sentido do crescimento e do desenvolvimento (Winnicott, 1960/1990).

A base da teoria de Winnicott privilegia a mais tenra infância, pois para o autor é neste período que se inicia o desenvolvimento do ego, com a integração deste como principal aspecto, se tudo correr bem. O autor ressalta que é mais comum do que se imagina ocorrer uma cisão da personalidade a partir da interação com ambientes insatisfatórios, Winnicott (1950/2002):

Na forma mais simples de cisão, a criança apresenta uma vitrine, ou uma metade voltada para fora, construída com base em submissão e complacência, ao passo que a parte principal do eu, contendo toda espontaneidade, é mantida em segredo e permanentemente envolvida em relações ocultas com objetos de fantasias idealizados. (p. 199).

É relevante destacar a importância do cuidado materno que propicie o ambiente sustentador neste período, já que este é imprescindível para a saúde. De acordo com Winnicott (1960/1990), “o bebê e o cuidado materno juntos formam uma unidade” (p. 40). O autor refere-se aos primórdios do desenvolvimento em que o bebê apoia-se ao ego da mãe e vive a onipotência para gradativamente, a partir de continuidades desse cuidado e falhas maternas suportáveis, resultar em um “estado unitário”, uma pessoa com individualidade própria caso não ocorram intrusões ambientais prejudicando a continuidade do crescimento emocional.

A pessoa capaz de prover o cuidado materno satisfatório que auxiliará o desenvolvimento saudável do bebê é a chamada *mãe suficientemente boa* para Winnicott garantindo através de identificações com seu bebê o *holding*, ou seja, a provisão ambiental total. O conceito de *holding* inclui a rotina completa do cuidado, seguindo as mudanças instantâneas do dia-a-dia. Tal cuidado não é o mesmo para diferentes crianças (Winnicott, 1960/1990). Ou seja, um ambiente humano que se adapte às necessidades do bebê.

A fase de *holding* vai facilitar que o bebê caminhe em seu desenvolvimento partindo da dependência absoluta, em que o bebê não percebe o cuidado materno (o bebê ainda não é uma unidade, portanto está fundido à mãe), não podendo assumir controle do que é bem ou mal feito, logo, estando em posição de apenas se beneficiar ou sofrer as ações ambientais. Para assim, através de experiências favoráveis do cuidado materno, rumar à independência: tendo alcançado a condição de uma unidade, em que desenvolve meios para ir vivendo através do acúmulo de recordações do cuidado recebido (Winnicott, 1960/1990).

¹ Aluna do Curso de Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Brasil. renatarocha@usp.br

² Doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP. Brasil. Coordenadora do Núcleo de Abrigos – LAPE-CRI-USP. denisecareta@uol.com.br

³ Professora da Graduação e Pós-Graduação de Psicologia do Instituto de Psicologia da USP. Brasil. Coordenadora do LAPECR-USP. ivonise1814@terra.com.br

Winnicott (1950/2002) ressalta que a criança vítima de privação de um ambiente favorável no início de vida está *doente*: “isto porque a ação ambiental saudável favorece o desenvolvimento das potencialidades para a saúde do indivíduo” (Careta, 2011, p.24). O presente estudo visa frisar a importância de um ambiente humano favorável em instituições para o acolhimento de bebês, para que assim o desenvolvimento destas crianças possa ocorrer de forma plena, rumando à saúde mental. Para ilustrar a necessidade apontada, apresentamos um recorte de um caso clínico sobre um bebê institucionalizado.

O ambiente de *holding* fez-se imprescindível no ambiente psicoterápico, apontando para necessidade de manejo de *setting*. É importante ressaltar que os atendimentos aconteceram na instituição. Trata-se de nos adequar à realidade do contexto. Dessa forma o manejo de *setting* estabelece-se atrelado aos *enquadres diferenciados*⁴ (Careta, 2011).

Apresentação

A instituição em que os atendimentos aconteceram é um abrigo para o acolhimento de crianças e adolescentes em situação de risco, instalado na região do grande ABC - BRASIL. Esta entidade acolhe crianças em situação de abandono, orfandade e aquelas afastadas de seus lares, por negligência, maus-tratos e vitimização. Cerca de mais de 80% das crianças e jovens em situação de acolhimento, na realidade brasileira, possuem família. Mais da metade destas mantém vínculos com seus familiares, portanto, poucos são os casos de destituição de guarda para encaminhamento de adoção (Careta, 2011).

As visitas ao abrigo iniciaram-se em setembro de 2010. Através destas, deu-se o primeiro contato com a prática em psicologia⁵ nesta instituição neste mesmo período. Este estudo se construiu a partir de experiência de estágio.

Os encontros psicoterápicos foram realizados tendo como ancoragem a Psicanálise, fundamentalmente a perspectiva winnicottiana. Descrevemos a seguir da experiência clínica com a criança *Caique*⁶, um ano e dez meses.⁷

Caique foi abrigado aos oito meses de vida. Logo ao nascer, a mãe biológica entregou a criança para um casal. Os pais que cuidavam do bebê, na condição de família substituta, procuraram por legalizar o processo de adoção, o qual não se efetivou pela conduta do casal adotante, totalmente afastada dos princípios legais. A criança foi direcionada a um abrigo. Após um curto período de permanência na entidade, cerca de um mês, foi transferido para o abrigo referido neste estudo. Portanto, temos um panorama da vida inicial deste bebê: vários rompimentos precoces nos relacionamentos.

O bebê apresentava um quadro sintomatológico constituído por intensas angústias, as quais eram expressas pelo movimento de esfregar um pé no outro, chegando até a sangrar. Estes movimentos eram acompanhados por choro intermitente e pelo comportamento de atirar objetos para fora do berço.

Desenvolvimento

Caique, logo nos primeiros atendimentos comunicou a intensa angústia de separação: diante de qualquer manifestação de afastamento físico da criança, desencadeava o choro e o movimento intenso de esfregar os pés. Percebemos que atendido seu gesto em não modificá-lo de posição, Caique demonstrava mais tranquilidade, aceitando para mais perto de seu corpo alguns brinquedos, dos quais se interessava.

4 Segundo Careta (2011), “enquadres diferenciados podem ser compreendidos como settings alternativos, nos quais o método psicanalítico pode ser concretizado com rigor. Ver: Aiello-Vaisberg (2004), *Ser e Fazer. Enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*.”

5 O presente estágio foi possível através da disciplina optativa *Ações Comunitárias*, no curso de psicologia da USP, tendo como docente a Profa. Dra. Ivonise Fernandes da Motta, do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo.

6 Nome fictício.

7 No primeiro atendimento a criança tinha próximo de um ano. Foram realizados cerca de vinte atendimentos.

A partir da interação com os brinquedos, tornou-se frequente o movimento da criança de arremessá-los e posteriormente apresentava o gesto de reivindicá-los. Quando ocorria o distanciamento da criança em virtude de pegar o brinquedo para ele, a angústia se apresentava e concomitantemente os sintomas de esfregar os pés. Frente a esta situação, a conduta era ir ao encontro do brinquedo segurando Caique nos braços.

Após repetições deste gesto da terapeuta, Caique gradativamente afastava-se até que ao final da hora já estava se locomovendo pela sala, buscando os objetos por conta própria e muitas vezes explorando seus movimentos corporais refletidos diante de um espelho, presente na sala.

O jogo com a bola: o jogo acontecia quando se jogava a bola para o Caique, e ela era devolvida, jogo que se repetia ao longo dos encontros. Entretanto, quando em alguns momentos a proximidade física entre a terapeuta e o bebê não permitia que a bola rolasse livremente, Caique começava a esfregar os pés e a chorar, o que assinalava suas angústias diante de interrupções que impossibilitavam a continuidade do jogo. Então, quando compreendíamos sua comunicação, aumentávamos a distância o que permitia a continuidade do jogo e acalmava a criança. O ambiente psicoterápico adaptado às necessidades de Caique.

Nas dinâmicas de bola, arremesso de objetos e tantas outras, a experiência era marcada pela necessidade de repetição, que por sua vez ancorava-se na importância da continuidade: reparação das ansiedades atreladas às vivências de rupturas, as quais desencadeavam angústias extremas na criança e prejudicavam o progresso do desenvolvimento psíquico. Winnicott (1960/1990):

O ambiente tem por isso como principal função a redução ao mínimo das irritações a que o lactente deva reagir com o conseqüente aniquilamento do ser pessoal. Sob condições favoráveis o lactente estabelece uma continuidade da existência e assim começa a desenvolver a sofisticação que torna possível estas irritações serem absorvidas na área da onipotência. (p. 47)

A instituição entrou em reformas no período do estágio. Tal fato acarretou em uma série de mudanças na rotina do ambiente que repercutiram, obviamente, na rotina de Caique. Além do barulho e movimentação de pessoas diferentes nas dependências do abrigo, Caique mudou de quarto e os atendimentos a partir de então foram transferidos para uma sala diferente.

No primeiro atendimento após a mudança⁸, a criança apresentou um choro intermitente ao ser levado para a nova sala. Após várias tentativas para acalmá-lo, mas sem resultado positivo, o bebê foi direcionado ao pátio, o que o tranquilizou. Este manejo repetiu-se nos cinco atendimentos seguintes. Gradativamente, estar na sala nova deixou de ser intrusivo. Novamente a adaptação às necessidades de Caique faz-se imprescindível, o que foi possível através da nossa identificação com a criança, um estado de preocupação materna⁹: da terapeuta com o bebê. Assim, o atendimento fundamentava-se no *holding*.

Nos atendimentos que ocorriam fora da sala, compreendia-se que o *setting* em *enquadres diferenciados* se ampliava. Os encontros aconteciam nos lugares em que a criança demonstrava mais tranquilidade. Com a criança no colo, a terapeuta caminhava com ele pela instituição, pois permanecer na mesma posição também desencadeava angústias no bebê. Compreendemos que movimentar-se era necessário, caminhar por locais conhecidos com nosso auxílio de mantê-lo no colo. Ficar parada de pé desencadeava suas angústias.

A seguir apresentamos o relato de certa experiência com Caique. Tratava-se do 18º. atendimento com o bebê:

“Fui até o berçário e Caique estava deitado de bruços. Ao ver-me colocou seu rosto contra o colchão. Comecei a falar com ele o cumprimentando. Ele voltava a esconder seu rosto sem sorrir, ainda de bruços. Aproximei-me e sentei no chão de modo que meu rosto ficou na altura do seu, e continuei conversando com ele. Coloquei minha mão em cima da sua mão fazendo cócegas na mesma. Ele então puxou sua mão para baixo de seu rosto – ainda sem sorrir. Bem devagar fui “andando com meus dedos” até a mão que ele

8 Décimo atendimento

9 A mãe, através de sua identificação com o bebê sabe como este se sente, de modo que é capaz de prover quase que exatamente o que ele necessita em termos de *holding* e provisão do ambiente em geral, (Winnicott 1960/1990).

escondera e voltei a fazer cócegas. Neste momento ele olhou para mim e sorriu. Fiquei fazendo carinho em sua cabeça e até que ele se levantou e estendeu os braços nas grades do berço para que eu o pegasse no colo. Levantei-me e assim o fiz”

Esta experiência revela a necessidade de manejo de setting: se adaptar ao bebê, mesmo com vários contatos anteriores. Os encontros eram realizados no contexto da instituição. Era necessário seguir o ritmo da criança, ou seja, o fornecimento do *holding* em que um dos fatores fundamentais consiste em seguir as mudanças instantâneas do dia-a-dia que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento do bebê, tanto física como psicológica (Winnicott, 1960/2002). Caique necessitava de tempo, de maneira contínua, para estabelecer o contato e o vínculo. Tínhamos que nos adaptar as necessidades dele, de forma gradual. Tal contato era embalado pela nossa afeição estabelecida no tempo.

Paralelo aos atendimentos com o bebê, intervimos no ambiente: quinzenalmente foram realizados encontros com as cuidadoras responsáveis pelo berçário. Em tais encontros retomou-se a história de vida da criança enfatizando as rupturas vivenciadas. Esta orientação tinha o objetivo de mantê-las informadas sobre possíveis situações¹⁰ que contribuíam para o emergir de intensas angústias na criança, compreendidas como angústias de separação, e assim nortear as cuidadoras sobre a importância de amenizar tais angústias sugerindo comportamentos de acolhimento para com a criança.

As cuidadoras foram orientadas a deixar no berço do paciente um objeto, que permanecesse sempre lá. Podendo este ser um “bicho de pelúcia” ou uma “fraldinha”. Tais objetos eram compreendidos por nós como *objetos transicionais*¹¹. Elas foram alertadas sobre a importância de manter o objeto escolhido pelo bebê sempre junto dele, a fim de auxiliá-lo frente a manifestação de angústias e frente a separações. Ou seja, objetos transicionais como apaziguadores frente a angústias de separação (Careta, 2011).

Com a frequência das orientações com as cuidadoras, elas nos procuravam para informar sobre os comportamentos de Caique, demonstrando atenção e envolvimento afetivo com a criança. Os berços de outros bebês passaram a ter brinquedos fixados, como o de Caique. Elas comunicavam a melhora da criança: estava mais tranquila, chorando menos, tendo diminuído substancialmente o movimento de esfregar os pés, os quais estavam cicatrizando. Uma das cuidadoras usou a seguinte associação ao falar sobre o progresso de Caique: *“É como uma plantinha: é só dar água, terra boa e cuidados que cresce bonita, não é mesmo?”*.

Ainda com o bebê em acolhimento, foi autorizada pelo Juiz da Vara da Infância, a aproximação da sua mãe biológica com a possibilidade de reintegração da criança ao seu lar de origem.

A intervenção ambiental além das orientações com as cuidadoras se estendeu com a mãe biológica da criança. Ela foi acompanhada em atendimento psicológico pela equipe do LAPECRI-USP e orientada pela terapeuta da criança quanto a importância da presença constante e afetiva com o bebê, evitando que ele sinta a separação por momentos prolongados, de forma que os cuidados maternos se apresentassem com afeição. Os vínculos entre mãe e filho se fortaleceram e a criança pode ser desabrigada e reintegrada em seu lar de origem.

