



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Psicologia – IP
Departamento de Psicologia Clínica – PCL
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPG PsiCC

CIOMARA SCHNEIDER

**REFLEXÕES ACERCA DA POSIÇÃO DO PSICANALISTA NA CLÍNICA
INFANTIL FRENTE À “QUERELA” DOS DIAGNÓSTICOS**

Brasília/DF
2017

CIOMARA SCHNEIDER

**REFLEXÕES ACERCA DA POSIÇÃO DO PSICANALISTA NA CLÍNICA
INFANTIL FRENTE À “QUERELA” DOS DIAGNÓSTICOS**

Tese de doutorado, para o
quesito de doutora no Programa
de Pós-Graduação em
Psicologia Clínica e Cultura.
Linha de Pesquisa: Psicanálise,
Subjetivação e Cultura.
Professora orientadora: Dr^a
Maria Izabel Tafuri.

Brasília/DF
2017

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Maria Izabel Tafuri
Orientadora
Universidade de Brasília – UnB

Prof^ª Dr^ª Daniela S. Chatelard
Examinadora interna
UnB

Prof^ª Dr^ª Rosana Marcia Rolando Aguiar
Examinadora externa
Intersecção Psicanalítica do Brasil – IPB

Prof^ª Dr^ª Livia Milhomem Januário
Examinadora externa
Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Prof. Dr. Juliano Moreira Lagôas
Suplente
UniCEUB

À criança-docente, sempre!

AGRADECIMENTOS

À Maria Izabel Tafuri pelo tempo dispendido, por suportar a angústia dos meus estados esquizoparanoides, por abrir-me os olhos, pelos cortes do imaginário, meus mais sinceros agradecimentos.

À Daniela Scheinkman Chatelard, por instigar o estudo e a pesquisa quando iniciei o percurso para o doutorado, em uma transferência de trabalho.

À Rosana Marcia Aguiar pela dedicação à leitura minuciosa do texto, com seus ricos apontamentos e, mais ainda, pela amizade, pela consideração e pela doçura.

À Lívia Milhomem Januário e Juliano Lagoas pelo companheirismo no trabalho, pela prontidão.

À Valéria Mori pela leitura crítica e acurada da metodologia, pela amizade e por compartilhar as dores e as angústias na saga de transmitir um saber para além da demanda.

À Maria Leonor Bicalho, pela participação, pela curiosidade e pelo incentivo, como também pela amizade fortalecida em cada jornada do nosso ofício.

À Morgana Queiroz pela paixão à Psicanálise, pela parceria, pela disposição em grupo de estudo, pelo diálogo constante.

À minha família que ficou distante apenas em espaço, mas que esteve comigo a cada minuto dessa longa trajetória, incentivando sempre. Incluindo minha amiga-irmã Ana Cristina Guil, quase abandonada durante esse percurso. Ao Wolney e Nádia Arruda pelo apoio incondicional. Em especial, ao meu filho Eduardo Schneider Arruda, pela compreensão da ausência e do estresse, a vocês deixo meus melhores agradecimentos.

Ao José Carlos Castro Waeny Jr., pela presença, pela paciência, pela escuta, pelos meus e seus autismos na hora certa, pelo cuidado, pelo amor, minha eterna gratidão.

Os agradecimentos não cessam aqui, agradeço aos estudantes, analisandos, pais, profissionais que se abriram ao diálogo, gratidão imensa!

RESUMO

Referência: SCHNEIDER, Ciomara. **Reflexões Acerca da Posição do Psicanalista na Clínica Infantil Frente à “Querela” dos Diagnósticos**. 2017. 156 f. Tese em Psicologia Clínica. Universidade de Brasília. Brasília, 2017.

O presente trabalho estuda a Psicanálise na clínica com crianças diagnosticadas pela área médica. Busca entender as especificidades do atendimento e a posição do psicanalista diante do diagnóstico. A base teórica da pesquisa é a psicanalítica, com breve revisão da história da Psicanálise no atendimento à criança, incluindo os casos clássicos e a constituição subjetiva do sujeito. Visa compreender a clínica psicanalítica em sua própria diversidade teórica no debate contemporâneo. Procura diferenciar a concepção de diagnóstico na Psicanálise e no modelo médico. O método da pesquisa é o qualitativo, que explica os fenômenos e os processos da experiência vivida, esclarece o objeto de investigação e organiza os dados com maior clareza. A discussão se deu a partir de relatos de experiência com duas crianças, sendo uma diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outra com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). A análise dos dois casos foi organizada a partir de cinco categorias: *i*) apresentação da queixa; *ii*) os primeiros indícios e a hipótese diagnóstica; *iii*) a escuta, com a análise do diagnóstico; *iv*) a condução da análise; e *v*) as conclusões possíveis. O modelo médico classificatório prevalece nos diagnósticos, de onde se conclui que o psicanalista não pode trabalhar isolado, precisa dialogar com os pais, com o próprio médico que deu o diagnóstico, com a escola ou a equipe de atendimento. Deve procurar rever as relações que se estabelecem para além do consultório. O diagnóstico médico aponta para o transtorno, as suas características descritivas e etiologia, o da Psicanálise propõe a escuta do sujeito em sua subjetividade, a partir da transferência estabelecida entre ambos. O papel do analista é conciliar a necessidade de escutar a criança em sua singularidade e a de interagir com as outras áreas. A proposta é de uma Psicanálise em extensão que promova o diálogo, amplie o olhar para a criança atrás do estigma do transtorno mental. As pesquisas de orientação psicanalítica são um meio para que haja interação entre os profissionais em um sentido mais amplo, envolvendo as diferentes concepções sobre o problema. Não consideramos que haja uma influência para o tratamento psicanalítico a partir do diagnóstico médico, o que muda é apenas a interação com as outras áreas. Concluímos, portanto, que o contato direto do psicanalista com a família, o médico especialista, a escola, entre outros, leva a uma compreensão mais crítica dos diagnósticos de transtorno mental para a criança.

Palavras-chave: Diagnóstico. Psicanálise com crianças. Clínica contemporânea.

ABSTRACT

Reference: SCHNEIDER, Ciomara. **Reflections on the Position of the Psychoanalyst in the Children's Clinic Faced with the 'Quarrel' of Diagnoses.** 2017. 156p. Thesis in Clinical Psychology. Brasília University. Brasília, 2017.

This work studies psychoanalysis in the clinic with children diagnosed by the medical field. It seeks to understand the specificities of care and the position of the psychoanalyst in the face of diagnosis. The theoretical basis of the research is the psychoanalytic, with a brief review of the history of psychoanalysis in the care of the child, including the classic cases and the subjective constitution of the subject. It aims to understand the psychoanalytic clinic in its own theoretical diversity in the contemporary debate. It seeks to differentiate the conception of diagnosis in psychoanalysis and in the medical model. The method of research is qualitative, which explains the phenomena and processes of lived experience, clarifies the object of investigation and organizes the data. The discussion was based on reports of experience with two children, one diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) and another with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The analysis of the two cases was organized from five categories: i) presentation of the complaint; ii) the first signs and the diagnostic hypothesis; iii) listening, with analysis of the diagnosis; iv) conducting the analysis; And (v) the possible conclusions. The classifying medical model prevails in the diagnoses, from which it can be concluded that the psychoanalyst cannot work alone, needs to dialogue with the parents, with the doctor who gave the diagnosis, with the school or care team. It should seek to review relationships that are established beyond the clinic. The medical diagnosis points to the disorder, its descriptive characteristics and etiology, that of psychoanalysis proposes to listen to the subject in its subjectivity. The role of the analyst is to reconcile the need to listen to the child in its singularity and to interact with the other areas. The proposal is a psychoanalysis in extension, which promotes dialogue, widens the gaze to the child behind the stigma of mental disorder. Psychoanalytic orientation research is a way for interaction among professionals in a broader sense, involving different conceptions about the problem. We do not consider that there is an influence for the psychoanalytic treatment from the medical diagnosis, what changes is only the interaction with the other areas. We conclude, therefore, that the direct contact of the psychoanalyst with the family, the specialist physician, the school, among others, leads to a more critical understanding of the diagnoses of mental disorder for children.

Keywords: Diagnosis. Child psychoanalysis. Contemporary clinic.

LISTA DE SIGLAS

BPS – *British Psychoanalytical Society*

CID – Classificação Internacional de Doenças

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DF – Distrito Federal

DDA – Distúrbio do Déficit de Atenção

IPA – *International Psycho-Analytical Association*

IRDI – Indicadores de Risco Psíquico para o Desenvolvimento Infantil

OMS – Organização Mundial de Saúde

QI – Quociente de Inteligência

RSI – Real, Simbólico e Imaginário

S.S.S. – Sujeito Suposto Saber

SIC – Assim

TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

TEA – Transtorno do Espectro Autista

TGD – Transtorno Global do Desenvolvimento

TIG – Transtorno Invasivo do Desenvolvimento

USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.....	68
Figura 2.....	74
Figura 3.....	116
Figura 4.....	119

SUMÁRIO

Introdução	11
Problematização e questões iniciais para construção da tese.....	18
Objetivo geral	19
Objetivos específicos.....	19
Justificativa.....	19
Capítulo 1	21
1.1 Um olhar sobre a história da Psicanálise	21
1.2 Metodologia.....	26
1.3 A base teórica da pesquisa.....	29
1.4 Sujeitos, instrumentos e procedimentos	32
Capítulo 2	35
2.1 Uma nota sobre o mal-estar contemporâneo e a questão do diagnóstico	35
2.2 O diagnóstico médico-psiquiátrico em contraste com o diagnóstico da Psicanálise.....	41
2.3 Os diagnósticos de casos clássicos que marcaram o campo psicanalítico	46
2.3.1 O pequeno Hans	46
2.3.2 O caso Dick	51
2.3.3 O caso Roberto.....	53
2.3.4 O caso Dominique.....	56
2.3.5 A pequena Piggie.....	58
2.4 A “criança-docente” ensina ao psicanalítico	61
Capítulo 3	66
O Diagnóstico do Sujeito em Constituição	66
3.1 Constituição psíquica da criança e a alienação no desejo do Outro	67
3.2 O “Estádio do espelho” e a saída da alienação	73
3.3 A possível saída da alienação no desejo do outro	80
3.4 Da constituição do sujeito que ficou de fora do ideal narcísico.....	83
3.4.1 Consequências da constituição psíquica fora do circuito pulsional – a visão psicanalítica do autismo.....	84
3.4.2 A constituição psíquica e os tropeços na saída da célula narcísica – há visão psicanalítica do TDAH?	89
Capítulo 4	93
4.1 A história de uma clínica – Sim, toma!....	93

4.2 Relatos de experiência na clínica psicanalítica com crianças que receberam um diagnóstico médico.....	94
4.2.1 O caminho para chegar até Levi – “ser ou não ser, eis a questão”	94
4.2.2 Um caminho para chegar até Mel – “caras e caretas”	110
Capítulo 5	124
5.1 O acolhimento dos pais de crianças diagnosticadas na clínica psicanalítica.....	124
5.2 As “querelas” do diagnóstico e o campo de pesquisa da Psicanálise.....	126
5.3 Os impasses da clínica frente aos diagnósticos para as crianças.....	134
Algumas Considerações Finais.....	139
Referências.....	145

Introdução

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

A criança se tornou objeto privilegiado no discurso da sociedade atual, mas isso não lhe assegura uma posição mais confortável frente às demandas do mundo adulto. Em geral, ocupa o lugar da falta para o adulto, ou seja, está aí para satisfazer os desejos de seus pais e da sociedade, primeiro como esperança de realização, em uma ordem imaginária e, depois como o futuro cidadão produtivo. Quando a criança escapa a essas expectativas, os diagnósticos científicos acabam por realocá-la a um lugar vazio, opaco, preenchido por nomes que não são o seu: hiperativo, autista, desatento etc. A queixa dos pais, em geral, remonta a uma problemática do mundo adulto (LACAN, 2001; MANNONI, 2013; VORCARO, 2004; JERUSALINSKY, 2010; FERREIRA et. al., 2013).

O diagnóstico através do discurso da Psicanálise não se refere a uma realidade, mas ao desejo e à fantasia que permeiam as identificações da criança. Procura ver o sujeito escondido por trás dos nomes dados às suas dificuldades de adaptação às demandas sociais (MANNONI, 2003), sem esquecer que precisamos ficar atentos à prioridade da escuta, principal prerrogativa da Psicanálise, desde Freud, que coloca o analista na posição de compreender o lapso de tempo imemorable, como uma das formas de acesso ao sujeito do inconsciente (TAFURI, 2009).

Tomando esse ponto de partida, procuramos ponderar que a clínica psicanalítica infantil tem sido para nós um caminho percorrido advindo de um desejo só reconhecido pelo que veio depois, como parte do efeito de uma análise. O nascimento de um psicanalista é efeito de um percurso de análise. Da menina que fazia suas bonecas dos ramos de arbustos, à jovem que encontra com um Freud “elitista” na universidade, que resiste e depois se entrega, até a mulher que considera o desejo de escrever a sua clínica e as suas inquietações, muitas análises aconteceram.

Há vinte e quatro anos iniciava o percurso, sonhando que poderia atender apenas a adultos, porque, afinal, a clínica infantil é uma tarefa difícil, até mesmo no que se refere à

articulação entre a teoria e a prática. Mas a doce ilusão dissipou-se prontamente, por duas razões: a procura de análise para crianças tem sido, desde então, muito expressiva na clínica e a inegável afinidade com as questões da infância. Com isso, surge uma psicanalista disposta a “atender a demanda sem recuar”. A experiência foi marcante em cada um dos anos decorridos dessa escuta. Quantas crianças, quantos casos, quantas interrogações com algumas respostas e outras quase sem nenhuma.

Cabe lembrar da história pessoal até chegar neste ponto culminante, que tudo começou lá atrás, com os cursos de formação, com a análise pessoal e de controle ou supervisão. De uma dessas sessões, é possível resgatar a seguinte narrativa:

Na sessão de supervisão me dirigi à analista e fiz a pergunta fatal:

- Estou atendendo em uma clínica de estimulação precoce, lá recebemos crianças com todo tipo de síndrome e paralisias. No momento, atendo a duas meninas de 5 anos que são paralisadas cerebrais, elas não andam e não falam, como devo agir com essas crianças?

Daí a surpresa da resposta que obtive:

- Não estou entendendo sua questão.

Com a analista fazendo cara enigmática, repeti a pergunta. Novamente a mesma resposta. O mal-estar foi aumentando, até a chegada do corte (hoje previsível):

- Não sabe o que fazer para atender a uma criança de cinco anos? Não sabe o que fazer? Pense sobre isso. Até a próxima.

Assim inicia-se a questão sobre o diagnóstico na Psicanálise, mesmo havendo uma condição evidenciada pelo médico, através de marcadores biológicos, motores ou físicos, ainda assim o sujeito da análise é sempre o do inconsciente. Se é um sujeito criança, é como tal que precisa ser tratado, pelo brincar, pelo fantasiar, por uma escuta do seu espaço e tempo. Desde o início da experiência profissional, havia o confronto entre diferentes concepções sobre a criança: a da Psicanálise, que é o sujeito do inconsciente; a da Medicina, o sujeito biológico e a da Educação, o sujeito da cognição (razão). A inquietação frente a essa diferença está na frequente indicação dos médicos para que a criança seja atendida por abordagens não psicanalíticas.

Paralelamente à clínica de estimulação precoce, veio o trabalho de avaliadora pela Secretaria de Educação do Paraná. O nome da especialidade era Avaliação Diagnóstica Psicoeducacional, um nome grande para um trabalho de aplicação de testes, com a proposta de identificar os problemas de aprendizagem dos alunos. A intenção era identificar as possíveis causas para as reprovações dos alunos na escola pública. Da mesma forma,

procuramos articular essa atividade com um olhar diferenciado, na época, logo começaram a aparecer publicações da Psicanálise e da educação, o que trouxe um novo ânimo para realizar as avaliações.

Ao mesmo tempo em que realizava esses dois trabalhos em instituições, atendia, também, em consultório particular como psicanalista. Era nesse espaço que a pouca experiência permitia usar com mais rigor aquilo que considerava estar aprendendo na formação em Psicanálise – não se deixar “contagiar” por outros saberes. Outro engano, ali, também, não se confirmou como lugar de um trabalho “asséptico”, protegido das demandas de professores despreparados e médicos exagerando, literalmente, na dose e psicólogos acreditando que uma pessoa com Síndrome de Down só desenvolve até o raciocínio operatório concreto. A postura ética do psicanalista é escutar o sujeito, sustentando o lugar de um não saber, para abrir espaço para conhecer as singularidades do sujeito do inconsciente. Conhecer como se organizam outros saberes é importante para saber o que está implicado na demanda de análise. Mas, no início da formação de uma analista, é comum apegar-se a certa rigidez, a um *ar blasée* que circula no meio psicanalítico, mas, para nosso alívio, tem cura.

É importante narrar, aqui, outra passagem para esse estado de arte:

Recebo em análise um menino de 3 anos que acabara de receber de um neuropediatra o diagnóstico de Síndrome de Asperger. Desde a primeira sessão, a mãe se apresenta com uma enorme angústia, que é confirmada na história de vida da criança e na dela. Após dois meses de atendimento, houve uma melhora significativa no quadro do menino com fobias e lalações, que me levaram a pensar numa criança mergulhada na pulsão de morte, com temor ao desamparo, carregando um medo e uma angústia anteriores à sua existência. Esse foi o diagnóstico que pensei sob o olhar da psicanálise. O médico, que também havia diagnosticado a criança, sempre escrevia algumas anotações e as enviava a mim através da mãe. Não me interessei por elas na época, porque não queria ter meu trabalho atravessado pelo modelo médico, tomava isso como posição ética (na verdade, ainda mal compreendida). Não demorou muito, ele sugeriu que a mãe tirasse o menino da análise, e assim a mãe o fez, mesmo diante dos resultados positivos. A palavra do médico carrega em si a força do discurso do mestre.

A vivência desse mal-estar culminou em uma mudança radical de postura, ficou muito claro que o psicanalista não opera num vácuo social. Na Psicanálise não há como “fechar” um diagnóstico, mas há uma função diagnóstica. Trabalhamos com as estruturas de funcionamento psíquico - neurose, psicose e perversão, estas aparecem na transferência, não como um conjunto de características a configurar-se como um diagnóstico fixo, mas como a forma de pensar as defesas, como elas aparecem e sob qual fenômeno que são os sintomas que aparecem no início da análise.

Desde o acontecimento relatado, ao receber uma criança, procuramos escutá-la a partir de todas as relações que estão estabelecidas com ela, seja: família, escola, médicos, seja

outros psicólogos e profissionais das áreas afins. Surgiu, a partir disso, a ideia de uma tese fundamentada na psicanálise em extensão.

Oferecemos, para a criança e os seus pais, o lugar de uma análise em intensão, num primeiro momento no sentido de um aumento de tensão que a situação provoca, pois se nos procuram é porque algo não está acontecendo como o esperado para a visão do desenvolvimento, a criança apresenta alguma dificuldade e isso traz a tensão. Em um segundo momento, vem a intenção, que é almejar uma análise, o propósito de uma análise. Deixamos pender essa duplicidade, referindo-se à abertura do espaço terapêutico, colocando os recursos da teoria e da técnica em favor de um possível acontecimento da análise (LACAN, 2003).

No que se refere à busca de contato com os outros profissionais, consideramos como trabalho extensivo, usando a teoria para além da clínica e pondo-se à disposição, estendendo a escuta a profissionais de outras áreas, para conhecer como eles falam a criança. Tomamos o conceito de Lacan quando fala da formação do analista na escola (LACAN, 2003, [1967]), transpondo para a ideia que incita, para uma Psicanálise em extensão (ampliação), fora da prática convencional, mas, guiada, como dissemos, por seus operadores teórico-conceituais (LACAN, 2003; LUSTOSA, 2003), provocando o diálogo e, por que não dizer, subvertendo a ordem das coisas.

Os encaminhamentos médicos ou escolares tiveram um aumento expressivo nos últimos anos. Temos a evidência do aumento de diagnósticos e do consumo de medicamentos psicotrópicos por crianças pelo relatório das Nações Unidas, bem como por outras fontes de pesquisas (ONU, 2008 apud ORTEGA, 2010) para os casos de TDAH:

Na última década, o país se tornou o segundo maior mercado da Ritalina, medicamento que aumenta o foco de atenção e inibe o excesso de movimentação, e por isso é o mais indicado em casos de TDAH. As vendas subiram de 75 mil caixas para cerca de 1,7 milhão por ano no Brasil, número que poderia indicar uma epidemia. Na verdade, especialistas alertam que o aumento expressivo no uso da droga está relacionado a diagnósticos inadequados e uso indiscriminado, que têm como base mudanças nas relações familiares e falhas no sistema de saúde. (PORTAL PUC-RIO DIGITAL, 2013)

De acordo com o Protocolo do Estado de São Paulo (2013), sobre o TEA:

Nos últimos dez anos, os dados sobre prevalência têm mudado bastante, com aumento importante nos números, que variam de acordo com a metodologia e local do estudo [...]. No Brasil, dados apontam para uma prevalência de 1:360, embora se considere que esse número esteja subestimado pela metodologia utilizada no estudo. Mas não há dúvida de que existe uma demanda maior por serviços de qualidade capazes de formular diagnóstico e prover o suporte necessário para pacientes e familiares, ao longo da vida. (PROTOCOLO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013, p. 1)

Além da informação sobre o aumento do número de casos, a forma como são considerados e levados para o cotidiano da criança, da família e da escola tem repercutido em uma supervalorização do diagnóstico. Nomeados como transtorno, síndrome, espectro, cada um contendo uma classificação, como a CID-10, por exemplo. As características do quadro prevalecem sobre a criança, com um funcionamento psíquico que incomoda os adultos, tais como: desatenção, impulsividade, dificuldade na socialização e em responder regras e comandos, ausência ou limitação na linguagem verbal. Essas características são situações em que a criança acaba se tornando opaca, ofuscada pela mestria dos diagnósticos. Como diz Mannoni (2003):

O discurso que acontece engloba os pais, a criança e o analista: é um discurso coletivo que se constitui em torno do sintoma apresentado pela criança. O mal-estar de que se fala é objetivável (na pessoa da criança), mas, se as queixas dos pais têm por objeto a criança real, ela implica também a representação que um adulto faz da infância. (MANNONI, 2003, p. 9)

Escutar a queixa, o discurso em que a criança é falada, são considerações importantes na interlocução com os adultos que cuidam da criança e analisar qual é o desejo que dirigem a ela? O modo como os diagnósticos médicos são colocados sugerem a ideia de doença e isso reflete no senso comum, através da forma como a criança passa a ser vista, ou seja, como doente, como “portadora de uma patologia”. Mannoni (1977 e 1988) mostra que pais, médicos e educadores distanciam-se da compreensão da criança como ser desejante e a objetalizam em estratégias de recuperação, privando-a de sua própria expressividade, ou seja, espera-se que a criança se torne um ser adaptável, sem levar em conta sua singularidade.

A Psicanálise e a Psiquiatria sempre estiveram muito próximas e, ao mesmo tempo, mantiveram diferenças fundamentais. A proximidade implica perdas e ganhos, ou seja, acontece, muitas vezes, uma distorção da Psicanálise pelo saber médico, colocando-a como uma terapêutica complementar à psiquiatria, mas assim concedendo-lhe aprovação. Por outro lado, se a Psicanálise fechar os canais de diálogo, pode cair no isolamento, incorrendo no risco de ser recusada. Daí a importância de estabelecer esse diálogo, mas com a noção de suas diferenças fundamentais, como veremos adiante (MANNONI, 1977).

A reflexão que isso convoca é a de como conciliar a visão da Psicanálise sobre as questões da criança com o diagnóstico que vem de fora? A resposta poderia estar dada, se o nosso papel se limitasse apenas ao atendimento da criança, efetivamente há muitos casos em que não há mesmo essa necessidade. Todavia, nos casos em que a condução da análise não depende apenas do diagnóstico em transferência, é importante abrir-se ao contato com outros profissionais que atendem a criança, além de seus familiares.

No que se refere à realização de estudos e pesquisas sobre esse tema dentro da psicanálise, podemos dizer que são inúmeros os trabalhos que têm sido publicados no campo do infantil, alguns mais direcionados à clínica e outros adentrando na chamada querela dos diagnósticos. Há uma produção intensa que está mantendo constante a discussão sobre o tema. É o “sintoma” da clínica contemporânea, mas, sem dúvida, tem nos retirado de nossas zonas de conforto sobre a condução da análise. A importância do diagnóstico médico tem crescido nas últimas décadas, daí a necessidade de entrar em contato com isso, para poder desconstruir a tendência a enquadrar a criança em algum transtorno.

Desde o início do século XX, já existiam os diagnósticos voltados para a criança, mas o contato com elas se dava mais em clínicas, centros de estimulação precoce e escolas especiais. Essas instituições passaram a oferecer o serviço de psicologia, com isso surgiu um espaço para a atuação do psicanalista.

Como proposto nos objetivos da pesquisa, é preciso legitimar essa interlocução. Por isso, a intenção é, também, estender a lógica da interdisciplinaridade, dentro dos seus limites e possibilidades, para o consultório particular, onde o psicanalista realiza atendimentos individuais, nos parâmetros que essa clínica pressupõe, podendo estabelecer um diálogo mais articulado com as áreas afins. Embora sejam áreas diferentes da psicanálise, com uma visão desenvolvimentista em relação à criança, a experiência de um trabalho conjunto tem frutificado em instituições multidisciplinares de orientação psicanalítica.

A considerar, o exemplo da Escola Experimental de Bonheuil na França, que foi pensada como um lugar na contramão da medicalização, tão comum nas instituições hospitalares, ela contrariou, também, o sistema francês de educação, acolhendo crianças com transtornos; uma de suas fundadoras foi Maud Mannoni (LAJOUNQUIÈRE, 1998; TAFURI, 2003). No Brasil, temos como referência o Lugar de Vida – Centro de Educação Terapêutica, em São Paulo, a instituição desenvolveu o método de educação terapêutica, que promove o tratamento e o acompanhamento escolar de crianças e adolescentes com problemas psíquicos (BASTOS, 2012). O Centro Lydia Coriat, no Rio Grande do Sul, trabalha com interdisciplinaridade e com o tratamento dos problemas do desenvolvimento na infância e na adolescência (JERUSALINSKY, 2004).

A base teórica desta pesquisa é a da Psicanálise, considerando a constituição psíquica do sujeito, desde a formação dos primeiros laços afetivos que o introduzem na dialética do desejo (LACAN, 1985 e 1998), bem como num mundo de significantes, até o momento em que usufruem dos efeitos da passagem pela castração, da metáfora paterna, ganhando o mundo e fazendo laço social, pois é dessa base teórica que a Psicanálise pode propor um

diagnóstico, por exemplo, quando o sujeito não passa pela castração, ele muda a sua constituição como sujeito. A função da análise é produzir na criança o desejo de aprender, de viver, de usufruir de seus significantes, sem que isso seja interceptado por um conhecimento vindo dos manuais, de enquadramentos, como o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), estabelecendo um “verdadeiro caos conceitual”, como aponta Jerusalinsky (2004).

A novidade no campo da Psicanálise diz respeito ao psicanalista não operar num vácuo social, ele precisa primeiro escutar a criança, é isso que constitui essa clínica. Depois, quando necessário, pode dialogar com os pais, com o próprio médico que deu o diagnóstico, com a escola e a equipe de atendimento. Nos casos de TEA e TDAH, que são os dois diagnósticos colocados em discussão nesta pesquisa, a criança passa por diferentes terapias, tais como fonoaudiologia, psicopedagogia, estimulação sensorial, apenas para elencar as mais conhecidas.

O trabalho está organizado em cinco capítulos, assim divididos:

O primeiro capítulo apresenta questões históricas e políticas, seguidas do eixo metodológico da pesquisa. Na fundamentação teórica desta pesquisa, são utilizadas as teorias de vários autores psicanalistas que pertencem a diferentes filiações, por isso, é preciso deixar marcadas as diferenças e os pontos conciliáveis da Psicanálise. A orientação metodológica refere-se à pesquisa qualitativa na área social e da saúde, devido às características de relato de experiência que utilizamos, procurando atender à lógica do discurso psicanalítico que tem como principal objeto o inconsciente.

No segundo capítulo, constam os eixos histórico e teórico, para fornecer a base contextual desde o mal-estar na sociedade dos tempos de Freud até o momento atual. Foi abordada a questão do diagnóstico na concepção da psiquiatria, diferenciando-o do diagnóstico da Psicanálise. Além disso, vem a questão da criança para a Psicanálise, com a função de reafirmar que ela esteve sempre presente, mesmo quando se pensava apenas na análise para adultos.

O capítulo mostra, ainda, o início do atendimento da criança com os casos clássicos de diagnósticos de crianças na Psicanálise. Foram escolhidos quatro dos mais conhecidos e que ajudaram tantas gerações de psicanalistas a pensar a condução da análise de crianças em situação de sofrimento psíquico, tais como *O pequeno Hans*, de Freud; *Dick*, de Melanie Klein; *Dominique*, de Françoise Dolto; *Roberto*, de Rosine Leffort; e *Piggle*, de Winnicott.

O terceiro capítulo vem discutir a constituição psíquica subjetiva do sujeito e sua relação com os diagnósticos. O objetivo do capítulo é retomar os principais conceitos que

ajudam a compreender quem é o sujeito em constituição, a alienação no desejo do outro e a constituição da criança que ficou de fora da identificação narcísica, mostrando a concepção psicanalítica do autismo e dos transtornos de atenção. A constituição do sujeito é a principal ferramenta para o diagnóstico em Psicanálise.

O quarto capítulo apresenta a história de uma clínica e sua relação com o diagnóstico na prática. “Sim, toma!” é o signo da criança como sintoma dos pais e também da escola e por que não dizer, da própria visão médica. São relatos de experiência na clínica, com duas crianças, Levi de 3 anos e Mel de 9 anos. Os diagnósticos médicos que receberam são de TEA e TDAH. A discussão dos relatos de experiência visa analisar como foi trabalhada a questão do diagnóstico e o impacto sobre a família, a escola e sobre a condução da análise, partindo da revisão da queixa, dos sintomas relacionados, da condução da análise e as conclusões a que chegamos.

O quinto capítulo discute a posição do psicanalista na clínica infantil contemporânea frente aos diagnósticos da área médica e seus impasses na clínica psicanalítica, apresentando o ponto de partida da análise de crianças diagnosticadas. Marca a posição do psicanalista diante dos diagnósticos, a condução da análise das crianças e o estabelecimento de uma relação transferencial extensa a outros profissionais que trabalham com as crianças.

Problematização e questões iniciais para construção da tese

Uma das questões iniciais para a elaboração da tese refere-se a entender a especificidade da Psicanálise no campo da clínica com crianças que receberam um diagnóstico da área médica, seguida de outra que convoca o psicanalista para sair de seu posicionamento tradicional para colocar-se em interlocução com as demais áreas que atendem à criança. Daí surgiu a questão da “querela”, discussão ou mesmo discordância sobre o tema.

Portanto, o que buscamos é o efeito de dialetizar o transtorno, a patologia ou a doença entre as diferentes áreas que trabalham com a criança, possibilitando uma compreensão mais aprofundada da clínica frente aos diferentes diagnósticos a ela dirigidos. Com esse pressuposto, é necessário sair do *setting* terapêutico e ir ao encontro da escola e de outros profissionais que estão envolvidos neste contexto. Consideramos o diálogo como uma posição legítima e ética do psicanalista. A partir da colocação do problema da tese, elencamos os objetivos que norteiam o trabalho, contemplando desde a fundamentação teórica, o método, os relatos de experiência, até as reflexões possíveis:

Objetivo geral

Refletir sobre a posição do psicanalista na clínica infantil contemporânea frente à “querela” dos diagnósticos da área médica, com seus limites e possibilidades.

Objetivos específicos

- 1) Diferenciar o diagnóstico da criança na teoria psicanalítica e seu olhar singular sobre a mesma, do diagnóstico de outras áreas que seguem o modelo médico, como a Psiquiatria e a Psicologia.
- 2) Contextualizar, na história da Psicanálise, as discussões em torno dos diagnósticos.
- 3) Conhecer a constituição do sujeito e suas relações com a demanda social hoje, a partir de uma escuta dos diagnósticos estabelecidos por outras áreas.
- 4) Refletir sobre o posicionamento do psicanalista frente ao diagnóstico médico e os efeitos disso sobre a condução da análise da criança e dos seus impasses.
- 5) Propor uma forma de interlocução com outros profissionais que atendem às crianças que estão em análise.

Justificativa

A clínica psicanalítica é pautada na escuta do sujeito e em como ele é falado pelos outros, ou seja, é preciso conhecer quem é a criança no desejo desse outro. Assim, o trabalho do psicanalista pode se ampliar para outras áreas na tentativa de desconstruir os diagnósticos.

Uma revisão teórica e, também, da prática clínica indica que uma investigação atenta da constituição do sujeito na contemporaneidade justifica-se, em primeiro lugar, pela dificuldade de mostrar alguma clareza na “querela” dos diagnósticos, perdurando até a atualidade, com o agravante do uso dos códigos internacionais de doenças mentais, como o *Manual Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) e a Classificação Internacional de Doenças (CID), que abordaremos no primeiro capítulo desta pesquisa, para compreender suas diferenças e especificidades.

Em segundo lugar, a justificativa enfoca a superespecialização dos profissionais, tanto os da área da saúde, quanto os da Educação, visando a um ideal pretensamente científico. A formação médica privilegia a especialização e os atributos físicos com base na fisiologia e na anatomia e, assim, fundamenta a terapêutica para cada caso. Portanto, é necessário abrir esse

espaço para discutir, também, com a área médica, as questões sobre a constituição psíquica da criança (ALMEIDA; KUPFER, 2011).

Em terceiro lugar, pela necessidade de investigar e propor formas de interlocução entre a Psicanálise e outras áreas, considerando o sujeito do inconsciente e não apenas sua adaptação a uma circunstância ou modelo terapêutico. A busca pela explicação e pelo diagnóstico faz com que os profissionais deixem de implicar-se no processo, muitas vezes sem se questionar se pode haver ali um equívoco.

Capítulo 1

[...] dominar o jogo, vigiar de uma só vez todos os fios, iludindo-se, também ao querer olhar o texto sem nele tocar, sem pôr as mãos no “objeto”, sem se arriscar a lhe acrescentar algum novo fio, única chance de entrar no jogo tomando-o entre as mãos.
(DERRIDA)

1.1 Um olhar sobre a história da Psicanálise

Retornar, brevemente, à história da Psicanálise, no momento em que abordamos o método de pesquisa, é considerar o contexto em que a pesquisa aconteceu. O objetivo principal deste capítulo é esclarecer as diferenças teórico-político-constitutivas da Psicanálise. O propósito é auxiliar na busca de um diálogo que se estende da clínica psicanalítica para outras instâncias que trabalham com a criança e pela necessidade de estabelecer uma interlocução com a diversidade do campo psicanalítico e a diferente forma de conceber o diagnóstico de crianças, uma vez que é desse campo que se constitui a base teórica dessa pesquisa.

Freud, nos artigos *A história do movimento psicanalítico* (1914/2006), *Dois verbetes de enciclopédia: a Psicanálise e a teoria da libido* (1923a/2006), *Novas conferências introdutórias sobre Psicanálise – nº XXXIV* (1933/2006), apresenta a história e as divergências na Psicanálise. Diz que a Psicanálise não é criação sua que, durante uma década, mas que foi o único a se interessar sobre o tema. Apresenta o surgimento dos primeiros grupos de estudos e as suas divergências, primeiro com Breuer sobre o método catártico, a quem Freud reconhece a criação da Psicanálise e, depois, com Adler e Jung, com quem, de fato, rompeu, posicionando-se contrário às suas ideias porque sugerem uma terapia do Eu.

Freud é minucioso ao escrever sobre os trabalhos realizados, os congressos, as publicações e, ainda, rebate as críticas à Psicanálise feitas pela comunidade científica, não esconde seu ressentimento em relação a isso. Ele mesmo mostra-se surpreso pelos desdobramentos que a Psicanálise proporcionou à medida que estabeleceu o diálogo com outras ciências, como a Antropologia Social, além da Medicina. A conexão com as artes, tão admiradas, tornou, ainda, mais rica a discussão psicanalítica, pois apresenta orientações em relação à prática, bem como reafirma a importância do tratamento psicanalítico com crianças (FREUD, 2006, [1914]).

Segundo Mezan (2014), nessa história, ocorreram muitas mudanças, houve cisão entre as escolas abrindo, também, novas possibilidades de diálogo. Os seguidores de Freud ampliaram o caminho aberto para uma discussão que se tornou perene. Porém uma das consequências disso é que as escolas de psicanálise se dispersaram, tornaram-se divididas e fragmentadas, em suas diversas filiações teóricas.

A ideia de uma topologia da Psicanálise, ou uma vizinhança como mostra Dunker (2011), assim como Mezan (2014), é situar as mudanças que foram ocorrendo. É nessa diversidade que atua o psicanalista e o seu papel é posicionar-se em sua filiação teórica, bem como ser ativo – assim, tem sido em todo movimento psicanalítico. O estudo é constante, a revisão da técnica, da ética, das condições, dos limites e da unidade devem estar, sempre, em discussão.

Freud também deixou em seu legado a estrutura da formação de um psicanalista. Quanto a isso, é possível dizer que não há formação sem a experiência com o inconsciente e Lacan (1957/1998) mostra que não há formação do analista e, sim, formação do inconsciente, uma vez que esta instância não é um local onde ficam as pulsões, mas uma estrutura da linguagem que a experiência psicanalítica nele descobre. Não uma linguagem física e psíquica do sujeito falante, mas daquela que preexiste à constituição psíquica, aquela em que o sujeito está inscrito desde seu nascimento.

Freud (1910/2006), no artigo *Análise silvestre*, aponta para os riscos de se fazer uma interpretação precipitada dos sintomas. Portanto, a formação, a análise pessoal e o estudo são indispensáveis na formação do analista, daí a fundação da *International Psycho-Analytical Association* (IPA), em 1910, para garantir, de alguma forma, que seus membros fossem responsáveis pela Psicanálise dentro de seus preceitos, ou como disse Lacan (1956-57/1995), Freud demonstrou muito mais preocupação com o uso dos conceitos do que dos preceitos, preocupado com a história em ação da Psicanálise, sem nunca deixar de lado a prática articulada com o estudo. Mas, desde aquela época, as divergências entre os psicanalistas têm sido indissolúveis, mas isso acaba sendo um fator que sempre atualiza a Psicanálise.

Outra controvérsia entre os psicanalistas, já na então constituída *British Psychoanalytical Society* (BPS), em plena Segunda Guerra Mundial, aconteceu com as discussões entre os trabalhos de Anna Freud e Melanie Klein, deixando muito dos membros daquela sociedade numa situação, até, então, inédita, pois não houve o desligamento de nenhuma das duas psicanalistas da sociedade britânica, mas sim a existência de um mal-estar que se prolongou por muitos anos (ROUDINESCO, 2008).

Gerações posteriores de psicanalistas seguiram por essa escola ou se desmembraram em outras, como no caso de Lacan, que expulso da IPA, sempre lutou contra as ideias que colocavam a transmissão da Psicanálise em uma perspectiva de discurso fechado, para que não se transformasse em igreja ou objeto de consumo, assim combateu o discurso neurótico-obsessivo das regras instituídas:

Essa forma de ensino é uma recusa de todo sistema. Descobre um pensamento em movimento – serve, entretanto, ao sistema, porque apresenta necessariamente uma face dogmática. O pensamento de Freud é o mais perpetuamente aberto à revisão. É um erro reduzi-lo a palavras gastas. Nele, cada noção possui vida própria. É o que se chama precisamente a dialética. (LACAN, 1953/1994, p. 9)

Segundo Mannoni (1985), durante um tempo, cerca de dez anos após a morte de Freud, a Psicanálise viveu o que a autora chama de “excessos de teorização”, o que acabou levando os próprios psicanalistas da época a um “vazio conceitual”. Tentavam aprimorar as elaborações teóricas deixadas por Freud, mas esqueciam que ele mesmo considerava a teoria como uma espécie de ficção. A expressão metapsicologia é a forma como o criador da Psicanálise refere-se para o que costumamos chamar de teoria. O apego à teoria, nessa geração de psicanalistas, causou um distanciamento da prática, o que já é uma contradição com a proposta da Psicanálise. Foram essas questões que levaram Lacan a propor o “retorno a Freud” na década de cinquenta.