Conclusão

A partir do recorte clínico apresentado, e das considerações feitas inicialmente, apoiadas na teoria de Winnicott, que prioriza os momentos iniciais de vida como sendo a base para saúde, consideramos que é de real importância o provimento do ambiente humano suficientemente bom para que bebês

¹⁰ Por exemplo: deixá-lo sozinho, trocá-lo de berço, não dar atenção a criança diante de manifestações de angústia.

¹¹ Winnicott (1951/2000) apresenta a expressão *objeto transicional* referente à “primeira posse não-eu” da criança. Os objetos que são normalmente adotados pelo bebê são o cobertor ou a fralda, o urso de pelúcia etc. O autor ressalva que não é o objeto em si que é denominado *objeto transicional*, mas sim a experiência ilusória, um símbolo no tempo que indica a travessia do bebê desde a subjetividade até a objetividade, sendo o objeto adotado por ele, um aspecto visível dessa transposição. É essencial para essa experimentação do bebê a continuidade de um ambiente bom externamente: a presença da mãe e os fenômenos transicionais e os objetos transicionais. (CARETA, 2006, p 32-33)

institucionalizados desenvolvam-se de forma saudável. Tal consideração compreende a função preventiva para a saúde mental em abrigos. Ressaltam, Careta e Motta (2007):

O trabalho preventivo com bebês prematuros abrigados é de máxima importância, disponibilizando-se cuidadoras específicas, isto é, orientadas sobre a importância dos cuidados necessários nesse início de vida, quando as intrusões ambientais podem ser reduzidas e, com isso, o bebê não venha a reagir às diversas invasões do ambiente prematuramente. Para o bebê ser assistido durante o seu primeiro ano de vida é fundamental para seu desenvolvimento psíquico e para a possibilidade de sua integração. O abrigo deve oferecer condições psíquicas e não somente condições físicas de assistência, propiciando, assim, o holding. Pensamos que, dessa forma, o abrigo facilitará a construção do desenvolvimento emocional da criança e será uma das ferramentas contra o desenvolvimento da delinquência. (p. 57)

Esta experiência revelou a importância da clínica psicanalítica adaptada às necessidades do paciente, considerando o manejo de *setting* em enquadres diferenciados. Os atendimentos aconteceram no contexto da instituição e o paciente um bebê. Ressaltamos que os encontros eram sustentados pelo contato sensorial, de forma humanizada, priorizando a comunicação corporal e a contratransferência.

Concluimos que as práticas psicológicas são fundamentais no contexto de abrigos, essencialmente pela possibilidade da continuidade do processo de desenvolvimento emocional daquelas crianças que dependem deste ambiente para viver. Estas práticas agregam os atendimentos psicológicos com as crianças, inclusive bebês, acompanhados pelo cuidado com o ambiente humano circundante às crianças, neste caso, as cuidadoras e a mãe biológica. Constatamos a importância de cuidar do ambiente atrelado aos cuidados com o paciente.

Referências Bibliográficas

- Aiello-Vaisbeg, T. M. J. (2004). Arteterapia para crianças. In *Ser e fazer. Enquadres diferenciados na clínica winnicottiana* (pp. 173–84). Aparecida, SP: Idéias e Letras.
- Careta, D. S (2006). *Análise do desenvolvimento emocional de gêmeos abrigados no primeiro ano de vida: encontros e divergências sobre a perspectiva winnicottiana*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Careta, D. S. (2011). *Quando o ambiente é o abrigo: cuidando das cuidadoras de criança em acolhimento institucional*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Careta, D., & Motta, I. (2008). A importância do diagnóstico precoce e de intervenções preventivas em crianças abrigadas. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 45-59.
- Winnicott, D. W. (2002). A criança desapossada e como pode ser compensada pela falta de vida familiar. In D. W. Winnicott, *Privação e delinquência* (A. Cabral, trad., 3ª ed., pp. 195-213). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1950).
- Winnicott, D. W. (1975). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott *O brincar e a realidade* (J. O. A., Abreu, & V. Nobre, trad. pp. 13-44), Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1953).
- Winnicott, D. W. (1990). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott *O ambiente e os processos de maturação* (I. C. S., Ortiz, trad., 3ª ed., pp. 38-54) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960).

Recordar, desenhar, esquecer: deslocamentos e recusa em um caso de abuso sexual infantil.

Renata Udler Cromberg¹

Eugênio Canesin Dal Molin²

Isabella Silva Borghesi³.

Palavras-chave: Abuso sexual; Percepção-representação; Recusa.

Gostaria que observassem a foto ao lado. Ela é um símbolo da Rússia revolucionária. Lênin, com as mãos apoiadas no pódio de madeira, fala aos soldados que partiriam ao front polonês combater as forças de Pilsudski, que há pouco invadiram a Ucrânia. Ao lado esquerdo de Lênin – a nossa direita – vemos dois homens. O que olha a multidão reunida à frente do Teatro Bolshoi, em Moscou, é Trotsky. Atrás dele está Kamenev. A foto foi tirada por G. P. Goldshtein em cinco de Maio de 1920 (King, 1997, p.66-71).

Freud relembra-nos de algo básico a seu pensamento em 1925; cinco anos depois da foto de Goldshtein: "... devemos lembrar que todas as representações vêm de percepções, são repetições das mesmas. Assim, originalmente a existência da representação já é uma garantia da realidade do representado" (Freud, 1925, p.279). Não é casual que Freud saliente este dever de lembrar em um texto que tem por título "A Negação". Não é casual, igualmente, que a primeira imagem que observam é esta, de Lênin no pódio de madeira tendo Trotsky e Kamenev a sua esquerda. Todas as representações vêm de percepções, cabe repetir outra vez. Mas, escreve Freud (1925) alguns parágrafos abaixo das frases que acabei de citar: "Ao ser reproduzida como representação, nem sempre a percepção é repetida fielmente; ela pode ser modificada por omissões, alterada por fusões de elementos diversos" (p.280). A percepção, a foto, é esta. Até onde se sabe ela não foi montada; tal cena realmente aconteceu. Posteriormente, esta percepção, esta foto, tornou-se uma representação – um símbolo da Rússia revolucionária. E o que aconteceu mais tarde com ela foi um processo que, talvez, possa ser observado fora da história política com uma frequência que nos interesse. Aos quatro anos de idade, uma paciente já estava pronta a mostrar-me como esses processos funcionam através de seus desenhos. Voltaremos à foto e ao pódio de madeira; mas antes temos que acompanhar os desenhos de Natalina.

Ela chega ao consultório vestindo uma saia rosa plissada, os cabelos encaracolados estão presos por grampos. Olha-me com curiosidade e solta a mão de sua mãe. Fica na ponta dos pés, a mãe agacha-se e a menina sussurra-lhe algumas palavras que não escuto. A mãe avisa-me que a filha concordou em ficar longe dela durante a sessão e sai, fechando a porta atrás de si. Pergunto à criança se ela sabe por que está ali. Ela responde que sim. Faço a pergunta num tom de voz normal; já a resposta de Natalina é baixa. Estranha sensação esta de falar e ouvir do interlocutor algo que mal escuto. Pergunto o porquê de sua vinda,

1 Psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, doutora pelo Instituto de Psicologia da USP, professora convidada nos Cursos de Teoria Psicanalítica do COGEAE – PUC e do Curso de Psicopatologia e Saúde Mental da Faculdade de Saúde da USP, autora dos livros Paranóia e Cena Incestuosa da coleção Clínica Psicanalítica da Ed. Casa do Psicólogo.

2 Psicanalista, mestrando no IPUSP com bolsa FAPESP; é especialista em Teoria Psicanalítica pelo COGEAE/PUC-SP e aluno do curso Psicanálise, no SEDES. Durante vários anos trabalhou no Programa Sentinela, atendendo crianças vítimas de abuso sexual e outras formas de violência.

3 Psicóloga, especialista em Psicologia Clínica: Teoria Psicanalítica pelo COGEAE/PUC-SP, em Transtornos da Infância e Adolescência pela UNIFEV/Centro Lydíia Coriat, e em Gestão Pública pelo INSEP/PR. Aluna do curso Psicanálise no SEDES e Coordenadora do Serviço de Psicologia da Clínica de Fisiatria e Reabilitação de Londrina.

e ela responde, sentando na mesinha e remexendo na caneca com alguns lápis: “colocou o dedo na minha xequinha”. A resposta, vale dizer, é ainda mais baixa que o “sim” anterior. Uma espécie de convite à descrição e a falar, eu também, mais baixo. Sento-me na mesinha, na cadeira oposta, e ficamos um de frente para o outro. Não consigo ouvi-la direito e, ao mesmo tempo em que procuro aguçar os ouvidos, peço que ela me conte como isso aconteceu numa altura que só ela poderia ouvir. Alguém a cinco passos de distância teria dificuldades para entender o que eu dissera. Natalina desenha rápido o que seria uma mulher que “cuidava” dela quando sua mãe ia trabalhar. Toma imediatamente outra folha e rabisca um círculo, olha-o contrariada, e rabisca outro círculo, do centro do qual puxa pequenas linhas, como raios que chegam aos limites do círculo desenhado. Diz que um homem com olhos de cobra levou-a para o banheiro. Repete que ele pôs o dedo em sua “xequinha”, e ela achou que tinha ficado com “meleca na perna”. Continua desenhando e fala, num sussurro, que não doeu; que ficou quieta, mas não doeu. Faz outro desenho igual ao lado do primeiro, o mesmo círculo, os mesmos raios. Pergunto num tom semelhante ao seu se o homem colocou outra coisa em sua “xequinha” além do dedo. Ela responde que não: que ele a pôs em cima da pia e “ficava falando bem baixinho, perto”, o que a fez ver seus olhos de cobra, depois ela sentiu o dedo e a “meleca”.

Presto atenção ao meu corpo. Estou inclinado sobre a mesa, olhando para baixo, para seu desenho, e falo “bem baixinho, perto”. Convite feito, convite aceito. Na primeira vez que esta menina entrou no consultório, uma transferência foi feita. A princípio suas expectativas libidinais, seu, nas palavras de Freud (1912) “modo de característico de conduzir sua vida amorosa” (p.134), alinhou-me a um objeto que lhe alterou o próprio modo de conduzir sua vida amorosa. Ali ela reencenava comigo uma parte do episódio que a trouxe à análise. E, importante ressaltar, esta reencenação parcial na transferência e na contratransferência (este falar baixinho), coloca-nos, a ela e a mim também, no banheiro onde o homem a tocou. Percebo que ela não responde olhando para mim, olha para o papel. Uma parte dela está, novamente, sentada sobre a pia.

Vejo seu desenho, que ganhara mais elementos. Ao redor dos dois círculos paralelos com as mesmas características, ela fizera um outro, maior; na parte inferior deste colocara um traço como um “U” aberto e, no centro, uma espécie de bolinha. Rabiscara, à esquerda e à direita do círculo maior, outros pequenos círculos, misturados, indefinidos em seus limites. Era um rosto: dois olhos, uma boca, o nariz, e os cabelos restantes de um homem calvo. Natalina puxa um risco vertical que dá corpo ao homem, e na base do risco faz um traço horizontal, perpendicular ao primeiro. O quê vejo é um homem calvo, sem braços e cujas pernas resumem-se aquele traço horizontal. “Ele bebe”, diz ela. Os raios nos olhos lembram as veias oculares de alguém bêbado que esteve muito próximo, a ponto de Natalina poder observá-las e fazer sua associação: olhos de cobra. Ela observa o desenho em silêncio. A transferência feita por ela coloca-me em uma posição, no mínimo, desconfortável; mas também rica. Naquele momento posso vê-la sentada numa pia, um homem a sussurra-lhe no ouvido, e ela observando-lhe os olhos. “Quando você estava na pia, olhou para baixo?”, pergunto. Ela diz que sim. Peço que desenhe o que viu. Ao lado do desenho do homem, do mesmo tamanho, Natalina faz traços rápidos: um dedo, diz ela, com uma ponta circular, acrescido de um prepúcio e uma glândula. Um pênis ereto.

Primeira observação, de uma obviedade visível, o que ela desenha não é um dedo, é um pênis. Segunda observação, necessariamente feita por meio de uma pergunta: por que Natalina diz que o pênis é um dedo? A resposta não é simples e envolve outros desenhos feitos por ela e uma compreensão cuidadosa sobre quando a sexualidade infantil encontra-se com a sexualidade adulta de maneira abusiva. Começemos pela sua idade e o que podemos dizer sobre as experiências prévias da criança.

Aos quatro anos, Natalina tinha uma irmã mais velha e morava com o pai e com a mãe. A mãe é enfática em dizer que a filha nunca observou o pai nu; e diz o mesmo sobre a possibilidade de Natalina ter visto o genital masculino em qualquer outra ocasião. Acreditemos em sua mãe; em parte. Se Natalina nunca pudera observar a diferença anatômica entre os sexos, o episódio no banheiro revelou-lhe, pela primeira vez, tal diferença. Se, por outro lado, algo escapou a sua mãe e a criança já constataria a diferença anatômica anteriormente, ela igualmente não estava preparada para constatar a diferença anatômica da maneira que o fez. Aqui é importante fazer uma distinção muito clara. A observação da diferença anatômica entre os

sexos traz para menina algumas consequências. De acordo com Freud (1925b): “Ela nota o pênis de um irmão ou companheiro de jogos, flagrantemente visível e de tamanho notável, reconhece-o de imediato como a superior contrapartida de seu próprio órgão pequeno e oculto, e passa a ter inveja do pênis” (p.290). No caso de Natalina não entrou em cena um companheiro de jogos, mas um homem adulto excitado; e a diferença anatômica veio ligada à linguagem da paixão, para utilizarmos a feliz ideia ferencziana (Ferenczi, 1932 [1933]). A percepção, que ganha representação (ela pode desenhá-la), pede uma atividade psíquica que envolve a constatação da diferença anatômica entre os sexos e a constatação da linguagem sexual adulta. Ela não está pronta para fazer tais constatações. A da castração, talvez; mas unida a esta as outras, da sexualidade adulta e da estimulação feita sobre ela, não. Em seu desenho vemos o pênis; em seu relato o que a tocou foi “somente” o dedo, a mão. É como se alguém, após Trotsky ter perdido poder, olhasse a foto e dissesse: “Trotsky está aqui, mas ele não estava próximo a Lênin”.