Lacan, desde o início, trabalhou no “terreno freudiano”, na teoria e na prática, ou como se habituou a chamar – o “campo freudiano”, buscando apreender e entender o inconsciente que – hoje sabemos – quebrou paradigmas da época e, assim, acontece com os da atualidade. Os processos psíquicos inconscientes delineados por Freud estão sob a dimensão psíquica da linguagem, sustentada pela transferência: sonhos, associações livres, chistes, atos falhos, tropeços da língua, ausência de fala, tudo está na dimensão da língua e da sua relação da linguagem com a transferência, ambas sustentam a investigação psicanalítica, foi assim que Lacan retornou a Freud (DOR, 1989).

Forbes e Riolfi (2015), ao retomarem, também, a história da Psicanálise, para fundamentar seu “posicionamento” quanto à necessidade de mudanças e revisões conceituais, nos lembram de que Lacan quebrou o *establishment* analítico de sua época. Introduziu a instância da letra, como suporte material oferecido ao discurso pela linguagem, e, com isso, toma o significante e o significado como base para as formações inconscientes, posto que a linguagem com sua estrutura seja preexistente ao sujeito.

Tal fato mudou a forma de interpretação para o campo do simbólico, aqui tomado como a estrutura de representações daquilo que falta, de onde surgiu a chamada clínica do

“Nome-do-Pai”, guiada pela lógica da castração, com um sujeito dividido pelo efeito da linguagem. Mas a Psicanálise de Lacan, também, sofreu mudanças ao logo do tempo, com a topologia do RSI (Real, Simbólico e Imaginário) desdobrando-se para a clínica do real, na perspectiva de sustentar a falta (MOURÃO, 2001; FORBES e RIOLFI, 2015).

As duas perspectivas clínicas, do simbólico e do real, não excluem uma a outra, são complementares e fazem parte de duas dimensões da análise, contrariando a ideia de um saber pronto e acabado, mas abre a possibilidade de se tomar o simbólico pelo real, ainda que o acesso não seja fácil (MOURÃO, 2011). “O ensino da Psicanálise deve ser pensado a partir da posição do analisante – quem ensina é o sujeito dividido” (QUINET, 2009, p. 55). Quem transmite a psicanálise precisa construir um “saber que não se sabe” (parafraseando Mannoni), mas que o convoca, o mobiliza para uma transferência de trabalho.

Entre os desdobramentos da Psicanálise em sua diversidade teórica, não podemos deixar de considerar, também, a escola kleiniana. Melanie Klein entrou no cenário psicanalítico por meio de Ferenczi e Karl Abraham, ela fez sua própria história dentro da Psicanálise, trazendo novos conceitos, como as posições esquizoparanoide e depressiva, que deixam suas marcas por toda a vida, assim como uma concepção mais precoce do complexo de Édipo e supereu, chegando à conclusão de que o bebê vivencia intensas relações de objeto, tanto na realidade, quanto na fantasia, fundamentada pelo conceito de seio bom e seio mau (NASIO, 1995; SEGAL, 1996; MEZAN, 2014).

Klein efetivou a Psicanálise para a criança, sem se deter numa clínica “pedagógica”, ou seja, uma clínica diretiva que visa ensinar à criança sobre o problema pelo qual está passando. Por essa razão, uma pesquisa voltada para as questões da infância não pode deixar de lado, pelo menos apresentar uma pequena entrada nas contribuições da “grande senhora” da Psicanálise (GUELLER; SOUZA, 20008).

As contribuições de Klein e Lacan, tomando-as como vias divergentes dentro do legado deixado por Freud, deram origem a duas escolas distintas dentro da Psicanálise. Ambos criaram conceitos e técnicas muito além do que já havia sido produzido por seus antecessores. As duas linhas retomam princípios estabelecidos por Freud, mas cada um com sua própria elaboração conceitual, Melanie Klein traz o foco na angústia, na identificação projetiva (herdada de Ferenczi) e nas posições esquizoparanoide e depressiva e Lacan traz na cadeia de significantes, com a metáfora e metonímia, chamada clínica do simbólico e, posteriormente, com a clínica do real (DUNKER, 2011; MEZAN, 2014).

Da contribuição primordial de Freud, até Klein e Lacan é que parte esse trabalho em seu referencial teórico. Não cabe, nesse momento, aprofundar os diferentes conceitos de cada

um, mas apenas apontar diferenças essenciais entre os conceitos, mas, considerando que essas diferenças, não são, necessariamente, excludentes no pensar psicanalítico e, conseqüentemente, na elaboração teórica de uma pesquisa em Psicanálise.

Burgoyne e Sullivan (2001) apresentam uma coletânea de artigos extraídos de um grupo de estudo ou de troca de ideias, em torno das escolas de Psicanálise. Um dos debates, chamado diálogos Klein-Lacan, foi dos mais interessantes e que atraiu a atenção de psicanalistas de diversos países. O destaque deste trabalho complexo foi concluir que o diálogo vale a pena, não por um dos lados tentar ganhar do outro e convencê-lo de sua verdade, numa competição, mas sim na tentativa de colocar à disposição, de se expor e reconhecer no outro, particularidades teóricas e da técnica, que podem ser aproveitadas, pois isso ajuda a afastar a Psicanálise de um dogmatismo.

O que percebemos é que nenhuma escola produziu uma continuação fidedigna do trabalho de Freud, como dito antes, não há uma linha reta no legado psicanalítico. Se há uma continuidade na produção, ela carrega em si muitas mudanças necessárias, lembrando que ele mesmo não se preocupava com o que fariam de sua teoria no futuro (MEZAN, 2014).

Independentemente dessa ramificação com diferentes autores, interpretações e desenvolvimento de novos conceitos, sejam eles antagônicos ou não, a Psicanálise não estagnou no tempo, vive por meio das suas escolas e de seus colaboradores. O que se produziu a partir e depois de Freud é um conhecimento profundo e consolidado do sujeito humano em todas as suas instâncias. Kleinianos e lacanianos herdaram um sistema que explora temas deixados no ar pelo fundador da Psicanálise, como a análise infantil e a clínica das psicoses.

Ser um grupo pluralista que não só inclui várias correntes de pensamento psicanalítico como também é oriundo de variadas filiações e tem inserções em diferentes instituições representativas dessas correntes traz vantagens e desvantagens. Precisamos sustentar a tensão implícita entre as diferentes abordagens sobre o mesmo sujeito, mas temos a vantagem de poder explicitá-las. Não nos propomos a veicular uma verdade única, mas refletir permanentemente sobre as diferenças. (GUELLER; SOUZA, 2008, p. 10)

Ser um psicanalista que lança mão dessa diversidade é uma posição para se ocupar com cuidado, nunca sem estudo e diálogo com seus parceiros de trabalho. Desenvolver uma clínica que reconheça suas possibilidades, bem como seus limites é o primeiro passo para trabalhar sob o respaldo da ética. Retomar esse ponto de ramificação da Psicanálise é o primeiro passo para abrir possibilidades de interlocução. As publicações atuais mostram que, hoje, os psicanalistas procuram dialogar mais do que quando os grandes herdeiros da Psicanálise ainda viviam (MEZAN, 214). Dessa forma, foi conduzida esta pesquisa, buscando

a diversidade das escolas de psicanálise, afinal, todos são leitores de Freud, inclusive Klein e Lacan, mas todos fizeram releituras de sua obra.

Acreditamos que, com as diferentes filiações teóricas dentro da Psicanálise trabalhando de forma isolada, corre-se o risco de perder espaço na discussão contemporânea de temas importantes, como a questão desta pesquisa: sobre a posição do psicanalista na “querela” dos diagnósticos de crianças, mas, aqui, nos referimos aos da área médica – como os chamados transtornos do neurodesenvolvimento, detectados na infância. Como foi dito na introdução, há uma tendência a rechaçar a Psicanálise como forma de tratamento para os casos de crianças diagnosticadas pela área médica.

Recentemente, um grupo de psicanalistas, liderados por Erik Porge, publicou um *Manifesto pela Psicanálise* (PORGE et. al., 2015) como resposta a um projeto de lei, na França, que tenta atribuir ao Estado novas regras com relação às chamadas psicoterapias, incluindo a Psicanálise. Essa discussão, também, já chegou ao Brasil¹ e, da mesma forma que lá, não há um movimento coeso entre os psicanalistas das diversas escolas para um posicionamento mais efetivo quanto a essa regulamentação.

A divisão da Psicanálise mostra a diversidade na discussão do sujeito do inconsciente, mas deixa lacunas justamente no momento de estender o debate para além dos muros das escolas de Psicanálise, quando se esperaria delas uma frente unida de respostas às críticas que permanecem até hoje que, no fundo, são de caráter político e de controle.

1.2 Metodologia

A metodologia é o caminho pelo qual organizamos o nosso pensamento em articulação com uma prática. Podemos incluir, também, a concepção teórica de como abordamos determinado assunto, além de técnicas e instrumentos dispostos de forma clara e coerente que possibilitem ajudar nas decisões e escolhas para compartilhar, por meio da ciência, o que a prática nos ensinou. Para isso, o método fornece os parâmetros para “caminhar no conhecimento”, sem deixar de lado a inventividade de cada pesquisador (MINAYO, 2002; LAKATOS; MARCONI, 2003).

As teorias são criadas para explicar e/ou conhecer fenômenos e processos, mas podemos dizer que nenhuma delas atende a todos, por mais consolidada que possa estar em seu arcabouço. Em uma pesquisa, procura-se trabalhar com recortes significativos da realidade, por isso a função da teoria é: “[...] esclarecer melhor o objeto de investigação; [...]

¹ Ver projetos de Lei nº 3.944/2000 e nº 2.347/2003.

levantar hipóteses com mais propriedade; [...] que permitem maior clareza na organização de dados; [...] e iluminam a análise dos dados” (MINAYO, 2002, p. 18-19).

As dificuldades que existem em se encontrar a teoria adequada para organizar e apresentar uma pesquisa podem ser minimizadas na escolha da metodologia. Em geral, temos um método de trabalhar informado pela teoria, que servirá de fio condutor para organizar a investigação, permitindo o diálogo do pesquisador tanto com a teoria, que fundamenta a pesquisa, quanto com o público a quem dirige a pesquisa, sem que se reduza a riqueza de seus achados. O método científico ajuda a descobrir e a colocar o problema da pesquisa e ajuda na elaboração de instrumentos relevantes para serem utilizados frente ao problema (LAKATOS; MARCONI, 2003; BECKER, 2007; MINAYO, 2013).

A pesquisa qualitativa procura dar sustentação àquilo que não pode ser quantificado, portanto, trabalha com aspectos das relações entre fenômenos e processos que não são passíveis de quantificação, ou seja, trabalha com questões que podem gerar uma falsa relação e não podem ser reduzidas à análise quantitativa. Porém o conjunto de dados qualitativo e quantitativo não são opostos, mas complementares, podendo ser utilizados juntos em alguns casos (MINAYO, 2002 e 2013). As principais características da pesquisa qualitativa envolvem flexibilidade e subjetividade. Mas nem toda pesquisa pode ser conduzida pela perspectiva qualitativa, bem como há o risco na confiabilidade, devido ao envolvimento muito próximo do pesquisador e do objeto pesquisado (SILVERMAN, 2009).

Para tentar evitar as dúvidas e o problema da confiabilidade, os cientistas procuram uma linguagem universal fundamentadas em método e técnica que buscam estender o olhar sobre o mundo, seus fenômenos, processos e relações, diferenciando-se, assim, de uma visão universal dos fenômenos que podem engessar a análise de uma pesquisa (MINAYO; DESLANDES, 2013).

A visão parece coerente em um primeiro momento e útil para a organização de uma pesquisa, mas não é sem ressalvas que se recomenda o uso de um método de pesquisa, de um paradigma, ainda que se proponha ser mais aberto e que possa atender às dificuldades de sistematização de uma investigação, mesmo na tentativa de promover uma linguagem universal no campo das ciências, elas podem ajudar, como dissemos na organização, mas é importante que sejam revistas.

Desde as suas origens, o ser humano tem necessidade de explicar a realidade em que vive. Podemos identificar isso nos mitos que têm explicado, por meio dos tempos, dos fenômenos que cercam a vida e a morte, da organização social, bem como das relações de poder, entre outras questões. No mundo ocidental, a ciência tem sido a forma que

encontramos para atender à construção da realidade. Quando fazemos perguntas e propomos alguma resposta, já estamos no campo da ciência (MINAYO, 2002).

As ciências sociais oferecem uma consciência histórica, em que o investigador não é o único a construir um sentido ao seu trabalho, mas busca encontrar, também, o significado entre outros seres humanos e grupos envolvidos, no contexto da pesquisa. Elas mostram a transitoriedade das questões sociais, além da própria identidade entre o sujeito e o objeto do conhecimento, pesquisador e pesquisado possuem uma identidade comum e, com isso, aparecem como interligados e comprometidos (MINAYO, 2002).

Feyeraband (1977) procurou opor-se ao método científico, mostrando que a ciência evolui à medida que rompe com um paradigma vigente e arraigado, pois a tradição científica, por meio do uso de regras, mantém-se uniforme e, com isso, alcança certo êxito, mas é justamente aí que ocorre o perigo do engessamento, pois “[...] sustentar uma ciência tradicional intacta é algo desejável?” (p. 21) Pergunta o autor, que responde de forma direta e enfática – “Não!” O mundo é muito desconhecido e não devemos restringi-lo num recorte: “[...] um método estático ou de uma teoria estática de racionalidade funda-se em uma concepção demasiado ingênua do homem e de sua circunstância social” (FEYERABAND, 1977, p. 34).

Outro aspecto que podemos pensar nessa difícil tarefa de afinar a teoria e o método é levantado por Levi-Strauss (1975) que nos mostra que as pesquisas que envolvem o ser humano são sempre carregadas de complexidades, tanto na exigência que se tem do pesquisador em implicar-se, ou seja, de olhar para si mesmo, quanto na exigência, na mesma medida, de olhar para longe, para o outro e um outro não tão próximo: “Aceitamos, pois a qualificação de esteta, por acreditarmos que a última finalidade das ciências humanas não é constituir o homem, mas dissolvê-lo” (LEVI-STRAUSS, 1976, p. 282), mas essa dissolução não significa excluir ou destruir, mas sim melhor estudá-lo sem reduzi-lo a uma visão preestabelecida.

1.3 A base teórica da pesquisa

Freud buscou a ciência em seu projeto inicial (de 1895): “A intenção é prover uma Psicologia que seja ciência natural: isto é, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, tornando assim esses processos claros e livres de contradição” (FREUD, 2006, [1895], p. 347).

Como se pode observar, no desenvolvimento da Psicanálise, Freud despreendeu-se desse saber. Ao refinar a base teórica da Psicanálise, Freud (2006/1923a) aponta para uma visão na perspectiva de uma ciência empírica, que não se limita a entender os fenômenos do universo por meio de conceitos previamente definidos:

A psicanálise não é, como as filosofias, um sistema que parta de alguns conceitos básicos nitidamente definidos, procurando apreender todo o universo com o auxílio deles e, uma vez completo, não possui mais lugar para novas descobertas ou uma melhor compreensão. Pelo contrário, ela se atém aos fatos de seu campo de estudo, procura resolver os problemas imediatos da observação, sonda o caminho à frente com o auxílio da experiência, acha-se sempre incompleta e sempre pronta a corrigir ou a modificar suas teorias (FREUD, 2006, [1923], p. 307).

Segundo Mezan (2014) das ciências naturais, poderíamos pensar nas ciências humanas para refletir sobre o campo científico da Psicanálise. De fato, existem algumas características semelhantes aos elementos de investigação das ciências humanas, como, por exemplo, a tríade descrição, explicação e interpretação, assim como a utilização de métodos não arbitrários. Mas, ainda assim, não é possível pensar a Psicanálise no campo das ciências humanas e, sim, como outro campo do saber que tem algo a dizer para as ciências.

Lacan (1965/1998), em seu artigo *A ciência e a verdade*, discute a questão do objeto para a Psicanálise em relação à ciência. Deixa claro aquilo que chama de “vocação de ciência da Psicanálise”, mas considera as dificuldades e as contradições, principalmente com as ciências humanas. O que apreendemos disso é que, nessa relação, sempre haverá um paradoxo, por um lado, há um objeto comum entre ambas, que é o sujeito, mas, por outro, esse mesmo sujeito, quando colocado sob a perspectiva da ciência atual, distancia-se da Psicanálise. O sujeito da Psicanálise, segundo Lacan (1965/1998, p. 870), é “o sujeito tomado em uma divisão constitutiva”, ou seja, o sujeito do inconsciente, mas pensado em sua relação com a linguagem que o constitui. O sujeito epistêmico e o sujeito do desejo inconsciente não podem ser simplesmente costurados, nem reduzidos um ao outro (LAJOUNQUIÈRE, 2002).

Consideramos que a Psicanálise contribui para a ciência, mas sem um enquadre numa única perspectiva. Com isso, é possível pensar que não há dificuldade em exercê-la, se o psicanalista se autoriza a isso, por meio dos elementos da formação, se ele sustenta seu discurso na escola ou na “ex-cola” (parafrazeando Lacan), é o que precisa para um trabalho ético. No que se refere à ciência, ela tem deixado contribuições para a Saúde e para Educação, dentre as áreas mais destacadas (FINK, 1998; DOR, 2003; DUNKER, 2011).

Mezan (2014) traz reflexões importantes sobre a pesquisa em Psicanálise, mostrando que é necessário entender o que os críticos ao método querem dizer, ou seja, para a pesquisa

ser considerada válida e rebater as críticas, precisa acrescentar algo de novo que possa ser útil tanto para o universo científico, quanto para o psicanalista não acadêmico.

As críticas à Psicanálise como método concentram-se em afirmar que seus conceitos não são científicos porque não são operatórios e que não é possível colocar o inconsciente no campo da experimentação. Para responder a isso, o autor sugere, a partir da sua experiência como orientador de trabalhos acadêmicos em Psicanálise, que é preciso identificar uma questão e investigá-la com os conceitos encontrados na Psicanálise, abrindo possibilidade para o diálogo com outras áreas do conhecimento, pois isso é fazer ciência.

Mezan (2014) elenca os temas e as características que tem a pesquisa na Psicanálise nos últimos 20 anos, que se estendem como contribuição para a área médica, da Educação e as terapêuticas em geral. O eixo dessas investigações vai desde questões de psicopatologia, atividade terapêutica em contexto hospitalar, até a interface com a Educação e a Arte, revigorando as discussões conceituais que, desde Freud, têm sido sempre revistas.

Enunciar que a experiência psicanalítica pretende ser a condição de possibilidade para que o sujeito possa construir um estilo para a sua existência, implica formular e reconhecer, como o seu corolário, que o ideal de cura em psicanálise fracassou, de fato e de direito, como hipótese teórica e clínica de trabalho (BIRMAN, 1997, p. 43).

Colocar a clínica em discussão teórica foi sempre o trabalho de Freud, todo o cuidado que teve para construir uma teoria que não fosse paralisante precisou que, ao final de suas elaborações teóricas, ele, ainda, intitulasse um de seus últimos trabalhos como “Esboço de Psicanálise” (1938/2006). Freud se construiu enquanto narrava sua clínica, não informava, não se colocava como onisciente, se produzia e chamava para a mesma responsabilidade quem se aventurava pelo caminho da Psicanálise (GIOVANNETTI, 2012).

Nas palavras de Freud:

Os ensinamentos da psicanálise baseiam-se em um número incalculável de observações e experiências, e somente alguém que tenha repetido estas observações em si próprio e em outras pessoas acha-se em posição de chegar a um julgamento próprio sobre ela (FREUD, 1938/2006, p. 168).

Mannoni (1985) lembra que Freud marcou seu estilo de pesquisa buscando a verdade do sujeito e não a verdade de um saber instituído, no caso, o saber do médico, uma vez que era por essa condição que seus pacientes o procuravam. Com isso, teorizou a singularidade da experiência analítica, que vai além de um saber pronto, essa é a genialidade dele, a inventividade que os autores que escrevem sobre o método tanto recomendam.

Mas de que se trata essa singularidade? Essa é uma questão que Lacan apresenta e responde em seu seminário sobre os escritos técnicos de Freud:

[...] quer dizer essencialmente que, para ele, o interesse, a essência, o fundamento, a dimensão própria da análise, é a reintegração, pelo sujeito, da sua história até os seus últimos limites sensíveis, isto é, até uma dimensão que ultrapassa de muito os limites individuais. Fundá-lo, deduzi-lo, demonstrá-lo a partir de mil pontos textuais em Freud, é o que fazemos juntos ao longo destes últimos anos (LACAN, 1994, p. 21).

Nessa mesma linha de reflexão, sobre o método de pesquisa pensado na Psicanálise, concordamos com as colocações de Iribarry (2003) que diz que a pesquisa psicanalítica trabalha a imprevisibilidade do inconsciente, por isso, não produz uma “sistematização completa e exclusiva” (p. 117). O estilo de trabalho do pesquisador dessa área prioriza sempre o singular desse outro, que chega como objeto de pesquisa.

Se partimos da imprevisibilidade do inconsciente, o pesquisador está implicado em todo o processo como ator e agente da pesquisa, sendo por ela, também, afetado, ou seja, compreendemos como o pesquisador, fazendo parte do processo, uma vez que ele está na posição de analista, ou seja, está no cerne da investigação. Portanto, trata-se de colocar em discussão as inclinações pessoais, que dizem respeito à própria formação na clínica psicanalítica, com a proposta de repensar a posição do psicanalista frente ao problema colocado. Como aponta Iribarry (2003):

Pois assim como o analisante se engaja no processo de análise e diz algo de seu padecimento psicopatológico, inserido em uma situação de transferência, o pesquisador psicanalítico dá um testemunho de sua investigação a um outro, a uma alteridade com a qual também irá se “transferenciar”. Neste caso, da pesquisa psicanalítica, tanto o dado de pesquisa como aqueles a quem o pesquisador destina sua pesquisa podem ocupar este lugar de alteridade. (IRIBARRY, 2003, p. 122)

De acordo com Mezan (2014), existem quatro dimensões estruturais da Psicanálise a partir de Freud: a primeira refere-se a uma teoria geral da *psique* representada pelo aparelho psíquico que envolve uma “tópica, uma dinâmica e uma economia psíquica” (p. 30); a segunda a uma *teoria de gênese* ligada à sucessão das fases e ao Édipo, como veremos na constituição psíquica da criança; a terceira a uma *teoria do funcionamento normal e patológico*, não sob a ótica da psiquiatria, mas relacionada “a uma teoria das várias soluções para possíveis conflitos fundamentais” (idem) gerada pelas duas dimensões anteriores; e uma quarta dimensão que é o *próprio processo psicanalítico*, referente à modalidade de intervenção, que podem modificar esse funcionamento psíquico (MEZAN, 2014).

Consideramos que essas quatro dimensões, que formam a estrutura da Psicanálise, são os caminhos a percorrer em uma pesquisa que se pretende psicanalítica. Por elas, traçamos os objetivos deste trabalho e desenvolvemos tanto a fundamentação teórica, quanto os procedimentos e a discussão.

1.4. Sujeitos, instrumentos e procedimentos

A pesquisa é de cunho qualitativo. Os sujeitos são duas crianças em atendimento na clínica psicanalítica infantil que passaram por diagnósticos médicos relacionados a dificuldades na aprendizagem, na comunicação, na socialização, na fala. Foram atendidas em um consultório particular em Brasília no Distrito Federal (DF). Os instrumentos de coleta de dados foram os relatórios escritos das sessões e das reuniões realizadas com familiares e outros profissionais envolvidos no atendimento da criança. A análise dos dados, que possibilitaram a discussão da teoria, foi feita a partir da organização dos elementos surgidos dos relatórios da experiência vivida na clínica pela analista, os quais se encontram descritos ao final deste item. A sustentação teórica da pesquisa é fundamentada no referencial teórico da Psicanálise.

Transformar a clínica em um trabalho de pesquisa acadêmica é colocar em consonância duas experiências distintas que se atravessam. É, portanto, uma tarefa delicada que tem sido, desde o início, o que proporciona a fecundidade da teoria psicanalítica. A vasta produção nessa área confirma esse fato, embora nem todas, realmente, contribuam.

A experiência na clínica tem como resultado uma interpretação, uma descoberta e um efeito, mas isso é proporcionado ao analisando via transferência. O psicanalista só vai ter notícias disso posteriormente. O estudo, o pensar e o discutir o caso, como se faz em supervisão ou em grupo de estudo, servem para conduzir o posicionamento e a ética, não garantem, necessariamente, uma interpretação daquilo que, de fato, ocorreu, pois não temos a resposta. Sustentar essa clínica é sustentar um não saber, que é diferente de ignorar, é um saber que vai além, que não cabe ao psicanalista nesse momento.

Por isso, escrever relatos sobre a experiência, com o objetivo de uma produção, de uma contribuição para a clínica, é um momento legítimo de pesquisa, ainda que, posteriormente, se agreguem outros elementos teóricos que possam dar visibilidade ao fenômeno que estamos estudando, provocando uma reflexão mais profunda sobre nossos operadores teóricos e nós mesmos. Nesse lugar, estamos nos expondo mais do que o analisando, porque vamos responder por este trabalho. Os relatos são, antes de mais nada, um intercâmbio de experiências, com foco na singularidade, como dito antes, tomando como ponto de partida a expressividade do sujeito em questão, seja através da fala ou de outra forma de comunicação, com o respaldo teórico (NASIO, 2000).

Procuramos trabalhar com o relato de experiência para obter maior flexibilidade na discussão, com isso, utilizamos apenas uma das características que fundamentam o caso

clínico que, de acordo com Nasio (2000), é a segunda função de um caso clínico, que é a metafórica, a qual propicia o acesso aos conceitos através da ilustração clínica, permitindo que, ao se relatar a experiência, os conceitos já aparecem em associação direta aos casos, como acontece quando retomamos os casos clássicos e de imediato brotam os conceitos neles implicados, como veremos no próximo capítulo.

Dunker (2011, p. 537) nos lembra que “a construção de um caso clínico é a principal peça na argumentação psicanalítica em favor da sua eficácia, na explicitação da ação de seu método e no diálogo com a psicopatologia”. O problema está no momento de definir o que é um caso clínico para a Psicanálise, uma vez que tanto pode ser um breve relato, um fragmento de sessão, uma vinheta clínica, como pode ser um longo e detalhado relato de todo um processo de análise. Pode ser tanto um fragmento de análise pessoal, quanto o relato de experiência com os analisados. Optamos pelo relato de experiência vivida.

Para ser considerada, de fato, como uma produção que venha contribuir para a intencionalidade da Psicanálise, esse relato precisa ser da ordem de uma “transmissão” e, com isso, prestando-se à “verificação, comparação e crítica de fenômenos, conceitos e hipóteses frente a uma comunidade de pesquisa” (DUNKER, 2011, p. 538). Para ir além de um padrão classificatório, é preciso ser inventivo na construção e na apresentação do caso clínico e posicionar-se como narrador implicado.

A história, o relato da experiência, os questionamentos e a reflexão foram cruciais para este trabalho, além de permitir exercer uma “[...] Psicanálise que se aventura um pouco mais longe do consultório” (DUNKER, 2013, p. 11). O saber elaborado sobre a clínica pode ser apresentado através dos relatos de experiência e do seu estudo, que são formas de demonstrar o que é feito com o saber investido na análise (QUINET, 2009), buscando refinar o pensamento do psicanalista em sua práxis.

Os relatos da experiência vivida referem-se ao atendimento a duas crianças que tiveram seu diagnóstico médico definido paralelamente ao processo de análise. Uma das crianças foi diagnosticada com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a outra com Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA) no caso, sem a hiperatividade. Os diagnósticos vieram associados a atrasos no desenvolvimento global, à dificuldade na comunicação, na socialização e na fala, bem como a dificuldades na aprendizagem.

Para o melhor aproveitamento e compreensão dessa experiência para a clínica infantil, elaboramos a organização dos relatos da seguinte forma:

- i) *Apresentação da queixa inicial* – descrição do motivo pelo qual os pais procuraram o atendimento, considerando de onde partiu a demanda de avaliação/análise, seguida das reflexões teóricas.
- ii) *Os primeiros indícios e a hipótese diagnóstica* – relacionar as características da queixa com aquelas que condizem com os diagnósticos, tanto da área médica quanto da área da própria Psicanálise, mantendo a diferenciação entre as duas formas de pensar o diagnóstico, articulando com o referencial teórico.
- iii) *A escuta e a análise do diagnóstico* – a forma como o diagnóstico pode ser escutado e pensado pelo psicanalista, articulando o relato da experiência com o referencial teórico.
- iv) *A condução da análise* – abrange os relatos do ambiente em que os atendimentos foram realizados, o espaço físico as atividades e as intervenções realizadas com a criança, a família, a escola e outros, mantendo a articulação com a teoria.
- v) *As conclusões possíveis* – mostra a compreensão da transferência com a criança a partir de suas singularidades, mostra, também, a transferência com os pais e uma reflexão sobre o final da análise e o lugar que o diagnóstico ocupou.

Lembramos que Lacan (2009, p. 57) marca como a diferença entre o escrito e a fala, justamente a dificuldade de se entender o que está escrito. Portanto, é preciso recolocar nele a fala: “É a partir da fala que se abre o caminho para o escrito”. Escrever a experiência clínica é, antes de tudo, extrair consequências de um trabalho que precisa ser levado para a discussão tanto na fala – através dos debates com os pares, quanto na escrita, dando o testemunho das suas possibilidades e, também, dos seus impasses.

Capítulo 2

Aquilo de que as crianças precisam, não é resignação, mas paixão. Elas sonham com um mundo onde os atores possam falar em nome próprio, escapando da obrigação de parecerem conformes. Maud Mannoni, em: Carta aberta a todos. L'Humanite, 12/06/96.

2.1 Uma nota sobre o mal-estar contemporâneo e a questão do diagnóstico

De acordo com Roudinesco (2011) a forma como as sociedades capitalistas vem se desenvolvendo tomou uma extensão mundial, estendendo para os quatro cantos do mundo os problemas que se originam de seus fundamentos – a especulação e o consumo. A sociedade consumista substituiu a busca pela felicidade pela procura do prazer, reduzindo ainda mais o esforço coletivo, priorizando o individualismo.

Com isso emergem problemas, como a falta de esperança, a miséria de muitos povos, o fanatismo religioso e, conseqüentemente, uma crise profunda nas referências de identificação social e cultural, deixando como herança a angústia e o sofrimento, tanto para aqueles que são destituídos de suas referências, como para os que ainda buscam a si mesmos nesse caos de identificação e demandas (ROUDINESCO 2011; MEZAN, 2011; BAUMAN, 2013).

Para esclarecer esse ponto, podemos refletir sobre o nosso tempo histórico. Se há mais de cinquenta anos não temos uma guerra de maiores proporções mundiais, como aconteceu na época de Freud, não significa que o mundo seja um lugar melhor para se viver. A destruição ainda pesa sobre a vida que tenta se preservar em meio a um caos de desejos criados, forjados sobre uma imagem idealizada. Sofremos os efeitos pessoais, sociais e políticos da chamada ditadura do consumo estimulado pelo mundo capitalista, pela sociedade do espetáculo, apontada há décadas, por Guy Debord (1992, p. 31): “O espetáculo é uma permanente guerra do ópio para aceitar a identificação dos bens às mercadorias; e da satisfação à sobrevivência, aumentando segundo as suas próprias leis”.

É importante lembrar que Bauman (1998) nos mostra que a sociedade moderna se tornou uma grande produtora de estranhos, ou seja, dos que não couberam no programa da “ordem e do progresso”. A harmonia da uma pretendida organização se viu ameaçada por aqueles que não se ajustaram. Mas como é impossível não enxergá-los, passou-se a nomeá-los de outro jeito, para tentar manter as regras do que foi instituído como ordem, limpeza e beleza: “Os estranhos exalam incerteza onde a certeza e a clareza deviam ter imperado. [...]

Constituir a ordem foi uma guerra de atrito empreendida contra os estranhos e o diferente” (BAUMAN, 1998, p. 28).

Safra (2005, p.13) nos mostra que os problemas do mundo contemporâneo têm levado o ser humano a um processo de adoecimento que o afeta na essência do seu ser, “fragmentado e descentrado de si mesmo”, o seu meio cultural já não é o suficiente para garantir sua identidade e amenizar suas dificuldades psíquicas e existenciais. Uma pessoa chega para a análise trazendo questões que não se fundamentam apenas em problemas relacionais com o outro, a crise é da ordem do “vazio existencial”, com sujeitos que mal se constituíram, nem sabem exatamente o que desejam da vida ou quem são, como bem coloca o autor.

É possível dizer, então, que hoje vivemos um novo mal-estar que na época de Freud, vinha da excessiva repressão. Freud coloca o mito do Pai como centro de sua teoria, “em razão da inevitabilidade da questão”, como mostra Lacan (1963/2005, p. 71), o qual produz efeitos na constituição psíquica, marcando a entrada da criança no mundo social, que é regido por Leis. O mundo contemporâneo está baseado em relações horizontais e imaginárias, com as comportas do fluxo pulsional abertas, vindas do enfraquecimento do Nome-do-Pai ou da função de nome próprio, que é “uma marca aberta à leitura” como colocado por Lacan (1963/2005, p. 74), ou seja, o nome é chamado a falar, para dizer quem é o sujeito, para sustentar a sua identidade (não estamos, aqui, tecendo uma análise moralista do mundo atual, ao contrário, tentamos entender as formas de angústia que se estabeleceram na atualidade). É possível notar uma dificuldade maior no processo de identificação do ser humano, pela ausência de um modelo que chame essa responsabilidade para si, como no caso da função paterna (KAUFMAN, 1996; FORBES, 2014).

Para entender os desdobramentos da angústia vivida pelo ser humano em relação às demandas sociais, relembremos como Freud (1929/2006) nos mostra que ideia de felicidade é ameaçada por três fontes principais de sofrimento, quais sejam: o envelhecimento do corpo; a falta de controle sobre a natureza (como doenças epidêmicas e cataclismos); e as dificuldades oriundas das relações humanas. Essa terceira fonte é a que Freud considera a mais difícil para nós, pela angústia que gera.

A dificuldade em relacionar-se pode não ser um sofrimento tão contundente, comparado ao abatimento do envelhecer e nem tão arrasador, de imediato, quanto ao choque causado por um desastre natural. Mas traz uma angústia diária e perene, não sabemos localizá-la, em geral é inconsciente e produz efeitos danosos, mortíferos até, sem que possamos perceber. Freud, então, vai mostrando como o ser humano tenta lidar com esse

sofrimento. A necessidade e a criatividade são os maiores trunfos do ser humano, disso surgiram a ciência, a arte, a religião, a lei jurídica, como soluções para o mal-estar.

Por isso o relacionamento humano é a maior fonte de sofrimento, primeiro porque para viver em sociedade precisamos abrir mão de muitas coisas que poderiam trazer felicidade; segundo, porque a sonhada estabilidade no mundo social nunca é alcançada, sempre haverá quem descumpra o pacto social, assim como, sempre teremos demandas sociais inatingíveis. Assim, sofremos e vivemos submetidos à eterna “batalha de gigantes entre *Eros* e *Thanatos*”, na ambivalência entre pulsão de vida e pulsão de morte (FREUD, 1929/2006).

Freud (1911 e 1920/2006) apresenta um modelo primordial de vida psíquica, baseado no princípio de prazer e no princípio de realidade. O nosso psiquismo trabalha de forma a buscar uma estabilidade e, com isso, procura afastar tudo aquilo que possa lhe causar desprazer. Não significa dizer que procura o prazer em si, mas sim, uma tendência à inércia. O princípio de realidade atravessa o de prazer, quando é despertado pela pulsão de autopreservação, transformando-se num caminho indireto para a obtenção de prazer, como por exemplo, aceitar a realidade abrindo mão da satisfação imediata e substituí-la por outra a posteriori (nunca deixamos de sonhar com um possível prazer), ou seja, tolerar o desprazer é o apelo do princípio de realidade.

Com isso aparecem os mecanismos de defesa, responsáveis por afastar o princípio de prazer, dando mobilidade ao sujeito. A projeção é um mecanismo que se origina desse conflito interno, entre prazer e desprazer, levando-o a interpretar as excitações psíquicas como sendo externas e projetando para fora tudo aquilo que está lhe causando sofrimento, geralmente jogando para cima de um outro próximo (FREUD, 1920/2006). Assim, podemos entender que pais projetam nos filhos suas questões não resolvidas, idealizações e esperanças ou temores, bem como frustrações, enfim, suas feridas narcísicas.

De acordo com Freud (1920/2006), esse tipo de defesa se transforma na compulsão à repetição, que domina o princípio do prazer. Apresentando-se como um dos fatores que dificulta as mudanças nas relações humanas. Na relação entre pais e filhos, é preciso entender o que nela é mantido pela repetição, transformando-se em sintoma, ou seja, os pais podem ter dificuldade de separar o filho idealizado, do filho real e projetam nele as suas angústias, formando um sintoma relacional, com uma dificuldade que, talvez, não seja propriamente daquela criança.

O papel do recalque seria o de transformar em desprazer uma fonte de prazer e vice-versa, daí o conflito do ego em sentir desprazer quando cede e satisfaz a um impulso, travando uma luta pulsional para a obtenção de um novo prazer (FREUD, 1920/2006). Assim

podemos refletir sobre a busca do prazer e de uma suposta estabilidade em todo tipo de relação existente, atravessada pela compulsão à repetição. Por essa luta entre os dois princípios o de prazer e o de realidade é que podemos ver o funcionamento das pulsões mobilizando o funcionamento psíquico: “O princípio de Nirvana expressa a tendência da pulsão de morte; o princípio de prazer representa as exigências da libido, e a modificação do último princípio, o princípio de realidade, representa a influência do mundo externo” (FREUD, 1924/2006 p. 180).

Educar uma criança, por exemplo, é oferecer-lhe tempo e disposição para construir com ela uma relação de prazeres possíveis, alguns adiados hoje, mas viabilizados amanhã, por outros caminhos. Seria um incentivo à substituição do princípio do prazer pelo princípio da realidade, como uma continuidade. O próprio brincar que a criança utiliza para lidar com sua angústia, pode ser compartilhado com os pais em diferentes momentos. Mas o que temos visto é a procura por respostas imediatas também em relação à criança, apressando-a, saturando-a com muitas atividades além da escola, gerando expectativas e sem respeitar os tempos da constituição psíquica subjetiva.

A criança também se tornou mercadoria de consumo e sobre ela também paira todo o imaginário do sucesso e do espetáculo. A escola, a indústria, a medicina, a mídia, todos descobriram esse filão para o lucro certo. Se mencionarmos a ausência da função paterna como Lei, também concluímos que não há maior liberdade hoje em dia, o que tem acontecido é um esvaziamento do ser e a tentativa de preenchê-lo com os objetos de consumo. Por isso os diagnósticos e psicotrópicos atraem tanta gente, pois são formas de ajustes a uma fórmula de sucesso baseada na imagem e no comportamento esperado (MEZAN, 2011; FORBES, 2015).

Muitas vezes o que vemos são pais e filhos com dificuldade em definir seus papéis, o que interfere na identificação da criança sob a Lei paterna. Os pais nos procuram cheios de dúvida: Educar uma criança significa o que? Repreendê-la? Satisfazer suas vontades imediatas? Sugerir que faça sozinha suas escolhas desde que aprende a falar? Até que ponto? E se ela não falar? Esses são questionamentos comuns quando os pais buscam a análise para seu filho, na difícil tarefa de “transmitir a demanda social para além do seu desejo” (JERUSALINSKY, p. 21, 2010).

O diagnóstico médico tem sido uma forma de adquirir uma estabilidade idealizada nos manuais de desenvolvimento e não escutar o que a criança diz com sua angústia. Trazendo essa reflexão para o lugar da criança nesse mal-estar, podemos pensar nos pais, chegando com seu filho para a análise, com a queixa de que ele não se enquadra na demanda social. Podemos considerar como exemplo um diagnóstico médico de TDAH e questionar: como se sentem os

pais em relação a essa informação? Se eles mesmos (pai ou mãe) não sabem exatamente quem são ou o que desejam para sua vida, como vão agir diante do diagnóstico? Como a criança se sente em relação ao olhar de seus pais sobre si? É para essa situação que tentamos encontrar algum esclarecimento.

Então, quando nos deparamos com a avalanche de diagnósticos, que estão aí para todas as faixas de idade, podemos dizer que esse é o mal-estar que tem chegado com muita frequência na clínica. Freud (1929/2006) já mostrava, naquela época, que desenvolvemos formas de lidar com o mal-estar livrando-se do desprazer por uma satisfação substitutiva, que seriam os ganhos advindos dos dispositivos humanos, criados para aliviar seu sofrimento, quais sejam: a religião, as drogas, a arte e a ciência.

A ciência, na reflexão sobre os diagnósticos, é considerada como uma das formas de fugir do mal-estar, podemos dizer que é nela que tendemos a depositar nossa confiança, com a história do “cientificamente comprovado”, ainda assim esta não tem conseguido suprir a falta de resposta, até porque o anseio por resposta é ilusório, traz muitas dúvidas e angústias também. Em nome de uma ciência positivista aprendemos a medir, pela lógica matemática: velocidade, distância, potência e quociente de inteligência, entre outros. Criamos o cálculo, a curva normal, apresentamos marcadores de desenvolvimento, para medir e comparar as crianças.

Colocar tudo, nessa ordem de medidas tem sido o mal-estar contrastante com uma sociedade da satisfação imediata. Quem fica de fora da curva normal, quem não atende aos marcadores de desenvolvimento, vai depender de um outro nome, é comum encontrarmos esses nomes da ciência substituindo o nome da criança: “meu aluno Síndrome de Down, meu paciente Hiperativo, meu filho Autista. O diagnóstico personifica o sujeito tirando-lhe a singularidade, transformando o que é da ordem simbólica, num real angustiante (JERUSALINSKY, 2010).

A Psiquiatria tem criado sistemas de diagnósticos para os dilemas humanos, que qualquer pessoa poderá se identificar com algum transtorno, se tomarmos como base o DSM-5, sua função é tornar o diagnóstico coerente com o discurso de diversas práticas, mas o que ele tem sustentado mesmo é a força da prescrição de medicamentos, uma vez que os métodos psicoterapêuticos, assim como a própria psicanálise, não são processos que oferecem resultados imediatos.

Consideramos que a Psicanálise e a Psiquiatria tratam a questão do diagnóstico de forma diferente. Freud subverteu a ordem do diagnóstico médico, quando começou a escutar o que as pacientes histéricas, internadas em hospitais, tinham a dizer, em crise de sofrimento

psíquico com sintomas corporais. Da mesma forma, Lacan saiu do modelo psiquiátrico em sua escuta no caso Aimée, colocando-se em escuta da paciente e não enfocando seus sintomas. O diagnóstico tomou um caminho singular em Freud e posteriormente em Lacan, ambos médicos e psicanalistas.

Freud (1888/2006), em seus primeiros trabalhos, já dizia que a histeria era uma neurose e considerava isso como uma doença sem alterações no sistema nervoso, com a presença de vários sintomas somáticos, como dores, paralisias, perda temporária de visão, tremores, taquicardia etc. Trouxe para dentro da psicanálise os termos da Medicina, mas afastou-se na concepção e na forma de tratamento. Na época, mostrava que não havia eficácia em tratar os sintomas de forma isolada.

Na discussão do caso da Srta. Elizabeth Von R., por exemplo, Freud diz que, como neuropatologista, foi preparado para dar diagnósticos pontuais a partir do modelo médico, localizando os sintomas e sua causa, na busca de identificar uma patogenia ou doença. Constatou que essa forma de diagnosticar pouco dizia sobre o que estava acontecendo com suas pacientes acometidas pela neurose histérica. Dizia também que seus estudos de caso pareciam contos e que lhes faltava a seriedade científica. Compara e diferencia a Psiquiatria da forma de tratamento que começava a criar, mostrando que a vantagem da sua forma de escuta estava “[...] na ligação íntima entre a história dos sofrimentos do paciente e os sintomas de sua doença” (FREUD, 1892/2006, p. 172). Freud não deixou de falar em histeria, mesmo dando um diagnóstico médico, diferenciou-se na abordagem singular dos sintomas, dando atenção à história, já apontando a função da escuta e não a doença.

Freud, no atendimento de Anna O., realizado em parceria com Breuer, ao dar atenção ao discurso incoerente da jovem, considerado sob o ponto de vista médico como mentiroso, irracional e sem sentido, percebeu que a escuta atenciosa e diferenciada, concedida à paciente, permitiu a remissão dos sintomas. Quando começa a relatar o caso, diz que a paciente era “portadora de uma hereditariedade neuropática grave” (FREUD, 1893/2006). Os primeiros delineamentos da psicanálise surgiram em meio aos diagnósticos médicos tradicionais.

Lacan (1932/2011) defende sua tese de doutorado em Psiquiatria sobre a psicose paranoica em que escreve o seu único caso clínico publicado. Todo o referencial é sobre a psiquiatria, Lacan ainda não havia chegado à Psicanálise, mas já tinha interesse, o que fica evidente em sua forma de tratar o caso Aimée, que ilustra sua tese.

Portanto, Lacan rompeu com o modelo psiquiátrico e assim como Freud o fez nos casos das jovens Elizabeth Von R. e Ana O., quando mudou a forma das entrevistas

psiquiátricas fechadas e permitiu que as pacientes se expressassem livremente. No caso Aimée, não se prendeu aos laudos referentes aos distúrbios mentais, tais como mania de perseguição e ideias delirantes, a partir da escuta da paciente conduziu a avaliação diagnóstica recorrendo a documentos de tratamentos anteriores, entrevistas com seus familiares e, até mesmo, suas produções escritas para construir uma história que fosse de autoria da própria paciente, como mostra Allouch (apud MAESSO, 2013). A partir daí, aproxima-se da Psicanálise, concluindo que o caso tinha uma “curabilidade possível” por meio de uma “catarse terapêutica” ou de uma “elaboração do desejo inconsciente do sujeito através de relações transferenciais” (LACAN, 2011, p. 414).

2.2 O diagnóstico médico-psiquiátrico em contraste com o diagnóstico da Psicanálise

A Psicanálise vem trabalhando com as mesmas estruturas clínicas desde Freud, neurose, psicose e perversão. O que muda é o modo como o sujeito suporta, enfrenta ou nega a falta que foi inscrita na constituição subjetiva, o que vai refletir sobre como cada um se defronta com as questões primordiais do ser humano: “o sexo, o desejo, a lei, a angústia e a morte” (QUINET, 2010, p. 10).

De acordo com Quinet (2010), o modelo médico da Psiquiatria evoluiu em seus quase duzentos anos de história. No período em que nascia a Psicanálise, havia uma visão fenomenológica dos transtornos que eram chamados de doença mental, os quais eram considerados a partir da história do sujeito. Ainda que se buscasse a identificação de características comuns, era estabelecida uma relação entre a doença e o sujeito por ela acometido, levando em conta não apenas os fatores biológicos. A Psicanálise manteve-se com seus pressupostos fundamentais para o diagnóstico, enquanto a Psiquiatria foi mudando de perspectiva e, com o passar do tempo, deixou para trás os aspectos fenomenológicos e adotou o modelo médico descritivo e “ateórico” dos manuais.

De acordo com Figueiredo (2002) desde a primeira grande atenção que o sofrimento psíquico obteve, através de Philippe Pinel ainda no século XVIII, o diagnóstico psiquiátrico passou a ser compreendido de um ponto de vista fenomenológico, principalmente na sociedade europeia. Segundo Quinet (2010), atualmente a Psiquiatria tem sido ampliada e influenciada pelo modelo norte-americano, que ao invés de colocar categorias como neurose, psicose maníaco-depressiva, esquizofrenia, toxicomania, entre outras, tem utilizado descrições indicadas por fenômenos objetivos. Para mostrar um exemplo aleatório, retirado da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças): “F83 são transtornos específicos mistos do desenvolvimento. Do F80 ao F89 encontram-se os transtornos do desenvolvimento

psicológico. [...] Na maioria dos casos, as funções atingidas compreendem a linguagem, as habilidades espaço-visuais e a coordenação motora” (FIGUEIREDO, 2002, p. 40).

A Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde (a CID) já se encontra na sua décima primeira versão e está cada vez mais próxima da forma descritiva do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Tanto a CID quanto o DSM passaram por atualizações recentes, inclusive o DSM-5 já vem com os correspondentes às versões 9 e 10 da CID, com vistas a melhor se articular também com a 11ª edição (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Ainda segundo o próprio manual, a intenção foi inovar colocando os transtornos considerando suas diferentes dimensões, evitando categorias diagnósticas restritas. Também foram colocadas questões culturais e de gênero.

O que podemos notar em relação às respectivas versões anteriores, é que as categorias que descrevem a explicação das doenças trazem excesso de detalhes substituindo as classificações mais gerais que antes faziam parte da psicopatologia psiquiátrica. As combinações entre os principais quadros e seu diagnóstico diferencial podem se classificar em centenas deles, ou seja, qualquer pessoa pode ter um diagnóstico.

A seguir alguns trechos do DSM-5 sobre os transtornos do neurodesenvolvimento, como são chamados no capítulo que aborda os transtornos infantis:

São um grupo de condições com início no período de desenvolvimento [grifo nosso]. Os transtornos tipicamente se manifestam cedo no desenvolvimento, em geral antes da criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 31).

Mesmo para a área da Psicologia, que é diferente da Psicanálise, considera-se o desenvolvimento humano como vitalício, a partir de concepções teóricas que permitem pensar em um processo que se inicia na vida intrauterina e que se estende até o envelhecimento, como o conceito de ciclo vital criado por Baltes (apud NERI, 2006). A AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014) afirma estar considerando esta continuidade, mas começa a estabelecer diagnósticos em fases muito precoces da infância. Também são ampliados os critérios diagnósticos, colocando em evidência um conjunto maior de transtornos:

Os déficits no desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência. É frequente a ocorrência de mais de um

transtorno do neurodesenvolvimento; por exemplo, indivíduos com espectro autista frequentemente apresentam deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), e muitas crianças com transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (TDAH) apresentam também um transtorno específico da aprendizagem. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 31).

Esta forma de conceber os chamados transtornos do desenvolvimento, abre a possibilidade para a área médica, por exemplo, justificar o uso de medicamentos psicotrópicos nessa mesma amplitude, isto é, uma criança diagnosticada com TDAH que apresente algumas características do TEA, pode ser medicada com os psicotrópicos que são prescritos para esse último caso, lembrando que são geralmente antipsicóticos, como a Risperidona.

De acordo com Nikolov et al. (2006), a Risperidona e a Quetiapina fazem parte da terapêutica medicamentosa para os casos de TEA, já há muito tempo. Assim como, o Protocolo do Governo de São Paulo (2013) também menciona os antipsicóticos utilizados para melhorar a “funcionalidade” dos pacientes com TEA, tratando sintomas como: “[...] agitação psicomotora, agressividade, impulsividade e irritabilidade. Algumas medicações podem ser úteis, como o Haloperidol, a Risperidona e o Aripiprazol (NIKOLOV, 2006, p. 15).

Com isso, é possível refletir que a Psiquiatria visa uma realidade objetiva através do saber médico. Suas intervenções, são frequentemente, realizadas por um tratamento que visa a redução dos sintomas, por isso justifica-se a medicalização. Com essa colocação não estamos desconsiderando a importância do diagnóstico médico-psiquiátrico para o tratamento de já mencionados fenômenos, visamos diferenciar duas formas de conceber tais fenômenos.

A questão do diagnóstico, em geral, é compreendida pelo conjunto de seus sintomas descritivos (CUNHA, 2009), no que se refere à concepção médica, como vimos nas descrições acima, mas a palavra não é exclusiva da medicina, ainda que o sentido se relacione à determinação de uma doença, a palavra diagnóstico (do grego *diagnostikós*), cuja origem etimológica significa algo “capaz de ser discernível” (CUNHA, 2010, p. 216) também pode ser pensada a partir da escuta, da história de vida, das relações estabelecidas entre o sujeito a ser avaliado e aqueles que fazem parte de todo o seu contexto, ou seja, considerando um saber que está para além do sintoma e não é o saber médico.

Neste sentido, Mannoni (1989) relembra que uma das diferenças da Psicanálise em relação às outras áreas que produzem conhecimento sobre saúde, doença, normal e patológico, se destaca pelo fato de que para aquela: “[...] a doença não nasce de um observador sadio que observa a doença, mas brota da própria doença” (p. 43).

Segundo Mannoni (1982) Freud procurava não confirmar diagnósticos, por um lado, porque não tinha, em sua função, a obrigação de fornecer atestados desse tipo. Por outro, seus pacientes não ficavam hospitalizados, por mais que atendesse também alguns casos mais graves. A visão psiquiátrica não fazia parte do seu trabalho, mas sim a de escutar o discurso do sujeito, por mais fechado e desorganizado que fosse. Freud (1907/2006) considera que o delírio, por exemplo, deve ser escutado, pois carrega um fundo de verdade, há algo ali que o pelo que o paciente está convicto, mas que retorna distorcido. Diz, ainda, que o psiquiatra se sente livre ao estabelecer o diagnóstico e depois se distancia do paciente. A colocação de Mannoni (1979), em seu livro intitulado “A teoria como ficção”, mostra a diferença entre o diagnóstico da Psicanálise e o da Psiquiatria, pois os conceitos que usamos para pensar o sujeito do inconsciente, bem como um possível diagnóstico, são dispositivos teóricos que precisam estar abertos para uma revisão, para um novo pensar. Freud (1915/2006) quando fala em conceitos científicos diz que a incerteza é necessária e o que precisa estar clara é a delimitação do conteúdo, no caso o inconsciente.

O propósito do diagnóstico em Psicanálise é possibilitar a emergência do sujeito do inconsciente, mesmo que esse advenha com falhas e tropeços. A posição do psicanalista é instigar a associação livre, que se dá através da transferência, abrindo um caminho para que esse sujeito se repositone subjetivamente e opere sua reorganização. Isto é, a posição do psicanalista é a de interrogar o próprio sujeito dividido sobre o seu sofrer, como fez Freud com Anna O. e Dora e Lacan com Aimée, dando voz ao que fazia com que elas sofressem, possibilitando que elas pudessem ter acesso à sua verdade, ao seu saber, ainda que não todo (FIGUEIREDO, 2002; MAESSO, 2013).

A Psicanálise fundamenta o diagnóstico na escuta, visando ir além das queixas e demandas mais imediatas, ou seja, vai buscar o que está por de trás dos sintomas, levando em conta a história de vida promovida pelo encontro entre o analisando e o psicanalista, a dinâmica familiar, a constituição subjetiva do sujeito. A partir disso é que uma análise poderá ser conduzida. Assim, trabalhamos com um diagnóstico diferente da Psiquiatria, que toma como referência todo um conjunto de sintomas, e por eles conduz a terapêutica. É comum nos cursos introdutórios de formação em psicanálise, escutar a colocação de que “o diagnóstico em Psicanálise se faz pela transferência”, isso está de acordo o que foi dito acima, isto é, não deixamos de fora o sujeito do inconsciente quando pensamos em um possível diagnóstico.

A análise crítica aos diagnósticos da Psiquiatria foi pensada como uma forma de conhecer estas diferentes concepções que caminham paralelamente. A Psicanálise tem se desenvolvido no mesmo tempo histórico que a Psiquiatria. A intenção é repensar as duas

posições a partir de suas diferenças, para evitar a colocação precipitada de rótulos que autorizam o uso de terapêutica medicamentosa, bem como evitar psicologismos que impeçam um trabalho coerente com as crianças que estão em situação de risco para o desenvolvimento.

2.3 O diagnóstico em transferência

Outro aspecto a se destacar na questão do diagnóstico na Psicanálise refere-se ao fenômeno da transferência. Consideramos que é por meio disso que um psicanalista reconhece o diagnóstico do analisando. Para entender o pressuposto, vamos partir do surgimento do conceito de transferência, considerando os eixos teóricos de Freud e de Lacan.

Para Freud (1912/2006), a demanda de análise envolve também uma demanda de amor. Se de alguma outra forma a necessidade não for suprida, o investimento libidinal, que está pronto, poderá ser dirigido à figura do analista. Mas o amor transferencial é também um dos fatores que leva resistência à análise, sob duas forças, quando esbarra em algum conteúdo que revive a imago infantil e por forças inconscientes regressivas. Entretanto, quando as resistências são superadas, a análise vai tornando-se eficaz: “Os fenômenos da transferência [...] prestam o inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente” (FREUD, 1912/2006, p. 119).

A importância da transferência está no fato de que é, por meio deste mecanismo, que o analisando consegue ajustar seus impulsos emocionais ao processo de análise, ligando-os à história de sua vida. São os fenômenos transferenciais que prestam o serviço de tornar manifestos os impulsos recalcados que poderão levar o analisando a uma condição melhor, menos afetado pela neurose. Nesse sentido, é a transferência que vai dar sustentação ao diagnóstico (FREUD, 1912/2006).

O ponto central da transferência é o “Sujeito Suposto Saber”, termo cunhado por Lacan, representado também pelo S.S.S., que considera o fenômeno da transferência como aquilo que está “na relação com alguém a quem se fala” (LACAN, 1961/1997, p. 177), ou seja, algo permeável à ação da fala. Esta é a posição inicial do analista quando é procurado pelo analisando, é, portanto, a linha principal que conecta o que acontece com a transferência:

[...] neste ponto arcaico mas ainda presente da interrogação sobre o saber, o que pode significar algo que não foi isolado antes que eu o fizesse, especificamente a propósito da transferência: a função que tem, nem mesmo na articulação, mas nos pressupostos de todo o questionamento sobre o saber, o que eu chamo ‘o sujeito suposto saber’. As questões são colocadas a partir de que existe esta função em algum lugar, chamem-na como quiserem, aqui ela aparece em todas as suas faces, evidente por ser mítica, que há em

algun lugar algo que desempeña a función de suxeto suposto saber (1967, p. 53).

Lacan destaca este aspecto como sendo algo presente nas experiencias compartilhadas, que sería a existencia de un suposto saber. Mesmo que non se saiba, fica a expectativa de que alguén venha ter o tan esperado saber. Esta é a función da transferencia, permitir que a análise aconteza a partir de una posibilidade de que haja alguén que saiba un pouco para alén do outro. Mas esta ilusión inicial polo saber precisa ser, aos poucos, descontruída e non ofrecer espazo para as historias do ego que manteñen a repetición e a resistencia.

A transferencia sustenta a acción da fala e envolve o suxeto suposto saber, referindo-se á posición do analista como una ficción ou suposición de que ele possa saber algo a máis. No decorrer da análise, ele precisa se retirar deste lugar, permitindo e suportando a falta de un saber previo e introducindo atos de dirección para que outros significantes poidan surgir. Así se revela o diagnóstico en transferencia, a partir do que é trazido polo analisando (LACAN, 1951/1998; 1967/2003).

Dolto (2004, p. 11) complementa: “A transferencia é a relación imaginaria, ao mesmo tempo consciente e inconsciente, do psicanalisado solicitante en face ao psicanalista testemuña”. Revela-se na verdade do suxeto, quando o psicanalista non lle ofrece una resposta, mas permite que o analisando descubra alguna verdade sobre si.

2.3 Os diagnósticos de casos clásicos con crianzas que marcaron o campo psicanalítico

A experiencia daqueles que se dedicaron á clínica psicanalítica tornou-se una referencia, para quem se aventurou por este camiño. Os casos aquí retomados sinteticamente, mostran a complexidade, o grao de dificultade e as posibilidades do psicanalista ao recibir ou establecer un diagnóstico para a crianza, un suxeto aínda en constitución. A partir deste legado, aprende-se e renova-se a clínica constantemente, segundo as varias escolas de psicanálise hoxe existentes.

Para retomar os casos, partimos agora para investigar como se chegou ao diagnóstico en cada caso, portanto elencamos catro puntos para unha revisión dos casos: *i- a presentación da queixa inicial; ii- primeiros indicios e a hipótese diagnóstica; iii- a escuta e análise da queixa; iv- a condución da análise; v- as conclusións posibles.*

2.3.1 O pequeno Hans

É, sen dúbida, o caso emblemático para a psicanálise de crianzas, o meniño de catro anos non foi analisado por Freud e sim por seu propio pai, médico e alumno do fundador da

psicanálise. As observações do menino iniciaram antes de aparecer uma queixa propriamente dita, incentivava, na época seus alunos a estudar a vida sexual das crianças² (FREUD, 1909/2006).

i- Apresentação da queixa: os primeiros relatos de Freud sobre o caso são de 1906, quando Hans tinha entre 3 a 4 anos e meio de idade, como dito acima, não se tratava ainda de uma queixa, mas as observações do pai, à época, mostram uma particular curiosidade pelo “pipi” (FREUD, 1909/2006, p. 17) dos animais, das pessoas e de outros objetos domésticos, tal curiosidade o levou a aprender a diferenciar objetos animados dos não animados. Nos relatos iniciais aparece também a chegada impactante da irmã, aparecendo o ciúme. Em 1908, quando Hans estava com quatro anos e meio apareceu o episódio do cavalo que mordida seguido da irrupção da fobia (FREUD, 1909/2006).

O pai de Hans escreve a Freud anunciando que desta vez um caso clínico, que classificou como “distúrbio nervoso”, ou seja, uma característica de um diagnóstico médico. Freud percebe a preocupação do pai, mas se atém ao material que fornece das observações e interações com a criança. Como já se habituara a escutar suas histórias, fantasias e curiosidades, então, a partir desse momento o pai escreve a Freud apresentando a história e pede para ser orientado (FREUD, 1909/2006).

A queixa do pai era a de que Hans estava com medo de sair de casa e ser mordido por um cavalo. Mostrava-se cada vez mais inibido e não queria mais sair, nem mesmo na companhia da mãe. E dessa forma não brincava mais com outras crianças. A inibição e o medo de ser mordido por um cavalo foram as principais queixas do pai da criança (FREUD, 1909/2006).

Freud nomeia o problema como ansiedade e fobia, ou seja, eram termos utilizados pela Psiquiatria e mesmo Freud tendo proposto uma forma nova de tratar a neurose com a psicanálise, que à época desse caso, ainda buscava firmar-se como uma forma de tratamento legítima, a terminologia, as expressões que definiam os diagnósticos, ainda eram as da área médica e muito carregados da ideia de distúrbio ou transtorno. Analisou que a fobia de Hans não estava diretamente ligada ao fato de sair de casa, como se fosse uma agorafobia, o medo que o menino sentia era de cavalo, inclusive dizia que sentia medo que eles entrassem em seu quarto. De acordo com Freud (1909/2006, p. 122): “Para fobias da espécie a que pertence a do pequeno Hans, e que são, na realidade as mais comuns, o nome histeria de angústia não me

² Nas palavras de Freud: “[...] venho por muitos anos encorajando meus alunos e meus amigos a reunir observações da vida sexual das crianças – cuja existência, via de regra, tem sido argutamente desprezada ou deliberadamente negada” (FREUD, 1909/2006, p. 16).

parece impróprio [...]” (FREUD, 1909/2006), p.147). Mais tarde, quando discute o caso, acrescenta: “Hans não era o que se entenderia, falando estritamente, por uma criança degenerada, condenada por sua hereditariedade a ser um neurótico” (FREUD, 1909/2006), idem).

ii- Os primeiros indícios e a hipótese diagnóstica: as observações feitas pelo pai indicam recusa de sair de casa, com choro e demonstração de medo. À medida que fica mais ansioso faz perguntas que constroem os adultos da família, vários tentam levá-lo para sair de casa, mas sem sucesso. Assim Freud levanta a primeira hipótese diagnóstica para o pequeno Hans: um quadro de ansiedade e fobia, usando, ainda, a palavra doença para o conjunto de sintomas relatados, além de dizer que o menino apresentava discrepâncias entre o que dizia e o que pensava, o que se considera aceitável para uma criança dessa faixa de idade. A interpretação seguiu sob dois aspectos: a ansiedade foi interpretada como desejo de permanecer junto da mãe e o medo de cavalo como temor da castração (FREUD, 1909/2006).

iii- A escuta e análise da queixa: o pai como analista, também ficava angustiado quando percebia a complexidade dos sintomas, bem como os retrocessos do menino. Freud observa que o pai estava pressionando o garoto com excesso de perguntas, não deixando ele se expressar de forma mais livre, o que interferiu no processo da análise. Durante a análise o menino passou a falar mais sobre a irmã e pode elaborar o ciúme, o mistério da gravidez, da cegonha e dos bebês em caixas. Foi nesse momento da terapia que Freud percebeu a relação da fobia com a gestação “não revelada”, o nascimento que foi invasivo na vida dele, perdeu o lugar no quarto dos pais, a mãe já não tinha mais tanto tempo para ele. No momento em que Hans começa a expressar sua angústia, a fobia começa a ceder. Sua linguagem era bem desenvolvida para a idade e os pais lhe davam uma educação não punitiva, o que não era comum na época e também ajudou na livre expressão de suas angústias. Seu brincar ajudava a elaborar também a angústia por não entender e ao mesmo tempo, se importar tanto com tais assuntos. E assim melhorou, da fobia e ansiedade ficaram apenas traços que o pai observou no questionamento que Hans continuava a fazer sobre o assunto (FREUD, 1909/2006).

Freud começa a pensar de uma forma diferente da visão médica, relacionando os sintomas com seus estudos sobre a sexualidade infantil que começavam a se estruturar. Porém, na análise que fez das anotações do caso, considerou que “Hans não era uma criança normal [...] tinha uma predisposição para a neurose, e era um jovem *degenerado*” (FREUD, 1909/2006, p. 109), mas admitiu o peso dessa observação colocando, na sequência do relato, que seria injusto não levar em conta os conteúdos de suas fantasias, associações e sentimentos

que estavam sendo revelados ao pai. A partir daí passou a tratar o caso de uma forma mais característica da psicanálise que então estava criando.

iv- A condução da análise: Freud trouxe novas considerações, introduzindo a ideia do Édipo, que estava começando a desenvolver, tomando como base as reações de Hans em relação aos seus pais, como ciúme e o desejo de afastamento do pai, após um tempo de sua ausência de casa, a chegada da irmã que o desestabilizou ainda mais, com isso Freud percebeu que a ansiedade não apareceu de forma repentina, mas sim a partir dos da conjunção de seus temores, advindos tanto de suas fantasias infantis, misturadas às histórias fantasiosas que os adultos usavam para explicar suas curiosidades, como a da cegonha, por exemplo, somadas às suas experiências cotidianas: as mudanças e viagens, a gestação e chegada da irmã, os cavalos, sua curiosidade, a pressão para não tocar o próprio corpo, entre outras. Tais fatos descritos nos relatos do pai de Hans à Freud, o levou a pensar, por alguns momentos, numa situação mais grave, primeiro porque estava acostumado a analisar as mesmas fantasias nos adultos, segundo porque ainda pesava a visão psiquiátrica, onde se relaciona a descrição do comportamento com características de um transtorno.

À medida que o menino veio obtendo uma melhora considerável, com as intervenções do pai, Freud percebeu que Hans era uma criança amável, sensível, que se preocupava os outros. O conteúdo de suas fantasias, reveladas na análise com o pai, como a de que sua irmã não existisse, que o pai se machucasse para ele ficar sozinho com a mãe, não eram mais do que as fantasias edípicas que ainda seriam desenvolvidas a partir desse caso.

Outro aspecto que chama a atenção nas considerações de Freud, é que o objetivo da análise de Hans, não era o de se obter um sucesso terapêutico, mas sim, de se conseguir uma expressão consciente dos desejos inconscientes do garoto. Hans conseguiu se expressar muito através das fantasias que foi criando e trazendo para as sessões com o pai (FREUD, 1909/2006).

v- As conclusões possíveis: ao final concluiu-se que a fobia e ansiedade de Hans haviam sido superadas, que a ansiedade foi dolorosa, mas com todo o processo da análise pode transformá-la em sentimentos mais felizes, pois o menino continuou sendo curioso, alegre e vivaz. A princípio Freud pensava que havia algum transtorno mais grave no menino, devido às manifestações de ansiedade e fobia. Mas posteriormente, foi ficando claro que não era nada mais sério, e sim, a angústia da castração, que é um fato esperado no desenvolvimento da criança: “[...] um rapazinho alegre, amável e de mente ativa, que poderia dar prazer a mais pessoas do que seu próprio pai” (FREUD, 1909/2006), p.147).

Com essas conclusões, refletimos mais uma vez a distinção entre o diagnóstico médico e o psicanalítico. Mesmo tendo sido denominado fobia o medo de Hans de ser mordido por um cavalo, Freud demonstrou que, por meio da análise dos desenhos e das brincadeiras do garoto, a angústia pôde ser elaborada e os sintomas que perfaziam um quadro fóbico desapareceram. Portanto, o pai da psicanálise nos deixa um paradigma clínico, que é a base do trabalho atual que desenvolvemos na clínica: o diagnóstico de um quadro psicopatológico não diz respeito a uma doença neuropsicológica, ou a uma doença mental de forma fechada. Ou seja, entende-se por fechado o pensamento do prognóstico oriundo do diagnóstico. Freud demonstrou que o futuro de Hans não foi determinado pelo quadro fóbico e, sim, pela elaboração da angústia, um tratamento individualizado dos processos psíquicos de cada criança.

A curiosidade da criança sobre a vida sexual dos adultos, assim como o interesse pelo próprio órgão genital (masturbação infantil) já constava nos estudos de Freud, primeiro em 1905 com os “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” e “De onde vêm os bebês?” de 1907, quando foi consultado sobre o tema pelo Dr. Fürst, a quem responde com uma carta sobre o “Esclarecimento sexual das crianças”. Nesses trabalhos, como em outros e como visto como pequeno Hans, fica claro que o exagero de mistérios e histórias fantasiosas que se contam às crianças, intensificam a sua curiosidade e podem gerar fantasias como a que acabamos de rever, de fobia e ansiedade. No início o diagnóstico parecia mais sombrio frente às dificuldades do menino, mas ao final, Freud considerou o caso bem sucedido.

Dois aspectos das conclusões de Freud permanecem como ponto de referência no caso do pequeno Hans: o primeiro, mostra que não há uma linha clara para se fazer a distinção entre pessoas “neuróticas” e “normais”, seja criança ou adulto, que a concepção de doença é “uma questão puramente prática” (FREUD, 2006 [1909] p.151), que não pode ser estabelecida geneticamente, mas por uma variedade de fatores. Tal concepção também apresenta uma nova forma de lidar com os fenômenos e processos psíquicos, através da expressão livre de sentimentos e angústias, no caso das crianças usando desenhos, sonhos, fantasias, brincadeiras. O segundo, considera que a análise da criança segue os mesmos parâmetros e objetivos da análise do adulto, acrescenta que a neurose da infância é o modelo da neurose no adulto, pois vem de várias lembranças, imagens, representações, operando em conjunto e gerando angústia, medo, insegurança, desde a infância até a idade adulta (FREUD, 1909/2006).

2.3.2 O caso Dick

i- A apresentação da queixa inicial: um menino, com 4 anos de idade, encaminhado pelo Dr. Forsyth à M. Klein com diagnóstico de demência precoce, mas, como não apresentava em seu quadro nenhum tipo de doença orgânica, o médico considerou que o tratamento psicológico poderia resolver, então o encaminhou para a análise, mas com características de desenvolvimento muito diferentes, se comparado ao Hans (da mesma idade). Dick, ao chegar falava poucas palavras, tinha vocabulário pobre e não interagia com as pessoas à sua volta, ficava alheio e indiferente à presença ou ausência da mãe e ou de sua babá. Vinha de uma história de perdas afetivas significativas, como a tentativa fracassada da amamentação, além da ausência, como o relatado por Klein, de calor humano por parte de seus familiares (KLEIN, 1930/1996):

A impressão que tive de sua primeira visita foi que seu comportamento era diferente daquele que podemos observar em crianças neuróticas. Ele deixou a babá ir embora sem manifestar a menor emoção e me seguiu para o consultório com total indiferença. [...] ele não tinha quase nenhum interesse, não brincava e não tinha contato com o ambiente. Em geral apenas juntava alguns sons sem sentido e repetia constantemente determinados ruídos. Quando falava, usava seu parco repertório incorretamente. Mas não apenas porque ele era incapaz de se fazer entender: ele não tinha a menor intenção de fazê-lo [...] (KLEIN, 1930/1996, p. 254).

ii- Os primeiros indícios e a hipótese diagnóstica: na história inicial da criança, Klein relata que ele havia passado por experiências frustrantes quando bebê, como a dificuldade de amamentação, chegando a correr risco de vida, por isso passou para uma alimentação artificial, que lhe causou problemas de saúde, como problemas digestivos, prolapso retal e hemorroidas. Na narrativa de Klein sobre Dick, aparece uma interpretação, que não é considerada hoje como causa do autismo, e nem mesmo ela refere-se como afirmativa, mas como uma forma de entender o caso: “É possível que seu desenvolvimento tenha sido afetado pelo fato de, apesar de ser alvo de todo tipo de atenção, o menino nunca ter recebido um amor verdadeiro” (KLEIN, 1930/1996, p. 254). A mãe sofria de ansiedade, o pai e a babá não demonstravam carinho. A analista considerou o fracasso das relações iniciais da criança como motivo da inibição de seu desenvolvimento³ (KLEIN, 1930/1996).

A hipótese diagnóstica levantada por Klein, foi a de que Dick não entrou no processo de formação de símbolos, porque seu ego não tinha força suficiente para aguentar a ansiedade, pelas dificuldades que teve até de sobrevivência em idade muito precoce. Destaca-se aqui um

³ Dick foi atendido por Klein antes mesmo de existir o conceito de autismo, que surgiu dez anos depois. Portanto, a autora não pensou o caso sob a concepção de autismo, mas sim de uma falha nas relações constitutivas primordiais do menino.

fato interessante que ao discordar do primeiro diagnóstico, dado pelo médico, a psicanalista diz que considera o caso como uma forma de esquizofrenia, justamente pela ocorrência num período precoce do desenvolvimento:

Se ampliarmos o uso desse termo da forma como propus, creio que poderíamos classificar a doença de Dick como esquizofrenia. É verdade que ela difere da esquizofrenia típica da infância, uma vez que nesse caso o problema era uma inibição de desenvolvimento, enquanto na maioria das vezes há uma regressão depois de determinado estágio do desenvolvimento ter sido atingido com sucesso (KLEIN, 1930/1996, p. 263).

iii- A escuta e análise da queixa: Klein começou a trabalhar com Dick ao mesmo tempo que foi observando seu comportamento, que era diferente em comparação com outras crianças por não apresentar nenhum interesse ou significado, no início apenas ficava se movimentando aleatoriamente pela sala, sem mostrar curiosidade ou ansiedade por estar num ambiente novo, com uma pessoa que ainda não conhecia (KLEIN, 1930/1996).

No início da análise a maior dificuldade foi lidar com a ausência do brincar de Dick do que com sua fala restrita:

Na técnica do brincar, que acompanha as representações simbólicas da criança, e dá acesso à sua ansiedade e sentimento de culpa, podemos dispensar, em grande parte, as associações verbais. Contudo essa técnica não se limita à análise da brincadeira da criança. Nosso material pode ser retirado do simbolismo revelado pelos detalhes de seu comportamento geral (KLEIN, 1930/1996, p. 256).

Klein observou que Dick ainda não desenvolvera o simbolismo. Essa observação abriu caminho para a sua principal intervenção que foi construir o simbolismo através do brincar, buscando compreender as relações afetivas do menino com aqueles que o cercavam.

A formação de símbolos, segundo a autora, começa ainda na fase sádico-oral, em que o bebê “ataca” o corpo da mãe, no sentido de investimento pulsional, pois para ele é importante conhecer a mãe como esse espaço de corpo e de sentimentos, que representa sua primeira ligação com o mundo externo. Nesse trajeto pulsional, ele encontra os próprios órgãos em funcionamento, gerando uma ansiedade que coloca em movimento a identificação, fazendo uma equiparação entre seus órgãos corporais e os da mãe, ou seja, os objetos externos se assemelham aos seus próprios órgãos, mas a defesa contra a ansiedade desperta em Dick uma “empatia prematura” em relação à mãe, que o impediu de viver seu sadismo oral, criando uma fantasia de fuga no “corpo escuro e vazio da mãe” mantendo-o afastado dos impulsos destrutivos, mas levando-o ao estado de apatia, como o que estava quando chegou na análise (KLEIN, 1930/1996).

iv- A condução da análise: as intervenções a partir da construção do simbólico com a criança foram produzindo uma reorganização psíquica, já na terceira sessão Dick apresentou uma crise de ansiedade, que estava ausente nas sessões anteriores, começou a manifestar dependência, tanto em relação à analista, quanto com a babá, despertando o interesse por novas palavras, repetindo uma frase de acalento como “A babá já vem” (KLEIN, 1930/1996, p. 257). Aos poucos foi saindo dos espaços escondidos do consultório, começou a ter curiosidade e a mostrar impulsos agressivos pelos objetos que foi conhecendo. Somente à medida que foram aparecendo as reações da criança o diagnóstico inicial foi sendo repensado pela analista

v- As conclusões possíveis: o desenvolvimento do simbólico para Klein (1996), propicia o aparecimento de novos objetos, deslocando as fantasias sádicas e abrindo as portas para desenvolvimento afetivo. No caso de Dick: “O ego parou de desenvolver a vida de fantasia e de estabelecer uma relação com a realidade. Depois de um frágil começo, a formação de símbolos nessa criança foi imobilizada” (KLEIN, 1930/1996, p. 255/256) somente depois da possibilidade da reconstrução do simbólico. Após seis meses da análise do menino, conseguiu acessar sua fantasia reduzindo a ansiedade, de onde se destacaram seus impulsos agressivos, que no decorrer da análise foram sendo trabalhados até que ele passou a perceber a analista e as pessoas à sua volta, passando a interagir.

De acordo com Tafuri (2003), o caso Dick é um exemplo de análise bem-sucedida, pois a criança conquistou a possibilidade de expressar seu desejo, além de adaptar-se melhor à escola, resolvendo seu conflito edipiano. Esse caso viabiliza o tratamento da criança pequena, podendo incluir aí os autistas ou os “ensimesmados” através da técnica da psicanálise, uma vez que não coloca limites para um tratamento precoce, sem se deter em técnicas pedagógicas. Uma observação importante sobre esse caso é que Melanie Klein o publicou em 1930, quando ainda não existia um conceito formal sobre o autismo, a não ser na descrição original de Bleuler, de 1911 que utilizou o termo autismo como um sintoma secundário da esquizofrenia. Leo Kaner consagrou-se como o autor do conceito de autismo com a publicação de sua pesquisa em 1943, pela área da psiquiatria, mostrando a visão médica do autismo (TAFURI. 2003), o que marca a diferença com a concepção da psicanálise como vimos no caso Dick.

2.3.3 O caso Roberto

i- A apresentação da queixa inicial: é um menino também com cerca de quatro anos, em sofrimento, que passou por grave privação afetiva e alimentar quando bebê, sendo

internado em condições precárias de abandono com desnutrição e atraso no desenvolvimento e que foi atendido por Rosine Lefort (in: LACAN, 1994). Após ter sido definitivamente abandonado pela mãe, passou por vinte e cinco mudanças de residência até a idade de 3 anos e 9 meses. Roberto foi internado em hospitais, por diversas vezes e nunca viveu em um ambiente familiar verdadeiro. O diagnóstico inicialmente pensado era de uma grave psicose infantil, ou uma esquizofrenia da infância (LACAN, 1994).

Quando chegou para ser atendido por Rosine, Roberto acabara de passar por uma avaliação médica, após sua última hospitalização, devido a vários problemas de saúde: doenças respiratórias e infecções de ouvido; atraso motor e a hiperatividade, mas apresentava melhora no aspecto somático. Todavia, ainda permaneciam os problemas psicológicos como o chamado “estado parapsicótico não francamente definido” (LEFORT, in: LACAN, 1994, p. 110), expressão usada para designar um estado de proximidade ou semelhança com a psicose, por se tratar de uma criança em idade precoce não havia a confirmação de uma psicose infantil. Foi submetido ao teste de Gesell (1926/1985), instrumento diagnóstico que avalia o desenvolvimento da criança até cinco anos de idade, a partir de quatro categorias: motor, adaptativo, linguagem e pessoal - social. O escore obtido por Roberto no teste foi de 43, considerado muito abaixo da média esperada para a sua idade cronológica.

ii- Os primeiros indícios e a hipótese diagnóstica: Roberto tem atraso no desenvolvimento motor, ausência de fala, comportamento hiperativo, alternando para desânimo e inércia. Apenas emitia gritos ou risos fora de contexto, sabia dizer duas palavras: Dona! e Lobo!, ignorava outras crianças. Na apresentação do caso, Lacan (1954/1994) compara Roberto ao Dick por considerar que se trata de fenômenos em que a possibilidade de simbolizar foi bloqueada, podendo terminar em psicose, caso não sejam trabalhados, mesmo que cada caso tenha inícios que não são análogos, o efeito da não entrada no mundo simbólico foi semelhante. Diz que são [...] casos graves que nos deixam num grande embaraço quanto ao diagnóstico, numa grande ambiguidade nosológica” (LACAN, 1954/1994, p.109).