Um ano depois, Natalina continua sua análise. Ela e a mãe se mudam para um bairro distante, ela falta algumas semanas nesse período. Exatos treze meses depois de tê-la conhecido, Natalina diz, como noutras vezes, que quer desenhar. Enquanto desenha, fala que o marido da mãe matara um sapo. Seu desenho revela nada agressivo: não há sapo algum nele. Vê-se uma figura feminina, de cabelos loiros, uma flor; e percebe-se uma leve ênfase no detalhamento dos dedos e das mãos da pessoa. “Eu estava do lado dela quando ele matou o sapo”. Peço que ela desenhe como foi esse incidente da morte do sapo. Natalina toma outra folha, e desenha um homem e um objeto que parece ser uma caixa com três rodas. Pergunto-lhe onde está o sapo. Ela toma o lápis roxo e começa a pintar a região genital da figura masculina. Ela pede que eu a ajude. Pergunto por que pintar com roxo. “Pinta com roxo, porque é roxo”, responde. Quando foi abusada, pênis tornou-se dedo, uma parte da mão, de forma que lhe pergunto: “A mão?”. “Aham”, ela aquiesce. Termina de pintar e, com grafite, faz uma figura com dedos e mãos enormes e cabelos roxos. “A mulher que me xingava”, diz, referindo-se à esposa do homem que a abusou. “E o sapo?”, pergunto. Natalina desenha no alto da folha, num tamanho desproporcional às outras figuras, uma mão.

Natalina encontra uma representação substituta para o que viu quando esteve sentada na pia. Desde o princípio, o pênis, recusado, apareceu condensado, em sua fala, nos dedos e na mão do abusador. Conforme ela pôde trabalhar a imagem, o pênis desapareceu de seus desenhos. Mas em sua fala, o genital masculino foi deslocado também para outras representações; o sapo, por exemplo. Pênis – dedo – mão – sapo parece ter sido o percurso, entre suas representações, do investimento que a percepção do genital masculino adulto atravessou desde a primeira sessão onde ela pôde, lembremos, reencenar alguns aspectos da experiência abusiva transferencialmente e, assim, permitir que a representação desde o princípio recusada, ou não reconhecida como tal, aparecesse em seus desenhos.

Pergunto-lhe se ela lembra o que a trouxe ao meu consultório pela primeira vez. Ela diz que sim, embora a pergunta, desnecessária, tivesse o intuito de observar a dimensão da recusa e da formação substituta realizadas. Ela disse que tinha quatro anos, e o X tinha mexido nela. Em suas palavras: “Eu num lembro como. Eu tinha 4. Hoje tô com 5 anos”.

Na foto de Goldshtein, Trotsky e Kamenev foram substituídos pela propaganda stalinista. O primeiro foi expulso do Partido Comunista sete anos depois de postar-se próximo a Lênin no discurso em frente ao Teatro Bolshoi. Em seus lugares, na lateral do pódio – de onde contemplavam a multidão fardada – foram pintados cinco degraus; por onde Lênin teria subido antes de retirar a boina e dirigir-se aos soldados que seguiriam ao front polonês (King, 1997, p.67-71). A percepção de Natalina é como a foto de Goldshtein: ela esteve ali, em algum lugar, intocada durante certo tempo. Sua foto/percepção pôde ser vislumbrada brevemente, porque em transferência ela recolocou-se, e me colocou como espectador, outra vez no banheiro onde foi abusada. Mas sua percepção, como a imagem da praça do Teatro Bolshoi em 1920, estava fadada a tornar-se representação. E, como representação, sua reprodução dificilmente seria fiel. Como no desenho, no sonho, na propaganda, e também na transferência, a representação é alterada por omissões, fusões; e pelo que, aos quatro anos, pode uma menina de saia rosa plissada aceitar ou recusar de suas experiências.

Referências Bibliográficas

- FERENCZI S.** (1932 [1933]) "Confusion of tongues between adults and the child – The language of tenderness and of passion" In: *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis*. London: Karnac, 2002, p.156-167.
- FREUD S.** (1912) "A dinâmica da transferência" In: *Obras completas, volume 10* (trad. P. C. de Souza). São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.133-146.
- FREUD S.** (1925) "A negação" In: *Obras completas, volume 16* (trad. P. C. de Souza). São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p.275-282.
- FREUD S.** (1925b) "Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos" In: *Obras completas, volume 16* (trad. P. C. de Souza). São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p.283-299.
- KING D.** *The commissar vanishes. The falsification of photographs and art in Stalin's Russia*. New York: Metropolitan Books, 1997.

Variedades clínicas da transferência em Winnicott: um estudo a partir do caso Piggle

Ricardo Telles De Deus¹ (Apresentador)

Leopoldo Fulgencio²

Palavras-chave: Transferência; Winnicott; Piggle; Clínica Psicanalítica.

Introdução

O presente trabalho foi escrito com o propósito de apresentar, de modo breve e panorâmico, alguns dos aspectos presentes na contribuição de Winnicott ao debate acerca da transferência, no âmbito da clínica psicanalítica. Isto será realizado, aqui, com base no material clínico apresentado pelo autor no livro intitulado “Piggle: um relato do tratamento psicanalítico de uma menina pequena” (1977). Nossa reflexão vai levar em conta, em especial, o material clínico colhido por Winnicott no início do referido tratamento, a saber, no período que antecedeu a realização da segunda consulta.

Tendo isto em vista faremos, a seguir, algumas considerações de ordem geral sobre o “caso Piggle”, visando fornecer ao leitor, deste modo, uma espécie de pano de fundo que sirva para contextualizar as reflexões posteriores.

O caso Piggle: algumas considerações de ordem geral

O leitor dos escritos de Winnicott se depara, com uma frequência bastante significativa, com narrativas oriundas da experiência clínica, obtida em sua prática cotidiana, pelo pediatra e psicanalista inglês. Dentre estas narrativas se destacam, em virtude de sua extensão e complexidade, dois casos clínicos. “Piggle: um relato do tratamento psicanalítico de uma menina pequena” (1977) e “Holding e Interpretação: fragmento de uma análise” (1986a), vieram a público na condição de livros póstumos, sendo o primeiro deles, ao que parece, o único relato completo de um tratamento psicanalítico legado por Winnicott.

Gabrielle, carinhosamente apelidada de “Piggle” por seus pais, era, à época em que estes solicitaram a ajuda de Winnicott, uma menina de dois anos e quatro meses de idade e, na ocasião em que o tratamento foi encerrado, uma menina de cinco anos e dois meses de idade. Em termos cronológicos, o tratamento se estendeu de janeiro de 1964 a outubro de 1966, isto é, ao longo de, aproximadamente, dois anos e oito meses.

Em termos do contexto biográfico do autor é possível compreender, a partir do trabalho de Abram (2008), que o tratamento de Gabrielle ocorreu em um momento bastante significativo. “Em 1963, após 40 anos de serviço”, escreve a autora, “Winnicott se aposenta de seu cargo como pediatra especialista (*consultant paediatrician*) no [Hospital] Paddington Green” (p. 1206). Abram (2008) declara que Piggle foi, provavelmente, “o último paciente criança que ele [Winnicott] tomou em tratamento” (p. 1206). No que se refere ao processo de evolução do pensamento de Winnicott, tal como o propõe a mesma autora,

¹ Psicanalista; Doutorando em Psicologia (PUC-Campinas); Mestre em Psicologia Clínica (PUC-SP); Pós-Graduado em Teoria Psicanalítica (COGEAE/PUC-SP); Graduado em Psicologia (MACKENZIE); Supervisor Clínico; Professor Universitário. ricardotellesdeus@hotmail.com

² Psicanalista; Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PUC-Campinas); autor dos livros: “O Método Especulativo em Freud”, ed. EDUC, e “Freud na Filosofia Brasileira” (em parceria com Richard Simanke), ed. Escuta. leopoldo.fulgencio@gmail.com.br

o tratamento de Gabrielle se situa no interior da terceira e última fase, por ela denominada “o uso de um objeto (1960-1971)” (p. 1205). Este tratamento, portanto, teve lugar em um momento relativamente tardio e maduro da trajetória clínica, teórica e pessoal de Winnicott.

Vejamos, agora, algumas das peculiaridades que fizeram parte da situação inicial do referido tratamento.

O início do tratamento

O primeiro contato que Winnicott estabeleceu com o caso, ao que parece, se deu por meio de uma carta, redigida e enviada a ele pelos pais da paciente. Na carta, Gabrielle é descrita como alguém que, em linhas gerais, se desenvolveu saudavelmente até os vinte e um meses de idade, ocasião em que nasceu Susan, sua irmã menor. A partir daí, de acordo com o relato dos pais, teve lugar, na menina, toda uma série de preocupantes modificações.

“Bem descrito” pelos pais, segundo Winnicott, o complexo estado clínico de Piggie, manifestado logo após o nascimento de sua irmã, incluía, dentre outros fenômenos, uma perturbação no âmbito da “identidade” da menina. No dizer da mãe, “ela [Piggie] não era ela mesma” (1977, p. 13). Winnicott escreve, após a única entrevista que realizou com a mãe da paciente: “Na verdade ela se recusava a ser ela mesma e dizia: “Eu sou a mamãe. Eu sou o bebê” (Idem). Ao mesmo tempo, os pais relatam que, em alguns momentos, Piggie parecia falar com uma voz que não era a sua. Aqui, portanto, se manifestava em Gabrielle algo como uma perda de autenticidade pessoal. Por outro lado, de acordo com os pais, o sono da menina era constantemente perturbado por pesadelos assustadores. Em seus sonhos Piggie era perseguida, sobretudo, pela “mamãe preta” (*black mummy*) e pelo “babacar” (*babacar*), seres que ela temia, igualmente, durante o dia. Antes do nascimento da irmã, Gabrielle costumava brincar o tempo todo mas, após a “grande mudança” (Idem), diz a mãe, “ela tende a deitar em seu berço e a sugar o seu polegar sem brincar” (Op. cit., p. 14) e, além disto, facilmente se torna “entediada” e “depressiva” (Op. cit., p. 6).

Várias outras manifestações clínicas, por certo, poderiam vir a enriquecer esta lista. Acreditamos, contudo, que as que foram referidas bastam para descortinar, diante do leitor, traços importantes do contexto com o qual, no princípio da análise de Piggie, Winnicott se deparou. Por outro lado, é preciso dizer que o psicanalista não parece ter incluído em sua avaliação inicial, tão somente, aspectos psicopatológicos. Isto porque Winnicott teria sido capaz de olhar e ver o que, de fato, havia de saudável na psique da menina e em seu meio ambiente imediato, bem como, de lidar, por meio do “manejo” (*management*), com dois obstáculos “concretos” que pareciam se opor a realização do tratamento.

Um destes, digamos, seria de ordem “espacial”: uma distância considerável separava a residência de Piggie e sua família do consultório londrino do analista, fato que inviabilizava, de acordo com Winnicott, a utilização do “método de sessões diárias cinco vezes por semana” (*method of the daily session five times a week*) (Op. cit., p. 3). O outro obstáculo, digamos, seria de ordem “temporal”: conforme declarou em uma carta, por ele enviada aos pais de Gabrielle (Op. cit., p. 86), Winnicott não dispunha, na ocasião, de “vaga” (*vacancy*) para um novo caso.

No que se refere aos aspectos saudáveis que, conforme sugerimos a pouco, estariam presentes na avaliação winnicottiana do caso, é preciso reconhecer, antes de mais nada, que Winnicott dispunha de um conceito de saúde psíquica do indivíduo, ao passo que, igualmente, fazia referência à saúde em termos do meio ambiente facilitador (1971f [1967]). Grosso modo, a saúde psíquica do indivíduo se relaciona, em Winnicott, à idéia de “maturidade apropriada à idade cronológica” e, no que se refere ao ambiente, parece estar vinculada à idéia de “ambiente suficientemente bom”. Seja como for, na “introdução” que redigiu para o caso, o autor fez clara menção à existência, em Piggie, de uma “saúde essencial” (*essential health*): “É a partir da descrição do trabalho psicanalítico... que o leitor pode perceber a saúde essencial na personalidade desta criança, uma qualidade que foi sempre evidente para o analista mesmo quando, clinicamente e em casa, a criança estava realmente doente” (1977, p. 3).

Quanto a esta “saúde essencial”, voltaremos ao tema quando abordarmos, no próximo item, a questão da transferência. Entretanto cabe sublinhar, neste momento, que este parece ter sido um aspecto decisivo, em termos do diagnóstico individual de Piggie, algo relacionado à capacidade da paciente, manifestada durante todo o tratamento, de confiar em Winnicott e de, com base nesta confiança, solicitar, a cada vez, uma nova consulta. O método de tratamento psicanalítico “sobre a demanda” (*on demand*) (Op. cit., p. 2), espécie de “análise modificada” (*modified analysis*) (1965d [1962]), consistiu, portanto, na resposta winnicottiana, em termos de manejo do setting da “análise padrão” (*standard analysis*) (Idem), aos aspectos psicopatológicos e saudáveis por ele observados em sua paciente (diagnóstico individual), bem como, aos obstáculos em termos de “espaço” e “tempo”, mencionados anteriormente.