As observações iniciais de Rosine mostraram que o quadro de Roberto era tão grave, que não conseguia fazer a separação entre os conteúdos do seu corpo, de outros objetos, outras crianças e mesmo dos adultos que o cercavam, por isso sempre ficava em agitação e ansiedade. Suportava pouco ficar na coletividade. Durante o processo da análise, demonstrou que identificava a si mesmo como o lobo, depois passou a aceitar substituir seus conteúdos corporais (excremento) por areia para brincar.

iii- A escuta e análise da queixa: era difícil compreender seu comportamento, pensar no que poderia significar aqueles gritos, a correria sem direção, seus medos, nem da mamadeira

de leite conseguia se aproximar, tinha ataques de agressividade com objetos, com outras crianças e consigo mesmo, com Rosine sempre tentava cobri-la com os objetos que encontrava durante as sessões. A psicanalista foi tentando associar “O Lobo! O lobo!” com as vivências traumáticas do menino, o abandono, os maus tratos, o excesso de mudanças e trocas de lugares onde vivia, os procedimentos invasivos a que foi submetido.

Entre a queixa inicial e os sintomas primordiais, constam na história de Roberto muitas informações médicas e de avaliação psicológica a respeito de sua condição de saúde e estado psicológico, mas não são esses aspectos que conduzem a analista em suas intervenções. Rosine volta-se totalmente para o menino, procurando desvendar o que há em suas manifestações para que a criança mesma possa advir, acolhendo sua forma de ser no início dos atendimentos, além de sua agitação e angústia, suas crises, o contato com os excrementos e o leite, o menino evacuava e urinava segurando no avental da analista, derramava nela o leite, as fezes, o que era interpretado como uma espécie de ritual de destruição, defesa e oferenda, tudo ao mesmo tempo e já incluindo a analista, com quem vai formando um vínculo. Após essa fase inicial começam a aparecer alguns ganhos, Rosine relata uma sessão em que Roberto praticamente faz um batismo derramando água e leite sobre seu corpo e finalmente passou a falar seu próprio nome.

iv- A condução da análise: o processo diagnóstico de Roberto foi acontecendo a partir da transferência com a analista, que não se ateve a um diagnóstico fixo, como o que foi levantado na queixa inicial, mas nas interpretações possíveis – na primeira e na segunda fase percebeu a identificação dele mesmo com o lobo e da pouca diferenciação que fazia entre seus conteúdos excretórios e os alimentares que adentravam seu corpo, tudo isso misturado e ligado a reações de agressividade e de destruição. Rosine foi gradativamente, levando o menino a diferenciar-se desses conteúdos, que já se constituía como a terceira fase do tratamento, onde ele começou a expulsar “o lobo!”, projetando nela todo o mal que tinha vivido. Na fase seguinte o lobo não retorna mais, ou seja, Roberto pode partir para a reconstrução do seu corpo e do seu ego, proporcionando-lhe um novo nascimento no plano simbólico.

Lacan propõe a ideia de uma “transferência no imaginário”, devido à falha no processo de simbolização que ficou impedido, devido a todas as vivências dolorosas e traumáticas. Com isso o que era para ter sido na ordem da fantasia, construída e destruída internamente, para ele não foi possível, o real se impôs destrutivo, por isso a transferência no imaginário permitiu que a análise pudesse lhe restituir um ego enquanto função imaginária, pois nem isso

ele tinha, esses eram fenômenos de uma ordem psicótica, não de uma psicose como num quadro nosológico. (LEFORT, in: LACAN, 1954/1994).

v- *As conclusões possíveis*: a fase final é chamada pela analista de “construção oral” onde Roberto vive a simbiose da relação mãe-criança, relacionada com a alimentação (leite, mamadeira), com momentos de regressão a partir de situações de grande frustração emocional. Viveu a castração quando percebeu que dividia a analista com outras duas crianças (meninas Nadia e Marie-Françoise) que estavam em análise na mesma instituição, com sessões tanto antes, como depois das suas. Seu quadro clínico mudou muito a partir disso, o menino não sucumbiu a essa destruição toda a partir da reconstrução do corpo e do ego, em nova avaliação pela escala de Gesell atingiu um escore de 43 para 80, dentro da média esperada para sua idade e experiência (LEFORT, in: LACAN, 1954/1994). Roberto não precisava mais considerar os conteúdos do seu corpo como destrutivos. As perturbações motoras desapareceram, tornou-se sociável e até protetor das crianças menores. Não chegou a desenvolver a fala plena. Pode reconstruir seu mundo de fantasias e não ficar submetido ao puro real.

A grande contribuição dessa análise trazida para o nosso conhecimento, foi a aposta num sujeito que pudesse advir dos escombros de uma constituição psíquica inicial desastrosa, como o ocorrido com Roberto. A disponibilidade verdadeira, o trabalho com o sujeito do inconsciente, é o que visa o psicanalista – vida que vai chegando através da palavra, como Lei inscrita na lógica fálica, funcionando como um organizador, as intervenções de Rosine fizeram a diferença, se Roberto tivesse sido apenas institucionalizado e tratado com medicamentos, seu destino seria outro.

2.3.4 O caso Dominique

i- *A apresentação da queixa inicial*: adolescente de 14 anos e foi atendido por Françoise Dolto. Considerado “um grande desadaptado”, foi encaminhado para que seu diagnóstico fosse confirmado. Não é possível precisar o ano dos atendimentos de Dominique, a primeira publicação do caso foi em 1971, mas os atendimentos devem ter acontecido na década de sessenta, tomando como base os próprios desenhos do garoto, publicados junto com o estudo de caso. De início, havia sido diagnosticado por um médico de uma instituição⁴ de atendimento gratuito e que prescreve medicamentos, como “um débil simples” (sic), pois apresentava grave dificuldade de aprendizagem e frequentava uma escola especial, com

⁴ Como instituição semelhante, em Brasília temos o Centro de Orientação Médico Psicopedagógica (COMPP), da secretaria de saúde.

avaliação de quociente de inteligência (QI) muito abaixo do esperado para seu grupo de idade. Quando chegou até Dolto, considerava-se que o caso estaria evoluindo para uma esquizofrenia. Antes disso, passou por avaliação diagnóstica duas vezes, uma aos seis anos de idade com um neuropsiquiatra infantil: “[...] foi submetido a testes psicotécnicos, vários exames e a um eletroencefalograma que nada revelaram de patológico” (DOLTO, 1971/2010, p. 19). Depois da primeira avaliação foi encaminhado para psicanálise, mas não surtiu efeito, também havia sido prescrita uma medicação que o deixou mais agitado. Aos 8 anos, foi avaliado novamente, repetiram os exames anteriores e nada encontraram para fechar um diagnóstico; os médicos disseram à mãe “que é um caso incompreensível. Previram que *isso se ajeitaria lá pelos onze ou doze anos, com a puberdade do menino*” (DOLTO, 1971/2010, p. 22).

ii- Os primeiros indícios e a hipótese diagnóstica: o menino expressava-se pouco através da fala, mas embora tenha aprendido a ler, tinha discalculia (até hoje existe esse diagnóstico, consta no DSM e na CID). Ainda tinha muitas dificuldades na escola, não mostrava interesse em se cuidar ou realizar as atividades comuns para os garotos de sua idade. Falava sozinho, não mostrava interesse em socializar, era dependente para ir à escola, bem como para as atividades de vida diária, além de uma enurese.

Como Dominique foi encaminhado para a confirmação de um diagnóstico, Dolto revela à mãe um diagnóstico de psicose e essa mostra um alívio, por finalmente alguém lhe dizer algo concreto, ao que responde:

[...] passado o primeiro choque, acho que prefiro o seu diagnóstico porque, de fato, ele responde a várias coisas que nos preocupavam. Não compreendo porque a comissão de higiene mental que o examinou durante dois dias não nos disse isso. [...] desde que Dominique viu a senhora seu comportamento está totalmente mudado
Carta da sra. Bel a Françoise Dolto (DOLTO, 2010, p. 36).

Esse é um ponto que nos leva a pensar que a nossa posição que, a princípio, é a de desconstruir essa sanha por uma classificação da criança em um transtorno. Dificilmente hoje se atribui um diagnóstico de psicose a uma criança, o que não implica necessariamente na desconstrução da visão psiquiátrica ou do rótulo e sim que na atualidade existem outros nomes que substituem a palavra psicose, mas que não melhoram a condição da criança. A preocupação da psicanálise não é estabelecer ou não o diagnóstico, mas o que fazer com ele, portanto, não são as informações que chegam das outras áreas do conhecimento que dirigem o trabalho. A diferença é tratar o sujeito pela singularidade e para isso importa mais aquilo que o analista escuta da criança e da sua família para guiar as intervenções. Dolto a partir desse

diagnóstico conseguiu com que o menino entrasse em análise e também envolveu o pai, que sempre se mostrou uma figura ausente, mas que concordou com o tratamento de Dominique.

iii- A escuta e análise da queixa: chama a atenção no caso, o fato que Dolto foi direta em estabelecer um diagnóstico para Dominique e assim o comunicou à mãe, mas esse foi o passo inicial para a análise, além de incluir o pai no processo. Outro ponto importante foi quebrar barreiras narcísicas com o próprio adolescente, fez isso escutando suas histórias (ninguém o fazia) rearticulando o sentido na fala do próprio menino e oferecer-lhe vários elementos para que se localizasse no tempo e no espaço, abrindo para um mundo organizado de números, horas e tempos, com isso ajudando-o a organizar-se também.

Dolto percebeu que a queixa de uma linguagem egocêntrica (como definida por Piaget), ou seja, uma fala consigo mesmo ao modo de uma criança de três anos não se confirma, por mais que seja difícil compreender o seu raciocínio, o conteúdo é mais rico e não corresponde ao atraso que foi considerado. Portanto, a psicanalista observou que a desorganização da fala não é por deficiência, mas trata-se de “uma linguagem totalmente de psicótico” (DOLTO, 1971/2010, p. 57), pois quando se trata dos seus assuntos preferidos não confunde e nem se engana em relação a lugares geográficos e também de suas relações familiares.

iv- A condução da análise: Dolto relata que algumas das dificuldades encontradas no decorrer da análise partem das resistências familiares, os pais já haviam tentado uma análise quando o menino tinha seis anos e foi infrutífera, outras ocorreram por dificuldades em relação à escola, mas não foi possível cumprir a agenda de sessões quinzenais, chegavam a acontecer a cada três semanas, às vezes com um intervalo de tempo maior. O que, de fato, colaborou para a melhora foi o grande empenho de Dominique na análise, onde pôde reviver suas pulsões arcaicas através da alta densidade emocional das sessões, talvez até mesmo favorecida pelo maior espaço de tempo entre cada uma delas. Dolto relata com detalhes cada sessão, mostrando que era possível fazer esse trabalho, de certa forma preventivo para que não aflorasse um problema ainda maior que seria cristalização do quadro psicótico. Trata-se de uma proposta de trabalho profilático que a psicanalista propõe através de um olhar mais acurado sobre a criança. Nas palavras da autora:

O estudo das relações dinâmicas inconscientes que existem entre as crianças de uma família, quando uma delas apresenta sintomas, é frequentemente mais esclarecedor, em psiquiatria infantil do que se ater apenas ao estudo da criança que preocupa aqueles à sua volta (DOLTO, 2010, p. 173).

Então o que lhe restituiu a comunicação, foi conhecer a dinâmica familiar, seus conflitos e fantasmas, os papéis de passividade, a ausência do pai como aquele que também é reconhecido no desejo da mãe, foram fatores fundamentais para des-identificar Dominique do lugar de criança feia, não desejada, que ocupa um lugar secundário na família. Ao final da análise, a palavra e o mundo social ficaram acessíveis, foi interrompido o circuito de repetição que garantia uma estabilidade para todos, mesmo isso resultando em manter o adolescente sofrendo as consequências de um transtorno.

v- *As conclusões possíveis*: Dolto usou do diagnóstico para estabelecer uma relação transferencial também com a família de Dominique. A partir do momento que trouxe o diagnóstico concreto, o de uma provável psicose, a informação causou um choque na mãe, mas conseguiu a entrada do menino em análise. Uma das conclusões importantes desse caso foi considerara “profilaxia da psicose”, buscando interromper a dinâmica familiar adoecedora, ou seja, com o fantasma da família, o que reorganizou Dominique. É uma visão, também diferente da psiquiatria, ainda que mantenha, da mesma forma a nomenclatura semelhante, assim como nos outros casos revistos. É uma característica que coloca a psicanálise em paralelo com a psiquiatria, mas com concepções totalmente diferentes na forma de propor uma abordagem. Para a autora existem estruturas psicóticas que não podem ser explicadas pelo modelo fenomenológico, mas quando as crianças estão em contato com elas, através dos membros da família, são afetadas por essa estrutura.

2.3.5 A pequena Piggie

i- *A apresentação da queixa inicial*: menina com dois anos e cinco meses de idade, foi analisada por Winnicott e os relatos foram baseados em cartas que os pais da menina trocaram com o psicanalista durante a análise de Piggie (apelido dado à garotinha que se chamava Gabrielle). A desorganização psíquica da criança foi identificada no relato dos pais sobre o intenso sofrimento da criança, ela despertava no meio da noite, o que lhes chamou a atenção. A pequena sofria de uma intensa angústia, com insônia seguida de uma espécie de terror noturno, onde era perseguida por uma figura materna que aparecia preta – *mãe preta* (sic) ou se é possível dizer, como sombras, o que a levava a arranhar-se no rosto durante essas crises.

ii- *Os primeiros indícios e a hipótese diagnóstica*: começou a mostrar-se entediada, triste, insegura, angustiada e com ciúmes da irmã caçula. Os pais a descrevem como uma criança que consegue expressar-se bem verbalmente. A capacidade de comunicação era além do que se esperava para sua faixa de idade, mostrando ser uma criança com uma organização interna, como na descrição da mãe em uma das cartas iniciais: “É difícil descrevê-la como um

bebê. Sempre pareceu muito mais uma pessoa formada, dando a impressão de dispor de grandes recursos interiores” (WINNICOTT, 1977/1987, p. 21).

Durante as entrevistas com os pais, Winnicott apontava a eles o fato de que não é comum a percepção que eles tinham da angústia da filha, o que já se configurava como um ponto favorável para a condução da análise. Assim, avaliar a capacidade da família para aceitar e fazer parte do processo terapêutico da criança é um ponto fundamental, que o psicanalista costumava verificar essa questão antes da análise começar (WINNICOTT, 1977/1987).

iii- A escuta e análise da queixa: Winnicott não seguiu o modelo psiquiátrico para fazer um diagnóstico da criança, considerou que seu sofrimento precisava ser entendido dentro do contexto familiar, por isso mesmo os pais não participaram apenas como aqueles que estão ali para dar informações sobre o caso, que serão interpretadas pelo psicanalista que vai orientá-los, a sua posição foi a de envolver os pais na análise da garotinha. Também não considerou a ideia de uma psicose e sim que a menina tinha uma “saúde básica”, por isso aguardou o resultado da primeira fase da análise e procurou resgatar o estado de maturidade que apresentava antes da segunda gestação de sua mãe. Os sintomas relatados pelos pais foram considerados um estado regressivo, como um desejo de ser bebê (WINNICOTT, 1977/1987).

Surgiram, também resistências e retrocessos, mas a relação transferencial vai permitindo a reorganização psíquica da menina e despertando nela outros interesses, reduzindo a necessidade de suas fantasias defensivas. Aos poucos se percebe a redução da fobia à “mãe preta” e da ansiedade. A relação transferencial estabelecida foi dupla, entre Winnicott com a Piggie e também com os seus pais, que colaboravam com as reflexões do analista através das cartas relatando minuciosamente o que estava acontecendo no período entre as sessões, possibilitando que fossem desvendadas as fantasias que a lançavam na angústia e na ambivalência dos sentimentos.

iv- A condução da análise: a análise recebeu sempre a confiança dos pais, que procuraram não interferir, mas foram chamados a participar. Não foram ignorados e com isso não se sentiram em rivalidade com o analista, permanecendo implicados durante toda a análise.

Desde o início houve o estabelecimento de um vínculo, a partir da conquista que Winnicott empreendeu brincando. O problema da menina foi sendo revelado, a chegada de outro bebê a forçou a um amadurecimento prematuro do ego, jogando-a para uma ambivalência entre esse desenvolvimento forçado e o desejo de voltar a ser bebê. Através da transferência, o analista viveu vários papéis com a criança: o bebê voraz, a mãe odiada, a irmã

que lhe rouba o lugar e os objetos. O analista permitiu as manifestações agressivas da menina em seu brincar e mostrou sobreviver aos seus ataques destrutivos, o que restituiu à Piggie a vivência de uma mãe suficientemente boa, possibilitando a reparação de danos causados por sua agressividade (WINNICOTT, 1987).

v- *As conclusões possíveis*: Safra (2005) nos aponta que Winnicott sustentou em seu trabalho, a cada sessão a disponibilidade para o jogo, para o holding que é o suporte ou sustentação pela via psíquica e com a percepção de novas aquisições que a menina vai conseguindo, atuando, no trabalho passo a passo, possibilitando acompanhar o desenvolvimento da criança. Piggie supera suas vivências de angústia e torna-se uma criança sociável, que interage com seus pares, dentro do que era esperado para o seu desenvolvimento a partir da demanda de análise (SAFRA, 2005).

Winnicott não deixou de dar atenção para as angústias da criança, todo seu empenho se concentrou nela, ou seja, não perdeu de vista que a análise se direcionava para ela, no entanto ofereceu um espaço para o envolvimento dos pais no processo, como já foi dito antes, evitando assim as consequências de uma transferência negativa que pode acontecer. No final da análise também se esclareceu o processo de separação entre a criança e o analista, resolvendo a transferência e simbolizando no brincar a destruição da relação terapêutica (agora no bom sentido), com a possibilidade de ser reparada.

2.4 A “criança-docente” ensina ao psicanalista

Rosine Lefort em seu livro *O Nascimento do Outro* (1990) diz que, ao se escrever um caso clínico, o analisante está no lugar de docente e que certos casos fazem parte da própria análise do psicanalista, naquilo que faz retornar do seu inconsciente. O último tópico desse capítulo é um tributo ao dito da autora, no momento de finalizar a apresentação dos casos clássicos, colocando no subtítulo “criança-docente, para reafirmar que aprendemos muito com as crianças que atendemos, assim como continuamos aprendendo com essas crianças que tiveram sua análise relatada e recontada através dos estudos de outros tantos psicanalistas.

A concepção de diagnóstico pela psicanálise começa pela inclusão do sujeito do inconsciente, cada um dos casos apresentados procura desvelar o sofrimento a partir dos elementos que vão surgindo nos desejos e fantasias da criança. Entre os casos de Hans, Dominique e Piggie, respeitando as suas particularidades, encontramos um fio condutor, que foi a vivência fantasmática de desamparo pela chegada de um outro que lhe toma o lugar, desorganizando-os psiquicamente, criando fobias e, como no caso de Dominique, até

dificuldades de aprendizagem. Entre Dick e Roberto, os dois casos mais graves, do ponto de vista de prejuízo ao desenvolvimento da fantasia, houve um impedimento da entrada no mundo simbólico, o que pode ser revertido com a análise.

O diagnóstico médico baseia-se na descrição de episódios e fenômenos patológicos que causam dificuldades na adaptação, socialização e na aprendizagem, tendo como consequência atrasos no desenvolvimento da criança. Até pouco tempo eram chamados de transtornos invasivos do desenvolvimento, sinalizando um conjunto de características, de acordo com critérios e repetições de comportamentos do sujeito avaliado, colocados em uma classificação dentro de um quadro clínico que engloba um grupo de pessoas com características semelhantes.

A condução dessas análises é diferente de qualquer estratégia clínica elaborada após o estabelecimento de um diagnóstico nosológico, seja da área médica ou psicológica. A Psicanálise trabalha sem uma estratégia *a priori*, visa escutar e buscar o que há por de trás dos sintomas, eis o significado do que é diagnosticar em transferência, porque isso só se faz depois da escuta e do vínculo formado com a criança. Nos cinco casos aqui retomados, com seus diferentes graus de sofrimento psíquico e gravidade para o desenvolvimento, notamos que as classificações e os diagnósticos ficaram sob o ponto de vista médico, mas, para a condução da análise das crianças, as descobertas sobre o sujeito foram sendo possíveis no decorrer do processo, possibilitando uma reorganização psíquica de cada sujeito.

O mal-estar contemporâneo, as diferentes perspectivas do diagnóstico, a entrada da criança em análise e os casos clínicos clássicos da psicanálise: o que isso significa para essa tese? Os quatro pontos abordados nesse capítulo são o ponto de partida para a principal questão que envolve esse trabalho, que é trazer a especificidade da psicanálise para o campo da clínica com a criança diagnosticada, buscando estabelecer um diálogo com as diferentes áreas do conhecimento que estão envolvidas no processo. A necessidade dessa interlocução está relacionada com o aumento de diagnósticos na área infantil, com a complexidade do tratamento da criança que não se adapta às demandas sociais e com o sofrimento psíquico que envolve, não só o infante, mas também sua família.

Com relação à forma de se pensar o diagnóstico, algo se esclarece a partir das reflexões possíveis diante do que foi apresentado aqui, nada pode iniciar ou terminar sem que haja uma preparação. Não se trata de um preparo no sentido de um diagnóstico dado, fixado a partir de saberes prontos, mas de um preparo essencial do ser, preparando-se sim para um saber tecido na transferência. Não é algo exato, mas fruto de uma elaboração permanente, com algumas características que se repetem, mas que sempre se renovam de sujeito a sujeito.

No caso do pequeno Hans, um dos aspectos que, ao retomar o relato, ficou perceptível é que a forma como Freud o escreve mostra o cuidado que teve para deixar claro o contexto de vida do menino, com a descrição detalhada do ambiente em todo o processo da análise. A psicanálise trabalha com o sujeito do inconsciente, Lacan (1998 [1953]) diz que o inconsciente é algo que vai além da própria subjetividade, que já pode ser em si, um conflito, portanto, o foco de toda a análise é trazer à tona os conteúdos recalçados para que possam ser ressignificados.

Cada nova análise segue seu próprio rumo, não há duas iguais, como nos diz Freud (1909/2006) há uma trama de relações afetivas inconscientes e também conscientes, que atingem a criança e podem minimizar ou intensificar os sintomas, aqueles que vem à frente de algo que ainda não pode ser nomeado, então aparece, como o caso do pequeno Hans, o medo de cavalos, assim foi desconstruída a ideia de uma patologia, nesse caso.

Através da escuta do contexto é possível localizar o lugar dessa criança no desejo dos pais e os efeitos disso para a constituição subjetiva, a partir das relações, que em parte, são inconscientes. Dolto colocou essa questão enfaticamente nas conclusões do caso Dominique, como em outros. Por esse aspecto podemos considerar legítima a condução da análise, com o estabelecimento da transferência, com um analista que não tem vínculo familiar com a criança.

Outra contribuição que podemos constatar no caso de Dick, que segundo Garcia-Fons e Veney-Perez (apud NASIO, 2000), Klein, reafirmou, com esse caso a técnica do brincar como a transferência possível na análise de crianças. Desenvolveu a técnica de interpretação, que trabalha as fantasias inconscientes, tidas como a base do tratamento psicanalítico. E, também, passou a considerar a ansiedade como ponto central do tratamento analítico, que tanto pode fazer a análise caminhar, quanto paralisar, por isso é preciso saber considerar o tempo de trazê-las à tona ou aliviá-las. Mais um ponto importante, mostrou o preparo e a construção do cenário analítico, onde a ansiedade pode ser trabalhada, onde o analista poderá acessar o inconsciente da criança.

Winnicott (1987) envolveu os pais de forma mais efetiva em um processo de análise que rompeu com o paradigma tradicional da psicanálise, que eram quatro a cinco sessões por semana, mantendo os pais mais distanciados. Contribuiu muito para a técnica do brincar como instrumento da análise.

O caso de Roberto, atendido pela Sra. Lefort, mostrou como lidar com a mais grave situação de abandono e desamparo, uma criança com ausência das funções primordiais, se identifica ao seu próprio algoz vivendo sendo destruído pelo lobo, no puro real da angústia de

não ser. Até o momento que encontra com o Outro que lhe resgata a existência, como fez Rosine com sua incansável disposição ao acolhimento.

Maud Mannoni (2004), em seu livro que se tornou um clássico na psicanálise, publicado em 1979, *A primeira entrevista em psicanálise*, apresenta uma série de trinta consultas, a primeira entrevista de cada um dos casos. É interessante observar que muitas das crianças já haviam passado por uma avaliação, em geral já traziam o resultado de uma avaliação cognitiva, um relatório da escola ou da área médica. Em alguns casos as crianças passavam por uma avaliação de inteligência, com resultados, em geral, na média para idade ou até acima, mas apresentando baixo rendimento escolar.

Percebe-se que a autora, já na primeira entrevista observava a dinâmica entre a criança e seus pais, em alguns casos indicava a análise e em outros não, principalmente quando as relações familiares se apresentavam em conflito, mas a escolha em iniciar a análise ficava sempre a critério dos pais, como é via de regra. Algumas das observações que a autora apresenta, referem-se ao sintoma, interpretado como a única forma de comunicação do sujeito, da qual e ele não pode abrir mão, permanecendo inacessível.

Mannoni (2004) esclarece que os encaminhamentos que recebe, vêm de médicos, pediatras ou psiquiatras que ficaram em dúvida se um tratamento médico tradicional resolveria a questão. Aqui temos um ponto onde podemos reafirmar a ideia de que a psicanálise pode colocar-se sempre à disposição para o diálogo, mas para isso precisa estar presente nas discussões com as outras áreas.

Outra forma de pensar um diagnóstico, segundo Mannoni (2004), refere-se à utilização de testes psicométricos, considerados como instrumentos complementares e não são considerados de forma impessoal, como uma resposta pronta aos problemas relatados. Da mesma forma a teoria precisa ser pensada, não como uma regra escrita que vem suplantar a “Lei Parental”. A marca do psicanalista está na escuta do Outro, não em fixar um diagnóstico nos sintomas. É preciso evitar, diz a autora, atender ao pedido dos pais pela resposta pronta e não se deixar cair na tentação de orientar, interpretar de forma precipitada ou querer apontar uma verdade que pode não ser. O diagnóstico, assim como a possibilidade da análise vem em um momento posterior.

Mais uma contribuição importante para compreender as questões da criança em diagnóstico, vem de Aberastury⁵ (2007), que propõe uma forma de entrevista inicial com os pais que inicia abordando o motivo da consulta, sabendo o quanto é angustiante esse

⁵ Arminda Aberastury é uma psicanalista argentina, de orientação kleiniana, é um dos principais nomes da psicanálise de crianças na América do Sul.

momento para eles e em seguida retoma a história da criança. A autora propõe um roteiro que resgata desde a formação do primeiro vínculo entre a mãe e o futuro filho desde a gestação, continua na investigação sobre parto, amamentação, cuidados com e exigências do psiquismo do bebê, sono, desmame, psicomotricidade, controle de esfínteres, até a chegada de irmãos. Parece uma enxurrada de informações, mas estas são obtidas ao longo das chamadas entrevistas iniciais com os pais, não é necessário que venham de uma vez só, mas são elementos para se pensar primeiro no lugar da criança no desejo dos pais, depois no diagnóstico da criança sob o ponto de vista da Psicanálise, saindo das concepções da Medicina.

Aberastury (2007) recebia crianças com diagnósticos médicos de deficiência mental, fobias, terrores noturnos, constipação intestinal, insônia, etc. Alguns vinham apenas para que ela fizesse o diagnóstico e depois encaminhasse para a análise com outro terapeuta. Mas, em nenhum momento a psicanalista considerava os acometimentos como ponto central do problema da criança, observava a expressão do conflito através da técnica analisando o significado da primeira hora do brincar da criança.

As entrevistas iniciais e posteriores com os pais forneciam os elementos para compreender o adoecimento da criança a partir de suas relações primordiais. Dos encontros iniciais, observava-se o relato de todo tipo de sintoma apresentado pelos pais, procurando colocar questionamentos que os auxiliassem a se orientar nos tempos do desenvolvimento da criança; assim identificava, por exemplo, que uma crise convulsiva apresentada por uma criança poderia estar relacionada com fatores que estavam além do diagnóstico médico, como a ansiedade vivida por uma criança pela chegada de um irmão ou com alguma mudança importante na vida familiar. A construção do diagnóstico para Aberastury (2007) deveria pautar-se nas condições relacionais e afetivas da criança e não na explicação biológica para o adoecimento, tal aspecto era considerado de forma secundária.

O propósito desse capítulo foi retomar o ponto de discussão que estamos propondo: a interlocução, o não isolamento do psicanalista frente aos casos diagnosticados, pela área médica. A retomada dos casos clássicos serviu para entender e relembrar como esse diálogo sempre esteve próximo, mas em posições diferentes. A experiência tem mostrado um afastamento das diferentes áreas de trabalho, como se cada uma fosse detentora de uma verdade. A psicanálise continua subvertendo essa ordem e propondo uma outra escuta.

Capítulo 3

O Diagnóstico do Sujeito em Constituição

*Crianças
Brincam à margem da correnteza
Não indagam a origem do rio
Amam esta água necessária
Aceitam mistério sem surpresa
(Helena Kolody)*

Para aprofundar a questão do diagnóstico com crianças, citamos Dolto (2014) nos lembrando de que: “[...] desde as primeiras horas de vida são seres de comunicação e de desejos, seres que precisam muito mais de segurança, amor, alegria e palavras do que de cuidados materiais ou de higiene alimentar e física” (DOLTO, 2014, p. 10). Além do aspecto fundante da constituição, há que se pensar na pré-história do sujeito, que traz consigo os efeitos narcísicos de seus pais, a partir de sua própria história de vida, misturada à dos filhos, levando-os a tomarem-na como sua. O dito de Dolto anuncia que há algo para além do sintoma visível na queixa dos pais quando demandam um diagnóstico para a criança.

Para entender o que estávamos considerando até aqui, partindo da diferenciação da concepção de diagnóstico para a Psicanálise e outras áreas do conhecimento, concerne analisar que os caminhos que nos permitem olhar de outra maneira para o sujeito em constituição não se deixam levar pela marca de um saber constituído, o que conta não é apenas o corpo biológico, mas o corpo erógeno, “pulsionalizado”, e o sujeito do inconsciente.

Existem dois pontos fundamentais da constituição subjetiva que não podem ser esquecidos: primeiro, que o discurso da Psicanálise não cede ao da biologia, vai além dele, uma vez que a pulsão contraria a lógica do organismo; segundo, que não há objeto ou necessidade capaz de satisfazer a pulsão, pois esta não se submete, segue seu destino à revelia (KUPFER, 2002).

Se, por um lado, o diagnóstico pode trazer a oportunidade de a criança e sua família serem acolhidas no meio social, mesmo com suas diferenças, uma vez que as escolas só fazem alguma adaptação curricular para crianças diagnosticadas, por outro, a colocação do estigma cria outros problemas, como o de a criança se identificar mais com o transtorno do que com as pessoas à sua volta. A palavra estigma foi aqui articulada com seu aspecto problemático, nos

sentidos que o léxico permite atribuir: ferida, cicatriz, orifícios externos e indícios de patologia (na medicina), o que tira a criança da condição de sujeito desejante. Por isso, é preciso conhecer a constituição psíquica do sujeito e seus desdobramentos.

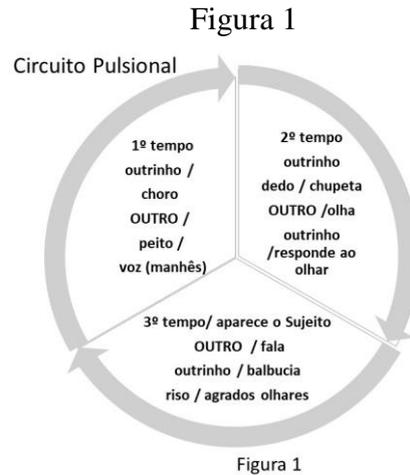
A criança responde à alteridade por meio de um enigma, porque não há uma fórmula pronta para entender seu funcionamento, cada ser se organiza e se constitui a partir de relações inconscientes, que escapam a uma definição pronta. A Psicanálise busca conhecer a lógica da estruturação psíquica pela qual ela atravessa, considerando que a constituição subjetiva do sujeito vai se organizando como efeito do circuito pulsional, ou seja, como efeito da linguagem. A criança é investida de um corpo erógeno que transcende o corpo anatômico, é o momento em que os efeitos inconscientes que circulam na família, no social e na cultura ultrapassam o aspecto biológico do desenvolvimento. (BERNARDINO, 2001 e 2006).

3.1 A constituição psíquica da criança e a alienação no desejo do Outro

O circuito pulsional ancora o sujeito do nascimento à mãe que lhe servirá de primeiro suporte. Funciona nesse período de tempo uma confusão primeira entre o si e o outro, mas que não deverá manter-se por muito tempo, pelo risco de aniquilamento do ser desde o início travando-se uma disputa no chamado “vel⁶ alienante” (LACAN, 1964/1990, p. 201) entre as duas forças ali presentes (LACAN, 1998; FINK, 1998).

A ideia de organizar o processo de alienação no desejo do Outro culminou no conceito de circuito pulsional, inicialmente proposto por Lacan e depois retomado por Laznik (2004), a partir de seu trabalho de intervenção precoce com crianças autistas e outros autores de Psicanálise. A autora baseia-se em Freud (1915/2006) emprestando a ideia dos três tempos da pulsão, sendo o primeiro tempo ativo, porque o bebê vai em busca do objeto oral, esse tempo é facilmente identificado por médicos e enfermeiras porque ficam atentos à forma dele mamar. O segundo tempo é de autoerotismo, cujos indícios são sugar o dedo ou chupeta vivendo a “experiência alucinatória de satisfação”. O terceiro tempo é de satisfação pulsional propriamente dita, é o tempo do bebê se fazer de objeto para a mãe. Com Lacan (1964/1990), tomou-se a ideia do “curso circular da pulsão” (p. 169), mostrando como se dá a dinâmica que o faz girar na organização psíquica primordial do sujeito. Mas o que isso implica o circuito na relação entre a mãe e o bebê? O desenho da figura 1 ilustra a dinâmica dessa relação em seus primeiros delineamentos.

⁶ *Vel* na língua latina remete à alternância dos fatos ou escolha: ou, até, ainda, além disso (VIEIRA, 2016).



Se na mãe (como Outro) há o desejo de que o bebê mame e se torne belo e robusto, mesmo um bebê vindo do imaginário na história de vida dela, é bem provável que ganhe muito mais do que peso, vai ganhar uma ancoragem no ser, a partir do vínculo que se forma entre ambos (LAZNIK, 2004).

Quando ele entra no circuito e começa a mamar, olhar e resmungar, recebe da mãe o seio, o olhar, a voz e o gesto, logo vai retribuir a ela também, estabelecendo o movimento do circuito. Isso dará um recorte para ele em relação ao espaço à sua volta, lhe dará uma existência. Ao começarem as risadas, as palminhas, os braços estendidos para ela, tudo estará organizado, pelo menos durante um tempo.

Mas existem duas possibilidades de perda na formação do circuito, a primeira faz parte das perdas necessárias para o sujeito. Se o bebê se alienar no desejo do Outro, mas não romper, posteriormente, com o circuito pulsional ou fusional com a mãe, como ele vai se tornar outro? Muitas situações podem promover o rompimento, tais como o giro do desejo, o olhar da mãe para o trabalho, ou para outro filho, qualquer coisa que interrompa essa engrenagem, mesmo que ambos resistam. Porém, se ficarem retroalimentando o circuito, o Eu em construção do bebê corre o risco de ser engolido nessa circulação pulsional. (JERUSALINSKY, 2003; BERNARDINO, 2006; SZEJER, 2011; LAZNIK, 2013;).

A segunda possibilidade de perda pode ser devastadora, é oposta à primeira, ocorre quando a maternagem não opera sobre o bebê que, então, não se aliena, não é capturado na imago materna, ficando de fora do circuito pulsional, não pode fazer girar o desejo. O bebê se isola em seu ser, constituindo uma “capa protetora” que o deixa mergulhado no puro real (CATÃO, 2009; LAZNIK, 2013). Muitas vezes não se pode conhecer, com clareza, o que faz falhar o circuito pulsional nesses casos, mas percebe-se o seu efeito no desenvolvimento do bebê.

Sobre a constituição psíquica, é bom não esquecer que o ser humano é sempre prematuro ao nascer, ou seja, vai precisar imediatamente de um outro que lhe dê suporte, que o acolha e o ajude a constituir-se e a enfrentar o novo mundo onde chegou. O estágio do espelho é a antecipação do Eu ultrapassando a insuficiência biológica que, ainda, está se atualizando no meio ambiente (LACAN, 1949/1998).

Lacan (2005a) retoma a organização psíquica pré-genital definida por Freud, mas desprende-se do foco da castração como sendo desencadeada apenas no complexo de Édipo, como veremos adiante. Para entender suas considerações, é preciso partir do “objeto *a*”, que é uma das principais contribuições de Lacan para a Psicanálise, mas não é um conceito facilmente definido, pois passou por várias revisões na evolução da teoria lacaniana (FINK, 1998). Pode ser considerado como remanescente, o que “ex-siste”⁷ à simbolização, restos da unidade mãe-criança: “O objeto *a* é o que caiu do sujeito na angústia. É o mesmo objeto que eu desenhava como a causa do desejo” (LACAN, 1963/2005a, p. 60). Ou seja, não carrega em si uma ideia ou algo concreto, mas é um desencadeador do desejo ou do sintoma, quando vem a angústia, ele sai do sujeito, é aquilo que é destacável do corpo (LACAN, 1963/2005a; NASIO, 1993; FINK, 1998).

Para entender a relação entre o “objeto *a*” e a angústia, relembremos Freud em *Inibições, sintomas e angústia* (1925/2006), em sua segunda concepção sobre o recalque, mostrando que a angústia o antecede, o coloca em movimento. Por exemplo, ao pensar na dinâmica angústia - castração - [falta (desejo)] - amor, na relação da mãe com seu filho, quando ele vive a angústia pelo “furo” na célula narcísica com a mãe, o lugar de falo que ele ocupa começa a falhar, dando espaço para a castração e, por conseguinte, para outras demandas de amor, um novo “objeto *a*”. Segundo Freud (1909/2006), a angústia do pequeno Hans, que aparecia como fobia a cavalos, é o temor da castração, que começou a surgir no momento em que a separação da mãe veio como um processo irreversível para ele com a chegada da irmã.

Lacan (1963/2005a) mostra como ocorre esta relação do objeto e o Outro, de acordo com as suas diferentes funções. Entre as que fazem parte da constituição psíquica inicial da criança, destaca o seio materno, que faz parte do complexo nutricional do bebê, e que, portanto, não se distingue dele, não sente o seio como sendo uma parte da mãe, mas o vivencia como parte de si. O desejo, aqui, é ambíguo, refere-se ao corpo da mãe (com seu

⁷ Existo ou ex-sisto, *-is, -stiti, -stitum, -ere*, verbo intransitivo: elevar-se acima de, sair de, nascer, aparecer, ser, existir, consistir (VIEIRA, 2016, p. 146).

desejo encoberto por um véu⁸, ou seja, o desejo do Outro assume o sentido de velado) e ao corpo do bebê ao mesmo tempo, para que o bebê mame, é preciso o duplo desejo, dele mesmo e o da mãe.

O mesmo acontece na fase de controle dos esfíncteres, quando a criança libera as fezes atendendo a uma demanda do Outro, mas referindo-se a uma parte do corpo que é sua. Dessa vez, ela oferece essa parte do seu corpo (fezes) como um dom (presente) para a mãe, o desejo, ainda, é ambíguo, mas já há um domínio sobre a demanda do Outro (LACAN, 1963/2005a).

Além de o objeto ter se destacado do corpo, na dupla relação entre o desejo da criança e o desejo da mãe, ele pode ser encontrado também no olhar, na função escópica, que podemos entender como o júbilo da identificação da imagem no espelho, diz Lacan (1963/2005a): “Na pulsão escópica, o sujeito encontra o mundo como espetáculo que o possui” (p. 68), quando esse olhar e a imagem por ele produzida se desfazem, a angústia retorna. Esse espelho está, também, nos olhos na mãe, um exemplo disso pode ser resgatado da narrativa de uma mãe que, ao deixar seu filho (de 4 anos de idade) na escola, nos primeiros dias de aula, colocou-se aguardando, mais distante, até a hora dele entrar na sala de aula. Por um instante, a mãe deixa de olhá-lo e volta-se curiosa para observar outras crianças que, ainda, estavam chegando. Ao se voltar novamente para seu filho, já na fila, o vê aos prantos. Aproxima-se e pergunta: “– *O que aconteceu?*” O menino dispara, em sua angústia: “– *Você estava olhando para os outros, e não para mim*”.

Lacan (1963/2005a) descreve, ainda, a voz do Outro como função do “objeto *a*”, aliás como objeto essencial. Também é um objeto caído do Outro, do órgão da fala – “isso fala”, que, aliás, é uma questão fundamental para a Psicanálise, “isso que fala” é a quem o psicanalista dará o lugar na análise, pois cabe a ele fazer “isso falar” (p. 71). Da voz vem a “*lalangue*”, que pode ser pensada como a junção da palavra lalação (balbúcio), em que se acrescenta a língua materna que, para ter o efeito de lalangue, precisa estar impregnada de um elã (entusiasmo, impulso), que resultará na voz como “objeto *a*” (LACAN, 2005b, p. 12).

Crespin (2004) nos lembra de que a necessidade precisa ser transformada em desejo na ordem pulsional, em todas as trocas que o bebê estabelece com o Outro materno, ou seja, na oralidade em relação à amamentação, que vai nutrir o bebê não apenas de alimento, mas do desejo de se alimentar; a specularidade que traz o olhar que funda a imago e, também, a pulsão invocante, que é uma forma de chamado, com o tempo de duração apenas o suficiente para que o bebê entre no circuito pulsional, mostrado acima. Isso acontece quando a mãe

⁸ Véu, do latim *velu*, tecido com que se cobre qualquer coisa; que serve para ocultar (FERREIRA, 2010).

interpreta o choro do bebê como uma demanda. Depois disso, é preciso que ele esqueça a voz do Outro, ou melhor, que a recalque, para que a sua própria voz possa se expressar. (CRESPIN, 2004; CATÃO, 2009).

Assim, surge a “alíngua”, que é outra forma de se referir ao “lalangue”, não há um significado identificável por uma interpretação, mas algo vivenciado, é uma das formas de movimentar o circuito pulsional mãe-bebê. Laznik define o “manhês” como a língua de todas as mães (ou de quem a substitui) é a forma como se estabelece a “protoconversaço” em que a mãe fala e responde ao bebê e ele assente com seu olhar e semblante de satisfação. Através da voz vinda do manhês, o bebê tem a chance de entrar no circuito pulsional (LAZNIK; COHEN, 2011).

Essa língua especial que, segundo Lacan (1999), não pode ser confundida com a língua do dicionário ou da gramática, muitas vezes, pode chegar como a simples emissão de sons, como no caso de crianças autistas que não se expressam através da fala, mas o fazem por meio dos sons, muitas vezes emitem grunhidos, sílabas ou até onomatopeias, mas acontece que esses sons podem se transformar em palavras. Mas, para além disso, os sons podem ter um significado para a constituição psíquica do sujeito. Entrar nessa linguagem abre possibilidades para a escuta da criança em análise. Como diz Tafuri (2003), nem sempre o analista deve interpretar, pois as revivências do que está recalcado podem ser fontes de sofrimento ainda maior para a criança e não nos levam a entender que essas manifestações não são fenômenos caóticos, mas sons que constituem essa criança.

Para Lacan (1963/2005), o que ocorre é que o sujeito, na fase de sua constituição psíquica, está alienado ao desejo do Outro e às condutas pelas quais ele se “faz” para o Outro, evidenciando, por meio da renúncia ou sacrifício de si mesmo, a satisfação do desejo do Outro ou também a negando em alguns casos (quando se nega a mamar, evacuar, olhar e falar). A leitura de Lacan é a de que o pequeno sujeito faz isso diante da angústia que, desde o início do desenvolvimento, o bebê sente pelo real. Mas ele nasce num mundo simbólico, ele nasce numa cadeia de significantes, cujo sentido será dado pelo Outro até o momento do corte, em que esse sujeito começa, ele mesmo, a produzir os sentidos de seus significantes. (LACAN, 1956-57/1995 e 1954-55/2010). Acrescentamos o que mostra Szejer (2016, p. 9): “O recém-nascido é sensível à linguagem e às suas imprevisibilidades. Ele se exprime, percebe, aprende. Acima de tudo está submetido aos efeitos da linguagem que lhe escapa, àquela do inconsciente de seus pais, da sociedade”.

A Psicanálise vai mostrar que a constituição psíquica depende da pulsão, ou seja, depende do desejo do Outro que possa oferecer esse movimento pulsional, que dará um

contorno que define esse objeto como sujeito. É nesse processo que as coisas vão se organizando – motricidade, percepção, adaptação ao meio. Como vimos, é por meio da imago que o sujeito apreende o Outro (mãe) e isso vai depender, também, do desejo do outro (filho). É assim que surge a possibilidade de uma estruturação do campo simbólico para a criança, a princípio ligada à cadeia de significantes do Outro, depois construindo a sua própria cadeia, sempre numa descontinuidade. Por isso, as crianças encontram tantas dificuldades pelo caminho (JERUSALINSKY, 2004).

De acordo com Szerjer (2016): “As crianças que testemunharam um vínculo seguro têm um acesso mais rápido à língua materna com vinte meses de idade, pois brincam com as palavras como antes exploravam o mundo, elas encontram prazer em tentar novas experiências” (SZEJER, 2016, p. 110). A ideia do vínculo seguro para a criança é uma concepção que nos remete a Winnicott, que produziu importante teoria para a constituição psíquica inicial do bebê.

Para Winnicott (2007), o vínculo inicial está ligado ao *holding*, conceito fundamental para compreender a relação mãe-bebê, que o protege contra o próprio funcionamento fisiológico, que é por ele percebido como uma invasão, devido à grande sensibilidade do lactente. O *holding* inclui toda a rotina de cuidados com bebê, representando uma forma de amar. A mãe forma uma relação objetal com o bebê através da amamentação, seja ela natural ou pela mamadeira, inaugurando, com seu filho, uma forma de relação humana que deixará marcas por toda a sua vida (WINNICOTT, 2012).

Winnicott (2007) apresenta uma concepção de desenvolvimento e, nesse aspecto, difere da concepção de Lacan que concebe a constituição psíquica baseada na montagem pulsional, possibilitando o aparecimento do sujeito do inconsciente, organizando a sua forma de operar no mundo; o efeito dessa montagem é o que se transforma em desenvolvimento, ou seja, o aparecimento de funções, como andar, falar, brincar, ler e escrever. Todavia Winnicott (2007 e 2012) propõe que temos os três momentos para o desenvolvimento da criança, começando pela dependência absoluta, com o bebê dependendo da função materna para atender à sua demanda de satisfação. No segundo momento, que é da dependência relativa, a mãe permite que o ambiente comece a falhar, ela mesma é sentida pelo bebê como um ambiente, então, a sua ausência ou demora em atender ao chamado do bebê pode fazer com que o mesmo aprenda a lidar com a sua frustração. O terceiro momento é o rumo à independência, em que a criança se adapta ao meio ao ambiente e passa a viver de acordo com as demandas sociais, desde que esses estágios tenham ocorrido sem maiores danos ou situações de maior risco psíquico. Winnicott considera os problemas de desenvolvimento como falhas adaptativas que

começam muito precocemente, nos primeiros delineamentos do self, como veremos logo adiante.

As crianças que chegam à Psicanálise foram diagnosticadas na área médica ou mesmo na psicológica, carregam consigo a queixa de um atraso ou déficit em alguma dessas áreas que se ligam à concepção de desenvolvimento adaptativo – aprendizagem, comunicação e socialização. Esses são os principais elementos colocados em questão num processo diagnóstico, os quais podem ser esclarecidos pelo estudo da constituição psíquica subjetiva do sujeito.

3.2 O “Estádio do espelho” e a saída da alienação

A entrada no circuito pulsional já é o início do estágio do espelho, nesse primeiro tempo (DOR, 2003). Não há uma diferenciação entre o bebê e o mundo que o cerca. Nesse sentido, podemos dizer que as teorias da Psicanálise, em geral, pensam a constituição inicial de forma semelhante, a não diferenciação entre o Eu e o não-Eu, podendo ser chamada de dependência absoluta por Winnicott, ou de célula narcísica por Lacan.

Lacan (1949/1998) introduz o conceito do Estádio do espelho como a primeira experiência de identificação, em que a criança se apropria da imagem do próprio corpo, obtendo a antecipação de uma imagem completa, destoando da vivência corporal fragmentada que sua imaturidade neurológica proporciona.

A identificação primordial da criança acontece no chamado jogo do espelho. Na figura 2, refizemos o esquema elaborado por Lacan (1956/1995), preservando as principais relações mostradas em outras versões. A mãe tem a função inicial do Outro, mas vai trocando de posição, à medida que constrói com o bebê uma relação imaginária, narcísica, como apontada na figura com o *a* minúsculo, do eu consciente (primeira pessoa da conjugação verbal), se remetendo ao *a'* minúsculo, representando o pequeno outro, ou a mãe. O eixo que liga a relação Eu / “outrinho” ou *a* / *a'*, está representado pela barreira da linguagem (eixo imaginário), ou seja, *eu sou o que ela diz que sou*; no jogo do espelho, o sujeito recebe a própria mensagem de forma invertida. A cadeia de significantes, ainda, é a da mãe, mas, se um novo Outro romper a barreira com o seu desejo, o sujeito do inconsciente \$ (dividido) poderá advir (LACAN, 1956/1995).

Figura 2



Figura 2

Com o rompimento do circuito do mundo interno (*innenwelt*) com o ambiente externo (*umwelt*) surge o primeiro contorno do Eu, primeiro como uma imagem, de certa forma enganadora, completa, que, aos poucos, vai se constituindo, fazendo a passagem do narcisismo primário para o narcisismo propriamente dito, na dialética entre o eu ideal e o ideal de eu, porque é, a partir daí, que o Outro faz a referência, abrindo a possibilidade de o sujeito cair fora do circuito pulsional. Se esta ligação permanecer, o circuito que era de vida pode tornar-se mortífero para a constituição psíquica subjetiva.

Como diz Lacan (1998):

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de *infans* parecer-nos-á, pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito (LACAN, 1949/1998, p. 97).

Lacan compara a imagem da identificação primordial à estátua, como se ali o sujeito ficasse capturado pela imagem de si mesmo, precipitando a identificação com o Outro, um espelho que, na verdade, opera em uma dupla relação – tanto o bebê encontra sua identidade em seus progenitores, assim como estes se identificam ao bebê e ele assume essa identidade alienante, que irá deixar suas marcas em sua constituição psíquica (LACAN, 1949/1998).

O sujeito do inconsciente constitui-se na combinação das suas relações familiares com a cultura. A partir daí é que vai emergir a sua subjetividade, seu desejo próprio. Na fase do espelho, a criança precisa romper com a linguagem advinda dos pais, deve recalcar suas marcas primordiais ou fundadoras, tornando-as inconscientes, para que possa ter a própria fala. Lacan, citado em Bernardino (2006), diz que o sujeito é sempre dividido, porque, por um lado, ele é falado, marcado pela linguagem do Outro, por outro lado, ele pode expressar-se a partir de suas próprias palavras, que só farão sentido quando estiverem referenciadas em um

“organizador central” fornecidos pela relação entre a biologia e a cultura, ou seja, o desenvolvimento não ocorre apenas pelo automatismo biológico, mas também por suas marcas simbólicas e pelo desejo do Outro (JERUSALINSKY, 2004; BERNARDINO, 2006).

Lacan começou a elaborar o conceito do Estádio do espelho já em 1936, influenciado pela teoria de Henri Wallon, principalmente no que diz respeito ao conceito de mimetismo afetivo que é a imitação do outro através de mímicas e outras reações afetivas, que ajudam o bebê a se identificar com a imagem do outro. Lacan reapresenta o conceito com suas especificidades em 1949, com o título definitivo de *O estádio do espelho como formador da função do eu, tal como nos é revelada na experiência psicanalítica*, no congresso de Psicanálise de Zurique, na Suíça. Lacan (1949/1998) coloca uma diferenciação primordial entre o eu (*Je* na língua francesa) como o isso, um Eu desconhecido, inconsciente, que é diferente do Eu da consciência (*Moi* no francês) como uma matriz simbólica que se precipita sobre o imaginário (PORGE, 2006; JALLEY, 2011; GRAÑA, 2011).

A constituição psíquica também pode ser pensada em articulação com o conceito de imagem do corpo, elaborado por Dolto (2004) alguns anos depois que Lacan⁹ formulou o estádio do espelho. A autora diz que a imagem começa pela palavra:

[...] falamos a partir do mínimo de identidades adquiridas por todos aqueles que nos cercam. Ora, essas identidades são, no caso, constituintes da palavra *imagem* em três aspectos: a primeira é a letra *I*, do termo *identidade*, o *ma* é a primeira sílaba da palavra *mamãe* e *gem* (em francês *ge*, de *image*) que significa *terra* [...] (DOLTO; NASIO, 2008, p. 10-11).

Assim, a autora brinca com a expressão imagem para começar a definir um de seus principais conceitos – *a imagem inconsciente do corpo*.

Para Dolto (2004), a imagem inconsciente do corpo leva o sujeito desejante ao seu gozar por intermédio da linguagem preservada na memória, vinda de uma comunicação anterior, que a linguagem já era capaz de transmitir, ou seja, seus vestígios. Esta imagem é associada ao que a autora chama de base funcional articulada a uma imagem das zonas erógenas, em que se manifesta a tensão das pulsões. É uma “síntese viva de nossas experiências emocionais” (DOLTO, 2004, p. 14). Refere-se a uma intersubjetividade imaginária que marca o ser humano pelo simbólico. “É o substrato relacional com o outro” (DOLTO; NASIO, 2008, p. 11).

Segundo Dolto (2004), a ligação da imagem do corpo com o desejo é anterior à expressão do sujeito, é espectadora da falta que o desejo quer suprir ali, onde o esquema

⁹ Lacan (1995, [1956]) menciona o conceito de Dolto no seminário do ano de 1956, na aula de 5 de dezembro. Na época, constava apenas em um relatório; o trabalho mesmo só foi publicado posteriormente.

corporal se registrará posteriormente. Essa imagem se constitui desde a relação de objeto parcial, ligada à sobrevivência do corpo até a relação de objeto total que vem de um outro, o que explicaria o “Isso” como uma parte que constitui o “pré-Eu”. Poderia dizer que a criança, ainda, imersa na prematuridade do corpo, possui uma noção anterior do seu Eu advinda do outro que se encarrega de cuidá-la, de lhe transmitir um sentido.

O esquema corporal, na concepção de Dolto (2004), diz respeito ao aspecto psicomotor, seria um intérprete da imagem mesma do corpo que passa por todas as instâncias psíquicas – consciente, pré-consciente e inconsciente – e se estrutura pela aprendizagem e pela experiência. Esse esquema conserva a sua importância e ajuda a criança a fazer o recorte necessário entre o eu e o mundo à sua volta. O mesmo abriga, em sua função, as noções de lateralidade, espaço, tempo e motricidade.

O que diverge entre Lacan e Dolto na questão da imagem inconsciente do corpo é que, por um lado, ela é constituída pela linguagem e, por outro, pela completude. Para Dolto, a imagem inconsciente do corpo se dá a partir de uma relação libidinal; para ele, é refletida a partir do outro, que possui particularidades de um espelho, constituída pela estátua. Lacan não diz que isso está fora da linguagem, mas além dela, nesse momento da constituição psíquica.

O conceito de Lacan refere-se a uma superfície refletidora da imagem (ainda que metafórica), enquanto Dolto apresenta uma superfície psíquica, que reflete sentimentos, modelada a partir da imagem inconsciente do corpo, diferente de Lacan, para quem a imagem é enganadora, pois tal fenômeno de reconhecimento é da ordem do imaginário, uma completude num corpo ainda imaturo, o começo de uma organização psíquica. Para Dolto é a confirmação de uma “individuação narcísica primária” que advém do narcisismo fundamental. O que para Lacan causa um impacto “jubilatário”, para ela é uma castração, a partir da noção da distância que separa a criança da imagem, mas que também tem a função de organizar, ordenar e articular as vivências da criança (DOLTO; NASIO, 2008; FENDRIK, 2011).

O que fica claro na relação entre os dois conceitos é que formam a base da identificação primordial do sujeito, Dolto explica ao próprio Lacan, quando discutem o conceito dela, que a imagem inconsciente do corpo desaparece frente à imagem especular, sob o reconhecimento dela no espelho. Esta só aparece nos sonhos e, também, nas projeções dos desenhos das crianças (DOLTO; NASIO, 2008). Todavia está presente nos chamados distúrbios psicossomáticos, como nos transtornos alimentares, de excreção, de linguagem expressiva, bem como nos casos mais graves, como nos psicóticos e nos autistas. Adentrar mais profundamente nessa discussão ou retirá-la.

As diferenças entre os autores e os seus conceitos não eliminam a importância que neles reside para pensar a constituição psíquica. Entre eles estão envolvidas várias vivências do bebê: a imagem, no sentido mesmo da *imago ideal*, a consciência do corpo, a internalização do corpo através da linguagem e a proteção e integração do eu inicial.

Segundo Graña (2011), o estágio do espelho tornou-se um conceito mais importante que o seu próprio texto, o essencial habita suas margens, diz o autor. Ao analisarmos o estágio, retomam-se fundamentos importantes da Psicanálise, desde o sujeito dividido do inconsciente, marcado pelas perdas de objeto, como vimos acima, até o narcisismo, iniciado pela imagem de completude que o espelho reflete, a pulsão do olhar que captura a imagem do outro na identificação, entre outros (PORGE, 2006; GRAÑA, 2011), a intenção não é aprofundar esses conceitos nesse momento, mas sim demarcar as contribuições que o estágio do espelho nos deixou para pensar a constituição psíquica.

Além de Dolto, Winnicott também se inspirou no conceito lacaniano e fez uma analogia com a sua forma de conceber a identificação inicial, remetendo à ideia de espelho ligada ao rosto da mãe como passo fundamental para o narcisismo primário, ponto que aparece nos dois autores (GRAÑA, 2011), com a diferença que Lacan coloca o júbilo da criança frente à imagem que percebe de si na mãe, quando ela se faz de espelho para o bebê. Winnicott coloca a importância do afeto intermediando o olhar, mostrando que o bebê reconhece as variações afetivas em seu rosto, influenciando em sua percepção, tanto do outro como de si mesmo (WINNICOTT, 1975, [1967]).

Acontece, então, a publicação de um artigo¹⁰ relativo ao espelho da mãe e da família no desenvolvimento da criança, quase vinte anos depois de Lacan apresentar o Estádio do espelho. Os dois conceitos tratam da identificação primordial, Lacan diferenciando o Eu (*ego*) do sujeito do inconsciente (*\$*), em que a criança conquista a imagem do próprio corpo como uma totalidade unificada (DOR, 2003). Por sua vez, Winnicott, refere-se a uma outra forma de identificação, qual seja, o bebê busca sua identidade no rosto da mãe e no que ela representa para o seu Eu que começa a se organizar, como um processo contínuo de maturação e integração.

Para Winnicott (1975, [1967]), a função de espelho ocorre na fase inicial da vida do bebê e, ainda, não há uma separação de si mesmo com o meio ambiente, mas, aos poucos, vai separando o Eu do não-Eu. Para isso, é preciso que haja um outro, que ofereça a sua face para

¹⁰ Título do artigo: *O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil* – P. LOMAS, P. (Org.) *The Predicament of the Family: A Psycho-Analytical Symposium*. Londres. Hergarth Press e o Instituto de Psicanálise, 1967.

que ele se reconheça, seja a da mãe ou de um substituto que cumpra com a função de ser um ambiente para o bebê, através do acolhimento em seus braços (*holding*), do manejo dos cuidados diários (*handling*), apresentando objetos para que ele possa ir conhecendo o mundo à sua volta (WINNICOTT, 1967/1975).

Se a função materna for bem desempenhada, o bebê viverá uma onipotência, tornando-se capaz de usar o objeto como se fosse subjetivo, ou seja, como se fosse criado por ele, com isso se organiza. Mas o que ele vê no rosto da mãe? Winnicott sugere que vê a si mesmo. A mãe olha seu filho e identifica algo dela mesma no que ela vê nele, com isso, o pequeno vai aprendendo a conhecer a própria face no olhar da mãe e também no olhar dos outros da família e sente-se seguro, pertencente àquele ambiente (WINNICOTT, 1967/1975).

O conceito de “preocupação materna primária” indica um estado emocional da mãe de grande sensibilidade para com as necessidades básicas de seu filho. Essa situação especial inicia-se, ainda, durante a gestação e se estende até os primeiros meses de vida do bebê. É raro que as mães venham a se recordar disso depois que esse estado passa, mas o início da constituição do ser está, justamente, na relação do bebê com sua mãe. Por meio do estado de preocupação, a mãe se adapta às necessidades e ao ritmo do bebê, protegendo-o da afronta vinda do ambiente externo (WINNICOTT, 1956/2000).

Para concluir a fase inicial da constituição psíquica, consideramos que o estágio do espelho corresponde a uma organização do Eu a partir do reconhecimento de sua imagem inteira no Outro. Sem a identificação primordial, o sujeito continuaria apenas com a percepção parcial de si mesmo. A vivência do corpo “morcelê” ou fragmentado pela qual todos passamos é das mais angustiantes e retorna através dos sonhos e dos processos psicóticos, onde o sujeito não consegue integrar o corpo em sua percepção. A primeira identidade como um ser inteiro se dá pela dimensão imaginária (PORGE, 2006; JALLEY, 2011; GRAÑA, 2011; DOR, 2003).

O conceito de Imagem Inconsciente do Corpo de Dolto complementa o conceito de Estádio do espelho de Lacan, no sentido de acrescentar o aspecto da relação afetiva da imagem, que envolve as experiências emocionais inter-humanas, tanto as arcaicas, como as mais atuais, em geral inconscientes, mas que se tornam conscientes quando vindas de “mímicas languageiras” e da linguagem verbal, que são os contatos afetivos que marcam a existência de um sujeito desejante (DOLTO, 2008).

O conceito de espelho de Winnicott remete, também, ao processo de identificação primordial, marcando o início de uma troca significativa com o mundo, sob dois aspectos: primeiro aumenta suas experiências pessoais com sentimentos e estados de humor por meio

da percepção desses fenômenos na mãe; segundo, é a descoberta das coisas vistas, que estão presentes no mundo, as quais começam a serem percebidas através dessa vivência de espelho (WINNICOTT, 1975).

As fases iniciais da constituição psíquica possibilitam o aparecimento do ser, mas a organização psíquica precisa ir se modificando no tempo possível de cada um. A relação de dependência absoluta e a satisfação da onipotência do bebê em relação à mãe ambiente devem falhar. O circuito pulsional que desenhamos acima, também, deverá romper-se, o bebê não precisa mais “desejar ser o desejo da mãe” e nem se fazer para ela. Mesmo com resistências, a célula narcísica precisa se desfazer.

A castração é o passo seguinte da constituição psíquica e não é sem resistência que ela vai se instalar na vida da criança, não há também um tempo cronológico para que isso aconteça. Mas o que a experiência nos ensina é que a maior parte dos diagnósticos de crianças são frutos do não rompimento ou rompimento tardio do circuito pulsional, como podemos observar, na fala de uma mãe, que se refere às atividades do filho, de 4 anos de idade, usando pronomes possessivos na primeira pessoa do singular (meu, minha): “*Não tinha leito para mim no hospital, por isso tive que voltar para casa sem o procedimento*”; “*O posto de saúde desmarcou a minha consulta*”; sendo que ambos os eventos eram destinados a seu filho, que nasceu com uma má formação congênita intestinal que já foi corrigida. Situações de risco à saúde, problemas físicos ou patologias congênitas dificultam ainda mais a saída do circuito pulsional.

Assim podemos pensar que a constituição do sujeito é diferente do desenvolvimento, esse é um ponto importante para diferenciar as questões da clínica psicanalítica com as psicoterapias, por exemplo, ou com os diagnósticos médicos. Nesses dois últimos casos, o que se considera é o desenvolvimento da criança, a aquisição de habilidades sociais, a resposta às demandas da família e da escola que, em geral, vão se pautar por marcadores de desenvolvimento, como psicomotricidade, atendimento a comandos, aprendizagens em geral, linguagem etc., nesses casos, o que se leva em conta são as funções. Com base nesses referenciais, é que os diagnósticos dos mais diversos transtornos psíquicos são atribuídos às crianças (JERUSALINSKY, 2004).

3.3 A possível saída da alienação no desejo do outro

O complexo de Édipo está situado no cerne da Psicanálise, é o grande nó das neuroses e a própria sociedade é influenciada pelos frutos, colhidos ou não durante, a sua vivência, pois a dissolução deste complexo vai deixar marcas no sujeito que interferirão na sua vida futura e, conseqüentemente, na sociedade.

Freud (1924/2006) mostra que a relação objetal vivida com a mãe na fase oral deixa marcas na criança, no Édipo do menino, a mãe é o objeto eleito agora por uma escolha apoiada na própria relação mãe/filho já iniciada e desorganizada, digamos, assim, pela presença mais marcante do pai. O desejo do menino pela mãe se intensifica e o pai entra como um obstáculo. Surge, aí, uma relação ambivalente com o pai, ou seja, o menino sente hostilidade em relação ao sujeito que lhe “rouba” a mãe, ao mesmo tempo em que tem com ele uma identificação e, também, uma possível relação de carinho.

Freud (1925/2006) diz que a menina, que tem a mesma relação objetal com a mãe, de início, não entra no Édipo da mesma forma, ela precisa fazer uma virada nesta relação, dirigindo-se para o pai, passando pela inveja do pênis, que deseja ter para completar a mãe. Quando começa a perceber que a mãe é como ela, vai modificando sua relação amorosa com a progenitora e dirige-se ao pai, a relação de amor com a mãe desliza para o ciúme, o pai se torna seu novo foco de interesse e a menina faz a equação falo = bebê, quem tem um bebê tem o poder do falo.

Com a menina ocorre uma aceitação da castração como um fato consumado, o menino, por sua vez, a teme: “Enquanto, nos meninos, o complexo de Édipo é destruído pelo complexo de castração, nas meninas o Édipo se faz possível e é introduzido através do complexo de castração” (FREUD, 1925/ 2006, p. 318). Ao final do complexo de Édipo, se ele for, de fato, destruído (o que seria o ideal) ocorre uma sublimação do investimento libidinal, ou seja, o resultado da castração elimina o Édipo e com isso surge a identidade sexual e o superego, seu herdeiro. Institui-se no ego a consciência e a moralidade, como mostra Freud (1925/ 2006).

Lacan (2005) introduz algo novo no Édipo, contrariando a ideia de que a renúncia da criança pode ser explicada pelo ato genital, como vimos no funcionamento do circuito pulsional. Coloca a questão sob dois aspectos, primeiro quando a criança, que até então supunha a mãe como onipotente, percebe que a mãe é tão vulnerável quanto ela, daí a sua angústia a partir do rompimento do circuito alimentado pela relação mãe/bebê, de onde caem

seus objetos de afeto. Segundo, a angústia intensifica-se com a ameaça da castração, tanto para os meninos, com o temor, quanto para as meninas, para quem a castração é privação.

Lacan (1999, [1958]) coloca o Édipo sob três perspectivas: a primeira é que o Édipo tem uma “função essencial de normalização” no sentido de colocar o sujeito sob a norma social ou supereu; a segunda é que, se o Édipo tem sua importância, o que se passa antes dele, no período pré-edípico também tem, considerando que a psicose e a perversão são estruturas clínicas que se organizam nos tropeços do Édipo, como consequência do que se passa antes desse período. Não são condições em estado bruto como chegou a se afirmar, mas estão relacionadas com a função imaginária, destacando a importância da teoria de Klein no estudo da fase anterior ao Édipo, relativo às perturbações no campo da realidade; a terceira ultrapassa a questão da norma como componente da moral do sujeito, mas refere-se ao assumir o sexo, ou seja, a criança entra no processo de identificação, renunciando ser o falo para a mãe. O menino pode identificar-se com o pai, que tem o falo e a menina pode encontrar uma identificação na mãe, com a possibilidade de obter o falo do pai, como a mãe tem. Nesse sentido, o Édipo está ligado à função do “Ideal do Eu” (LACAN, 1957-58/1999).

Para que o pai seja confirmado em sua função, ele precisa estar inserido no desejo da mãe. A criança vai perceber no desejo da mãe pelo Outro a existência do pai e este fato a introduz na ordem da metáfora que representa a LEI, o interdito está internalizado, como mostrado antes, é a entrada da criança no simbólico (LACAN, 1957-58/1999; DOR, 2003; NASIO, 2007; PORGE, 2006).

O narcisismo está entre as etapas fundantes da constituição do sujeito. Se, no mundo contemporâneo, o Édipo está em crise pelo enfraquecimento do Nome-do-Pai, o Narcisismo não fica atrás, mas com uma crise diferente, que não o enfraquece. O narcisismo é importante para que o sujeito se reconheça, mas deve ser superado; não no sentido de desaparecer, mas sim para permitir a entrada de novos Outros. Essa superação proporciona uma visão mais aberta para a alteridade (LACAN, 2004).

Entretanto, na atualidade, isso não acontece de forma satisfatória, vive-se uma crise em que o narcisismo quase não tem seu espaço reduzido na constituição psíquica. Cada vez mais, sujeitos amando a si mesmos, com dificuldade de perceber o outro, temendo e rechaçando a diferença, o que afeta a sociedade de modo geral, o que é evidente quando observamos a educação, a política e, até mesmo, a ciência atual se debatendo com as dificuldades nas relações entre os seres humanos (VORCARO, 2004; JERUSALINKY, 2010; MEZAN, 2011; NEDER, 2012).

Para Freud (1914b/2006), o narcisismo inicia-se com a falta de diferenciação do bebê com o mundo à sua volta, o bebê tem a si mesmo como referência, pois, ainda, não possui recursos psíquicos suficientemente estruturados para se perceber diferenciado do outro, a mãe, por exemplo, é percebida por ele como objeto parcial, não como um todo diferenciado. O narcisismo dos pais confirma a não diferenciação com o bebê, pois estão revivendo e reproduzindo com ele o seu amor narcísico.

No início, o narcisismo primário mostra que a pulsão sexual está ligada à satisfação das pulsões do ego, ligadas à autopreservação, e só depois se tornam independentes. O narcisismo dos pais incide sobre o bebê, numa supervalorização deste, considerado como um sujeito vindo para realizar seus sonhos: “Sua Majestade, o Bebê” (FREUD, 1915/2006). O amor dos pais é um verdadeiro refúgio para o bebê, que fica entregue a uma onipotência absoluta em que tudo retorna a ele, como se fosse o centro de tudo. É fundamental que o Eu se afaste do narcisismo primário para que ele possa sublimar a pulsão sexual autoerótica para constituir uma imagem de si mesmo. O narcisismo posterior que se desenvolve após o autoerotismo apresenta esse mesmo estado que o primário, mas agora retirando a libido do mundo externo, levando-a para o Eu Ideal. (FREUD, 1915/2006).

Lacan (1949/1998) aborda o narcisismo primário através do Estádio do espelho. Surge, aí, um Eu circunscrito em uma imagem especular, obtendo certa têmpera, a partir da percepção de uma imagem e do afeto de um olhar. O que o bebê captura é a imago, que podemos interpretar como uma falsa imagem de completude; para Lacan, é isso que funda o narcisismo, é o eu ideal reconhecido por este espelho, que é o Outro, que dirige um olhar para o bebê, o recorta com este olhar, o enxerga e se enxerga nele. Então, o narcisismo primário está ligado à imagem, o bebê responde como objeto ao desejo do outro. O Estádio do espelho abre a possibilidade para o pequeno sujeito viver o Édipo, depois a castração e, assim, seguir o seu rumo (LACAN, 1949/1998).

A diferença que a Psicanálise traz para a perspectiva do desenvolvimento muda a forma de pensar os possíveis problemas que a criança, por ventura, possa vir a ter, como alguma dificuldade de separação e/ou de socialização ou de aprendizagem. O bebê nasce no mundo da linguagem, mesmo que venha a nascer surdo. Portanto, o seu lugar na dinâmica familiar deve ser pensado sob a função de uma metáfora, ou seja, “não se trata somente de ter um quarto, um berço ou um nome, mas de ocupar uma posição subjetiva, de fazer diferença com sua chegada, de modificar as posições familiares estabelecidas até então” (BERNARDINO, 2006, p. 27).

3.4 Da constituição do sujeito que ficou de fora do ideal narcísico

A constituição subjetiva é o que importa para a Psicanálise. O desenvolvimento é consequência das relações estabelecidas com o outro, das demandas imaginárias ou não, atendidas ou não. Jerusalinsky (CALLIGARIS et. al., 2010) escreve um artigo chamado “Apesar de você, amanhã há de ser outro dia”¹¹ em que aborda a dialética da demanda e do desejo na educação, ou como se diz no senso comum na “criação”. Há muito se esqueceu de que a herança paterna se transmite pela ordem simbólica, existente na família, na cultura onde o sujeito está inserido, incluindo o desejo. Mas hoje temos as teorias do desenvolvimento quantificadas e mostradas como referência para calcularmos se a criança está na média ou não em relação à sua idade cronológica, ou do que se espera dela no mundo social.

Assim, abordaremos a criança que ficou de fora do ideal narcísico, não apenas dos seus pais, mas da sociedade como um todo, frustrando os ideais nela projetados. Esta criança passa a ser vista pelo rótulo das suas necessidades ditas “especiais” ficando à “deriva no campo da palavra e da linguagem” (LEVIN, 2005, p. 13).

Segundo Crespín (2004, p. 18), a relação primordial mãe-bebê deixa o que a autora chama de “cicatriz indelével sob a forma que chamamos de amor”, do qual dependeremos por toda a vida, mesmo quando possamos viver de forma independente, ou seja, sempre dependeremos dessa relação de amor com a mãe, a grande marca da nossa existência. No mais profundo dos sentimentos, na ambivalência desse ato que, além de amoroso, pode ser também ameaçador. É mediante o investimento libidinal da mãe ou de quem cuida do bebê que os objetos que iniciam como parciais – seio, olhar, voz e fezes perdem-se, mas com a chance de surgir novos objetos totais, vindos do mundo exterior aos quais poderão atribuir um sentido (CRESPIN et al. 2016).

O período inicial inscreve suas marcas. Como vimos no início deste capítulo, o circuito pulsional captura o bebê no desejo do Outro, mas pode acontecer de ficar de fora do circuito ou não avançar do primeiro tempo do movimento pulsional, fato que implicará alguns problemas para o seu registro no mundo da linguagem e das relações, como se espera que aconteça. O bebê precisa, aos poucos, começar a responder às demandas do meio que, até então, procurava atender às necessidades do lactente. Um dos problemas da não inscrição do sujeito no segundo e no terceiro tempo do circuito pulsional (ver figura 1) é a tendência ao isolamento. Como exemplo, resgatamos de Freud (1011/2006) a “metáfora do ovo de

¹¹ Mesmo nome de uma música, bastante emblemática para a juventude brasileira no período político militar, composta por Chico Buarque de Holanda.

pássaro”, que ele utiliza quando descreve o princípio da realidade e ilustra o processo de isolamento psíquico, como uma proteção contra os estímulos externos:

Um exemplo nítido de um sistema psíquico isolado dos estímulos do mundo externo e capaz de satisfazer autisticamente (“expressão usada por Bleuler”) mesmo suas exigências nutricionais, é fornecido por um ovo de pássaro, com sua provisão de alimento encerrada na casca; para ele, o cuidado proporcionado pela mãe limita-se ao calor (FREUD, 1911/1969, p. 279).

No que se refere à constituição do sujeito que ficou de fora do idealizado, como no caso dos “autismos” (consideramos mais apropriado expressar essa condição no plural), os autistas representam o fracasso da instauração da imagem do corpo, bem como da entrada do bebê no circuito pulsional. Essa concepção não leva em conta a etiologia, nem o diagnóstico médico, mas sim a forma como entendemos essa questão na clínica psicanalítica (LAZNIK, 2004).

3.4.1 Consequências da constituição psíquica fora do circuito pulsional – a visão psicanalítica do autismo

Frances Tustin (1975, p. 9) apresenta duas formas de manifestação autística. A primeira é chamada de “autismo da infância primitiva”, ou seja, um “estado de autismo primário normal” quando o bebê ainda não tem uma percepção clara do mundo externo e o vivencia através do corpo, com suas zonas erógenas, sendo que, na continuidade dessa vivência, vai aos poucos criando uma representação interna da realidade até poder tomar consciência de si e dos outros. A segunda forma seria relativa aos estados mais graves, em que é possível distinguir nessa criança a falta de contato com a realidade, diz a autora.

Dos desdobramentos desses dois tipos iniciais, advém o autismo secundário encapsulado, quando o bebê permanece no seu mundo interno autístico, por falta de estímulos do ambiente externo, seja devido a um adoecimento e hospitalizações em períodos precoces e/ou problemas na gestação, além de fatores nem sempre identificáveis, que Spitz (1988) denominou “depressão anaclítica” e Tustin (1975) “depressão psicótica”, que vem da falta de estimulação corporal, que são duas formas de depressão infantil semelhantes (mas que diferem da depressão do adulto).

A descrição de Spitz mostra que o bebê vivencia uma falha corporal vinda de projeções que não foram investidas de afeto, retornando para o bebê na relação afetiva primordial que ocorre entre ele e a mãe (ou seu substituto), o bebê perde peso, torna-se choroso e começa a aparecer um atraso no desenvolvimento. Os bebês são muito bem alimentados, nos casos de hospitalismo, mas não recebem a atenção afetuosa ou estimulação de toque no corpo, na pele,

que são atividades relacionadas aos cuidados maternos. Tustin toma essa condição como um fator que está presente em todos os tipos de autismo (TUSTIN, 1975; SPITZ, 1988).

O autismo secundário regressivo vem de uma fragilidade no desenvolvimento do bebê, que passa por situações de estresse e ou perdas afetivas importantes. Tustin considera como um dos fatores, a vivência da separação, em idade precoce como uma predisposição do bebê que, ao vivenciar precocemente a separação corporal, seguida de um desconforto devido a alguma pressão externa, como desmame muito cedo ou mesmo uma amamentação forçada, só para trazer um exemplo, associados a uma “hipersensibilidade dos órgãos dos sentidos” (TUSTIN, 1975, p. 90) – podem ser pensados como fatores que desencadeiam o autismo secundário em sua forma mais invasiva.

De acordo com Winnicott (1983), a constituição psíquica não difere da ideia apresentada no circuito pulsional, ou seja, também está ligada à relação estabelecida entre a mãe e o bebê. O ego, em seu estado primário, é não integrado em sua relação com os objetos à sua volta, é parcial e, por isso, os cuidados maternos são vividos como parte de si mesmo e como uma “provisão ambiental”. O ego da mãe encontra-se fusionado ao frágil ego do bebê na fase inicial da constituição. É a fase de dependência absoluta, sem a percepção de que é um outro que está lhe proporcionando os cuidados. Isso significa que o bebê não identifica o que lhe faz bem ou não, está entregue às mãos de seu cuidador, tanto para se beneficiar desses cuidados, quanto para sofrer as consequências de suas falhas (WINNICOTT, 1983 e 1990).

A criança, logo após passar por um estágio primário não integrado de sua constituição psíquica, chega a um processo de integração ligado às suas experiências emocionais ou afetivas incluindo o sentimento de raiva e excitação, até adquirir cada vez mais estabilidade. A integração está ligada ao conceito de self que, para Winnicott (2005), é definido como:

Conceito psicanalítico que inclui o eu (ego) e o não-eu. É a totalidade da própria pessoa. Inclui também o corpo com todas as suas partes, a estrutura psíquica com todas as suas partes, o vínculo com os objetos internos e externos e o sujeito como o oposto ao mundo dos objetos (GRIMBERG; GRIMBERG apud WINNICOTT, 2005, p. 7).