A outra expressão de que Winnicott se serve para se referir ao método de tratamento utilizado, por sua vez, é igualmente reveladora. “Psicanálise *partagé* (compartilhada)” (*psychoanalysis partagé* (*shared*)) (1977, p. viii) são palavras que remetem ao fato de que, durante todo o tratamento de Piggie, Winnicott contou, deliberada e estrategicamente, com o auxílio dos pais desta em termos de meio ambiente facilitador. Ilustra este ponto, por exemplo, o fato de o psicanalista, após a terceira consulta, ter escrito que o “setting familiar forneceu o hospital mental (*mental hospital*) em que ela [Gabrielle] pode alcançar a sua doença” (Op. cit., p. 51).

Posto isto, passemos, a seguir, ao exame do fenômeno transferencial, à época da primeira consulta do tratamento.

Variedades clínicas da transferência

Trinta dias, aproximadamente, separaram no tempo a primeira carta dos pais e a primeira consulta do tratamento. Gabrielle, nesta ocasião, tinha dois anos e cinco meses de idade e, conta Winnicott, parecia séria ao entrar no seu consultório, em companhia de seus pais. Era evidente, segundo ele, que a sua pequena paciente “veio para trabalhar” (Op. cit., p. 9). Num primeiro momento, Winnicott conduziu os recém chegados ao seu consultório, onde permaneceram juntos durante algum tempo. A seguir, os levou a sala de espera, de onde, então, tentou levar Piggie de volta à sala de atendimento. O psicanalista observa que, de fato, a menininha “não estava muito disposta a fazer esta viagem” e, durante o trajeto, disse a mãe: “Eu sou tímida demais!” (Idem).

Winnicott toma esta afirmação de Piggie como algo decisivo, em termos de sua compreensão do material clínico. Este fato transparece, com particular nitidez, nos “comentários” que o autor redige a esta primeira consulta. “Eu sou tímida demais!”, como se lê a margem do texto (Idem), seria uma “comunicação inicial” ao analista, uma comunicação que desvelaria, dentre outras coisas, aspectos do fenômeno transferencial que, já naquele primeiro contato, começava a florescer vivamente. Assim sendo, tal comunicação indicaria, igualmente, aspectos da situação singular de Piggie, em termos de seu processo de desenvolvimento emocional.

O primeiro comentário de Winnicott, a esta primeira consulta, é o seguinte: “‘Eu sou tímida’, é uma evidência de organização e força do ego [*ego strength and organization*], e do estabelecimento do analista como uma ‘pessoa papai’ [*daddy person*]” (1977, p. 17). Temos aqui, por certo, uma complexa afirmação do autor, cujo esclarecimento nos conduziria a ultrapassar, amplamente, os limites deste escrito. Entretanto, em linhas gerais, examinemos, primeiramente, a expressão “força” e “organização do ego”.

Pode-se dizer que as idéias de “força” e “organização” (ou “estrutura”) do “ego”, no pensamento winnicottiano, estão relacionadas ao tema da “depressão”. Em Winnicott a depressão é pensada, por um lado, em termos psicopatológicos e, neste contexto, o autor reconhece a existência de variados tipos de manifestações clínicas desta enfermidade. Por outro, a depressão também consiste, no âmbito do pensamento do autor, em uma “conquista”, relativamente sofisticada, em termos do processo de desenvolvimento emocional do indivíduo. Neste último sentido, o indivíduo que está às voltas com as tarefas peculiares ao “estágio do concernimento” (*stage of concern*), de acordo com Winnicott, já alcançou o “status” de unidade, sendo capaz de sentir “EU SOU” (*I AM*). Este indivíduo pode experimentar a si mesmo,

de fato, como uma “pessoa inteira” (*whole person*), com um “interior” (“mundo interno”) e um “exterior” (“mundo externo”) separados por uma “membrana limitadora” que, na saúde, coincide com a superfície da pele. Em termos do relacionamento “mãe-bebê” ou “analista-paciente”, o referido indivíduo está às voltas, do ponto de vista da sua experiência, com um relacionamento “interpessoal” e, neste contexto, com as inquietantes conseqüências imaginativas da destrutividade e agressividade inerentes ao impulso amoroso primitivo (1955c [1954]).

Tendo em vista este universo teórico é possível supor que Piggie, no âmbito da primeira consulta e no entender do psicanalista inglês, o teria posicionado, transferencialmente, como uma “pessoa inteira”. Winnicott parece ter entendido o “eu sou”, presente na afirmação “eu sou tímida demais!”, como o “EU SOU”, em termos do processo de maturação. Por outro lado, Winnicott comenta que há “ambivalência na transferência” (1977, p. 19), a propósito de certos detalhes que os pais lhe contam sobre a filha, em uma carta, escrita e enviada ao analista logo após a primeira consulta. Em resumo, a qualidade da transferência que Piggie manifestou, no âmbito de sua relação inicial com o analista, seria peculiar a uma pessoa que dispõe, em si, de uma significativa “força” e “organização” de “ego”. Dito de outro modo, a transferência de uma pessoa que, embora se encontre doente, dispõe de uma “saúde essencial”. Eis aqui um dos paradoxos winnicottianos.

Se voltarmos a nossa atenção, uma vez mais, para o primeiro comentário feito por Winnicott a propósito da primeira consulta, constatamos que a afirmação de Piggie “eu sou tímida demais!” sugeria, também, o “estabelecimento do analista como uma pessoa papai (*daddy person*)”. Vale sublinhar, aqui, que esta idéia está vinculada ao fato de que, para Winnicott, a palavra-chave (*key word*) para a consulta é “tímida” (*shy*) (Op. cit., p. 16). Piggie ficou tímida diante de Winnicott, precisamente, porque o havia posicionado, na transferência, não apenas como uma “pessoa inteira”, mas como uma “pessoa papai”, no sentido winnicottiano do “estágio do complexo de Édipo” (1988).

Para o psicanalista, portanto, se tornava evidente que Gabrielle estava às voltas, entre outras coisas, com aspectos relativos à experiência do complexo de Édipo. Entretanto, Winnicott pensa que a sua paciente havia sido como que “forçada”, em virtude de falhas ambientais específicas, ocorridas após o nascimento do novo bebê (Susan), para o interior do estágio do complexo de Édipo. Daí o autor afirmar (comentário 2) que, em Gabrielle, teve lugar um “desenvolvimento prematuro do ego” (1977, p. 17).

Se examinarmos esta primeira consulta, do ponto de vista da técnica psicanalítica, não vamos encontrar, a rigor, qualquer “interpretação da transferência”, mas variados “manejos da transferência”. Encontraremos também, por outro lado, “interpretações” relativas a algumas das brincadeiras de Piggie.

Seria interessante, neste ponto, explicitar os sentidos que as palavras “interpretação” e “manejo” adquirem no contexto do pensamento de Winnicott mas, em virtude dos estreitos limites deste trabalho, não o farei. Pela mesma razão não pude aprofundar e detalhar, ao longo destas páginas, diversos aspectos relativos ao caso Piggie e à teoria winnicottiana. Agrada-me a idéia, contudo, da possibilidade de que este pequeno texto venha a despertar, no leitor, curiosidade suficiente para ultrapassar os referidos limites.

Referências Bibliográficas

Observação: A obra de Winnicott é citada, aqui, a partir da “Lista completa das publicações de D. W. Winnicott”, elaborada por Knud Hjulmand (Fulgencio, 2007, p. 17-188). Consta, nesta lista, o ano em que o trabalho do autor foi publicado pela primeira vez. Quando necessário, uma ou mais letras são acrescentadas ao ano de publicação, visando especificar a ordem em que o trabalho veio a público, naquele ano.

ABRAM, J. Donald Woods Winnicott (1896-1971): A brief introduction. *International Journal of Psychoanalysis*, 89 (6), 2008, p. 1189-1217.

HJULMAND, K. Lista completa das publicações de D. W. Winnicott. In FULGENCIO, L. (Org.). *Bibliografia Winnicottiana. Natureza Humana*, v. 9, número especial 1, maio, 2007, p. 17-188.

WINNICOTT, D. W. *Holding and interpretation: fragment of an analysis*. New York: Grove Press, 1989 (Bibliografia Hjulmand: 1986a).

_____. *Human nature*. New York & London: Routledge, 1988 (Bibliografia Hjulmand: 1988).

_____. The aims of psycho-analytical treatment. In *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. London and New York: Karnac Books, 2007, p. 166-170 (Bibliografia Hjulmand: 1965d [1962]).

_____. The concept of a healthy individual. In *Home is where we start from: essays by a psychoanalyst*. New York & London: W. W. Norton & Company, 1990, p. 21-38 (Bibliografia Hjulmand: 1971f [1967]).

_____. The depressive position in normal emotional development. In *Through paediatrics to psycho-analysis: collected papers*. New York & London: Brunner-Routledge, 1992, p. 262-277 (Bibliografia Hjulmand: 1955c [1954]).

_____. *The Piggle: an account of the psychoanalytic treatment of a little girl*. London: Penguin Books, 1991 (Bibliografia Hjulmand: 1977).

A importância de um ambiente humano adaptado como auxílio no tratamento de uma criança em acolhimento – A clínica na instituição

Robson Thiago Barbosa Nakagawa¹

Dra. Denise Sanchez Careta

Profa. Dra. Ivonise Fernandes da Motta

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – LAPECRI/USP

Palavras-chave: D.W. Winnicott; Psicanálise em instituição, Desenvolvimento psíquico.

Com advento das políticas públicas para proteção e garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes², as instituições de acolhimento, outrora conhecidas como orfanatos, desenvolveram-se de forma a se tornarem espaços especializados, provisórios e excepcionais, para crianças e adolescentes que tiveram em suas famílias seus direitos fundamentais violados³. Entende-se que é de responsabilidade das instituições de acolhimento, representadas pela figura do Estado, zelar pelo cuidado e guarda das crianças e adolescentes cujas famílias de origem, por motivos diversos, não tiveram condições de zelar.

O presente trabalho insere-se nessa realidade e trata da experiência clínica realizada em uma instituição de acolhimento de crianças e adolescente na região da Grande São Paulo.

Por meio da apresentação de uma intervenção psicoterapêutica, temos como objetivo demonstrar a possibilidade de ampliação do enquadre terapêutico em um espaço institucional, no sentido de promover um ambiente humano adaptado que possa auxiliar o desenvolvimento psíquico de uma criança em acolhimento.

D. W. Winnicott (1963/1983), ao se referir a importância do ambiente no processo de desenvolvimento infantil, menciona que tal processo de maturação só se efetiva se houver um ambiente favorável, que é caracterizado pela adaptação quase total no início da vida, mudando gradativamente no sentido da desadaptação, de acordo com o desenvolvimento gradual do lactente no sentido da independência.

Nesse sentido, o psicanalista inglês considera o desenvolvimento como uma tendência humana natural, o qual necessita de um ambiente que apenas respeite e favoreça esse processo, sendo esse ambiente representado pela mãe *suficientemente boa* que sustenta a experiência do bebê para torna-lá satisfatória. Onde está o Id do bebê, ali também deverá estar o ego da mãe⁴ (PHILLIPS, 2006).

São as experiências vividas, sustentadas por um ambiente facilitador, constante e identificado com as necessidades desse pequeno ser⁵, que vão sendo elaboradas imaginativamente pelo bebê constituindo

¹ Psicólogo Clínico e Institucional. Pesquisador e Psicólogo Colaborador do LAPECRI/USP. Membro do Grupo de Estudos e Práticas Psicológicas em Instituições (GEPI) onde realiza trabalho com famílias em processo de adoção e assessoria psicológica a instituições de acolhimento de crianças e adolescentes. robson.nakagawa@gmail.com

² Podemos citar o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como representante maior e norteador dessas políticas. Todavia, também é possível mencionar o Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC) e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) como dispositivos legais complementares.

³ O título II do Estatuto da Criança e do Adolescente, que trata dos direitos fundamentais, os relaciona como: a proteção à vida e à saúde, nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

⁴ Essa é uma analogia que o autor faz a célebre frase de Freud: “Wo Es war, soll Ich werden”.

⁵ Winnicott utiliza o termo *holding* para designar essas habilidades que a mãe/ambiente suficientemente bom é capaz de desempenhar.

as bases do psiquismo. Nesse momento de dependência absoluta, a realidade é concebida subjetivamente, uma vez que ainda não há separação entre EU e não-EU e isso é favorável para a criança. Porém, quando esse ambiente inicial não é sustentador, incapaz de se identificar com as necessidades do bebê, há uma fratura nesse processo de constituição e o ambiente é sentido como uma intrusão. Diante dessas intrusões a mente se instala precocemente, e ao invés de imagens e experiências que serão interiorizadas, constitui-se um estado de sentinela para lidar com o que poderá ser apresentado pelo ambiente (WINNICOTT, 1949/2000). O lugar no mundo torna-se um lugar de defesa onde a relação com o outro não pode existir. O sujeito sente que vive na solidão.

Rômulo⁶ possui 3 anos idade e está acolhido a 15 meses junto com um meio irmão (materno) de 6 anos. Os irmãos foram retirado do lar em virtude de um quadro de negligência e abandono, no qual a mãe, dependente química a 9 anos deixava-os sozinhos em casa longos períodos de tempo, e quando retornava a casa não tinha condição de prover cuidados em função do uso de crack e álcool. *Não havia sinais de violência física, porém* a casa da família não possuía condições de higiene e organização. Muitas pessoas desconhecidas circulavam pelo local, enquanto o esgoto passava no meio da cozinha e mais ou menos 9 gatos dividiam o espaço físico bastante limitado⁷. O menino é fruto de uma relação extraconjugal de Sérgio (29 anos) com Rita (27 anos). Apesar de ser amamentado pela mãe antes do acolhimento, em visitas à instituição não foi identificado presença de cuidado e vínculo entre a mãe e o filho.

Nesse caso, além das evidências objetivas que levaram as crianças ao acolhimento, acreditamos estar diante, como é na grande maioria dos casos que chegam as instituições de acolhimento, de uma situação na qual o ambiente inicial não foi capaz de prover cuidado e suporte emocional suficiente para a consolidação das bases psíquicas para o desenvolvimento emocional.