Winnicott (1983) diz que o self verdadeiro experimenta a continuidade da existência, à medida que adquire uma realidade psíquica e um esquema corporal pessoal e que certa capacidade de isolamento é necessária para evitar perturbações na organização do ego. Alguma irritação ou perturbação do isolamento pode produzir a “ansiedade psicótica”. A defesa do self contra a ansiedade é produzir um falso self que pode ameaçar o “vir a ser pessoal” do sujeito, fazendo-o regredir ao estado de fusão com a mãe (WINNICOTT, 1983).

Winnicott (1983, [1962]) ao tratar do autismo não diferencia essa condição da esquizofrenia, ao referir-se da seguinte forma: “esquizofrenia ou autismo” (p. 57) fazem parte de um grupo clínico sem lesão física do cérebro ou defeito neurológico, de difícil decisão diagnóstica e que se relacionam ao fracasso de apoio ao ego. Os bebês, que passaram por experiências de desorganização e perda, sem que fosse possível garantir sua adaptação à realidade através da ilusão ou de uma realidade psíquica forjada como contato com o mundo externo, tendem a “desenvolver uma doença esquizoide” (WINNICOTT, 1990, p. 135).

Tafari (2003) retoma a descoberta do autismo desde Bleuler (1911), para quem o autismo era considerado um sintoma secundário da esquizofrenia, até Kanner (1943), que considerava como “um sintoma primordial e patognômico” (TAFURI, 2003, p. 12), que estaria ligado a algumas crianças que apresentavam isolamento excessivo. Nesta época, o autismo passou a ser considerado “um déficit cerebral inato, biologicamente determinado” (idem). Ainda, na época de Kanner, o autismo infantil era pensado como uma forma precoce da esquizofrenia. A criança era vista como incapaz e nunca era escutada, nem, em sua linguagem própria. Os tratamentos sempre enfatizavam muito mais a medicalização e a adaptação com atividades de treinamento.

A concepção de Tafari (2003) foi na contramão do que estava sendo considerado como um transtorno grave, sem cura e de tratamento longo e sem um bom prognóstico, desprendendo-se do olhar da ciência positivista, presente nos diagnósticos médicos. Da mesma forma, esse autor questiona a tese da anomalia genética, que é usada muito mais no intuito de corroborar o reducionismo biológico, também colocando o autismo num quadro irreversível.

De acordo com Tafari (2003), o autismo deve ser estudado na Psicanálise em consonância com a constituição psíquica do sujeito, para além da genética ou de outros fatores etiológicos. Deve, sim, ser trazido para a discussão no desenvolvimento afetivo, atendendo a três eixos: o teórico, o clínico e o técnico. Assim, a autora parte de um questionamento sobre a técnica psicanalítica clássica sob as concepções de Anna Freud e Melanie Klein, buscando seu referencial em Winnicott e Tustin, vistos acima, além de outros autores, para a sustentação do seu olhar sobre o autismo (TAFURI, 2003).

Tafari (2003) mostra como a criança autista exerce um fascínio ao outro com seu jeito enigmático, com sua recusa e ou indiferença aos estímulos do meio externo, ou seja, o eros foi suprimido do autismo, por isso demonstra a indiferença, a recusa em reagir ao mundo externo. A teoria de Kanner (1943 apud TAFURI, 2003, p.161) diz que o autista mantém um “desejo

obsessivo de manter a mesmice” que, na interpretação da autora, é uma defesa contra tudo o que é percebido como ameaçador, por isso a resistência à mudança.

Na concepção do autismo, tem ocorrido sempre um debate entre a psicogênese e a organogênese, além das considerações sobre distúrbio mental, posteriormente o chamado Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TIG), atualmente considerado dentro do “espectro” autista: TEA. Mas a questão para a Psicanálise tem sido um desdobramento da metáfora do ovo de pássaro, deixada por Freud (2006, [1911]) ou do isolamento psíquico, como vimos anteriormente, retomada pelos psicanalistas, mesmo entre as diferentes escolas, como Klein, Tustin, Winnicott, Dolto, Lefort, Mannoni e mais recentemente Laznik, Crespín, Bernardino, Kupfer, JERUSALINSKY e Tafuri, além de muitos outros autores que se dedicam a essa questão.

Para Soler (2007), a criança autista precisa ser diferenciada das delirantes, embora para a autora, o autismo, também, esteja “fora da metáfora paterna”, “fora do discurso”, como na psicose, o que não significa que esteja fora da linguagem. Nesta concepção, não existe o autismo puro, mas algo que se apresenta como um polo da estrutura psicótica, diferenciando-se por ser anterior à alienação. Se na psicose a questão do “fora do discurso” está na própria alienação em que não ocorre a separação, no autismo nem se entra nela. Portanto, pode não haver troca de palavras, mas não significa dizer que não há registro da linguagem, por isso é preciso suportar a presença constante dessa falta (da fala), mas reconhecendo a linguagem que ali opera (SOLER, 2007).

Os autistas são sujeitos, ainda que não falem, pois falamos com eles, tentamos nos comunicar de muitas maneiras, impomos os signos da presença do Outro, principalmente através do olhar e da voz, enquanto eles recusam o contato e tentam frear a dialética da fala, mantendo-se na relação com suas escassas demandas, entre elas as estereotípias. Para eles, é muito difícil lidar com o imprevisível que vem do Outro (SOLER, 2007); o que eles gostariam mesmo é que o analista não se mexesse para que pudessem continuar em sua inércia, mas o Outro se movimenta, fala, demanda, provoca, evoca e invoca.

Outro aspecto consensual entre os psicanalistas na concepção do autismo é considerar o problema no autoerotismo, ou seja, autismo é o “autoerotismo sem eros” como mostrou Tafuri (2003, p. 11). Para Soler (2007), o autista tem uma demanda relacionada aos sentidos, mas não como um desejo de comunicação, por exemplo, é capaz de pegar pela mão o analista para conduzi-lo a um lugar que queira ir, ou que lhe alcance um objeto, mas usa do corpo do analista como um instrumento qualquer, não é uma mistura de fronteiras imaginárias, como na psicose, mas é o Outro misturado aos objetos como se fosse um prolongamento deles.

As características do autismo que, em geral, permitem um diagnóstico classificatório pelo modelo médico, com base no DSM-5, só aparecem na criança ao término da chamada primeira infância, no terceiro ano de vida, aproximadamente. Os pais relatam, quase que de forma unânime, que a criança já começava a falar, contar números, assistir desenhos na televisão, mas que de dois para três anos de idade, parou com toda a forma de comunicação, começando a isolar-se após uma fase difícil de adaptação na escola inicial. Laznik (2004), após alguns anos de experiência na clínica psicanalítica com crianças autistas, desenvolve uma pesquisa mostrando que algumas características iniciam-se muito precocemente na vida do bebê, mas não são percebidas pelos pais, por serem muito sutis, referem-se à dificuldade em olhar, em responder à linguagem que a autora chama de “manhês”, como vimos anteriormente, ou seja, o bebê não entra no circuito pulsional com a mãe.

Segundo Laznik (2004), a elisão, conceito elaborado por Lacan (2016, [1958]), toca a relação entre demanda (consciente, do ego) e desejo (inconsciente, enigmático), que, no caso do sonho, aparece como uma metáfora com um “efeito de sentido” diante da ausência de um “sistema de significantes” devido à supressão do Outro (LACAN, 2016, [1958], p. 56 e 69), mas, na elisão, no caso do autista, o sujeito fica “desprovido da marca do laço com o Outro” (LAZNIK, 2004, p. 171). O mecanismo de elisão foi retomado por Laznik em seu trabalho com crianças autistas, propondo que essa supressão do Outro seria mais arcaica que o mecanismo da forclusão do psicótico.

A autora retoma a ideia do circuito pulsional, como mostramos anteriormente, que se rompe quando novos interesses da mãe e mesmo do bebê vão aparecendo. Mas, quando o bebê não chega a entrar nesse processo, o objeto pulsional não é construído, não sem tentativas, pois as mães dedicam-se a chamar a atenção do bebê para si e para o mundo à sua volta, como se vê em vídeos domésticos do primeiro ano de vida das crianças que chegam com a suspeita de autismo. Percebe-se que ocorre a supressão do objeto, que fica elidido, a atenção da criança para as coisas à sua volta ocorre apenas depois de muito estímulo, ou seja, o constituir-se fora do circuito pulsional pode acarretar em consequências graves para o futuro da criança, mas a deficiência e as estereotípias só aparecem depois dos 2 ou 3 anos de idade, daí a importância em se identificar precocemente o funcionamento autístico (LAZNIK, 2004).

À guisa de uma conclusão a respeito da concepção psicanalítica do autismo em relação à constituição psíquica, é que a criança fica de fora do circuito pulsional. A consequência é a recusa em responder à demanda materna; o bebê tem olhos ausentes de um olhar, seu corpo não é recortado pelo olhar do Outro. O referencial de identificação inicial até que o bebê tenha os próprios recursos psíquicos fica prejudicado. O bebê desenvolve defesas contra o que

considera como ameaça externa, permanecendo centrado em seu próprio gesto, em seus próprios sons e, com isso, vai se desligando das demandas maternas, como o de ser “engraçadinho”, carinhoso e de olhar penetrante. Independentemente que a causa do autismo seja neurológica ou genética, ainda não há uma definição sobre este aspecto, a constituição psíquica da criança fica afetada.

3.4.2 A constituição psíquica e os tropeços na saída da célula narcísica – há visão psicanalítica do TDAH?

A concepção da constituição psíquica do sujeito proposta pela Psicanálise oferece elementos para pensar diferentes modos de organização psíquica. Se o ponto fundamental da Psicanálise é pensar o circuito pulsional, o corpo erógeno e o sujeito constituído pela linguagem, podemos dizer que o referencial teórico aqui trabalhado nos dá a resposta para a questão se há ou não diagnóstico de desatenção com hiperatividade na Psicanálise. É possível localizar esses casos na constituição psíquica primordial, mas são considerados como sintomas, pois há, sobretudo, o sujeito humano a ser considerado.

Mas podemos pensar os casos em que os bebês entram no circuito pulsional, o que possibilita o surgimento da imago, assegurando seu lugar na célula narcísica, até seu rompimento pela castração, como vimos anteriormente, mas depois aparece uma dificuldade em lidar com o desamparo, tornando essa fase, que seria um caminho para a criança usufruir do seu desejo, um período de recusa e temor, colocando a criança em um movimento de retorno à célula rompida, para isso, ela não pode avançar, resta procurar entender o porquê.

Os problemas relativos à atenção e o modo desorganizado que se percebe nos casos de crianças que recebem o diagnóstico de TDAH ou DDA manifestam-se, principalmente, na fase inicial da idade escolar, as crianças enfrentam dificuldades de aprendizagem e adaptação às regras da escola. Este período se caracteriza pela resolução do conflito edipiano e a entrada na fase de latência de acordo com Freud (2006, [1905]). Os efeitos da castração deveriam permitir novos laços sociais, fora do âmbito familiar e um direcionamento pulsional para a aprendizagem, mas é comum as crianças receberem rótulos, como os citados acima, por não às demandas da escola.

Freud (2006, [1911], p. 280) mostra o surgimento da função da atenção, cuja atividade é encontrar as “impressões sensoriais” e não apenas aguardar o seu aparecimento, pois a consciência passou a perceber que estas podem ser complementares às informações sobre prazer e desprazer, ativando também o processo de memória, aliviando o aparelho psíquico do excesso de estímulos que levam à tensão e ao dispêndio de catexia. A capacidade de fantasiar

tem a função de juntar memória e atenção, assim como as brincadeiras também ajudam a substituir o princípio do prazer pelo princípio de realidade, proporcionando maior adaptação frente às exigências do mundo externo (FREUD, 2006, [1920]).

Para entender a relação que estabelecemos entre a constituição psíquica e o déficit de atenção, retomamos a fase inicial do processo a partir da relação mãe/bebê como nos apresenta Winnicott (1983). No período em que vai passando do período da dependência absoluta para a relativa, o bebê vai gerando recursos psíquicos, aprende a esperar, a aliviar a angústia com a fantasia, a estar só e a preocupar-se. Quando percebe os primeiros sinais de afastamento da mãe, passa a viver a fase da angústia de separação que se inicia, aproximadamente, no final do primeiro ano de vida. Se o bebê consegue utilizar de um mecanismo próprio para se acalmar e esperar o retorno da mãe, como o exemplo do menino observado por Freud (1020/2006) na clássica brincadeira do carretel – *fort da* – em que a criança alivia sua angústia através de um jogo de presença-ausência, isso mostra que a criança está muito atenta ao que se passa à sua volta.

Portanto, é possível considerar a atenção como um estado de expectativa, ou seja, o interesse pelos objetos externos, que advém do interesse que lhe é despertado pelo outro, uma vez que a atenção não se desenvolve de forma autônoma. Portanto, a dificuldade de evolução das emoções, das percepções e das representações, que vão do corpo ao psíquico, surge de falhas importantes no desenvolvimento primitivo (WINNICOTT, 1983). Somando-se a isso, podemos pensar na ansiedade de separação, fazendo com que a criança se desorganize e fique mais suscetível ao mundo da sensorialidade, formando uma espécie de linguagem corporal, que podemos compreender pela atividade motora excessiva.

Dolto (1981) mostra que o bebê, mesmo que ainda não domine a comunicação pela linguagem, pode ser senhor do seu desejo e estabelecer com outro humano brincadeiras motoras e verbais harmoniosas e reconhecer aspectos da realidade sensorial, como objetos invertidos, bem como palavras contraditórias pronunciadas pelo adulto. A interação com o adulto pode ser vivida como uma brincadeira, um exemplo é a brincadeira de desaparecer e aparecer de novo, com a colocação de objetos ao contrário para que a criança perceba e se divirta, notando a diferença; também tem a brincadeira de pronunciar palavras em contradição com o gesto: mostrar o chapéu e dizer que sumiu, ou esconder o chapéu e dizer que apareceu (DOLTO, 1981), sempre com a intenção de despertar a percepção, mantendo o aspecto da ludicidade, da brincadeira, com risos e gracejos.

Por outro lado, a interação com o adulto pode ser marcada por uma experiência de culpa ou de algum tipo de “falha”, produzindo marcas indesejáveis na criança, como, por exemplo,

chamá-la de forma recorrente de “estabanada” porque derrubou ou quebrou um objeto, ou quando, em uma condição especial, como adoecimento ou dificuldade na fala, é considerado, ainda que de forma inconsciente, como um erro, em que ela vivencia o mal-estar pela situação, sentindo-se culpada e ou inadequada (DOLTO, 1981).

Os dois aspectos mostrados aqui por Dolto (1981), que estão em consonância com o olhar da Psicanálise sobre os problemas de atenção, deixam evidente como é fácil criar um artifício que alivia a angústia do adulto e culpabiliza a criança por situações contextuais e/ou oriundas de uma história familiar repetitiva, como nos mostra Mannoni (2004). A Psicanálise considera o valor simbólico que se atribui a desatenção, procurando escutar a influência da história familiar sobre o problema, pois a forma como a família se manifesta sobre o problema dá a dimensão da sua importância e seu efeito sobre a criança (MANNONI, 2003).

Da mesma forma que o autismo, a concepção de transtorno da atenção, dada pela clínica médica psiquiátrica, difere do conceito de sintoma da clínica psicanalítica, que é visto como construção do sujeito. Da mesma maneira, a diferença aparece no diagnóstico, como vimos no capítulo anterior. O diagnóstico médico para o déficit de atenção reduz a dimensão subjetiva ao corpo ao definir o diagnóstico a partir de sintomas e características, mas pouco se relaciona com o sujeito que ali se encontra.

A Psicanálise, ao entrar em contato com o sintoma desatenção, considera-o como expressão do funcionamento do inconsciente, então procura levar em conta qual é a mensagem que o sintoma está carregando, para então questionar-se sobre o que impede a criança de catexizar o processo de atenção? O que faz a sua libido retornar ao corpo com o excesso de mobilidade? (MANNONI, 2004). Deste questionamento parte o nosso trabalho.

Dolto (2008), ao falar da patologia das imagens do corpo, diz que é por meio das palavras que lhe são ditas que a criança pode ser reconhecida como sujeito e que, sem isso, a função simbólica fica comprometida, tendo por consequência uma desorganização e perda das imagens do corpo, desde a atual até a mais precoce. Acrescentam, ainda, que os sintomas são meios que a criança encontrou de expressar aos pais a sua ansiedade (DOLTO, 2008).

Entender o processo da constituição psíquica do sujeito pode ajudar a desconstruir o diagnóstico. Isso é fundamental para sustentar uma clínica psicanalítica, para que depois, se necessário, possamos abrir um espaço para o diálogo com as áreas que se encontram no atendimento à criança. Segundo Bernardino (2006), a importância do diálogo com a área da saúde abre a possibilidade de detecção e intervenção precoce com a criança, prevenindo quadros psicopatológicos na infância.

Bernardino (2006, p. 39) lembra ainda que Freud considera o infantil da história de cada um produz uma “estrutura que organiza os aspectos instrumentais e funcionais do desenvolvimento”, que depende da transmissão da estrutura simbólica, transmitida pela família, deixando marcas no inconsciente. A seguir, estão os relatos da experiência vivida em duas análises com crianças – um menino diagnosticado com TEA e uma menina diagnosticada com DDA. Eles foram experiências marcantes de uma clínica desejante.

Capítulo 4

*[...] Não pode haver ausência de boca nas palavras: nenhuma
fique desamparada do ser que a revelou [...].
(Manoel de Barros)*

4.1 A história de uma clínica – Sim, toma!

“Sim, toma!” é o signo da criança como sintoma dos pais, mas acrescentamos que é também da escola e, porque não dizer, da própria visão médica, uma vez que emitem sobre a criança um “parecer” ou “laudo”. Por mais que sejam baseados em critérios científicos, como vimos anteriormente, um diagnóstico faz parte de um discurso carregado de resíduos inconscientes. Não passamos intactos pela criança, ela revela o que há de sintomático (idealizações, medidas, expectativas) em todo saber sobre ela construído, sempre limitado e atravessado por nossos fantasmas (frustrações, dificuldades, limites). Daí o fato de a Psicanálise ter sempre algo a acrescentar sobre os diagnósticos.

Mannoni (1989 e 2004) em dois trabalhos “Um saber que não se sabe” e “A primeira entrevista em Psicanálise” esclarece as questões que permeiam a chegada da criança em análise, mostra as dificuldades dos pais em perceber o filho fora do seu próprio ideal narcísico, esclarece também o mal-estar vindo do sistema escolar que empreende tentativas ineficazes de reeducação, deixando a encargo da medicina a função arriscada de dar remédio para esse mal.

O diagnóstico na clínica infantil é um recurso, mas não deve ser interpretado como a definição da criança, porém temos visto tornar-se a forma de nomeá-la: autista, hiperativo, desatento, imaturo. Com isso, deixa-se de considerar a criança e trata-se o sintoma (MANNONI, 2003). Inspirada em seus trabalhos, assim como no de tantos outros psicanalistas, os relatos a seguir procuram retratar a complexidade da análise de crianças que receberam um diagnóstico médico de um dos chamados transtornos do neurodesenvolvimento, como temos, atualmente, definidos pelo DSM-5 e pela CID-10.

4.2 Relatos de experiência na clínica psicanalítica com crianças que receberam um diagnóstico médico

A organização dos relatos é o fio condutor para a discussão procurando entender o lugar da criança no discurso dos pais e no diagnóstico, analisando os resquícios da criança narcísica (deles e de outros) nesta relação, sem se esquecer de observar se há uma demanda da própria criança, bem como a posição do analista no processo da análise, a transferência com a criança e com a interlocução com outros familiares e profissionais envolvidos (MANNONI, 2004).

Os relatos vieram da experiência com duas crianças que tiveram um diagnóstico médico estabelecido no decorrer do processo de análise. A estrutura de apresentação é a mesma que utilizamos para a revisão dos casos clássicos da Psicanálise, no capítulo anterior, conforme explicitado na metodologia de pesquisa, no seguinte esquema:

- i) *Apresentação da queixa inicial.*
- ii) *Os primeiros indícios e a hipótese diagnóstica.*
- iii) *A escuta e a análise do diagnóstico.*
- iv) *A condução da análise.*
- v) *As conclusões possíveis.*

4.2.1 O caminho para chegar até Levi¹² – “ser ou não ser, eis a questão”

i) *Apresentação da queixa inicial:* o relato dos pais na primeira entrevista, veio carregado de angústia, pelo fato de a criança próxima de completar 3 anos de idade, não emitir nenhuma palavra que pudessem compreender, apenas sons não decifrados; não aceitar o desfralde; não interagir com outras crianças e adultos; além de ingerir compulsivamente substâncias não comestíveis. Ainda, não havia sido dado nenhum diagnóstico sobre o caso.

Os três fatores mais esperados por todos no desenvolvimento infantil referem-se ao *aparecimento da fala, ao andar e à “saída” das fraldas*. Esses fatores são uma unanimidade entre os pais e outros familiares, motivo, inclusive, de interferência das outras pessoas que sugerem uma infinidade de dicas e “simpatias” da cultura popular para fazer falar, andar e usar o banheiro. Tal fato fica claro nas entrevistas iniciais, pois sempre algum desses elementos, quando não os três juntos, aparece como um dos motivos para procurar uma avaliação para a criança, seja pelo médico, psicólogo, seja pelo fonoaudiólogo.

¹² Levi é um nome fictício utilizado para preservar o sigilo profissional. Ele significa “ligado”, “unido” ou “vinculado a alguma coisa ou alguém”. Disponível em: <<https://www.dicionariodenomesproprios.com.br/levi/>>. Acesso em: mar. 2016. A inspiração do nome vem da relação transferencial estabelecida com o analisado.

Os primeiros sons, o balbucio, misturados à linguagem materna, na leitura da Psicanálise, são considerados como o aparecimento do sujeito no circuito pulsional, confirmando a alienação ao desejo do Outro, falar e “sair” das fraldas é o resultado desse período e fica como mais uma perda de objeto para o bebê, a sua fala e o controle do esfíncter o torna mais independente e a relação fusional com a mãe começa a se romper (KUPFER et. al., 2012; LAZNIK, 2004).

Mesmo quando existe uma linguagem, mas que não seja “lida” de alguma forma pelo outro, ocorre a dificuldade de estabelecer o terceiro momento do circuito pulsional, em que deveria advir o sujeito, vem um mal-estar pela fala não compreendida. O outro pode se tornar surdo a essa linguagem, aparentemente incompreensível, levando a um lapso na montagem pulsional, em que o bebê não se identifica com o sujeito do terceiro tempo do circuito pulsional, que seria a entrada na alienação ao sujeito de desejo, que possibilita a sua posição subjetiva. Mas, para isso, é preciso que o bebê se apresente como objeto para o gozo do Outro primordial ou para o agente materno (BERNARDINO et. al., 2011). O entrave no advento da fala pode fazer o circuito pulsional parar o seu movimento desejante, em que começam a aparecer as primeiras características, ainda muito sutis, de um funcionamento autístico.

Para supor a existência de um sujeito no início da constituição subjetiva, é preciso antecipá-lo na expectativa da mãe, ou seja, a mãe supõe um psiquismo para o bebê. Winnicott chama esse processo de “agente materno primário”, “mãe dedicada comum” e “condição psiquiátrica muito especial da mãe” (WINNICOTT, 2007 e 2012). A mãe vê no corpo do bebê o que ainda não está lá e acredita que já existe um psiquismo que ainda não se constituiu, esses elementos são fundamentais para o advir do sujeito. Mas nem sempre há a possibilidade de essa antecipação existir e ser correspondida pelo bebê.

ii) Os primeiros indícios e a hipótese diagnóstica: a criança mostra-se à vontade junto dos pais, não demonstra angústia por estar em um espaço físico novo (consultório), tem mais interesse pelos objetos do que pelas pessoas, explora o ambiente e apresenta deambulação. Nas observações das sessões iniciais, ficou clara a falta de interação, pois o menino não interage com seus pais, apesar de receber todo o estímulo da parte deles. Olha-me de modo oblíquo quando converso com seus pais e enquanto preparo alguma coisa para brincar. Passa a sessão inteira segurando um único objeto, mas não brinca com ele. Demonstra interesse pela forma dos objetos, observado pelo modo como passa os dedos ao longo do brinquedo escolhido, contornando-o sem expressar uma ação de imitação ou simulação.

A ausência da fala, a tendência ao isolamento, à ingestão de substâncias não comestíveis (tinta guache, massinha de modelar, lápis de cor, giz de cera, sementes, folhas de árvores e

migalhas de comida encontradas no chão) e os dois episódios em que ingeriu as próprias fezes, fato que ocorreu apenas na presença da mãe e não mais se repetiu, formam um primeiro conjunto de características que revelam os sintomas semelhantes ao do autismo, assim levantei a hipótese com base nas observações. Considerei importante que os pais, também, procurassem por uma avaliação médica, pois, além das características compatíveis com o autismo, havia também a queixa de recorrentes gastroenterites que poderiam vir da ingestão das substâncias mencionadas acima, bem como alguma intolerância alimentar, que a mãe já suspeitava, que poderia agravar o quadro.

O caso de Levi ocorreu de modo diferente pelo fato de ter chegado para a análise sem um diagnóstico médico, pois é mais comum virem após ter passado pela área médica. A escola já havia sinalizado a tendência a se isolar, a ausência da linguagem falada e a não responsividade (termo do DSM), evitou um posicionamento precipitado, mas sugeriu que a família procurasse uma avaliação médica. Os pais decidiram primeiro buscar uma psicoterapia infantil. A partir da avaliação inicial, considerei importante que procurassem por uma segunda opinião, é mais comum que seja o contrário, os pais procuram primeiro o médico e, depois, recorrem a uma avaliação psicológica. Nesse contexto, percebi que seria importante para eles o envolvimento de outros profissionais. Sugeri que, enquanto isso, déssemos continuidade aos atendimentos. Levi foi, então, avaliado por um neuropediatra com experiência em tratar o TEA. Com isso, três meses depois do início dos atendimentos, foi dado o diagnóstico médico, seguido pela busca de terapias complementares, constituindo, assim, uma “equipe” de atendimento com fonoterapia, musicoterapia, terapia ocupacional, psicopedagogia, equoterapia e continuava em análise por escolha dos pais.

O momento foi de muito sofrimento, pelo impacto da notícia e pelo novo golpe sobre o narcisismo dos pais que caracteriza as suas projeções do Eu ideal sobre o filho, é a vivência de um espelho partido, pois tornar-se pais joga o casal “em uma relação permanente com um estranho, quanto mais alheio o estranho, mais forte a sensação de negatividade [...] ninguém está preparado para um filho com necessidades desconhecidas” (SOLOMON, 2012, p. 11). Foi uma fase de aprendizado também, marcada pela luta por uma resposta ao diagnóstico, uma tentativa de entender e buscar uma saída. A posição do psicanalista frente aos pais é como ensina Dolto (2004) é a de escutar, sem dar ou tirar a razão para a ansiedade em encontrar uma resposta, o que precisamos é acolher a sua dor e queixa, as palavras a eles dirigidas devem ser na direção de uma reflexão sobre si mesmos e sua própria história até chegar ao filho.

iii) A escuta e a análise do diagnóstico: a concepção do autismo, em qualquer área do conhecimento que se propõe a descrevê-la, precisa levar em consideração dois pontos em comum: o fato de ser um transtorno grave e a necessidade de ajuda com intervenções, em geral, prolongadas. O tratamento não pode ser feito de forma isolada, são envolvidos vários profissionais, com diferentes terapias. Porém o DSM propõe um modelo diagnóstico que dificulta o diálogo com diferentes áreas do conhecimento, ou seja, as terapias não podem ser tão diferentes assim, pois, ainda, prevalece a visão médica positivista, levando a vários tipos de tratamento isolados (JERUSALINSKY; FENDRIK, 2011). Nesse ponto, fica clara a posição discursiva do mestre (LACAN, 1996), cujo saber estanca a possibilidade de incluir outra visão sobre o autismo.

O principal modelo diagnóstico médico hoje é o DSM-5 associado à CID-10, que traz um quadro único – TEA, em contraste com o DSM-IV anterior que trazia o grupo Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), separando e colocando as especificidades do diagnóstico para Autismo, Síndrome de Rett, Transtorno Desintegrativo, Síndrome de Asperger e Autismo Atípico relacionado às características da Esquizofrenia (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2005). O que mudou no modelo atual é a existência de um diagnóstico diferencial para esses transtornos que devem ser considerados como paralelos ao TEA, de forma separada, aceitando que uma criança possa ser enquadrada em dois diagnósticos distintos. Para nós que recebemos os pais impactados por esse diagnóstico, precisamos saber lidar com essas informações.

Na prática, é muito difícil atribuir um diagnóstico fechado em um transtorno, o que não significa dizer que concordamos com o DSM, mas sim que os critérios diagnósticos, dentro da pretensão de objetividade, tornam-se mais sujeito a erros ou, como diz Jerusalinsky (2011), ao risco do efeito “iatrogênico” (doença oriunda de outra ou um medicamento; erro médico).

A Psicanálise não tem uma posição única em relação à concepção de autismo, há discordância entre as definições encontradas em comparação com a psicose infantil. Entre os psicanalistas lacanianos, a questão torna-se evidente ao envolver as estruturas subjetivas (neurose, psicose e perversão), entre os que defendem a unidade estrutural, os que consideram o autismo como uma estrutura diferente e aqueles que o consideram como uma “a-estrutura”, considerando o sujeito fora de qualquer uma delas, pela anterioridade ao aparecimento do sujeito do inconsciente (KUPFER, 2000; ROCHA, 2002).

Tafari (2003) mostra essa diversidade de posicionamentos da Psicanálise em relação ao autismo sob a perspectiva de uma evolução desse pensamento, ou seja, aponta que as contribuições vieram acompanhando as experiências dos psicanalistas ao longo de décadas de

estudos e debates, marcando um ponto comum entre todos, a partir das relações primordiais referentes ao narcisismo primário. As maiores diferenças estão no modo como se trabalha a questão, sob a perspectiva da constituição inicial, que depende também das particularidades de cada caso.

Para o meu posicionamento como analista, no caso de Levi, o diagnóstico estava apenas iniciando, junto com a análise. Uma das preocupações na clínica psicanalítica é entender o funcionamento psíquico da criança, como ela adentrou ou não na estrutura simbólica que lhe dará a condição necessária para viver no mundo humano, pois isso implica, diretamente, a condução do tratamento (BERNARDINO, 2004).

Não podemos, nem é a intenção colocar apenas os acontecimentos do início da vida afetiva de uma forma determinante para a questão do autismo. Se a desorganização psíquica já estava ocorrendo desde seus períodos arcaicos, podem existir outros fatores que convergiram para isso, mas o que concerne à Psicanálise é o trabalho de fazer surgir o “eros” suprimido, libidinizá-lo, promover uma rearticulação pulsional, uma vez que sua energia pulsional está dirigida a objetos não humanos, o que o coloca nesse mundo à parte (TAFURI, 2003; LAZNIK, 2004; CRESPI, 2016).

A Psicanálise sempre coloca o foco na criança por trás do diagnóstico e não foi diferente com Levi, daí a importância em estar à disposição para acolher os pais em seu árduo caminho até a aceitação do filho fora do campo idealizado. Muitas vezes, abri um espaço de escuta para eles, que não aceitaram a ideia de buscar a análise para si (só a mãe fez, no início), queriam falar de si comigo, a analista do filho, para isso foi proporcionado um espaço para que pudessem falar. Ele foi um bebê muito desejado pelos pais, pela família toda, é o primeiro filho, primeiro neto, primeiro sobrinho. Havia uma criança idealizada no imaginário de todos, sua chegada gerou muita expectativa na família.

Em vídeos feitos em casa e trazido pelos pais, mostram a interação do pai com Levi ainda bebê, quando tinha aproximadamente 4 meses de idade, ele balbucia e olha para o pai, que segura as suas duas mãos, com o rosto próximo a ele, que está deitado. Em outro, aos 18 meses, mostra-se interessado em desenhos animados na televisão. Nas imagens dos vídeos, Levi reage à estimulação, mas preserva um olhar distanciando e uma fisionomia séria, em um deles a avó tenta lhe chamar a atenção, mas ele não prende o olhar para ela também, fica interessado em uma bola suspensa à sua frente. Os vídeos mostram que às vezes ri e gargalha quando é estimulado pela mãe. Porém, após esse período, começa a aparecer a tendência ao isolamento e a não mostrar interesse visível pelas pessoas, seja na família, na escola, seja em atividades coletivas.

Na constituição psíquica inicial, quando o bebê desenvolve poucos recursos simbólicos para lidar com a angústia ameaçadora que vem do meio externo, sente-se invadido por um real que o coloca em uma disjunção, ou como podemos dizer, fica desconectado do Outro, mergulhado em uma atividade desligada das demandas externas, pelo menos na aparência (LAZNIK 2004; BERNARDINO, 2011). Com Levi, essa desconexão estava presente em todas as atividades que acompanhei durante o primeiro ano da análise, como nas observadas em vídeos que mostram um interesse fugidivo por algum objeto ou pessoa exceto pela questão da alimentação.

O interesse em captar o gozo do Outro e a ele se alienar estabelece a primeira sustentação do sujeito (LAZNIK, 2004 e 2013). Inicia com uma alienação no campo do real a partir das partes do corpo oferecidas ao Outro, como vimos nos objetos do circuito pulsional que marcam as zonas erógenas. Da alienação no real vem a imaginária com o estádio do espelho, que promove a identificação no Eu ideal, relacionada ao modo como o bebê é visto pelo Outro e a simbólica, refere-se ao traço unário, à identificação primordial que leva ao ideal do Eu, o ideal a ser seguido. Assim se estabelecem os três registros psíquicos, ou o “enodamento” ou o sujeito na trama dos nós da identificação com o Outro (KUPFER et al., 2012; LAURENT, 2014; BERNARDINO, 2015;).

É esse ponto de identificação que não vemos em Levi, embora os vídeos revelem que havia uma parte desse funcionamento pulsional, a partir da estimulação dos pais, suas respostas são sempre depois de muita insistência e nenhuma por iniciativa da criança e, à medida que o tempo vai passando, as respostas são acompanhadas de intensa angústia e choro, principalmente em casa, junto de sua família.

iv) A condução da análise: nas sessões de análise, a intervenção não ocorre apenas pela insistência, há um tempo de espera, um silêncio retribuído e a imitação do gesto, buscando introduzir a presença/ausência (a falta do outro), permitindo o intervalo para a resposta da criança (CATÃO, 2009). Levi fica sem os pais na sala e aceita a minha presença, mas tenta sempre se afastar e colocar-se em um canto da sala que dificulte o contato, por exemplo, entra em um espaço entre o sofá e a parede, onde não posso me aproximar. Se insisto em me aproximar, responde rapidamente em um primeiro momento, sai do cantinho, mas logo corre de volta para lá. Ao se insistir mais ainda, interferindo em seu gesto diretamente, imitando ou tocando no objeto que segura, reage com reclamação sonora e depois me morde e me empurra longe de si.

A palavra isolamento não parece a mais adequada para entender o que se passa com a criança, por isso mesmo, buscamos em Tafuri (2003, p. 36) uma expressão que diz algo a

mais sobre a tentativa dele em parecer invisível: “o ensimesmamento pode ser compreendido de uma forma subjetiva, desde o início do tratamento, como uma presença de ser não simbólica”, ou seja, é a sua forma de ser possível que veio se organizando ao longo das experiências iniciais da vida. Tafuri (2003) mostra que a criança autista não tem um total afastamento da realidade, que mesmo no isolamento, na alienação, ela conserva o contato com o mundo externo, mostrando que as características que tomamos como sinais do autismo são mais do que isso, são formas de estar no mundo. Não podemos anular a singularidade do sujeito, pois o autista lida com o mundo externo do seu modo (LAURENT, 2014). Assim, o intervalo de tempo para a presença e ausência pôde ser respeitado.

As vivências clínicas a partir do referencial da constituição psíquica nos levaram a pensar, no início dos atendimentos de Levi, sobre os efeitos da perda objetal. A mãe sempre trouxe a queixa sobre a ingestão de substâncias não comestíveis, na verdade, sempre que nos encontrávamos, esse era o tema principal, aparecia como uma das características mais importantes nesse caso, porque não se tratava de um transtorno alimentar, comum no autismo, ao contrário, Levi se alimentava muito bem no que diz respeito às refeições e aos lanches, aceitava todos os alimentos oferecidos por sua mãe, mas começou a chupar, mastigar e ingerir tudo o que via pela frente.

Logo ao nascer, a mãe investiu muito em sua amamentação, porém ele teve dificuldade para pegar no seio, mas pela insistência, conseguiu mamar durante quase um ano. Depois dessa luta da mãe para amamentá-lo, foi preciso fazer um desmame abrupto, devido a uma segunda gravidez em que havia risco de aborto. Segundo Klein (1996), a relação afetiva entre a mãe e o bebê se estabelece desde o momento do nascimento e vai muito além dos cuidados físicos e alimentares. A partir dessa perspectiva, Klein diz que nem sempre optar pelo esforço da amamentação é a melhor saída para o bebê, devido ao aspecto afetivo e emocional ligados à amamentação. Porém é muito comum a imposição desse ato para as mães, vindas de demandas externas, idealizadas somando-se às suas próprias feridas narcísicas, levando a mãe a impor ao bebê que mame a qualquer custo.

Naturalmente, é preciso considerar caso a caso, mas os problemas em torno da amamentação causam muita polêmica atualmente, pois vivemos em um tempo de grande incentivo (militância até) à amamentação natural. O desmame pode ter contribuído para a formação de uma fantasia de privação, já que foi tão estimulado, além disso, havia a expectativa pela chegada de outro bebê, que pode ter deixado a criança com a sensação de desamparo. Aqui temos um supereu e seu imperativo de gozo (LACAN, 1985, [1972]), ou

seja, uma mãe perfeccionista não pode viver a frustração de uma falha que seria menos danosa, quanto mais se pudesse dar conta da própria falta.

Winnicott (1982 e 2012) diz que a amamentação é uma fase de adaptação sensível da mãe às necessidades da criança, passando-lhe a ideia de um mundo seguro e confortável, mas como tudo o que é bom chega ao fim. Se a amamentação foi uma experiência satisfatória, seu encerramento também pode ser, pois, a partir do desmame, se ampliam as experiências do bebê com outras atividades interessantes, como comer com a colher ou tomar o leite em um copo, que pode ser uma aventura de novas brincadeiras e trocas afetivas. Mas o desmame repentino pode trazer outras consequências, como a irritabilidade, a tristeza e a vivência do desamparo.

A respeito disso cheguei a pensar que Levi empenhou-se em se fazer para a mãe, muito próximo ao terceiro tempo do circuito pulsional como descrito por Laznik (2004), em que aparece o sujeito a se fazer para a mãe, mas não para fazer gracinha, neste caso, e, sim, mostrar como leva a sério o ato de comer, que ele comeria a qualquer custo, já que houve mesmo o esforço dela para amamentá-lo. Tal esforço parece ter sido tão forte que formou uma unidade de afeto entre ambos. O ingerir passou a ser o comer tudo endereçado à mãe, mantendo o seio materno como objeto real perdido no duplo desejo, dele mesmo e o da mãe (LACAN, 1963/2005), no entanto o que ele passou a ingerir foi além do desejo e tornou-se um ato no real, sem simbolização. Levi caiu fora do circuito pulsional antes de constituir-se como sujeito, carregando um traço com o qual não foi possível formar a cadeia de significantes.

Uma observação importante é que, no ato de comer, demonstra satisfação, quase que um semblante de prazer. Fiquei em dúvida se essa era uma demonstração de não “assujeitamento” ou um oferecer-se ao desejo do Outro, o primeiro significaria o autismo, o outro a psicose. A conclusão a que cheguei foi a de que não haveria razões clínicas para decidir um diagnóstico nesse momento e que uma característica apenas não é o suficiente para definir uma estrutura; assim como no diagnóstico médico, não se pode definir um transtorno por algumas características isoladas, na Psicanálise também precisamos pensar, não por critérios de definição, mas pela complexidade do estabelecimento da relação transferencial. (BERNARDINO, 2004; LAZNIK, 2004).

Na questão do autismo, as dúvidas são recorrentes ao se pensar a constituição psíquica e os tempos do sujeito, o momento da entrada e/ou saída do circuito pulsional, o objeto não perdido, mas elidido e assim, destituído de sua roupagem imaginária, ao que o analista tenta

resgatar com suas intervenções (JERUSALINSKY, 2004; LAZNIK, 2004; BERNARDINO, 2004; MALEVAL, 2009; LAURENT, 2014).

A partir disso, é possível pensar que o “comer” pode ser uma forma de se comunicar nesse caso, por uma representação no sentido freudiano da *Vorstellung* frente à impossibilidade de representação pela palavra, tais representações podem estar ligadas a uma primeira organização significativa, em um registro de traços mnêmicos (LAZNIK, 2004). Afinal, não foi assim que ele começou sua relação afetiva com a mãe, na insistência para ser alimentado? As primeiras vivências afetivas da criança encontram-se na fase que Lacan (2008) chama de complexo nutricional, da qual faz parte o seio e o bebê ainda não se distingue desse objeto, corpo da mãe, mas considera tudo como parte dele mesmo. Para que o bebê desfrute da nutrição, dois desejos precisam estar presentes – o do bebê, de ser nutrido e o da mãe, de que ele deseje ser nutrido.

O mesmo acontece na fase de controle dos esfíncteres, quando a criança libera as fezes atendendo a uma demanda do Outro, mas referindo-se a uma parte do corpo que é sua. Dessa vez, ela oferece essa parte do seu corpo (fezes) como um dom (presente) para a mãe, o desejo ainda é ambíguo, mas já há um domínio sobre a demanda do Outro (LACAN, 2005a). Levi, ainda, usava fraldas aos três anos de idade e havia uma certa pressão da escola para que o desfralde se realizasse. Mais uma vez, este é um momento crucial para a criança, pois é uma das últimas condições de dependência em relação à mãe. Levi, durante esse período, apenas na presença da mãe, leva a mão à boca para sugar os dedos logo depois de ter pegado suas próprias fezes, foram dois momentos de intensa dor e angústia para a mãe e o filho, porque não houve meios de aceitação desse presente, não era assim que a mãe desejava vê-lo fazer-se para ela. Aqui, o objeto ‘a’ funciona como falta no real, que corresponde a uma falha no intervalo do gozo (FLESLER, 2012), daí o fato de a criança autista não brincar, não simbolizar.

Sobre a criança e os seus objetos autísticos, pode-se dizer que Levi trazia um junto a si, como definido por Tustin (1975), que substitui o Eu. De acordo com a autora, no decorrer do desenvolvimento, a criança vai aos poucos deixando para trás esses objetos, quando já tem outros recursos de simbolização. A criança autista os utiliza fora de suas funções, para se proteger da angústia, podendo tornar-se um substituto permanente da mãe (TUSTIN, 1975; MALEVAL, 2010). Por isso mesmo, jamais devem ser suprimidos sem entender o que representa para a criança, pois essa pode ser uma das poucas formas de defesa frente ao mal-estar gerado pelas demandas externas.

A cada sessão, Levi trazia uma parte de um brinquedo, às vezes um inteiro, sempre era de alguma coisa de sua irmãzinha. Ao comentar com a mãe, a mesma observou que havia uma escolha antes de sair de casa. Minutos depois de iniciar a sessão, ele mesmo o substituía por outro qualquer, sem expressar angústia. Mas se pedisse para ele tanto o trazido de casa, como algum do consultório que ele tivesse se interessado, emitia sons de reclamação, mas o soltava da mão e em seguida pegava outro.

A criança autista se dá a conhecer por meio de minúcias, de pequenos detalhes sobre si. De início, o pedaço do brinquedo da irmã trazido para a sessão, parecia um objeto autístico sem representação. Mas, ao observar com mais atenção, havia uma repetição simbólica, não pelo gesto em si, mas pela origem. Ele o escolhia antes de sair de casa, entre os pertences da irmã. Não era um objeto qualquer, havia nele uma representação, um significante, representando outra coisa. Carregando uma marca, aparentemente sem conexão, de um significante que ainda não faz cadeia, porque não há um intervalo que os alinhe, mas traz um indício de alteridade (VOCARO et al., 2002).

Fiz uma alteração dos objetos disponíveis na sala, retirei os que Levi costumava pegar e trouxe outros não conhecidos (bonecos de personagens de desenhos animados e de animais). Da primeira vez pareceu claramente frustrado por não encontrar aqueles que já estava acostumado a segurar, foi procurá-los onde ficavam sempre e não os encontrou, tentou em outros compartimentos do armário e não estavam lá também. Mas não chorou e nem fez gesto de pedir por eles, começou a passar os dedos na parede e no chão, da mesma forma que fazia com seus objetos eleitos, como se estivesse contornando a superfície. Então, passei a imitar seu gesto e, com isso, recebi olhares enviesados e rápidos, mas espontâneos.

O conceito de “borda de gozo”, retomado por Laurent (2014), indica que o espelho não se instalou como a imagem de identificação, por isso, foi criada uma espécie de “capa protetora” que lhe permite defender-se das investidas que o Outro lhe dirige. Levi contorna os objetos que estão à sua volta, a parede, o chão, o braço do sofá, demarcando a sua presença em um lugar de pura falta. Mas não associo isso a uma desconexão com a realidade ou a um alheamento do mundo que o cerca. A memória e a percepção se mostram ativas, ele está a par das coisas, ainda que a demonstração seja muito sutil, assim podemos considerar que não houve prejuízo no aspecto cognitivo, mas é preciso olhar para essa criança como aquele que entra na via da aprendizagem fazendo movimentar seus traços subjetivos, com aquilo que tem de singular em sua constituição subjetiva (BASTOS, 2012).

Durante um período de seis meses aproximadamente, em todas as sessões, Levi vinha de alguma atividade terapêutica, em geral da equoterapia, por isso, trazia sempre seu lanche

para comer durante a sessão de Psicanálise. Acolhi a ideia do lanche para observar melhor a relação dele com a comida e acredito que esse fator foi importante para seu processo de análise. O lanche trazido era muito correto, do ponto de vista nutricional, nunca encontrei um alimento qualquer que não fosse saudável e Levi devorava todos, comia com muito gosto, até as migalhas que caíam no tapete. Em minha intervenção, procurava trabalhar a “boca devoradora”, não no sentido de costurá-la, como mostra Lacan (1990) que de nada adianta tratar o sintoma, mas na tentativa de fazer a “forçagem simbólica” no caso da criança autista, que é uma abordagem que visa reproduzir no contexto terapêutico, a “estrutura do encontro primordial que leva o sujeito à simbolização”, à construção de uma cadeia de significantes, proporcionando a sua entrada no mundo social (CRESPIN et al., 2016, p. 326).

O lanche se dava na metade do tempo da sessão, momento eleito por ele mesmo e nunca por mim, mas sempre foi rigorosamente nesse momento, o que indica a sua noção de tempo. Percebi que vinha uma toalha na lancheira e resolvi estendê-la como se fosse um piquenique no meio da sala, sempre na tentativa de estabelecer alguma conexão através do “ritual” de lanche. Procurava delimitar o espaço para comer, dizendo: – *“Vamos comer aqui, vamos fazer um piquenique de sala”* – apontando o lugar onde estava arrumada a toalha, ele ignorava a ideia se esquivando para algum canto da sala, levando a comida, movimentava-se à vontade e para a vasilha que não conseguia abrir sozinho, buscava ajuda colocando minha mão sobre o objeto, novamente fica aqui a evidência do contato de Levi com a realidade, mas me usando como mais um entre os objetos – eu era a abridora de potes que permanecia sentada no lugar marcado para o tal piquenique.

Naquele momento não era possível visualizar as consequências dessa organização para comer, mas ele passou a participar da “brincadeira” de piquenique, tirando tudo o que vinha na lancheira e esperando que eu arrumasse, interpretei como uma espera, pois nessa hora ele me olhava. A toalha era o nosso vínculo, ele não mexia nela, mas depois que eu a estendia, vinha comer ali. Depois da temporada de piqueniques de sessão, Levi passou não devorar mais as substâncias não comestíveis, inclusive os resíduos encontrados pelo chão, o que contribuiu para redução dos problemas gástricos. A possibilidade de uma rearticulação pulsional pode ser pensada a partir dessa experiência, dentro do que havia observado do funcionamento de Levi, fica clara a relação primordial dele com o ato de ingerir, por isso segui por esse caminho, muitas observações já haviam sinalizado isso. A Psicanálise não segue pelo caminho da normalização, embora ela possa ser bem-vinda, é sempre uma consequência, e não o foco da intervenção. As produções autísticas não acontecem por acaso,

precisamos encontrar a criança pela modalidade sensorial pela qual ela faz contato com o mundo (CRESPIN, 2004).

No mesmo período da atividade de piquenique, tentei introduzir o “compartilhamento” da comida, na verdade, cometia um “roubo”. Primeiro pedi que ele dividisse comigo, o que trazia de lanche, mas ele não queria, até que em uma sessão, coloquei uma de suas tapiocas na boca, deixando a metade para fora, no início ele simulou um choro, mas depois retirou esse pedaço da minha boca e comeu; repeti esse gesto outras vezes, até que ele não reclamou mais e, embora fizesse cara de descontentamento, me deixava comer seu lanche. Nunca chegou ao ponto de oferecê-lo a mim, mas não demonstrava nenhuma angústia ou sofrimento por eu comer do seu lanche.

A intervenção era uma tentativa de provocar o vínculo a partir da comida, que era um elemento importante nesse caso. Até que ao ver um vídeo de Levi com a irmã, ele estava comendo biscoitos de uma tigela, ela apareceu e pegou um, ele puxou o recipiente para longe, reclamou, fingiu um choro, mas de imediato o recolocou por si mesmo no lugar onde estava, ao alcance da irmã, mantendo uma cara emburrada. Deduzi que esse compartilhamento “forçado” já era conseguido pela mãe em casa e minha estratégia estava sendo semelhante à dela, ou seja, a imposição de uma regra e Levi não tinha problemas com isso. Como diz Rosine Lefort (1992), a criança é o nosso docente, nos ensina a ser analistas, se pudermos aprender.

Fazer a distinção entre o Eu e o Sujeito, como vimos no terceiro capítulo, no esquema da identificação primordial, é fundamental para não se sentir seduzido a conduzir a análise a partir da demanda do outro, a partir do Eu, pois qualquer intervenção está condenada ao fracasso, se visa a uma “reconstituição pré-fabricada – forjada a partir de nossa ideia sobre o desenvolvimento normal do indivíduo, visando à sua normalização, eis o que faltou a ele, eis o que deve aprender a suportar de frustração, por exemplo” (LACAN, 1954-55/2010, p. 64). O lugar discursivo que clama pela costura da falta é o do discurso da histérica (LACAN, 1969-70/1996), como vimos no segundo capítulo, que se remete ao mestre para saber de si, como a falta não pode ser conhecida, a tentativa de responder vai falhar, como aconteceu nessa intervenção.

v) *As conclusões possíveis:* Levi é uma criança autista? Essa pergunta retornou muitas vezes, talvez seja possível dizer que sim, mas isso é secundário para a psicanálise, é mais um nome que não é o da criança. Uma última observação para compreender os desdobramentos da análise de Levi é que sua inteligência se mostra através da forma rápida como assimila todas as estratégias que são utilizadas durante a sessão. Ele sabe que, em determinado

momento, precisa ceder e dar sinal de vida e o faz, de modo mecânico, dispensando uma forma de comunicação verbal ou gestual, mas dando as pistas do seu existir. Porém deixa à mostra na repetição de seu gesto, nas atividades que produz por si mesmo, as quais nem sempre são compreendidas pelos outros, que há um distanciamento, não da realidade, mas do laço social.

Em seu modo de agir, Levi deixa claro o quanto ele está ligado aos acontecimentos à sua volta, os quais precisam ser decifrados, como uma forma de acessá-lo. No decorrer da análise, foram reconhecidas funções essenciais – cognitivas, psicomotoras e afetivas, tais como memória, atenção, compreensão da linguagem vinda do outro, noção de espaço e equilíbrio corporal, bem como raiva, alegria, simulação de choro, menos a função da linguagem expressa por palavras. Percebi que ele tem todas as funções para a fala, uma vez por outra deixava escapar alguma palavra solta, como “não” e a onomatopeia “póinóinóin”. Levi continua sem falar, mas pude entender e desfrutar da sua comunicação em muitos momentos em que a angústia cedeu lugar à brincadeira, quando pude me entregar junto com ele, nas idas ao parque, aos balanços e escorregadores, com risos e olhares gratificantes. Para Winnicott (1983), o brincar é a sobreposição de duas áreas dessa atividade: a do analista e a do analisando, tal fato é indispensável e abre um espaço potencial entre o mundo interno, formando uma parceria psicossomática e a realidade externa, que tem a própria forma de funcionamento que precisamos entender.

Mannoni (2003) alerta que a dificuldade para discutir a transferência na análise de crianças, mais ainda no caso da criança autista, é a concepção a que os autores recorrem, colocando como pontos de referência “a afetividade, o comportamento e a adaptação” (MANNONI, 2003, p. 67), não se pode esquecer dos elementos simbólicos presentes em qualquer relação transferencial. Segundo Tafuri (2003), com o analisando autista, há uma complexidade maior em se perceber os fenômenos transferenciais, que podem ocorrer de formas inesperadas, através de um jogo de projeções, do contato físico ou simplesmente de um traço percebido entre os dois sujeitos.

Com Levi, é possível dizer que a transferência foi oscilante, nos momentos em que tentei estabelecer uma troca, como no caso de querer compartilhar a comida com ele, aparece como um jogo de Eu-ideal de minha parte. A percepção de uma forma de transferência da parte dele ocorreu nos momentos em que ele busca o contato físico, no morder, nos momentos que retribuiu uma espera e no pegar pela mão como forma de um chamado, que era diferente das vezes que usou minha mão como um objeto de abrir e pegar coisas. Durante a análise,

várias vezes, havia a nítida percepção de uma transferência e, em muitas outras a sensação de exílio em ele se colocava em relação a mim.

Para finalizar o relato, aconteceu um evento que chamei de causador de efeito de vida: Levi tinha interesse em um jogo de encaixe, do qual sempre escolhia uma parte mais longa que ficava girando repetidamente. Enquanto eu tentava fazer uma torre, com as outras partes do mesmo jogo, em geral, ele sempre desmanchava antes que eu terminasse. Naquele dia, pedi que esperasse terminar a “construção” e depois ele poderia fazer o que quisesse, dito isso, me posicionei de frente para a torre e de costas para ele até acabarem as peças, quando o espaço foi liberado (se ele quisesse mesmo desmanchar antes, poderia ter dado a volta e derrubado antes de acabar a arrumação). Terminado, eu disse: “– *Agora sim, pode fazer o que quiser*”. Foi quando ele derrubou a torre com a minha participação, acabamos os dois caindo por cima dos cubos espalhados pelo chão e ele começou a me morder, mordeu várias vezes, uma mordida forte, mas não a ponto de machucar, as mordidas foram toleradas e não contidas. Então, eu disse a ele: “– *As mordidas não estão me destruindo*”. Levi soltou sonoras gargalhadas e olhou várias vezes para mim, com um olhar diferente, sua risada era uma risada de alegria, não era uma risada de quem estava “devorando” com raiva. Quando pôde passar ao ato derrubando tudo, expressando sua raiva, impaciência e agressividade e teve a confirmação de que isso não me destruía, mesmo me mordendo por todo o corpo, pode enfim gargalhar, aliviar-se com esse outro que, enfim, o acolhe. Aqui, percebe-se esse traço que se opôs à anulação do outro e, como diz Bernardino (2015), em uma clínica difícil, às vezes, acontece, em transferência uma conexão palavra que traduz esse acontecimento.

Depois desse acontecimento, a sessão estava na metade, mas Levi colocou seu sapato e foi em direção à porta. Primeiro acreditei que ele queria ir ao banheiro, mas ele se dirigiu à porta de saída do consultório. Disse a ele que o horário ainda não tinha acabado e o pai ainda não estava lá para levá-lo para casa, pegou a minha mão e seguiu em direção ao parquinho que fica na mesma quadra do consultório (o pai costuma ir com ele lá). No parque, foi ao balanço e ficou esperando para ser balançado. O “pedido” foi atendido, mas depois que o balanço parou o movimento, convidei-o para ir a outros brinquedos. Ele resistiu um pouco, mas aceitou e ficou muito sorridente o tempo todo.

Na sessão seguinte, não houve mordidas, mas na metade do tempo, ele me pegou pela mão e quis ir de novo ao parque. Enquanto o balançava, posicionada por trás dele, Levi várias vezes olhava para trás sorrindo para me olhar. Quando voltamos para o consultório, seu pai o esperava e, ao saber que fomos de novo ao parquinho, o pai perguntou (mas já afirmando): “– *E aí, quis ficar só no balanço?* Ao que Levi respondeu: “– *Não*”. Um não bem assertivo.

Soler (2007) distingue na criança autista três características que ficam muito evidentes no fenômeno transferencial. Com Levi, características essas foram vivenciadas em diferentes tempos da análise e, também, em outros contextos. A primeira é a percepção de que ele se sente perseguido pelos signos da presença do Outro, o olhar e a voz o invadem, por isso, tenta anulá-lo, de um jeito ou de outro Levi sempre tenta escapar. A segunda é contrária à anulação, mas segue o mesmo princípio do “não estou aqui” que ele tenta passar para todos que o cercam, só olhando quando as pessoas se distraem, assim é que ele sabia a hora de comer tinta na sala de aula, vigiava a professora e, quando ela se distraía comia toda a tinta guache, assim como nas sessões me olhava enquanto eu me deixava distrair com algum objeto, e ele ficava olhando enviesado. A terceira característica é a recusa da imitação do Outro, recusa ao apelo, ao chamado. O trabalho com o autista é um exercício de muita insistência, de sustentação do real, de aceitar estar ilhado na maior parte do tempo (LEFORT; LEFORT, 1990; TAFURI, 2003).

O final do tempo de análise de Levi, que os pais conseguiram manter (a escolha da interrupção foi deles), possibilitou sua convivência em qualquer espaço social – frequente escola, brinquedotecas, festas e reuniões sociais de toda natureza, vai ao circo, teatro e parques para andar de bicicleta com os pais e a irmã, sem demonstrar angústia, ao contrário, demonstra ficar à vontade nesses ambientes, embora não interaja com ninguém. Alimenta-se de forma adequada, não é dado a compartilhar sua comida, mas não reage de forma negativa quando se vê confrontado com o fato de ter que repartir um alimento, quando isso acontece, não se mostra abalado ou ameaçado. A palavra que fala com mais frequência é *mãe*.

Consideramos que a linguagem estabelece o modo de gozo do sujeito. O autista opera em um registro simbólico que não se inscreve no corpo, pois “não são portadores do gozo vocal” (MALEVAL, 2010, p. 11) ou da voz que permite tal inscrição, por isso tendem a se apegar a um objeto que não pode ser entendido como um símbolo ou representação com o qual outros possam se identificar e compartilhar, ele apreende o mundo através de “índices e ícones” (idem) como contam os relatos de autistas de alto desempenho (MALEVAL, 2011). A impressão que temos de que a criança autista não simboliza vem da precariedade de seus recursos significantes e da ausência de expressividade da forma como compreendemos verbal ou gestual (como a de apontar, por exemplo), mas conseguimos identificar os processos afetivos – apego, alegria, raiva, angústia, bem como os cognitivos – memória, atenção, noção de espaço e tempo, perceptíveis na sua forma de ser.

Onde chegar? Segundo Tafuri (2003), o analista deve oferecer funções que permitam ao analisando a continuidade ao desenvolvimento de si mesmo; são os fundamentos do Eu

oferecidos para que o sujeito continue a existir. Para Soler (2007, p.78), o analista deve se colocar no lugar do grande “Outro primordial real: onde estava a mãe surge o analista, com seu corpo e suas palavras”. No esquema de identificação primordial (figura 2), vimos que a mãe constrói com o bebê uma relação imaginária, narcísica, um “eu” identificado ao bebê e vice-versa, como um espelho duplo na lógica da alienação ao desejo materno. Se a criança autista não chegou a esse estágio, é a partir daí que a posição do analista deve advir, até que o sujeito comece a construir a sua própria cadeia de significantes.

Na análise de crianças autistas, aprendi que não é um lugar vazio que o analista deve ocupar, como em outras análises, mas sim o lugar dos ditos do Outro, que sustentam sua cadeia de significantes. Mesmo no silêncio, estará sustentando um lugar de vida, isso produz efeitos, há um que chama por ele, mas que pode escutá-lo. Com palavras e sem palavras, invocar (pedir auxílio) e provocar (chamando ao desafio), fazer-se presente e ausente. Com Levi, tudo isso foi experimentado, na imitação, nos silêncios, no ritual da comida, na sobrevivência às mordidas, os sinais de vida apareceram.

Reconhecer o sujeito sem que precise ser decodificado ou interpretado como mostra Tafuri (2003) e, também, reconhecer que há desejo e que é manifesto e não apenas latente, que, nesse caso, não se constituiu pelas vias do circuito pulsional fundante na forma como conhecemos, mas sim pelo desejo do Outro que é percebido pela criança num trabalho minucioso de percepção e sensibilidade. Levi saiu da análise em um momento crucial, mas a angústia dos pais frente ao desconhecido mundo do autista falou mais alto. Existem muitos atrativos nas técnicas de tratamento que visam treinar a criança com a promessa sedutora da fala. Nesse caso, o diagnóstico médico prevaleceu no ponto de vista dos pais.

Pela ausência da fala, ele veio e pela ausência da fala ele foi. No meio desse caminho, todos os envolvidos estavam aprendendo o “levinês”, foram dois anos de análise, com pelo menos dois ganhos visíveis para Levi e sua família: a capacidade adaptativa e o abandono da ingestão compulsiva de substâncias não comestíveis. Os ganhos na minha aprendizagem foram tão importantes que não saberia dizer se foram, claramente, registrados neste relato de experiência. Quanto ao diagnóstico da Psicanálise mesmo, caiu para um plano secundário, com a confirmação da necessidade de realizar um trabalho voltado às relações primordiais, para que pudesse habitar o mundo social sem sentir-se ameaçado por ele. A relação com os pais sempre foi de parceria no processo terapêutico, com vários momentos pesados de angústia, dúvida e medo, sentimentos que eram acolhidos em escuta, assim como a interlocução com os outros profissionais manteve-se próxima e em mútua colaboração,

vivenciada com sentimentos semelhantes aos dos pais, devido à complexidade do tratamento da criança autista.

4.2.2 Um caminho para chegar até Mel¹³ – “caras e caretas”

i) Apresentação da queixa inicial: Mel veio encaminhada aos 9 anos de idade, com demanda para uma avaliação psicológica, porque tem dificuldade de aprendizagem, bem como de expressão e compreensão verbal, na leitura e na escrita, que atinge todos os conteúdos da escola. Até mesmo sua noção de tempo não corresponde ao que se espera da sua idade e experiência. Os pais mostram-se angustiados, a mãe mostra maior preocupação com a independência e o ciúme que sente da irmã, o pai mais preocupado com as dificuldades escolares. Ambos têm alta formação acadêmica e são dedicados às suas carreiras profissionais, onde é primordial a capacidade de expressão verbal.

A primeira questão que a queixa inicial apresenta pode ser tomada pela relação Eu-ideal sobrevivente na criança narcísica dos pais e que funcionam no imaginário, quando se refere à imagem de si, de como gostaria de ser visto pelos outros e que não conseguem ver na filha que escapou ao ideal. O discurso social influencia a relação da criança com seus pais pela exigência de um ideal que nega a castração, mas o que faz a criança ainda conservar um mínimo de sua subjetividade é justamente o sintoma. Os pais, por sua vez, demandam ao analista uma garantia desse ideal (JERUSALINSKY, 2004; PETRI, 2012).

ii) Os primeiros indícios e a hipótese diagnóstica: Mel apresenta baixo rendimento escolar, dificuldade de compreender comandos, que se referem a copiar ou fazer deveres, seguir as orientações da professora durante a aula, realizar prova no tempo estipulado para a turma, não consegue socializar. Uma avaliação das habilidades intelectuais de Mel foi solicitada pela escola e o teste formal WISC-IV (*Weschler Intelligence Scale for Children*) foi utilizado, indicando um desempenho no limite da média esperada para sua idade e experiência, principalmente no índice de compreensão verbal (raciocínio verbal) e na memória operacional, que estão relacionados com a dificuldade de comunicação e de organizar-se no espaço e tempo, que condizem com a queixa de dependência, de falta de atenção, com a dificuldade para aprender. O resultado corresponde ao que a escola detectou, mas não tratou, ou seja, não utilizou de estratégias pedagógicas para ajudar a criança, ficou

¹³ Nome fictício utilizado para preservar o sigilo profissional, que ignifica: “mel”, “dócil”, “suave”. Mel, possivelmente, tem origem a partir da raiz da palavra grega “*meli*”, que significa “mel”. Disponível em: <<https://www.dicionariodenomesproprios.com.br/busca.php?q=Mel>>. Acesso em: abr. 2016. A inspiração do nome vem da sensação de doçura e meiguice que a presença de Mel inspirou.

claro que não fariam isso sem uma avaliação com neurologista para detectar o “problema” que Mel apresenta.

Em uma conversa com a coordenadora da escola, num encontro para dar um retorno da avaliação cognitiva que haviam solicitado, escutei: “*É desatenta, com dificuldade de retenção de conteúdos e na leitura, também é tem comportamento infantilizado*” (fala da coordenadora da escola). O baixo rendimento escolar foi o que motivou escola a pedir que os pais buscassem um diagnóstico para Mel, encaminhando para uma avaliação com neuropsiquiatra para obter um “laudo”, alegando que sem isso não teriam como ajudar a menina com adaptações das atividades. Propus estratégias e pequenos ajustes que poderiam ser feitos para auxiliá-la, mas não tive abertura para conversar com a professora de Mel e, tampouco, fui escutada pela coordenadora, que afirmou que o único diagnóstico válido seria o de um neuropsiquiatra.

Os pais seguiram a orientação da escola e consultaram um neuropsiquiatra. O diagnóstico médico recebido foi o Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA). O diagnóstico médico se assenta bem na ideia de que o projeto pedagógico é excelente, mas a criança é que está aquém dele. Assim, constrói-se um saber para “governar os corpos” (VORCARO; VERAS apud ALMEIDA; KUPFER, 2011). A demanda de um diagnóstico médico, como no caso de Mel, mostra a ideia preconcebida da escola sobre o que é um transtorno, uma vez que a aprendizagem estava comprometida sob o modelo pedagógico vigente. O que os pais trazem da queixa revela no ato o quão secundário é o motivo que trouxe Mel para ser avaliada. O ideal narcísico não correspondido rompia de vez com a zona de conforto de todos.

No caso de Mel, as dificuldades apareceram cerca de quatro anos antes da avaliação, aos 5 anos de idade teve dificuldade com a fase inicial da alfabetização, quando são trabalhadas as letras do alfabeto, a noção de quantidade etc. A desatenção já dava seus sinais e ela já frequentava a mesma escola, que tinha uma localização conveniente para os pais. Em seguida, houve uma mudança, pelo período de um ano, para um país de língua inglesa, onde Mel logo dominou o novo idioma na fala e na alfabetização. Naquela escola, seu problema de atenção não recebeu nenhuma ênfase, mas havia um trabalho pedagógico mais individualizado e lúdico. Ao retornarem ao Brasil, nasceu a irmã e Mel voltou para sua antiga escola e para os “seus” problemas de aprendizagem.

Winnicott (2005) mostra que a criança segue firme rumo à independência, após ter passado por estágios anteriores em que o ambiente tenha facilitado a sua compreensão do mundo externo, possibilitando a integração do Eu e adquirindo um self organizado. Porém, quando a adaptação não ocorre, algumas distorções podem ocorrer prejudicando as funções de

catalogar eventos, acumular memória, relacionar causa e efeito, aspectos semelhantes ao que chamamos de déficit de atenção.

A imagem idealizada de Mel é contrastante com o que ela apresenta em seu rendimento escolar. Como vimos em Lacan (1949/1998), o espelho da identificação primordial opera numa dupla relação – tanto o bebê encontra sua identidade em seus progenitores, assim como estes se identificam no bebê e ele assume uma identidade alienante, que irá deixar suas marcas em sua constituição psíquica. Ao pensar na dinâmica familiar, é possível perceber que todos ficaram capturados pela imagem e com os olhos e as expectativas voltadas para Mel. O seu sintoma pode ser lido como uma marca da sua subjetividade, a marca da diferença.

A desatenção, a dificuldade de aprendizagem e o comportamento infantilizado foram características identificadas para a busca do diagnóstico, com a iniciativa tomada pela escola e confirmada pelos pais, ainda que sob resistência. Os sintomas percebidos durante a avaliação psicológica mudam de perspectiva, como mostrado no relato, fica evidente diante da quebra da imagem narcísica e isso é, ainda, mais precoce do que o tempo em que as dificuldades foram percebidas pelo contexto externo, no caso, a escola. É possível pensar, de acordo com o conceito de imagem inconsciente do corpo, nas vivências emocionais que estão ocorrendo nas trocas afetivas entre Mel e seu meio circundante (DOLTO, 2004). Essa imagem é diferente da imagem física, pois é constituída pelos restos narcísicos dos pais, pelas relações libidinais.

Se as vivências decorrem de sensações erógenas, antigas ou recentes, que partem de um sujeito em contato com outro, constituindo sua imagem inconsciente, por um lado, isso promove o desenvolvimento e, por outro, pode estagná-lo. Assim, vemos que, desde a mais tenra idade, algo não coaduna entre a imagem de si, a de uma filha idealizada e aquela internalizada por Mel. A imagem forma uma síntese inconsciente que percorre a existência do sujeito, preservando-se em alguns aspectos, mas modificando-se ao longo da vida, causando efeitos sobre o sujeito (DOLTO, 2004). No caso de Mel, há uma relação erógena desde a triangulação com os pais, de onde surge um desejo projetado nela como continuidade e como possibilidade de crescimento e desenvolvimento nos mesmos moldes dos pais.

Há uma imagem inconsciente da mãe em relação a si mesma, encoberta pelas vivências que teve no passar dos anos, que passou por modificações e preservou outras projeções. É a imagem de um ideal-de-Eu perdida entre desejos vindos de seus próprios pais, que essa mãe agora retransmite para a filha causando nela esse estranhamento de si mesma. Isso ficou claro no momento em que ela se compara com Mel, dizendo que ela mesma fazia as coisas de forma independente, principalmente quando se refere aos estudos. Isso é recorrente nas

entrevistas iniciais com os pais, pois eles colocam-se em comparação com a criança. Aparece, ali, nos pais, uma criança narcísica, idealizada, que dificulta a percepção do problema de sua própria filha.

Na escuta dos sintomas relacionados às dificuldades na escola, é possível dizer, a partir de Winnicott (1983), que uma criança se encaminha rumo à independência com a capacidade de enfrentar o mundo externo e suas vicissitudes, a partir dos próprios recursos psíquicos. Identifica-se com o seu meio social, com vivências de satisfação pelas novas relações conquistadas, como as amizades, a atenção da professora, o contato com outros pais, por exemplo os dos amigos. Vemos que Mel ainda não chegou a esse ponto de autonomia, o que ela apreendeu de seus estágios iniciais ainda fazem fantasma que a amedrontam e arrancam dela a possibilidade de perceber esse novo mundo que a escola poderia proporcionar, ela tem dificuldade em manter as relações de amizade. Chegou a vivenciar isso no tempo em que foi para a escola em outro país, mas não teve continuidade quando retornou para a mesma escola de antes. A aprendizagem da língua inglesa não foi considerada, uma vez que se costuma dar maior ênfase no conteúdo a ser “ensinado” e não nos processos de aprendizagem. Não é nosso intuito discutir as questões do ensino-aprendizagem, mas esses elementos se relacionam diretamente com a questão do diagnóstico. A criança que não se adapta à metodologia do ensino fica mais suscetível a receber o rótulo de algum transtorno.

O que a família e a escola buscam em um diagnóstico? Será que procuram entender o funcionamento psíquico de Mel para ajudá-la a superar suas dificuldades e assim prosseguir crescendo e aproveitando seu potencial? Poderíamos dizer tranquilamente que sim, a intenção pode ser exatamente esta. O problema está na crença de uma explicação científica e padronizada que atribui àquela criança a responsabilidade pelo seu fracasso, aliviando o comprometimento dos sujeitos em torno dela.

iii) A escuta e a análise do diagnóstico: a Associação Brasileira de Déficit de atenção (ABDA) mostra um posicionamento favorável ao DSM-5, dizendo que as críticas ao manual são pessoais e sem fundamento científico (MATTOS, 2013, p. 1), ressaltando que seu uso traz o “benefício de padronizar diagnósticos clínicos (mesmo que de modo imperfeito), diminuindo a variabilidade que ocorreria caso cada pesquisador tivesse sua ‘opinião pessoal’ sobre o assunto”. Não é preciso entrar novamente na discussão sobre o diagnóstico padrão, pois os desdobramentos são os mesmos que consideramos para o TEA – a apropriação de um conhecimento que se generaliza a todos os casos, podendo incluir mais de um diagnóstico para a mesma pessoa, dificultando a entrada de outras formas de atendimento, a não ser aquela indicada pelo médico.

Entre discussões e controvérsias, a questão continua atingindo as crianças, tanto em seu ambiente doméstico/familiar, quanto no escolar, interferindo sobre seu desempenho e, também, sobre a sua adaptação nos espaços sociais. Desde mais de vinte anos atrás, Goldstein e Goldstein (1996) já se preocupavam com o desafio de que era tratar uma criança com déficit de atenção, principalmente as que apresentavam a hiperatividade, além de ser um diagnóstico complexo. Isso não mudou até os dias de hoje, apenas aumentaram os diagnósticos duvidosos.

Para entender o diagnóstico de déficit de atenção para a Psicanálise, diferenciando-o do modelo médico, considero duas colocações de Maud Mannoni como o ponto de partida para essa tarefa: “Quando um adulto se encontra face a um semelhante que não corresponde à imagem do que ele crê poder esperar, oscila entre uma atitude de rejeição e caridade” (MANNONI, 2003, p. 196). Há uma demonstração da escola, um interesse comovente em “ajudar” a criança com dificuldade, garantindo seu direito à um atendimento individualizado, para que supere seu problema, mas só pode fazê-lo de posse de um diagnóstico médico, esse foi o recado direto da coordenadora da escola de Mel.

Nesse ambiente iniciou-se a análise de Mel. Por conveniência da rotina diária dos pais em seus trabalhos, não foi considerada a hipótese de trocar de escola, questão que foi levantada após a percepção da posição da coordenadora em exigir o laudo médico. Para o casal parental, o diagnóstico se transformou numa angústia ainda maior, pois deixou evidente a distância da criança idealizada. A mãe relata que desde quando Mel era muito pequena, ela e o pai percebem a diferença dela com outras crianças e com eles mesmos quando crianças. Há uma lentidão em aprender, dificuldade na fala, na alfabetização. Além disso, os pais relatam que Mel é tímida, retraída, indefesa, que mesmo quando faz amizades, não consegue mantê-las.

Na visão da mãe: *Eu não era assim quando criança, era independente, minha mãe nunca se preocupou se eu tinha prova ou não, eu estudava sozinha, tinha a minha responsabilidade, a Mel não, não posso deixá-la por conta, ela não estuda, não faz os deveres e vai muito mal nas provas.*

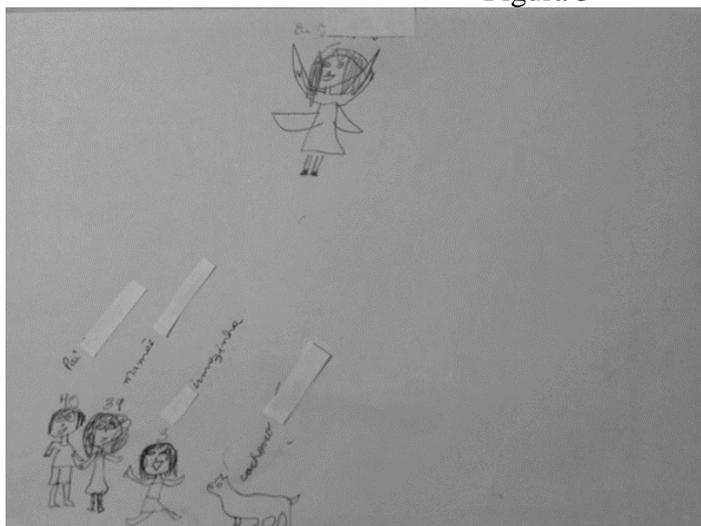
No caso analisado, a mãe viveu um momento solitário, longe da sua própria mãe e com um marido que não se envolveu no processo de maternagem. Mel sempre foi um bebê lindo e encantador, mas muito diferente da mãe, inclusive na aparência. O que causava estranhamento era o fato de ser muito passiva e ficar ali naquela posição de dependência e fragilidade por trás de uma imagem de perfeição física. O que lhe resta, então, é ser ela mesma, Mel, um espelho refletidor de uma estátua, perfeita e inerte.

A constituição do sujeito depende de uma relação privilegiada entre a criança e o adulto que se encarrega de seus cuidados, sustentando um desejo voltado para ela, chamado função materna, que vai se cumprir desde que, para essa mãe, tenha operado uma função paterna e ela veja no bebê algo de si, para que essa filha possa ocupar o lugar do que vem a preencher uma falta (BERNARDINO, 2006).

Da mesma forma, podemos considerar a posição do pai, percebe-se que ele não deixa outra opção, não enxerga, não escuta e demanda desempenho, diversificação de atividades que Mel nunca pode escolher, ele mesmo identifica em si a dificuldade em expressar-se, bem como a de estar com Mel e divertir-se junto com ela. Queixa-se que a esposa fala demais e que *não deixa mais ninguém falar*, na entrevista, nenhum dos dois se expressava com clareza e nem escutavam a mim, de onde se pode deduzir que não escutam Mel. Novamente, usando como base um pequeno texto chamado *Nota sobre a criança* (LACAN, 1969/2003, p. 369) que diz: “O sintoma pode representar a verdade do casal familiar. Esse é o caso mais complexo, mas também o mais acessível a nossas intervenções”. Nota-se um mal-estar entre os pais que forma um emaranhado de informações, expectativas e frustrações que não é de se surpreender que Mel queira sair voando.

Tal fato destaca-se em um desenho que Mel fez de sua família (ver figura 3). Ela desenhou primeiro o pai, ao seu lado, a mãe e, no mesmo plano, a irmãzinha caçula, só que um pouco mais afastada dos pais. Quando ela terminou o desenho, perguntei: *É a sua família?* Ela disse que sim e escreveu o nome de cada um. Perguntei: *Está faltando alguém?* Mel sorriu e disse: *Sim, esqueci, está faltando o Otto* (o cachorro da família). Não satisfeita, obviamente, continuei: *E quem mais está faltando aí?* Sorriu de novo e disse, de forma tímida: *Eu*. Em seguida se desenhou, próxima à margem superior da folha de papel, flutuando, uma menina com traços muito malfeitos, borrados, repassados, mas lembrando uma fada com quatro asas ou uma borboleta, bem afastada de sua família.

Figura 3



Na inscrição de Mel no desejo dos pais, vemos que há um funcionamento no registro imaginário, tanto no que tange à imagem do corpo como vimos em Dolto, quanto no aspecto da imagem especular, narcísica, como vimos em Lacan. Nesse caso, o circuito pulsional funcionou entre Mel e sua mãe, mas após a esperada ruptura, viveu a castração como uma perda, com uma vivência repetitiva de presença/ausência, sem a sustentação do Nome-do-Pai, que se mostra também como a mãe que tudo exige, não entrou como metáfora paterna, ou seja, como um significante que vem no lugar de outro, possibilitando a simbolização da mãe na castração. Mel não parece estar usufruindo dos efeitos do declínio Édipo (QUINET, 2015), que seria assumir o sexo, renunciar ser o falo para a mãe, com ela se identificando, pois o Édipo está ligado à função do ideal do Eu (LACAN, 1999). No ponto em que ela não precisaria mais se defender do mundo externo ameaçador, ela fica de fora do idealizado por uma tal “passividade” relatada pela mãe, aqui surge a menina desatenta.