Winnicott (1953/1997) considera de grande importância o estudo da história inicial das crianças que foram separadas do seu lar de origem, sendo possível por meio dessas histórias, encontrar elementos que contribuam para o entendimento do grau de perturbação ambiental que ocorreu em períodos primitivos do desenvolvimento emocional, bem como auxiliar na orientação do ambiente de acolhimento (seja ele uma instituição, ou uma família adotiva) sobre os cuidados que essa crianças pode vir a necessitar.

No dia-dia da instituição Rômulo é uma criança que não chama a atenção dos cuidadores. Parece não apresentar comportamentos típicos de crianças que convivem juntas, como fazer bagunça, se enfiar em confusões, ou mesmo demonstrar estados emocionais de tristeza ou raiva que preocupasse algum adulto próximo. É um menino de estatura baixa e voz fraca que necessita de esforço para escutá-lo. Na maior parte do tempo anda sozinho, demonstrando um aparente tipo de independência, que pode facilmente ser entendido como evitação de contato afetivo com outras crianças e cuidadoras.

Em sessão apresenta gestos frágeis e pouco contato visual. Durante as brincadeiras, que conduz sozinho, pega alguns objetos planos para servir de suporte para os personagens ficarem de pé e interagirem. Inúmeras vezes os personagens caem para fora da plataforma de sustentação e vão para longe, sendo arremessados para além da visão. Rômulo comunica a falta de suporte ambiental em sua história e a carência de recusos psíquicos para lidar com os aspectos espontâneos da personalidade. Não há confiabilidade nas relações. Realiza todas as tarefas sozinho, como abrir a tampa da cola, do frasco de tinta, recortar, e colar, e mesmo diante de dificuldades não conta com a ajuda do analista. O trabalho nessa etapa é baseado na adaptação do analista as necessidades do paciente oferecendo suporte para que se possa viver pela primeira vez, em análise, os cuidados ambientais adequados. Segundo Forlenza Neto (2008, p.84), as situações traumatizantes estão aquém das recordações e verbalizações, só podendo ser resgatadas através da exteriorização do paciente, com os conseqüentes turbilhões emocionais na relação analítica.

Após dois meses de atendimento, basicamente marcados pela provisão ambiental (holding), uma nova etapa no processo psicoterapêutico se desdobra. Ocorre o aparecimento e gradual intensificação de

6 Os nomes são fictícios.

7 Os dados da história das crianças, anteriores a entrada em acolhimento são oriundos de visitas e relatórios de assistentes sociais.

um quadro de enurese, acompanhado de agitação durante o sono, que por vezes é interrompido por gritos e pedidos de socorro do menino. Rômulo apresenta comportamento regredido, requisitando que a cuidadora o alimente, o troque, e o auxilie na escovação dos dentes. Demonstra irritação diante de frustrações e busca isolamento nesses momentos. Por vezes apresenta períodos de ausência, ficando em um estado amorfo.

Durante os atendimentos o paciente manifesta intenso sofrimento e retraimento, não conseguindo brincar. Há a necessidade do analista se apresentar de forma lúdica comunicando-se com aspectos da personalidade do menino, como em uma situação onde um bezerro solitário e triste é *cuidado por uma vaca* que surge para acolhê-lo. Os contatos não se sustentam, e muitas vezes o sofrimento e o choro invadem a sessão. Não há lugar para as palavras nesses encontros.

Winnicott (1963/1983) relata que, o que oferece consistência a situação analítica não se trata de algo a ser recordado ou revivido na técnica do analista, mas a constituição de um espaço que permita a experiência. Por meio da apresentação de um brinquedo do qual o menino tem bastante apreço, um espécie de ampulheta que mede o tempo, e do estabelecimento de uma brincadeira de parar e iniciar o tempo, *Rômulo fica* mais tranquilo e comunica suas angústias de separação e abandono. Diz que a tia Cibele, uma cuidadora bastante próxima do menino, tinha ido na padaria, e que não voltaria. A separação do analista ao final do atendimento também foi marcada por bastante angústia, sendo necessário contar com a tia Cibele, que havia chegado da padaria, para acolher o menino e servir de referência de suporte, uma vez que sozinho não se via capaz.

Compreendemos que tais angústias, muito primitivas, tem suas origens em períodos iniciais do desenvolvimento humano, na relação com o ambiente original, e logo, anteriores a separação provocada pelo processo judicial que retirou a criança de casa. Ainda que esse fato possa suscitar um tipo de sentimento de perda, entendemos que suas raízes estão ligadas a repetição da perda original, ou seja, aquele ambiente que precocemente não foi capaz de dar sustentação emocional.

Rômulo sai de um estado de apatia e passa a vivenciar suas angústias e comunicar o que sente. Retorna a uma posição de depedência absoluta, requisitando do ambiente cuidado. Diante disso, o analista amplia a intervenção e passa a trabalhar com o ambiente humano da instituição para que esse possa oferecer holding ao paciente, de forma a favorecer as experiências de continuidade de existência, em contraposição as falhas ambientais vividas como invasões e rupturas na continuidade do ser.

Careta (2011) cita em sua pesquisa que ao escutar as cuidadoras de uma instituição de acolhimento, nota que além da possibilidade de colher dados sobre determinada criança, era possível se deparar com o próprio universo interior dessas mulheres, composto por acentuadas angústias de abandono e separação, denotando a necessidade de um espaço de escuta.

Em reunião com as cuidadoras, pautada pela escuta clínica, nos deparamos com diversas angústias, mas também com a possibilidade de identificação delas com as necessidades de Rômulo. Voluntariamente, Cibele, muito identificada com a maternagem, se propôs a ser a figura de referência para acolher o menino nos momentos em que ele não conseguisse conter suas angústias, bem como auxilia-lo diariamente em suas necessidades⁸. Fairbairn (1952/1980) lembra bem a importância de um objeto estável no desenvolvimento psíquico ao propor que a libido está a serviço da busca de objeto e não apenas de satisfação.

Outra intervenção realizada no ambiente, com intuito de adapta-lo as necessidades do menino, foi conduzida junto a Assistente Social, uma mulher que demonstrou-se bastante identificada com o menino, e que possui em sua história a adoção de um filho. A partir da necessidade de suporte humano de Rômulo, estipulou-se que ela o acolheria diariamente e de forma lúdica conversaria sobre como foi seu dia, suas dificuldades, conquistas, medos etc. Com o tempo Rômulo a requisitava todos os dias para que contasse a história do *Charlie e Lola*⁹.

⁸ É importante ressaltar que essa intervenção só pode ter sucesso uma vez que esse grupo de cuidadoras já está em atendimento psicoterápico a certo tempo, e que esse trabalho de cuidado pode ser visto em Careta (2011) "Quando o Ambiente é o Abrigo: Cuidando das Cuidadoras de Crianças em Acolhimento Institucional".

⁹ Trata-se de uma sequência de histórias infantis criada por Lauren Child, onde dois irmãos (Charlie e Lola) experenciam muitas aventuras juntos.

Dessa maneira, além dos atendimentos psicoterápicos semanais, o menino podia contar com o suporte da assistente social identificada durante o dia, e da cuidadora suficientemente boa durante o período da noite ou em qualquer hora que precisasse, constituindo um ambiente humano adaptado, capaz de vê-lo, sobretudo, em sua singularidade.

Com o tempo, observou-se a diminuição do quadro de enurese e o menino começa a demonstrar maior interação com as outras crianças e expressividade de suas emoções. É possível vê-lo alegre, demonstrando raiva e tristeza, bem como o aumento da motilidade: corre, pula, sobe nos brinquedos do *playground*. Rômulo passa a pertencer ao universo da instituição, sendo falado pelos outros, lembrado e reconhecido.

As sessões se destacam pela primazia das experiências estética, como sopro de ar através de canudos, temperatura da água, cores, texturas das coisas, vento do ventilador, sendo compartilhadas e nomeadas. Rômulo passa a ser espontâneo e ter experiências sensitivas e emocionais rumando a integração psicossoma. Deseja brincar de Homem Aranha e fica quase toda a sessão de ponta cabeça, realizando suas atividades enquanto é sustentado pelo corpo do analista. Comunica a confiabilidade ambiental que permite com que tenha experiências de continuidade existencial. Deseja usar os óculos e o relógio do analista. Ao final dos atendimentos é levado até tia Cibele, que o acolhe. Desse modo, Winnicott (1956/2000, p. 395) cita que o comportamento do analista, por ser suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade, é gradualmente percebido pelo paciente como algo que suscita a esperança de que o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar viver.

Tal fato, como podemos demonstrar, pode ser estendido ao ambiente humano institucional de forma que ele não apenas favoreça o desenvolvimento psíquico de uma criança que sofreu falhas ambientais precoces, como também permite com que as singularidades emergam. Todavia, vale ressaltar que tal intervenção constitui um desafio na maioria das instituições de acolhimento, e que só foi possível uma vez que esse ambiente já vem sendo cuidado a anos, tal como é possível notar a partir dos trabalhos de D. S. Careta (2006, 2011) cujas intervenções foram realizadas na mesma instituição onde Rômulo está acolhido. Por fim, foi partindo da sensibilidade do analista em perceber a importância em se construir uma ponte entre as necessidades da criança e as potencialidades das cuidadoras, incluindo a assistente social, que o ambiente foi capaz de tornar-se suficientemente bom.

Referências Bibliográficas

- CARETA, D. S. *Análise do Desenvolvimento Emocional de Gêmeos Abrigados no Primeiro Ano de Vida: Encontros e Divergência sob a Perspectiva Winnicottiana*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.
- CARETA, D. S. *Quando o Ambiente é o Abrigo: Cuidando das Cuidadoras de Crianças em Acolhimento Institucional*. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.
- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE LEI, Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 com as modificações introduzidas pela lei 12.010, de 6 de agosto de 2009.
- FAIRBAIRN, W. *Estudos Psicanalíticos da Personalidade*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980 (Original publicado em 1952).
- FORLENZA NETO, O. *As principais contribuições de Winnicott à prática clínica*. Revista Brasileira de Psicanálise. Vol. 42. N. 1, 82-88, 2008.
- PHILLIPS, A. *Winnicott*. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2006.
- WINNICOTT, D. W. A Mente e sua Relação com o Psicossoma. In: _____ *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000 (Original Publicado em 1949).

- WINNICOTT, D. W. Distúrbios Psiquiátricos e Processos de Maturação Infantil. In: _____ *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983 (Original Publicado em 1963).
- WINNICOTT, D. W. Duas Crianças Adotadas. In: _____ *Pensando Sobre Crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997 (Original Publicado em 1953).
- WINNICOTT, D. W. Formas Clínicas da Transferência. In: _____ *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000 (Original Publicado em 1956).

A dinâmica da clínica: interpretações transferenciais e atos analíticos

Rogéria Coutinho Brandani¹

Palavras-chave: Clínica com crianças; Constituição psíquica; Recalque originário; Transtornos.

Logo que comecei a atender Igor, na época com 4 anos e 9 meses, observei que ele parecia me incluir na categoria de objetos da sala de atendimento. Chegava sempre agitado, correndo para o armário de brinquedos ou para minha mesa, empurrando-me como se eu fosse um objeto atrapalhando seu caminho. Tudo parecia funcionar num continuum não discriminado, casa/sala de espera/ sala de atendimento, como se ele não pudesse perceber o início de cada encontro comigo e, conseqüentemente, apresentava muita dificuldade nos encerramentos das sessões. Seus comportamentos de atirar objetos no chão, seus ataques de raiva e sua oposição em sair da sala não pareciam ser da ordem de movimentos transferenciais, e sim de descargas motoras desorganizadas, ações carentes de um sujeito que as exercesse. E quando não há um sujeito que se aproprie das suas ações não há, por correlato, um destinatário para essas ações, sendo elas simplesmente o protótipo da descarga. Suas falhas na instalação do “eu” correlativo ao eixo da temporalidade o impossibilitavam de encerrar uma sessão tranqüilo pela garantia do “amanhã” como continuidade desse encontro, vivenciando cada experiência como única, pontual em si mesma.

Não conseguia se organizar e se locomover satisfatoriamente no mundo ao seu redor. Assim, trombava com os móveis ou tinha ataques de ira quando queria passar entre a poltrona e a parede, insistindo com um corpo num espaço visivelmente impossível de ser atravessado, demonstrando suas falhas na apropriação e representação do próprio corpo. Numa sessão me disse: “quando eu era grande”, e apesar da construção da frase incluir a palavra “eu”, acredito que não estava constituído um “eu” no sentido que faça referência a si mesmo. Os elementos para a formação dessa “percepção de si” devem vir, inicialmente, do outro. Fez um desenho da mãe golfinho, desenhando um humano dentro de sua barriga, e contou que “vai nascer um homem, que depois vai ser um menino legal”. Minha impressão era de que carecia de uma identidade básica, citando Bleichmar, “aquela ontologicamente ligada à ser da espécie humana” como primeira identificação necessária para a constituição de um ser humano e, posteriormente de um sujeito psíquico.

Qualquer som, brilho ou objeto na sala de atendimento chamavam sua atenção, demonstrando que seu pólo perceptivo constantemente aberto, sem barreiras ou filtros, o impedia de se manter numa atividade, como se ele se encontrasse, constantemente, bombardeado pelos estímulos ao longo de uma mesma sessão. Em muitos momentos eu não conseguia compreender suas falas ou comportamentos, aparentemente descontextualizados, os quais pareciam associados à um funcionamento por identidade de percepção, como se estivesse num movimento mais regressivo tendente à ativação do pólo alucinatório, descrito por Freud como um dos mecanismos envolvidos no processo do sonhar. Assim, ao misturar água com sabão formando uma espuma branca teve a convicção de que era chantili e, imediatamente, o levou para sua boca dizendo que ia comer o chantili. Ou nos momentos em que “encontrava” no armário um bicho de pelúcia verde que, funcionando como um disparador de associações, era logo abandonado e Igor passava a lutar e bater no “vazio”, dizendo estar matando os monstros verdes do mal. Parecia vivenciar um

¹ Psicanalista, membro efetivo e co-coordenadora do grupo “Fórum Clínico Permanente: Clínica Psicanalítica Contemporânea” do Departamento Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Aprimoramento no HCFMRP-USP. Psicóloga formada pela FFCLRP – USP. robrandani@uol.com.br

momento alucinatório, a representação do mal estava funcionando como percepção, sem a possibilidade de discriminação do objeto real e do objeto representado, como no exemplo do chantili: não parece chantili, é chantili. Diferenciar o representado daquilo que é percebido marca a diferença entre o interno e o exterior ao psiquismo, discriminação ainda confusa para Igor.

Como intervenção pensei que não adiantaria recorrer ao senso comum e demonstrar que é água e sabão, sendo necessário uma ação de minha parte que o impedisse de comer o sabão. Interferi dizendo-lhe algo assim: não é chantili, mas na sua cabeça, quando você pensa que é chantili passa a “ser” e você não consegue diferenciar o que pensa do que é, e isso faz com que se confunda. Seguindo as observações de Bleichmar, de que tem que renunciar a ter um pensamento soberano porque manter um pensamento soberano leva à situações de sofrimento, se alguém pensa que voa e se joga da janela cai, mantive o impedimento dizendo que o estava protegendo para que o sabão não causasse dor na sua barriga. Como sinalizou Freud, a única forma de renunciar é pela valência negativa, tem que transformar o positivo em negativo, o prazer em desprazer. Em outro momento, quando Igor estava desenhando, disse: “um pouquinho de vitamina para as plantas”, usando o lápis vermelho que caiu no chão e ele complementou dizendo: “caiu a vitamina”, demonstrando novamente que o fantasioso invade e compromete a realidade, o elemento da fantasia é real, não há uma discriminação.

Em outra sessão, circulou cada parte do corpo no desenho de um gato e deu um nome criado por ele para cada uma delas, sem ter a percepção crítica de que eram nomes dados por ele. Igor reconhece as partes do corpo do gato mas, desde o meu ponto de vista, elas não formam um corpo, são só partes faltando o sentido de uma totalidade englobante. Para ele, cada parte do gato é “em-si”, maneira parcializada de perceber o objeto, expressa em sua nomeação das partes, inclusive estando o gato na categoria dessa parcialidade. A falha na estruturação do eu, a falta da gestalt narcisista determina seu modo parcializado de relações com o mundo. E como podemos pensar sua percepção do outro - analista? Nesses casos não há possibilidade da criança se “descolar do outro” pela falta de uma representação de “si mesmo” exercendo sua função organizadora. Os comportamentos de Igor de ficar bravo comigo quando ele errava um desenho ou quando ele derrubava algo no chão são alguns exemplos de sua falta de discriminação eu - outro.

Em seu mundo de parcialidades, o atributo separado do contexto define o objeto, não sendo possível para ele totalidades diferentes providas de um mesmo atributo. Como o ser e o atributo são intercambiáveis, cada objeto é único e não há possibilidade de armar categorias de oposição e de diferenciação. Assim, no final de uma sessão em que estava insistindo com sua mãe que queria tomar café, apontou para o reservatório transparente da cafeteira e perguntou “que é isso, água? Quero essa água”. Peguei a garrafa de água mineral e lhe ofereci dizendo que a usei para colocar na cafeteira. “Não quero essa água, gosto de água de café” ele respondeu muito bravo, insistindo que queria a água de café e não “essa de futebol”, apontando a garrafa que eu oferecia e que tinha no rótulo um gramado verde desenhado num formato redondo. Seu funcionamento psíquico, predominantemente regido pelo processo primário, sem lógica da exclusão e da negatividade, aparece em outro momento quando, desenhando numa folha branca, reclamou “Não tem o branco? Porque o céu é branco eu ia fazer o céu branco”. Numa brincadeira onde fazia todos os bonecos morrerem pergunto “o que é morrer?”, ao que ele respondeu “Morrer é nunca vai viver”.

Entendo que suas dificuldades não são da ordem do sintoma no sentido psicanalítico, ou seja, como formação do inconsciente resultante do conflito entre os sistemas psíquicos. Na minha compreensão, utilizando a categoria proposta por Bleichmar, entendo que Igor apresenta transtornos caracterizados por falhas na instauração do recalque originário e, conseqüentemente, na diferenciação dos sistemas psíquicos compondo um modo de constituição à predominância dos processos primários, com fracassos na função de simbolização. Com essa hipótese norteadora, conduzo os atendimentos buscando propiciar intervenções potencialmente capazes de terminar de fundar a tópica e de constituir um sujeito psíquico, pré-requisitos necessários para o desenvolvimento de um trabalho analítico baseado em interpretações transferenciais. E qual seria o método clínico quando esses pré-requisitos não estão operando?

O texto de Freud, “A Dinâmica da Transferência” não será suficiente para suprir as demandas técnicas para a condução desses atendimentos clínicos. É nos seus desenvolvimentos posteriores que encontrei

ampliação das propostas de intervenções clínicas além da interpretação transferencial, nos momentos de surgimento de conteúdos que ficaram fora da captura do sistema pré-consciente/consciente e que podem surgir como alucinatório. Freud propôs como nova modalidade técnica as construções em análise e, segundo ele, o valor dessas intervenções para o analisando está mais na convicção que deve despertar, no sentido de que isso lhe permita abrir a possibilidade de novas redes associativas, e menos na realidade histórica ou na rememoração daquilo que lhe é proposto. A ampliação do instrumental clínico, baseado inicialmente na “dinâmica da transferência”, possibilita a proposta de intervenções analíticas baseadas na “dinâmica da clínica”, caracterizada pela alternância entre dois modos do funcionamento psíquico. O analista deve manter um duplo movimento: ora guiando seu trabalho pelas associações do analisando, da ordem das representações e podendo oferecer interpretações; ora sendo convocado à observação de material da ordem do atemporal e do não representado, oferecendo intervenções que possibilitem a construção de novas redes representacionais. Esse dinamismo do psiquismo faz com que possam coexistir correntes representacionais de diversas ordens, umas com processo representativo e outras onde aparecem restos não recalçados do exercício pulsional direto.

Retomando minha questão sobre o método clínico, encontrei em Bleichmar a proposta da clínica da neogênese, “caracterizada pela produção de algo novo que não está em cada um dos elementos, mas sim nas possibilidades de articulação de novas pontes simbólicas e na sua combinatória, possibilidades estas que não se pode dizer que antecedem o fenômeno produzido”. Como escreveu a autora, “as “representações-coisa” são recapturadas no trabalho analítico mediante a livre associação. Os “signos de percepção” requerem a construção de um entramado, entretecido no qual o analista ajuda a articular simbolizações faltantes”. E complemento citando a proposta de Sara e Cesar Botella de que a “a evolução do tratamento, e mais amplamente do psiquismo, dar-se-ia na articulação de duas realidades psíquicas: de um lado, retirada dos recalques com o levantamento de suas causalidades temporais e do desejo infantil; do outro, operações de causação criadoras de sentido. É nessa confluência entre sentido do passado e sentido por vir que se qualificaria a natureza processual do tratamento analítico”.

Retomando o caso Igor, continuo os atendimentos com momentos de angústia, dificuldades técnicas e incertezas do prognóstico. Tento ajudá-lo a constituir o “dentro e o fora” de seu psiquismo, contudo minhas dificuldades são muitas em meio ao caos de seu funcionamento. Cito como exemplo uma sessão recente em que ele inventou um jogo de futebol no quadro branco, mandando que eu desenhasse os jogadores com a caneta preta e começou a desenhar jogadores com outra caneta, também preta. Interferi sugerindo mudar a cor de uma das canetas para podermos reconhecer o jogador de cada um. Igor resistiu, quis manter a caneta preta para ele e para mim. Realizei o jogo como ele propôs e, posteriormente, olhando para os traços no quadro, todos pretos, mostrei como não podíamos saber a diferença entre o que é dele e o que é meu, de quem foi cada traço, qual o jogador dele e o meu na diferença. Prossegui com as intervenções na linha da discriminação e falei sobre como o assusta, como na cabeça dele está confuso “ele” e “eu”, segura de minhas intervenções embasadas na compreensão teórica dos seus processos mentais. Contudo, fui surpreendida por sua fala: “Mãe, quer dizer tia, sabe aquela gosminha, aqueles bichinhos no pinto? Aquela gosma que fica no pinto e fica comendo ele, sai sangue?”. Senti dificuldades em acompanhar seu pensamento.

Para suportar minha angústia perante o desconhecido, poderia ter recorrido à uma intervenção centrada em sua posição em relação à sexualidade, que sua referência aos genitais estaria relacionada à angústia de castração, contudo acho que seria um equívoco. Também a hipótese de tentativa de anulação das diferenças, através da fantasia de perda do pênis como forma de garantir sua existência, não me pareceu sustentável, pois minha compreensão é de que ele ainda não constituiu diferenças para poder negá-las ou rejeitá-las. Penso ser necessário que o analista possa suportar a própria angústia do não-saber, apesar de seu referencial teórico, e preferi limitar minha intervenção. Assim, entendendo que estava diante de um bloco hipermnésico, como escreveu Bleichmar, descontextualizado e sem um fator desencadeante aparente, um fragmento discursivo que surgiu expressando que o próprio Igor estava submetido à invasão de processos que não podia dominar, perguntei “quem fala isso?”. Até porque sua fala não fez referência ao próprio genital e tão pouco veio acompanhada de preocupação ou angústia. No seu psiquismo, faltavam

os nexos que articulam as representações entre si possibilitando que pudesse funcionar segundo a lógica do processo secundário. Desse modo, algo na cena do nosso jogo no quadro colocou em movimento marcas mnêmicas que progrediram pelo fracasso na instalação dos mecanismos inibidores e , seguindo Bleichmar, "a significação não operava do lado de um sujeito que recorda e o manifesto não podia então ser equiparado à tomada de consciência".

Referências Bibliográficas

- Botella,C. e Botella,S. *O irrepresentável, mais além da representação*. Ed. Biblioteca Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 2002.
- Bleichmar,S. *Nas Origens do Sujeito Psíquico:do mito à historia*. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre, 1993.
- Bleichmar,S. *A Fundação do Inconsciente: destinos da pulsão, destinos do sujeito*. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre, 1994.
- Bleichmar,S. *Clínica Psicanalítica e Neogênese*. Ed. Annablume. São Paulo, 2005.
- Freud, S. *Construções em análise* in Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Ed. Imago. Rio de Janeiro, 1974.
- Freud,S. *A Dinâmica da transferência* in Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Ed. Imago. Rio de Janeiro, 1974.

A dinâmica da transferência em um atendimento de uma criança autista

Rogério Lerner¹

Palavras-chave: Autismo, Transferência, Séries Complementares, Contratransferência.

Os pais de W.² me procuraram por indicação da fonoaudióloga a fim de que eu a avaliasse. Tinha sete anos e diagnóstico de autismo emitido por um neurologista e nunca explicado pelo psicanalista que a atendia por dois anos, com quem os pais não estavam satisfeitos. Ao fazer a avaliação, confirmei o diagnóstico, explicando-o quanto à vulnerabilidade genética existente no autismo e quanto à impossibilidade de fazer prognóstico do desenvolvimento, a ser avaliado ao longo das respostas de W. ao trabalho.

Entendo que uma criança autista vive um desenvolvimento conflituoso: por um lado, há uma forte e precoce tendência à desconexão vivida desde bebê. Por outro, há um tremendo esforço para estabelecer vínculos intersubjetivos ricos e em crescente sofisticação simbólica. Assim, a criança padece de momentos traumáticos de destruição dos seus esforços. Filmes caseiros de bebês diagnosticados como autistas quando mais velhos permitem o estudo de tal conflito (Lerner, 2011). Resulta que o registro interno que a criança faz do objeto é o de um destruidor, o que se reforça pela confusão existente entre as identidades de si e do outro. Ainda assim, a criança persiste. Alguns exemplos do conflito resultante são a criança saber para onde o outro olha para recusar-lhe o olhar e a criança recorrer ao outro para fazer algo que pode fazer sozinha, elidindo formas de comunicação e contato mais ricas e sofisticadas.

Ao fim da avaliação de W., evidenciei pontos que os pais contaram do seu histórico que pareciam sugerir capacidades de W. fazer frente à tendência de desconexão que apresentava desde cedo, tais como a evolução de sua fala com o tratamento fonoaudiológico, a manutenção de conteúdos que aprendia e a facilidade com que se deixava contatar, apesar das dificuldades em corresponder ao contato adequadamente. Mencionei a importância de que fosse montada e coordenada uma rede de trabalho entre profissionais da saúde e educadores que seguisse diretrizes comuns, o que até então não havia.

No começo do trabalho, W. fazia falas descontextualizadas, tinha agitação motora constante, estereotípias e quase não sustentava troca de olhares. As respostas às minhas tentativas de entrar em contato eram inconstantes e erráticas como sua aprendizagem, apesar de estar em uma escola regular. A todo o momento, ela entrava e saía da sala de espera para o hall e para a sala de atendimento de adulto e para a de crianças e para o banheiro e... Parecia não conseguir saber o que era dentro e o que era fora, nem qual era a delimitação entre os espaços.

Dada a concepção mencionada mais acima referente ao desenvolvimento em conflito, tenho por princípio não começar por me opor às manifestações de desconexão da criança, mas acompanhá-la em seu padecimento com as mesmas, nos seus esforços por superá-las e nas frustrações quando não consegue. Eu ia junto por onde andasse, nomeando os espaços e demonstrando meu interesse pelas coisas que às vezes ela dizia: porta, aqui, lá, dentro... Eu ficava nervoso por não entender o que se passava e achava que a mãe estava arrependida de ter preferido que W. passasse a ser atendida por mim. Estava envergonhado e constrangido por perceber que havia sido depositada uma confiança em mim que eu julgava não estar

¹ Psicanalista, Professor Associado (Livre-docente) e orientador de Pós-Graduação no IPUSP, Fellow do College of Research Training Programme - University College London/IPA. É membro do Núcleo de Apoio à Pesquisa em Neurodesenvolvimento e Saúde Mental da USP e lidera o grupo de pesquisa do CNPq «Transtornos do espectro de autismo: detecção de sinais iniciais e intervenção», com verbas de pesquisa de órgãos nacionais e internacionais. rogerlerner@usp.br

² As iniciais são aleatórias e não se relacionam com o nome real da pessoa para evitar identificação.

à altura de corresponder, uma situação de antissonhar (Cassorla, 2008) necessária como comunicação e superação da experiência de comprometimento psíquico.

Em uma conversa desta época, a mãe me contou ficar muito aliviada em me ver seguindo W. por onde fosse com minha evidente ignorância quanto ao que estava acontecendo. Disse que assim eu entenderia como ela se sentia com W. e não faria como os profissionais que tentavam usar o que pretendiam saber para exigir mudanças na forma como se relacionava com a filha. Neste momento, pensei que estávamos todos compartilhando, cada um à sua maneira, um estado de confusão quanto a onde estávamos e o que faríamos juntos, além de um temor relacionado à possibilidade de ter frustrada a expectativa de alcançar tal compreensão.

Comecei a nomear os lugares por onde W. andava salientando os espaços de dentro e de fora. Passei a dizer-lhe que ela queria entender onde estava e tinha medo de não conseguir. Começou a falar o nome do psicanalista que a atendia e o meu. Conversamos sobre ela não compreender tal mudança. Passou a usar a nomeação dos lugares por onde andávamos em nosso ambiente. Ficava investigando cada pedaço do “banheiro de homens e de mulheres”, principalmente os buracos. Já não saía mais do consultório.

Comecei a fazer brincadeiras corporais bem primitivas, do tipo que se fazem com bebês: cócegas, ela pulava no meu colo, queria que andasse com ela nas costas, ela se escondia embaixo de uma manta para procurá-la. Eu passava os dedos como se fossem insetos (formiguinhas, joaninhas, etc.) por partes do corpo dela (braço, pernas, barriga, cabeça), nomeando-os. Passou a ter iniciativa de pedir, a cada encontro, que fizéssemos estas brincadeiras. Eu seguia fazendo o que ela pedia por acreditar que, além de terem sido a oportunidade de um contato mais rico e abertamente interativo entre nós, tais brincadeiras poderiam ajudar na construção dos limites de seu corpo, que eu avaliava não estarem bem estabelecidos. Sabendo que não podia, ela me desobedecia e pulava no divã e na minha poltrona até que eu a contivesse, tirando-a à força. Em alguns momentos, surgiram expressões de fantasias esquizo-paranóides bem articuladas, tais como medo de a boca comê-la, medo de o braço soltar, a cabeça explodir. O surgimento de tais fantasias mobilizava em mim a vontade de acalmá-la quanto aos aspectos temíveis que continham.

Em determinado momento, coloquei na porta do banheiro da sala de espera uma placa com os dizeres “banheiro de meninas”. No outro, onde não podia entrar, coloquei uma placa com os dizeres “banheiro de homens”. Ela ia ao banheiro a que tinha acesso passando a chamá-lo como nomeei e queria espiar dentro do “banheiro de homens” que dizia ser meu. Na mesma época surgiram intensas e variadas manifestações masturbatórias: ela vinha ao meu colo ou subia nos meus ombros para esfregar seus genitais no meu joelho ou pescoço, começou a não se limpar para excitar-se com o prurido resultante, ficava muito tempo com a mão nos genitais e depois as cheirava ou levava à boca. Minha reação inicial foi explicar-lhe a excitação que estava sentindo, mencionando as palavras como ela nomeava os genitais feminino e masculino, adicionando que ela não podia fazer nada daquilo comigo. Duas coisas ficaram evidentes: A primeira foi que ela associava os dois genitais aos dois sexos. A segunda foi que falar de todo este assunto era como seguir se masturbando, tal como Bion (1988) descreve que em estados psicóticos a fala, ao invés de ter a função de pensamento verbal como prevacente, é vivida como uma ação. Daí ela esfregar as pernas quando falávamos disto.

A noção de enactment tem sido utilizada para considerar a complexidade da dinâmica transferencial/contratransferencial do trabalho psicanalítico (Cassorla, 2007; Zaslavsky & Santos, 2005). Cassorla (2004), destacando a identificação projetiva no processo, propôs que com pacientes graves instala-se um enactment crônico necessário para o compartilhamento de aspectos primitivos enquanto não há condições para sua transformação simbólica. Pode-se considerar que vivências ainda mais primitivas do que identificação projetiva (que não a excluem), como as que prevalecem com autistas, contribuem para o enactment experimentado no trabalho psicanalítico com os mesmos. O teor da dinâmica descrita acima pode ser considerado uma forma de enactment crônico vivido entre analista e paciente. A partir do momento em que o vínculo se fortaleceu, uma intensa experiência sensual estava sendo vivida em algum nível sem que fosse possível sua percepção, até irromper como explícita masturbação por parte da paciente.

Segundo Cassorla (2004), quando se dão as condições para a transformação simbólica da experiência vivida, enactments agudos representam a oportunidade de perceber a situação, elaborando-a. Tal momento se deu quando, sem explicar a razão, abruptamente interrompi todas as brincadeiras corporais que fazíamos até então e passei a restringir o atendimento à sala de crianças, com a porta trancada. Comecei a desenhar corpos masculinos e femininos a fim de que ficasse evidente a distinção entre eles e sua separação. Ficou evidente que vivíamos numa espécie de conluio no qual a paciente estava sendo poupada de enfrentar dificuldades para as quais já possuía recursos.

Passei a chamar a atenção da paciente cada vez que ela se referia a si em terceira pessoa. Com todo o atendimento de fonoaudiologia que fazia desde antes de trabalhar comigo, ela já tinha condições de falar melhor e eu lhe dizia isto. Ela melhorou significativamente sua fala. As falas fora de contexto e as ecolalias também diminuíram quando comecei a mostrar-lhe que ela estava falando sem pensar, frisando que passasse a pensar antes de falar.

O trabalho com desenhos teve um extenso desdobramento ao longo dos anos seguintes. Ela inicialmente desenhava infinitos órgãos sexuais masculinos e femininos recobrando qualquer coisa que eu desenhasse. Como a impedi, ela passou a pedir que desenhássemos elementos de seu cotidiano. Eu desenhava e dizia para ela também desenhar. Mas ela não desenhava. Tomei a iniciativa de dizer que desenhasse com a mão em cima da minha. Alternávamos quem dava a sugestão de desenho e adicionei músicas inventadas que ela gostava muito e pedia para eu repetir. Com o tempo e minha insistência, passou a desenhar sozinha. Quando eu cantava, deixava para ela completar algumas palavras, o que ela fazia com alegria. Passamos a cantar juntos.

Surgiram, no seu desenho, figuras antropomórficas coladas ou justapostas entre si. Separei-as recortando-as. Ela ficou muito impressionada com a possibilidade de separar as figuras e começou a recortar diversos desenhos de que dispunha em nosso atendimento. Até que começou a desenhar as figuras separadamente.

Devido ao contato frequente que tenho com a escola, sabia que naquele momento seria iniciada a alfabetização de W. e comecei a introduzir palavras escritas no seu desenho. Depois de algum tempo, ela começou a fazer traços que imitavam letras, até escrever letras copiando a sequência do alfabeto. Meses depois, surgiram as palavras, inicialmente sem espaço. Ela pedia para eu ler os livros de história e acompanhava com o dedo enquanto eu lia. Pude perceber que ela não entendia o espaço entre as letras. Comecei a brincar de escrita com letras separadas e a apontar a importância do espaço. Minha leitura fazia uma pausa nos espaços para que ela percebesse que o espaço servia à delimitação das palavras. Nossos corpos já estavam delimitados na medida em que ela não precisava da minha mão para escrever nem desenhar.

Hoje W. escreve e lê perfeitamente. São raras as manifestações mais expressivas do quadro de autismo, como estereotípias, interesses restritos e repetitivos, problemas de linguagem como ecolalias e falas descontextualizadas. Diferentemente de quando começou o tratamento, W. tem um vívido interesse em interagir com as pessoas e sua capacidade simbólica avançou enormemente, com o que ela é capaz de fazer fabulações preservando a integridade da diferença entre ficção e realidade.

W. começou a utilizar os rostos de personagens dos livros que tipicamente expressavam algum sentimento para aprender, por associação, a lidar com tal sentimento, compreendo-o. Ela olhava para o rosto, me perguntava a que sentimento se referia, me pedia para repeti-lo e o repetia. Em seguida, conversávamos sobre situações associadas a tal sentimento. Aos poucos, passou a não precisar mais das imagens, detectando estados de espíritos em mim e contando como se sentia em situações sobre as quais conversávamos.

Considero ser frequente que períodos de enactment crônico englobem brincadeiras que a criança, até então refratária ou extremamente aderida, inicialmente tolera, depois interage, até vir a solicitar. Quando a criança fala, em tais momentos são referidas fantasias de fragmentação do corpo, de aniquilamento, de temor quanto a não saber onde terminam suas extremidades corporais e de delírios paranóicos. Tais situações dependem muitas vezes de uma atitude ativa e arriscada do analista, engendrando algum enactment agudo

que permite a construção de algo novo a partir do que se experimentou e consolidou-se, o trabalho de elaboração do trauma (Cassorla, 2008), no caso do autismo, da destrutividade da tendência à desconexão.

A tendência de desconexão da criança tem sobre os pais efeitos traumáticos que se expressam como ansiedade, persecutoriedade e depressividade (Montes e Halterman, 2007; Hoffman, Sweeney, Hodge, Lopez-Wagner e Looney, 2009; Benson, 2007; Quintero e McIntyre, 2010). As reações dos pais a tal desespero costumam incidir sobre as instâncias de tratamento e educação da criança, o que significa que eles têm em relação à escola e aos terapeutas atitudes extremamente primitivas. É frequente que sua exigência em relação aos profissionais seja exagerada em compensação às profundas frustrações que têm com os filhos; que sintam que o trabalho dos profissionais não dá em nada por sofrerem pela limitação de seus esforços como pais para com os filhos; que briguem triunfalmente com os profissionais para se defenderem de forma maníaca da depressividade que sentem; que fomentem conflitos entre os profissionais como forma de fragmentar e projetar maciçamente sua angústia. A montagem de uma rede coordenada envolvendo psicanalista, fonoaudióloga, escola e psiquiatra, tem a função de permitir que tais experiências sejam elaboradas pelos profissionais ao invés de gerarem atuações de sua parte na forma de identificações complementares (Racker, 1982). Em rede, os profissionais podem refletir juntos levando em consideração que o estado de espírito dos pais em grande medida decorre de sua exposição ao quadro do filho. Isto permite que haja maior sensibilidade dos profissionais para com os pais, o que aumenta sua confiança no trabalho realizado, ainda mais por perceberem que há linhas comuns sendo seguidas, construídas coletivamente. A percepção desta construção coletiva permite que se arrefeçam as idealizações e as persecutoriedades que nutrem em relação aos profissionais.

Do ponto de vista ético, a sensibilização para com o sofrimento dos pais é fundamental na medida em que é em nome deste sofrimento que qualquer orientação referente a mudanças deles pode ser considerada. É no escopo deste sofrimento que devem ser aceitas as limitações do que podem mudar em relação a seus filhos. A mãe de W. não conseguia fazer com que a filha seguisse regras em casa, mas permitia que uma babá o fizesse. Impor aos pais que mudem em nome do filho é algo que não conseguem significar dado o nível de sofrimento a que eles próprios estão expostos. Nestas circunstâncias, os pais se sentem exigidos e percebem a insensibilidade para com seu sofrimento, o que pode fomentar as atitudes primitivas características já mencionadas. Monta-se uma cena de rivalidade entre profissionais e pais, como se os profissionais denunciassem os erros dos pais e fossem, do alto da idealização de seu conhecimento, consertá-los. Subjaz a isto a crença de que o quadro é decorrência pura dos pais, o que chamei em outro trabalho de parentoculpogenia: atribuição da origem do quadro aos pais de forma a culpabilizá-los por isto.

Freud formulou a noção de séries complementares a fim de evidenciar que em toda patologia combinam-se aspectos orgânicos e relacionais. O rodapé ao primeiro parágrafo do texto *Dinâmica da Transferência* (1912) foi escrito com especial acidez proferida contra aqueles que insistem em fazer reduções para um lado ou para outro. Ao longo de todo o atendimento de W. e seus pais, a genética compõe papel central nas fundamentações metapsicológicas com que faço as intervenções. Reservo a tal âmbito o peso maior da etiologia e da gravidade do caso, servindo de tela de fundo para a tessitura dos mecanismos psíquicos e das formas de relacionamento de que se utilizam as crianças. Tal expediente, além de ser metodologicamente mais defensável do que sua alternativa, arrefece a reflexão clínica e as intervenções do peso da etiologia, ampliando o espaço para que se pense o que se vive com o paciente no contexto da complexidade de suas limitações e dos recursos que constrói para superá-las.

Referências Bibliográficas

- Benson, P. R. (2007). The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: the mediating role of stress proliferation. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 36(5), 685-695.
- Bion, W. (1988). *Pensamentos Psicanalíticos Revisados*. Rio de Janeiro: imago.
- Cassorla, R.M.S. (2004). Desenvolvimento do conceito enactment (colocação em cena da dupla) a partir do estudo de configuração borderline. *Revista Bras de Psica*, 38(3), pp. 521-540.
- Cassorla, R.M.S. (2007). Do baluarte ao enactment: o “não-sonho” no teatro da análise. *Rev. bras. psicanál*, São Paulo, 41(3), pp. 51-68.
- Cassorla, R.M.S. (2008). The analyst’s implicit alpha-function, trauma and enactment in the analysis of borderline patients. *Intern Journal of Psycho-analysis*, 89, pp. 161-180.
- Freud, S. (1980). A dinâmica da transferência. In: Jayme Salomão (tradução), *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol.12, pp. 133-148). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1912).
- Hoffman, C.D., Sweeney, D.P., Hodge, D., Lopez-Wagner, M.C. & Looney, L. (2009). Parenting Stress and Closeness Mothers of Typically Developing Children and Mothers of Children With Autism. *Focus On Autism And Other Developmental Disabilities*, 24(3), 178-187.
- Lerner, R. (2011). *Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: verificação da capacidade discriminativa entre autismo, retardo mental e normalidade*. Tese (Livre-Docência) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Montes, G. & Halterman, J.S. (2007). Psychological functioning and coping among mothers of children with autism: A population-based study. *Pediatrics*, 119(5), E1040-E1046.
- Quintero, N. & McIntyre, L.L. (2010, março). Sibling Adjustment and Maternal Well- Being: An Examination of Families With and Without a Child With an Autism Spectrum Disorder. *Focus Autism Other Dev Disabl*, 25(1), 37-46.
- Racker, H. (1982) *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Artes Médicas: Porto Alegre.
- Zaslavsky, J. & Santos, M.J.P. (2005). Contratransferência em psicoterapia e psiquiatria hoje. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), pp. 293-301.

Aspectos transferenciais na clínica com crianças que apresentam risco psicótico.

Silvana Rabello¹

Palavras-chave: Transferência, Psicose, Crianças, Técnica.

Esta apresentação pretende compartilhar algumas reflexões acerca dos aspectos transferenciais vividos na experiência clínica com crianças que apresentam risco psicótico. Partilhamos com Jerusalinsky (1993), Bernardino (2000), Kupfer (2010), Vorcaro (2009) e Laznik (2004), da compreensão de que podemos encontrar no tratamento de crianças, aquelas que estariam em uma indecisão estrutural entre neurose e psicose, quadro clínico entendido como psicose não decidida. Nesta configuração, os aspectos transferenciais trazem os instrumentos fundamentais ao psicanalista para armar sua compreensão acerca do impasse subjetivo em questão, produzindo questionamentos acerca do posicionamento técnico. Neste trabalho, pretende-se delinear os aspectos vividos nesta clínica através da apresentação de alguns casos clínicos, trazendo elementos que alimentem esta discussão do ponto de vista teórico e técnico.

¹ Psicanalista, doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Professora da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde (PUC-SP) e membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Coordena o aprimoramento na área do autismo e psicose e Pós Graduação Lato Sensu em Teoria Psicanalítica (PUC-SP). silvanarabb@hotmail.com

A dinâmica da transferência: quando a elaboração não vem...

Tatiana Inglez-Mazzarella¹

Palavras-chave: Repetição, Trauma, Transferência, Elaboração.

“Aqui é horrível, eu tô sozinho na casa horrível. Tá sujo, não tem ninguém. Não quero ficar aqui. Tô sozinho, que saí daqui, horrível, horrível...”. Assim interrompeu-se uma brincadeira que vinha sendo construída por sessões a fio. No enredo um bonequinho era ameaçado, batido, abandonado a própria sorte enquanto Bruno mostrava sadicamente desfrutar daquela cena. Mas desta vez a brincadeira não pode continuar, pois o que o trouxe à análise chegara perto demais. Bruno, que recentemente passou por uma adoção tardia, encontra dificuldades na escola, pois reiteradamente agride seus colegas, muito embora também estabeleça com eles parcerias que lhe são caras. Atua, dá a ver a irrupção de uma violência, de um excesso sem palavras.

Sou tomada de surpresa pelo o que estamos vivendo ali na sessão: aparenta-se a um pesadelo ou a um delírio? Certo é que Bruno me mostra que revive ali comigo na sua análise uma dimensão do trauma, do excesso, daquilo que não para de repetir, uma atualidade que interrompe a possibilidade de brincar. Ele não mais está brincando, não é um personagem que fala, é o próprio Bruno que, tomado de desespero, grita. Estamos, Bruno e eu, de cara com a intensidade das questões a serem atravessadas. Tomados pela angústia e, num primeiro momento, paralisados. Será preciso interceptar este circuito...

Nas situações de brincadeira com Carolina, sou sempre colocada por ela na posição de filha. Minha mãe ou o adulto que de mim cuida traz uma ambiguidade que me faz viver na pele, via transferência, as dificuldades para fazer da dívida por ter sido adotada, algo simbólico. “Você deveria agradecer a Deus por sua mãe ter te adotado, senão você estaria na rua”. “Se você não se comportar vai voltar para o lugar de onde você veio”. “Você fala demais, fica quieta”. São ameaças que tentam emudecer qualquer questão colocada em torno da relação mãe e filha. Elas surgem a cada vez que introduzo na brincadeira a voz da filha, voz que fala do que talvez possa estar sentindo quando colocada na posição imaginária de devedora de uma quantia impagável.

Karen acaba de chegar à adolescência. Foi adotada ainda bebê, mas são as situações de irrupção de violentas crises de agressividade durante as quais bate nas pessoas e quebra coisas que a trouxeram para análise. Logo nas primeiras sessões põe em jogo na relação transferencial os elementos importantes: fala de seu ódio, seus olhos faíscam, tenta assustar-me dizendo de seu desejo e de sua potencialidade mortífera que insiste em repetir ali uma situação de desistência ou expulsão. Quando me dou conta que me assusta a possibilidade de tornar-me alvo direto de seu ódio, lembro das palavras de sua mãe que teme ver em ato uma potencialidade assassina da filha. Ao perceber-me colocada aí trato de pensar em como sair. Se Karen provoca situações de expulsão e de rompimento na família, nas escolas por onde passou e com as amigas, como não passaríamos por elas em sua análise?

Quando a repetição do trauma apresenta-se na sessão como interceptá-la?

Para responder a esta questão, será necessário pensarmos acerca da natureza da dinâmica estabelecida na transferência, será necessário nos perguntarmos como se faz a passagem de algo vivido a algo experienciado, no qual a apropriação e a elaboração comparecem.

¹ *Psicanalista membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP, supervisora do Programa Com Tato do Instituto Fazendo História e autora do livro Fazer-se herdeiro: a transmissão psíquica entre gerações.*

De acordo com Ansermet (2003), em relação à nossa origem não nos é facultativo nem escolher, mudar, ou acessar diretamente. Estamos, como humanos, condenados a um trabalho de historicização, que visa construir uma narrativa enquanto forma de articular marcas, inscrições, transbordamentos, enfim, uma narrativa, que pela via das palavras, possa vir a transformar o vivido, a ocorrência e o fato em algo experienciado, em algo que inclui um trabalho de transformação.

Para ajudar-me a pensar nessa construção, tomo de empréstimo de Walter Benjamin (1940) a ideia de uma historiografia não cronológica, mas baseada na intensidade. Uma historiografia na qual coexistem o eterno e o efêmero, produtora de cortes na linha do tempo. Há nessa maneira de compreensão um rompimento da linearidade também no que se refere à origem, pois ela remete tanto à reprodução quanto ao inacabamento, à incompletude. Ou seja, trata-se de um conceito de origem que restaura e reconhece a perda e, portanto, abre para o futuro, o que é denominado de *inacabamento constitutivo*.

Assim a narrativa como nomeação e atribuição de sentido ao vivido, é um processo de apropriação que exige tempo para a elaboração das perdas. Vale destacar aqui que a memória, como presentificadora do objeto ausente, torna-se peça chave para o luto. Porém a construção de uma narrativa precisa lidar constantemente com a articulação vital entre memória e esquecimento, entre produção de sentido e falta de sentido para que se coloque em marcha o processo de historicização.

Há a busca de um ponto de virada daquilo que, vivido na relação transferencial, levada a um ponto limite, expõe ao vivo e a cores o abuso, a violência, o bruto pulsional. Esse é o termômetro que mede a temperatura do suportável e que traz notícias para o analista donde surge o trauma. Uma temperatura que precisa ser sentida na transferência para que algo vivido possa tornar-se experiência. E isso o analista vive desde o seu próprio corpo, numa dimensão que ultrapassa sua capacidade de pensar. Há uma premência terapêutica de que se abra a possibilidade de narrar. Uma narração que franqueie caminho para uma temporalização que faça um corte no eterno presente do traumático.

Na análise com crianças, a narrativa do trauma surge também via o brincar. Na repetição do enredo trazido por Bruno, depois de tomada por uma angústia de intervenções mal sucedidas de questionamento da violência atuada, introduzo um outro boneco adulto, que não fazia parte da cena montada por ele: "Você não pode fazer isso com ele, não é o seu corpo, é o dele, você não pode fazer o que bem entende, eu não vou deixar". Bruno se surpreende, abre-se um silêncio, um silêncio que aposto que possa engendrar a possibilidade do novo. Em seguida, eu ligo uma sirene do socorro que chega.

Falo dos cuidados necessários à amenização da dor. Posiciono-me como testemunha do abuso, da violência e da dor. É nesta borda do interno e externo ao trauma que o analista como testemunha intervém no sentido da criação de um distanciamento, ali onde estava a pura dor. Selligmann-Silva (2008) fala do acontecimento da cena testemunhal em paralelo com a clínica como, paradoxalmente, externo e interno ao evento narrado. Sua potencialidade terapêutica reside tanto em sua dimensão interna - uma vez que pela perenidade do trauma o tempo é sempre o atual - quanto da externa, que cria um espaço "meta-reflexivo".

Segundo Levallois (2007) o testemunho de si é o fundamento da experiência psicanalítica, experiência na qual alguém reconhece a existência e responsabiliza-se em ser. Para iniciar a empreitada, coloco-me como testemunha-dor de um testemunho, posição esta que se dá por meio da escuta que dá testemunho de algo que foi vivido, mas que ficou em uma "zona de limbo". Este primeiro reconhecimento é alicerce para que venha a ser construída uma narrativa.

Na função de testemunha de um testemunho, o analista utiliza como baliza para o seu trabalho o estabelecimento de uma falta ali onde estava o nada, numa articulação entre as dimensões do pulsional e da significância. Uma articulação que permite "deixar dormir as lembranças" e assim, apaziguar a memória vivida no corpo e nas atuações. A aposta é do estabelecimento de uma nova tensão entre lembrança e esquecimento. É, portanto, pela via do testemunho do analista, que reconhece com sua escuta algo que foi vivido, mas que não se transformou em experiência, que o analisando pode vir a criar condições para a construção de uma narrativa, ou para a mudança de posição do sujeito na narrativa, de maneira a articular os elementos que, embora estejam presentes, ficam restritos à repetição do trauma.

Instalam-se na brincadeira de Bruno subsídios que permitem a continuidade de uma narrativa, aquela que fora interrompida no horror da casa presentificada na sessão. Há uma abertura que busca tornar algo do insuportável, e não tudo, menos insuportável, mais possível de ser abordado, o que permite um passo na direção dos efeitos elaborativos e terapêuticos. Agora é ele que convoca os médicos frente ao sofrimento.

Depois de viver inúmeras situações de cobrança da dívida pela adoção, na brincadeira com Carolina respondo à colocação da mãe. “Se você não tivesse sido adotada estaria embaixo da ponte”. “Mas mãe, já te passou pela cabeça que você também ganhou, quando você me adotou, você ganhou a possibilidade de ser mãe que você não tinha, não fui só eu que ganhei, você também tem algo pelo qual ser grata!”. Um sorriso seguido de um silêncio...

Com Karen é a colocação em palavras de questões a cerca da repetição em atos, que deixa surgir seu horror à pobreza, à zona sul – região onde nasceu- a tocar nas questões do abandono e da adoção que surgem nas suas atuações. Introduzir a relação entre sua atuação, ao expulsar ou provocar a sua expulsão, e seu medo de ser expulsa abre uma possibilidade de narrar onde antes se colocava uma lista infundável de ameaças.

A psicanálise aposta que os imperativos do destino e do trauma possam vir a ser, em algum grau, elaborados via um reposicionamento do sujeito frente à história, numa rearticulação entre o passado e o presente que contemple desligamentos e novas e inéditas ligações. O homem encontra-se, então, numa interminável busca por palavras, não de qualquer natureza, uma busca por palavras que mantenham contato com o infantil recalcado e, simultaneamente, com o pulsional. O extemporâneo é aquilo que remete ao indestrutível do pulsional e do traumático que sempre irrompe: o real. Um processo de análise, segundo Figueiredo (1998), toma essas irrupções como mola propulsora para a temporalização, temporalização esta nunca nuclear, é verdade, mas que sempre recomeça, mas não desde o mesmo início, e permite uma condição de fala que venha a acolher o extemporâneo. Um trabalho que se efetua pelas bordas, uma narrativa que se constitui entre o pulsional e a significância. (Penot, 2005)

Referências Bibliográficas

- ANSERMET, F. (2003) *Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- BENJAMIN, W. (1940) “Sobre o conceito de história” In BENJAMIN, W. (1994) *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: brasiliense.
- FIGUEIREDO, L. C. (1998) “Temporalidad y narratividad en los procesos de subjetivación de la clínica psicoanalítica” In ROVALETTI, M. L. (Ed.) *Temporalidad: el problema del tempo em el pensamiento actual*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- PENOT, B. (2005) *A paixão do sujeito freudiano: entre a pulsionalidade e a significância*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- SELIGMANN-SILVA, M. (2008) “Narrar o trauma – A questão dos testemunhos das catástrofes sociais” In *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, vol 20, n. 1, p. 65-82.



SEDES
SAPIENTIAE

DEPARTAMENTO DE
PSICANÁLISE DA CRIANÇA