A principal questão para a Psicanálise em relação ao déficit de atenção está na posição subjetiva diante do Outro, ou seja, vai tomá-la pela via da constituição psíquica. O déficit de atenção é escutado como um sintoma que aparece como uma falha na entrada do Nome-do-Pai, quando a criança se encontra como objeto *a* da mãe, ou seja, que é vivenciado como presença e não como falta. A dificuldade que a criança encontra está em sair da fantasia materna, por isso, a falta de atenção pode ser vista como manifestação do inconsciente no campo pulsional (FLESLER, 2012; DE LUCCIA, 2014). As pulsões, ao invés de se dirigirem para fora do circuito pulsional rompido, ficam girando sem destino, pois o desejo da própria criança fica barrado, ela se torna, então, a “esquecida”.

A expressão verbal de Mel, de fato, não tinha continuidade, no início. Ela tropeçava nas palavras, falava coisas aleatórias e não conseguia relatar como passou a semana, quais as atividades que havia feito e quais gostou mais. Em contraste, ela é corporalmente muito expressiva, principalmente nas expressões faciais, é sorridente e “fala com a cara” e não com palavras. Gosta de brincar, aceita regras, escolhe jogos, mas não cria histórias, sua fantasia verbal é flutuante e empobrecida. A menina percebe essa dificuldade, até porque é bastante cobrada, tanto na família, quanto na escola, por uma comunicação que não consegue corresponder.

Na relação com a irmã caçula, Mel, também, é distante e não reage às suas provocações e agressividade, a mãe relata que a pequena bate em Mel, que chora muito, colocando-se em uma posição submissa e derrotada, como um bebê desamparado frente à irmã, que sai vitoriosa. A passividade transforma-se na dificuldade em expressar-se com palavras, em se localizar no tempo e no espaço, o que a distancia ainda mais do Eu ideal internalizado dos pais. Essa correspondência que a criança é obrigada a ter em relação a tudo o que diz respeito à aquisição adequada de conhecimento, se algo falta nessa ordem, nada mais a completa. O espelho se parte, a imagem se deforma, a criança não é mais visível e a imagem inconsciente do corpo dela se registra como não correspondente, como vimos no desenho da família, onde Mel se posiciona de fora, flutuando no ar. Sobre o desenho, Dolto diz a Nasio: “Quando uma criança desenha, é sempre seu próprio retrato que ela está desenhando; sem isso não desenharia. Não desenhamos; nos vemos eletivamente em uma das partes do desenho” (DOLTO; NASIO, 2008, p. 11), é um momento de projeção da imagem inconsciente do corpo.

iv) A condução da análise: é possível dizer que Mel e seus pais estabeleceram uma rápida relação de transferencial comigo. Estes mostram-se dispostos a ajudar, trazem muitos questionamentos, um ponto positivo é que eles não concordaram com o uso de medicação para déficit de atenção, como foi sugerido pelo médico, também tiveram apoio de outros profissionais que se envolveram e mostraram-se desfavoráveis ao uso de Ritalina, por exemplo, como a fonoaudióloga que Mel passou a frequentar, devido à sua dificuldade de compreensão verbal, além disso, recebia reforço escolar. Embora os pais estivessem envolvidos com a análise da filha, ainda persistiam as resistências que ficaram evidentes na ansiedade que demonstravam para que Mel atendesse a uma demanda de ser uma menina intelectualmente talentosa, inscrevendo Mel em diferentes atividades extraclasse, tais como guitarra, piano, inglês etc. Ainda não há uma escuta deles para o desejo de Mel, portanto ela

continua dissociada da fala dos pais, ocupando o lugar de “fada voadora” que conta histórias desconexas.

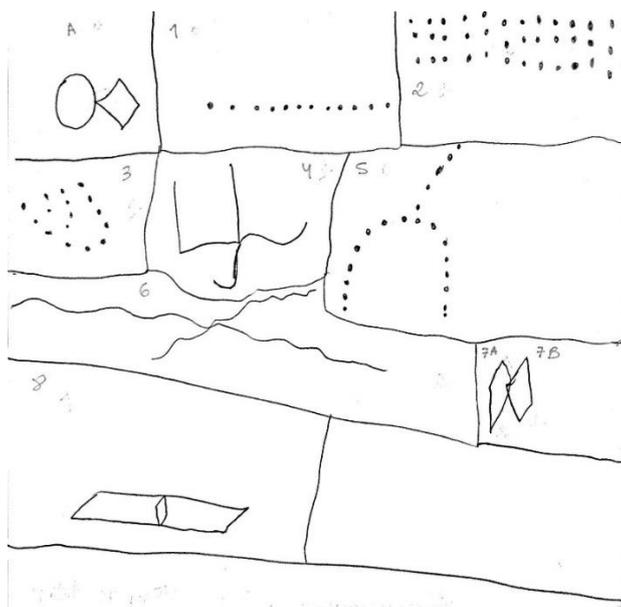
Nas sessões de Psicanálise com Mel, ofereci uma escuta para ajudá-la a construir a comunicação e a interação, para isso era preciso mais do que estar ali para brincar. Precisava autorizar que ela conduzisse a brincadeira e se encontrasse nesse espaço. O preparo do *setting* terapêutico visava proporcionar um espaço de livre expressão, permitindo que Mel encontrasse, dentro do seu tempo, as palavras, tão difíceis de concatenar. Mel trazia de casa brinquedos pequenos escondidos na mochila, chegava cheia de segredos, fazendo suspense, nem para a mãe ela mostrava o que havia trazido. Aproveitamos seus próprios brinquedos misturados com materiais disponíveis no consultório, percebi que ela precisava dispor dos seus objetos preferidos, afinal, ela já havia percebido que ali tinha um lugar onde sua história poderia ser contada como quisesse, assim observei que ela fazia sempre um enquadramento com miniaturas de cachorros, lembrando muito uma sala de aula tradicional, por isso perguntei: *O que eles estão fazendo?* E ela responde: *Estão brincando num jardim*, sua fala não se articula com a cena da brincadeira. O cenário lúdico que a própria Mel criou, cheio de cores e adereços, revelava-se ao fim da brincadeira como uma “escola-casa” de onde os personagens chegavam e não iam para lugar algum. Mel não conseguia produzir uma narrativa nessa brincadeira.

Freud (1920/2006) nos fornece as pistas iniciais da importância do brincar. A compulsão à repetição é o fenômeno implicado por trás do brincar e a nós cabe escutar o que está se repetindo. Green (2013), assim como Flesler (2012), nos lembra que o brincar é uma função intrínseca, constitutiva do ser humano, presente em todas as culturas e em todos os períodos históricos. Além disso, tem um papel fundamental para os psicanalistas que é a própria construção da fantasia, pois o brincar nos indica a dimensão do tempo em que a fantasia se organiza, possibilitando que se coloque em articulação o tempo do sujeito com o tempo da fantasia. Assim, temos a possibilidade observar e também escutar as singularidades do encontro do sujeito com o Outro primordial, como aconteceu com a percepção do brincar de Mel dentro de um enquadramento.

Uma das queixas da escola e dos pais situa-se nessa relação com o tempo e o espaço – Mel não se localiza nos dias da semana e nem na noção das horas, falar disso era vago para ela. O “enquadramento dos bichinhos” na brincadeira durante a sessão, a princípio, parece refletir o que acontece na escola, ela não é autorizada a mudar de lugar, por exemplo, como as outras crianças fazem, devido à sua “dificuldade” e, também em casa, com as atividades escolhidas pelo pai, que precisa realizar.

Outra observação pode ser acrescentada sobre o “enquadramento” a que se via submetida, como no teste Bender, usado para avaliar a coordenação visomotora da criança, em que Mel situou-se dentro da média para o seu grupo de idade. Porém os desenhos reproduzidos no teste possibilitam visualizar novamente o “enquadramento”, mostrando como a sua percepção do espaço está implicada na demanda da família e da escola (ver figura 4).

Figura 4



Por isso, após algumas sessões onde ela demorava montando sempre um cenário semelhante ao primeiro, sem conseguir criar uma história com narrativa, como as crianças fazem no brincar livre, sugeri que fizéssemos um reforço na ponte com um pedaço de papelão colorido, tornando-a mais sólida, para que os personagens pudessem passar do lugar onde estavam enfileirados para o outro lado mais livre e mais enfeitado também, quando terminamos a ponte, Mel conseguiu espalhar os bichinhos do outro lado da ponte. Depois disso, deixou essa brincadeira de lado e não trouxe mais seus brinquedos na sessão, passou a brincar com os jogos disponíveis no consultório, com preferência pelos mais competitivos. “É no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto fruem sua liberdade de criação” (WINNICOTT, 1975, p. 79). Acrescento que o psicanalista não brinca de qualquer jeito na sessão, está ali para fazer emergir o sujeito do inconsciente. Fazer uma intervenção entrando na fantasia da criança abre a possibilidade de interromper um processo de repetição paralisante, a exigência de gozo de um duplo supereu: dos pais e da escola. Não houve aqui uma interpretação verbal na brincadeira, mas fez-se um semblante do Outro para o surgimento do sujeito desejante (FLESLER, 2012).

Mel expressa-se pouco verbalmente, ela o faz através do rosto, dos olhos e da boca, revelando seus sentimentos de forma muito clara. Demonstra curiosidade, bom humor, crítica, dúvida e admiração através de expressões faciais. Difícil mesmo é descrever essas passagens clínicas, pois elas foram vivenciadas e são, praticamente, não nomeáveis, mas sentidas. Em toda sessão, ela escolhe livremente jogos, desenhos, pinturas, só faz cara de desânimo se tento puxar alguma conversa verbal, seu corpo todo evidencia a frustração.

O papel do analista é colocar-se à disposição do sujeito, permitir que as falhas dessa linguagem apareçam e que, mesmo assim, é possível brincar, aprender e comunicar. Winnicott (1975, p. 59) refere-se ao brincar no processo terapêutico como sendo a interligação de duas áreas: a do paciente e a do terapeuta. São duas pessoas brincando juntas: “[...] em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um em que o é”. O brincar foi para Mel foi escutado como o seu espaço criativo e de vasão aos sentimentos que não podiam ser nomeados pela palavra.

Quando escolhe um jogo que ainda não conhece, faço a explicação com a sensação (errônea) de que ela não entendeu nada, porque dispersa, olha outras coisas na sala, ri sem motivo, arregala os olhos, continuo impávida explicando as regras do jogo, acreditando que ela estava em outra dimensão. Na hora de jogar, não só ela jogava de acordo com tudo que expliquei, como vencia no jogo, debochava da minha cara, sem dizer uma palavra, apenas com sorrisos e caretas. Não tenho muitas anotações de sessão com Mel, não tenho nenhuma frase relevante dita por ela para transcrever aqui, tão pouca é sua fala, mas teria uma infinidade de expressões faciais com os mais variados sentimentos. Os pais e a escola não suportam isso, querem sempre exigir dela uma comunicação verbal.

As características da clínica: a análise oferece a Mel um lugar de produção, por isso, as regras do adulto foram postas de lado para oferecer um espaço diferente, em que pudesse ascender ao seu desejo, separando-se do desejo dos pais e ou dos representantes da escola. Para Dolto (1972), aquilo que, “no princípio foi o verbo”, atende à questão de um discurso sem palavras, uma vez que não se reduz a elas, mas aposta numa verdade dita, uma verdade que produz o sujeito. É interessante pensar que a constituição psíquica é sempre permeada por contradições, ao mesmo tempo em que se espera a conquista da independência da criança com seu desenvolvimento, que se “desgrude” da mãe e siga seu rumo, conseguindo, cada vez mais, “andar com as próprias pernas”, a mãe deseja manter a proximidade com seu filho. Tal sentimento ambivalente é percebido pela criança que resolve essa questão inventando o

brinquedo. O brincar no processo de análise abre a possibilidade de reorganizar o sentimento de si, a ordem do desejo para esse sujeito.

Mannoni (1989, p.62), ao delinear a especificidade da análise de crianças, confronta o que o que chama de “a demanda ‘psi’ e um certo mal-estar de viver” recuperando na história dos pais o que eles vieram pedir em análise. Logicamente, junto de suas vivências fantasmáticas, aparece a preocupação com o futuro do filho, mas o que está em questão é a vida da criança no momento presente, a sua angústia pela insatisfação do outro, que ela não compreende, mas se defende “fabricando sintomas” como diz Mannoni. A criança é o alvo do desacordo inconsciente dos pais, lá onde aparecem seus fantasmas que produzem suas expectativas idealizadas. O que concerne ao analista são as histórias não contadas ou aquelas que são contadas nas entrelinhas.

v) *As conclusões possíveis*: ao final do processo de análise de Mel, sua fala sem palavras, sua constante expressão com caras e bocas foram escutadas. As brincadeiras e conversas, ainda que soltas, faziam parte de uma forma de comunicação que foi aceita. Algumas vezes, perguntava o que estava querendo dizer com aquelas “caras e caretas”, outras vezes, procurava respondê-la com as minhas expressões faciais, acolhendo sua forma de ser. Aos poucos, a fala se organizou e seu rendimento na escola melhorou significativamente, a mãe dispensa a professora particular e passa a estudar com ela (reclama disso, mas está junto), Mel passou a se localizar melhor no tempo e no espaço, para poder cumprir com suas tarefas escolares e recebeu alta da fonoaudióloga.

Mannoni (1989), ao seguir o método diagnóstico de Dolto, salienta que analisar as projeções fantasmática dos pais, desde a sua própria história, ajuda a identificar o ideal de eu familiar, ou seja, com isso, podemos entender como a fantasia atravessa gerações e atinge a criança. O problema que aparece hoje testemunha uma experiência que não foi levada até o fim, portanto compreender essa projeção fantasmática ajuda a compreender a imagem do corpo. Entre as histórias fantasmáticas, é importante destacar a do aparecimento inesperado de um irmão, que estava “escondido” entre os segredos paternos, o menino nascido e negado no início da vida adulta do pai reaparece na vida de Mel e sua família, fato que aconteceu na fase final da análise. A menina estabeleceu uma transferência imediata com o irmão que apareceu de repente, e marcou uma cumplicidade que só pode ser entendida através do efeito libertador que o fato teve sobre a menina. Esse encontro com o meio-irmão foi a única história que Mel narrou espontaneamente e por inteiro, com todas as regras gramaticais de um discurso eloquente, assim que entrou para a sessão.

Considereei apropriado fazer uma intervenção junto aos pais sobre esse assunto, ou como sugere Freud (2006, [1932]), o influxo analítico (intervenção do analista com os pais) de minha parte com os pais diante desse fato, foi sinalizar a eles o efeito positivo da “novidade” sobre Mel, que eles mesmos estavam percebendo, mas com muita insegurança. Esse encontro inusitado causou movimento, a escuta e o acolhimento foram importantes para todos os envolvidos, pois levou o tema a não ser tratado mais como uma história de “fantasmas assustadores”. Aparece então um alívio da parte deles, em poder falar dessa pessoa para alguém que não escutou a história de forma moralista, o rapaz não precisava mais ser um segredo de família.

O irmão recém-chegado, embora já sendo adulto, dirigiu a Mel algo da ordem do inconsciente, “esperado” desde sempre, uma identificação. Foi um único encontro, mas foi um ato revelador. Foi possível perceber um importante nó da costura de Mel no discurso dos pais a se desatar. Ela não precisava mais ocupar o lugar de um objeto perdido do ideal parental. Havia esse “mais um” que, na história, havia sido deixado para trás, mas o rapaz a recebeu com alegria e com amor e vice-versa. A partir desse evento a própria família passou a se articular de uma forma mais unida,

Mel se descolou da imagem narcísica parental e fez girar seu desejo. Como teve sua forma de expressão não verbal acolhida, aos poucos, conseguiu outras formas de expressar o que sentia sobre o mundo à sua volta. Passou a reagir aos ataques da irmã caçula, o que desagradou os pais, mas foram escutados e puderam pensar, eles mesmos em estratégias para lidar com isso. A criança descobriu que pode ter amigas com quem compartilha alegrias e angústias, além de muitos desenhos, sorrisos e caras, que não são de “paisagem”. Mel tornou-se, finalmente, portadora de uma história narrada por ela mesma, com todas as palavras e tempos sobre família, pessoas, lugares, sobre o irmão aparecido e parecido (com ela), enfim, a menina-borboleta pode voar!

Considero esse efeito como o desdobramento da transferência, ou seja, o papel do analista, com sua presença, é proporcionar o posicionamento do sujeito em relação ao seu mundo fantasmático com aquilo que é da ordem do significante, permitindo, assim, que ele mesmo produza a sua própria significação. A criança que chega à análise faz parte de uma dinâmica familiar e carrega as consequências da história de cada um de seus progenitores (MANNONI, 2004).

Para concluir a reflexão sobre o diagnóstico médico de Mel, o fato não interferiu na continuidade da análise, depois do processo de avaliação, uma Psicanálise pôde operar e a posição de analista então foi, mais uma vez ocupada. O saber, esse sempre é da ordem do

suposto, não é um saber pronto sobre o outro, mas o da posição de quem escuta e, portanto, evoca a palavra. Mas não podemos esquecer que, no caso de Mel, a criança chegou à análise devido à demanda da escola, embora de forma enviesada. É preciso buscar entender o que está acontecendo nas outras áreas, médica e educacional, para que nosso trabalho não seja impedido por esses outros saberes, por isso é preciso tentar o diálogo. São raras as crianças que chegam até o psicanalista pelo desejo dos pais. A maior parte delas chega até nós por esse caminho, o do diagnóstico médico. O papel do psicanalista é torná-lo menos importante para a família e para a escola.

O diagnóstico pela Psicanálise possibilitou escutar o pedido de ajuda da criança, primeiro com a pergunta sobre seu desejo em continuar vindo e depois o esclarecimento sobre seu lugar na análise. A avaliação dos aspectos cognitivos através dos instrumentos formais (testes) e o estabelecimento do diagnóstico médico, no caso de Mel, pertencem a um outro saber, como vimos, fundamentalmente diferente do saber da Psicanálise, que antes de conhecer a criança não sabe sobre ela. No entanto foi essa a demanda com a qual chegaram e, também, foi por meio do dispositivo da avaliação que aventaram a possibilidade da análise.

Na relação transferencial entre o analista e os pais, quando é preciso escutá-los, considere o chamado “influxo analítico”, proposto por Freud, que sempre é visto como uma questão complexa e que pode colocar em risco a análise da criança. No entanto concordamos com Vorcaro (2004) e Flesler (2012) quando dizem que esse influxo pode ser entendido como uma intervenção pontual sobre a resistência dos pais. Nesse contexto, o analista precisa identificar a criança narcísica dos pais, a que eles gostariam de ser, da criança que está causando estranheza em seu meio social e familiar. Para isso, uma escuta é necessária, o psicanalista precisa ter a clareza desse momento e só intervir para entender e diferenciar a demanda da criança. Assim, o déficit de atenção, como diagnóstico, pode cair para um plano secundário.

De acordo com Mannoni (1977, p. 48), estamos “Colhidos na armadilha dos sistemas, das técnicas e de um absoluto científico, impotentes para avaliar os nossos conhecimentos em termos relativos [...]”. A padronização não é apenas dos diagnósticos, mas de todo tipo de atendimento que se destina à criança, desconsiderando sua história, seus interesses e habilidades, enfatizando e cristalizando os pontos de fragilidade da criança. Paradoxalmente, a Psicanálise tem algo diferente a oferecer, mas, para isso, em muitos casos, vai precisar escutar o saber produzido por outras áreas do conhecimento.

Capítulo 5

*Eu queria avançar para o começo.
Chegar ao criancimento das palavras.
Lá onde elas ainda urinam na perna.
Antes mesmo que sejam modeladas pelas mãos.
Quando a criança garatuja o verbo para falar o que não tem.*
(Manoel de Barros)

5.1 O acolhimento dos pais de crianças diagnosticadas na clínica psicanalítica

Quando recebemos uma mãe ou um casal de pais para a primeira entrevista, eles trazem como queixa inicial o recém-obtido diagnóstico ou pelo menos uma hipótese já levantada. Estão pedindo por uma segunda opinião profissional. O nosso papel é escutá-los e não olhar para a patologia, transtorno, doença, ou qualquer denominação que o caso recebeu, mas, desde o primeiro encontro, é preciso acolher suas dúvidas e questionamentos e conhecer as potencialidades da criança com suas características psíquicas, dando-lhe a escuta, brincando e observando a sua relação com os pais. (DOLTO, 2014; TAFURI, 2003).

A forma de avaliação pela qual a Psicanálise estabelece o próprio diagnóstico inicia-se com esse acolhimento, que ainda não é a análise propriamente dita, mas que pode vir a ser. Dolto (apud MANNONI, 2004) confirma que a singularidade do psicanalista é a sua receptividade e escuta, pois os pais já chegam encaminhados por alguém, médico ou professor, que conhece a dificuldade pela qual estão passando, mas também não os pode ajudar. Para chegar até esse encontro, passaram por muitas frustrações, tiveram a imagem do filho ideal quebrada e agora procuram por alguém que tome o seu partido, por isso, precisamos levá-los a relacionar aquilo que estão trazendo como queixa, rearticulando com sua própria história, para que possam resgatar algum sentido naquilo que estão trazendo (MANNONI, 2004; ABERASTURY, 2007).

O que faz diferença nesse momento é que os pais vão poder falar livremente, não vamos julgá-los, dar-lhes ou tirar-lhes a razão. Até agora, os pais consideram seu filho como o problema que os levou até a consulta. À medida que falam e que introduzimos alguns questionamentos simples, como *O quanto brincam com o filho durante a semana?*, *Como observaram as dificuldades que a escola relatou?* *Que estratégia usaram para ajudá-lo?* A cada questão, é preciso escutar o que eles dizem e o que não dizem também, aos poucos

percebemos que o discurso vai mudando. É interessante como a primeira sessão pode ser reveladora, não de uma verdade contida nos manuais, mas de uma verdade daquela família, que só pode ser dita por eles mesmos, aos poucos, mas, ao sentirem-se acolhidos, é provável que retornem (DOLTO et al., 2004).

Tafari (2003) apresenta uma forma de atendimento da criança autista, em que recebe os pais junto com a criança, desde a primeira consulta. Faz o acolhimento, com a preocupação de abrir o espaço para que falem da angústia que sentem frente ao problema. Podem falar também de suas expectativas com relação a toda a situação trazida. Observa-se, o modo como os pais lidam com as dificuldades que vão surgindo durante o tempo da consulta. Essa forma de acolhimento pode ser estendida para qualquer situação de chegada à análise. De acordo com Dolto (2010); Mannoni (2003); Aberastury (2007) e Tafari (2003), a primeira entrevista é reveladora do lugar da criança no discurso familiar, porém é de grande importância que o analista não julgue, nem estabeleça críticas ou proponha condutas, para não correr o risco de impedir o início da análise.

Quando os pais continuam trazendo seu filho para as sessões, abre-se a possibilidade de uma demanda de análise. A partir daí, buscamos escutar em que lugar a criança está inserida no discurso dos pais, dependendo de como escutamos a queixa, é possível dialogar com outros profissionais. Primeiro, a escuta será com os familiares e outros cuidadores próximos, como babás e, em muitos casos, madrinhas que acompanham de perto o desenvolvimento da criança. Já vivenciamos situações em entrevista que a madrinha conhecia a criança e tinha algo a dizer mais do que a mãe. Não vamos julgar isso do ponto de vista moral, mas sim para considerar as relações afetivas que foram construindo.

As intervenções com os pais devem ser feitas com cuidado e a partir de uma necessidade vigente, muitas vezes, por entrarem em resistência, começam a não levar os filhos para as consultas, assumem outros compromissos, alegam falta de horário, outra terapia e assim por diante. Freud (2006, [1933], p. 181) diz que, ao se perceber a resistência, o psicanalista deve exercer certa “influência analítica” sobre os pais. Psicanalistas de várias gerações retomaram esse conceito mostrando que, nas intervenções com os genitores, é preciso entender a presença dos pais reais na transferência compartilhada (da infância atual da criança), dos pais criados na fantasia do adulto, por isso, às vezes, é preciso retomar com eles suas próprias histórias geradas pela fantasia de infantis, para que assim o desejo da criança ou o seu sintoma apareça e a análise avance, como no caso de Mel e seu meio-irmão do passado, que pôde ser resgatado, levando Mel a ressignificar a própria vivência de desamparo (DOLTO, 1981; MANNONI, 2004; FLESLER, 2012).

Durante esse tempo, uma análise vai iniciando dentro dos seus pressupostos. Atendemos a criança na sua própria forma de se relacionar com o ambiente, de brincar, de explorar o espaço disposto para acolhê-la e ela vai nos conduzindo para conhecer seu jeito de ser. Fora do consultório, nos dispomos ao contato, se for o caso, com os outros profissionais que estão trabalhando com ela também, como professores, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, apenas para citar os que mais aparecem quando há um diagnóstico médico implicado. O objetivo desse diálogo é conhecer o que pensam sobre o caso, saber como estão tratando as dificuldades da criança.

Como vimos no terceiro capítulo, trata-se da criança que ficou de fora do ideal narcísico, tanto de seus pais, quanto da sociedade, representada pelo saber científico que define que ela não está de acordo com o que se espera para o seu grupo de idade. Esta criança passa a ser vista pelo rótulo das suas necessidades ditas “especiais” ficando à “deriva no campo da palavra e da linguagem” (LEVIN, 2005, p. 13).

5.2 As “querelas” do diagnóstico e o campo de pesquisa da Psicanálise

Com isso é inevitável entrar na ideia da “querela” como o nosso tema sugere. Como vimos, estamos em um momento da sociedade humana em que os diagnósticos estão em alta e baseiam-se em manuais que muitas vezes “liberam” o médico de um exame clínico acurado do paciente, é só fazer um *chek-list*, pelo menos assim parece quando recebemos um laudo médico sobre determinado diagnóstico, aliás, é possível fazer até pela *internet*.

A Psicanálise e a Psiquiatria são dois campos que não se coadunam, porém caminham paralelamente. O que encontramos para trabalhar os dilemas humanos na clínica são essas duas áreas e o que sabemos, na prática, é que a visão médica ocupa um lugar de poder, encarnado pelo discurso da ciência que é confrontado pela Psicanálise que, em seus mais de cem anos de história e trabalho, ainda subverte a ordem das coisas ocupando uma posição à margem do modelo médico.

Somem-se a isso os movimentos “antipsicanálise” que nunca param de brotar, como na recente publicação do livro negro da Psicanálise. De acordo com Birman (2011), após as pesadas críticas que anunciam a morte da Psicanálise, atacando a sua anunciada hegemonia no campo “*psi*” representada pelas teorias de Freud e Lacan e propondo que as neurociências teriam superado os pressupostos psicanalíticos. Sugerem uma clínica sem sujeito (ou terapias do ego) e consideram como vítimas aqueles que se deixaram influenciar pela Psicanálise. Um dos efeitos relacionado ao impacto desse livro foi a elaboração do Protocolo de São Paulo

(2013), a quem dirigimos um olhar crítico, pois sugere aos pais não procurar por tratamento psicanalítico em casos de autismo (JERUSALINSKY, 2011).

Na busca de entender a dinâmica dos diagnósticos, dentro e fora do campo psicanalítico, recorreremos aos referenciais teóricos, que sempre derramam alguma luz sobre a complexidade do tema, mas nunca sem provocar desconfortos e dúvidas, como o novo mal-estar que estamos vivendo hoje, pois o mundo contemporâneo está baseado em relações horizontais e imaginárias (FORBES, et al., 2014) e quem se afasta desse mundo de imagem recebe o diagnóstico, que não é só um rótulo para a criança, mas também alivia a responsabilidade do adulto em torno dela. Como na época de Freud, a convivência humana, ainda, é fonte de sofrimento, pois a sonhada estabilidade no mundo social nunca é alcançada, como sempre teremos demandas sociais inatingíveis.

O diagnóstico da Psicanálise serve apenas como um norteador para afinar a escuta quanto ao modo como cada um goza de seu sintoma, mas torna-se secundário no decorrer do processo de análise. O diagnóstico que vem do modelo médico mostra qual é o lugar da criança no discurso social, tal fato não muda a condução da análise, da escuta, mas nos mostra o que se tem projetado sobre os pequenos analisandos. Na experiência relatada com Levi, o diagnóstico médico não deixou nenhuma dúvida, houve a confirmação unânime em três avaliações médicas diferentes, passou a ter atendimento em várias terapias diferentes, mas seus pais, de início, optaram pela Psicanálise ao invés das terapias comportamentais, que são recomendadas pela área médica. Isso aconteceu nos dois primeiros anos, a partir do diagnóstico, depois quando Levi já estava participando e aproveitando dos espaços coletivos além da escola, decidiram experimentar as abordagens comportamentais, mas até os 7 anos de idade não houve mudança significativa em relação ao quadro do TEA em suas características primordiais – ausência de fala e de interação, bem como não houve avanço na escolaridade, passou a frequentar uma classe especial para crianças autistas na rede pública.

Para o posicionamento como analista, o diagnóstico começa junto com a análise. Uma das preocupações na clínica é entender o funcionamento psíquico da criança diagnosticada ou não – nos casos considerados mais graves e invasivos, como o autismo, é preciso ir além das técnicas mais tradicionais da análise infantil, que são o jogo, o desenho, a modelagem etc., saber se a criança se aproximou ou não na estrutura simbólica que lhe dará a condição necessária para viver no mundo humano (BERNARDINO, 2004).

A Psicanálise não tem uma posição única em relação à concepção de autismo, há discordância entre as definições encontradas em comparação com a psicose infantil. Entre os psicanalistas lacanianos, a questão se torna evidente ao envolver as estruturas subjetivas

(neurose, psicose e perversão), entre os que defendem a unidade estrutural, os que consideram o autismo como uma estrutura diferente e aqueles que o consideram como uma “aestrutura” (ou não estrutura), considerando o sujeito fora de qualquer uma delas (KUPFER, 2000; ROCHA, 2002).

A principal diferença, na visão da Psicanálise, incide sobre o mecanismo psíquico de defesa contra a angústia que, na psicose, é a forclusão (LACAN, 1988, [1955-56]), ou seja, a não inscrição do Nome-do-Pai, impossibilitando a construção de uma identidade própria, em que o sujeito não simboliza. No autismo, temos a proposição de Jerusalinsky (1991) que se refere ao mecanismo da exclusão, em que o sujeito estabelece uma relação muito particular com o Outro, como se este demandasse “o nada” da criança autista, mas o Outro está lá, ele existe, embora a criança não possa usufruir do Nome-do-Pai.

Outro aspecto observado nas concepções sobre o autismo é a sua anterioridade ao tempo de alienação ao desejo materno, o que sugere o aparecimento de uma outra estrutura, porque não há a instauração da relação simbólica fundamental, devido ao mecanismo de elisão ou supressão do Outro, como mostra Laznik (2004). A importância de diferenciar a criança autista da criança “delirante” como diz Soler (2007) está na possibilidade de identificar que tipo de vínculo estabelece com o Outro, por exemplo, a primeira faz a tentativa de anular, só olha quando o Outro se distrai e não responde ao seu chamado; a segunda não tem um eixo de separação, não há a diferenciação entre o Eu e o Outro, dificultando até mesmo saber qual é o lugar de objeto que o vínculo terapêutico desencadeia (LAZNIK, 2004; SOLER, 2007).

A concepção de Winnicott (1983, p. 57) não define o autismo de modo fechado, mas o coloca dentro de um grupo clínico de doenças secundárias, que não possuem “lesão ou deficiência física”, mas que possuem características esquizoides. Em uma conferência para estudantes de Medicina em 1966, o autor se coloca com dúvidas em relação ao surgimento da categoria psiquiátrica “autismo”, definida por Kanner em 1943, mostrando-se preocupado com mais um rótulo a se colocar sobre a criança.

O que importava para o psicanalista inglês, também, importa a todos que trabalham com autismo até hoje. O autor sinaliza a dificuldade de tratar do tema na área médica, com os próprios estudantes de Medicina e outros médicos, ele mesmo sendo um psiquiatra infantil sugere que a melhor forma de estudar o autismo é respeitando a variedade de suas manifestações, dando maiores chances para o tratamento em si. Se compreendo o que o autor nos ensina, é porque, nos casos de autismo, sempre é melhor tratá-los um a um e não por um conceito geral. Considera que é um problema fundamentalmente do desenvolvimento emocional e não uma doença (WINNICOTT, 2004).

Rocha (2002) mostra que o autismo e a psicose podem ser pensados como uma condição mais geral, em que não há um sujeito do desejo, do inconsciente, barrado pela falta do Outro. Com isso, é possível dizer que as crianças no autismo ou na psicose, não se inscrevem na lógica do falo, como significante, porque não há a inclusão do Nome-do-Pai. Não está decidido se em ambos os casos ocorre a forclusão ou outro mecanismo, como os citados acima, mas observa-se que não ocorre a queda do “objeto a” definido por Lacan como o objeto que causa o desejo e promove a separação entre a mãe e o bebê. Hoje, procuramos entender a distinção entre o “funcionamento autístico” e o “funcionamento psicótico”, que podemos relacionar com os tempos de inscrição do sujeito no desejo do Outro, como vimos na relação entre constituição psíquica e circuito pulsional, há um tempo de alienação e um tempo de saída, que difere entre o autismo e a psicose (BERNARDINO, 2004).

Na experiência que relatamos, a queixa inicial e os elementos obtidos desde os primeiros contatos com a família, o menino não parece ter ficado totalmente de fora do circuito pulsional, houve uma alienação inicial observada também nos vídeos do primeiro ano de vida que foram disponibilizados pelos pais. Entre os autores psicanalistas que tratam do autismo, a característica mais comum descrita é que, no autismo, há uma indiferença frente às perdas objetais que afetam o bebê em sua constituição inicial, em uma espécie de recusa da erotização do corpo, por isso, os objetos parecem não lhe fazer falta. Na psicose, acontece o contrário, as perdas objetais são assimiladas como ameaça e desestabilizam o ego, levando à defesa delirante; a forma como a criança em funcionamento psicótico está inserida na linguagem leva a uma forma de reagir que precisa ser conhecida uma a uma, ou seja, a Psicanálise não trabalha com um conjunto de características que definem um transtorno, mas sim com a experiência mesmo. (DUNKER, 2013; LAZNIK et al., 2016).

A experiência com Levi consolidou uma prática que já havia iniciado com outros atendimentos no consultório particular, que foram influenciados por um trabalho em uma instituição, são os encontros com os outros profissionais que estavam envolvidos no caso, alternando com e sem a presença dos pais na reunião. A discussão sempre se dava em termos das respostas da criança ao tratamento, sobre a angústia do diagnóstico, sobre os pais e as expectativas em relação aos resultados das terapias, o que amenizava muito a sensação de solidão que se sente frente ao atendimento da criança autista e oferece uma forma a mais de pensar os desdobramentos da clínica.

Foram nas reuniões com os profissionais das chamadas áreas afins que pudemos perceber o resultado das intervenções da análise nos outros atendimentos, como, por exemplo, a redução das estereotípias e compulsões. Os encontros possibilitaram um diálogo, que como

vimos, é pouco praticado fora de contextos que envolvem instituições mais amplas, como clínicas multidisciplinares, espaços terapêuticos públicos ou de atendimento comunitário, como vimos no início desse trabalho. De acordo com Crespin (2004), há uma diferença na condução da análise de uma criança autista em relação ao sigilo da sessão, por exemplo, falar das estereotípias. Em minha posição como analista, não deixei de preservar a criança e a sua família em suas questões de foro íntimo e pessoal, mas o que se percebia de ganho a partir das intervenções eram compartilhados.

Lerner et al. (2011) discorrem sobre essa questão apresentando uma pesquisa que analisa a formação de pediatras para detectar riscos de transtornos no desenvolvimento realizada em uma parceria entre a Universidade de São Paulo (USP) e a Associação Preaut¹⁴, um grupo de pesquisa Brasil/França, que desenvolve pesquisas sobre a prevenção desses transtornos.

Na mesma linha de pesquisa, Bernardino (2008) relata os caminhos que percorre com a pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para o desenvolvimento infantil, que forma um grupo com representação em todo o Brasil, inspirado no Protocolo IRDI¹⁵ (desenvolvido por Cristina Kupfer e colaboradores da USP), onde precisaram resgatar o aporte teórico da Psicanálise, devido à dificuldade de trabalhar as questões ditas “emocionais” sem considerar o inconsciente. A discussão que o grupo manteve apontou a impossibilidade de realizar a pesquisa apenas pelos critérios DSM e CID, que consideram os processos fisiológicos, sensoriais, de atenção e motores, incluindo os fatores emocionais, mas desvinculados do inconsciente, o que deixaria a Psicanálise de fora da discussão. Quanto a isso, já existem pesquisas de sobra. Foi preciso, então, criar um protocolo que atendesse às questões fundamentais para a Psicanálise incluindo critérios fenomenológicos, o que viabilizou a comunicação interprofissional e validou os parâmetros da pesquisa; embora eles não tenham utilidade para as intervenções terapêuticas, servem apenas para registrar o diagnóstico (JERUSALINSKY, 2004).

No protocolo das pesquisas, foram levantados alguns pontos teóricos, que já trabalhamos no terceiro capítulo da tese, tais como a matriz simbólica de identificação primordial, o lugar da criança no discurso familiar, envolvendo alienação/separação, estágio do espelho, Édipo entre outros, abarcando toda a teoria psicanalítica relacionada à construção da subjetividade (INFANTE, 2004, 2008).

¹⁴ Associação Francesa de Pesquisa na Área de Prevenção de Autismo, que presta serviço materno-infantil em onze observatórios regionais na França, com parceria no Brasil.

¹⁵ IRDI – Indicadores de Risco Psíquico para o Desenvolvimento Infantil.

Não utilizei dos protocolos de pesquisa acima citados para esta pesquisa, este não foi o objetivo, mas segui um caminho muito próximo aos que estão sendo utilizados como os critérios das pesquisas. A comparação que busquei mostra o quanto a Psicanálise tem se movimentado por meio desses trabalhos que abrangem grandes grupos de pesquisadores, atuando nas mais diversas áreas em que podem contribuir – saúde mental, saúde infantil, clínica infantil, educação, apenas para mencionar algumas.

O que procuramos sugerir para o prosseguimento da análise de crianças que receberam um diagnóstico médico não é entrar por uma visão médica do problema, mas buscar a interlocução com as outras áreas, no intuito de compreender a relação estabelecida com outros profissionais, conhecer o lugar da criança nesse discurso, como fazemos com os pais. Afinal são figuras de referência, para a criança e, ainda mais, para seus pais (DOLTO, 2007). O diálogo abre novas formas de transferência e pode reduzir o distanciamento da Psicanálise com as outras áreas.

A distinção entre os quadros na área médica pode modificar os encaminhamentos e o diálogo com aquelas que se encarregam do tratamento. Há uma tendência em se colocar o autismo como síndrome genética, mas só há uma relação indireta com este fator, como podemos observar no Protocolo de São Paulo (2013):

Condições médicas frequentemente associadas ao TEA incluem: Síndrome do X frágil (8-27,9%); Esclerose Tuberosa (24-60%); Encefalopatia Neonatal/Encefalopatia Epiléptica/Espasmo Infantil (36-79%); Paralisia Cerebral (15%); Síndrome de Down (6-15%); Distrofia Muscular (3-37%); Neurofibromatose (4-8%). Não existe um marcador biológico, por isso, o diagnóstico deve ser feito pelos critérios da CID 10, conforme segue na descrição do quadro clínico. (PROTOCOLO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013)

Nem sempre uma criança que apresenta uma dessas condições vai se tornar autista, assim como a maior parte das crianças autistas não apresenta um quadro genético específico. Daí a dificuldade de estabelecer um diálogo que se desprenda da condição de doença que a relação entre o TEA e os quadros genéticos tentam reunir. Kupfer (2013) comenta que, além de insistir na colocação de critérios puramente biológicos, o Protocolo de São Paulo, ao desqualificar a Psicanálise para o atendimento da criança autista, fere o princípio democrático da oferta plural de atendimento à população.

Consideramos a questão do diagnóstico a partir de uma posição discursiva (*vide* capítulo 2), que é um dizer sobre o outro, construindo um sistema de saberes que dita algo sobre determinado assunto. Sob a posição implacável do discurso do mestre, o protocolo que foi elaborado para prestar atendimento público de saúde para a criança autista posiciona-se no lugar de um saber absoluto, visando embargar outras formas de conhecer e outras

possibilidades de tratar o autismo. O fato abre margem para uma interpretação confusa das características que, na área médica, por exemplo, recaí sobre a prescrição de medicamentos psicotrópicos, agora é possível receitar um remédio para déficit de atenção e a Risperidona para o autismo ou para comportamento desafiador para uma mesma criança. A proposta de intervenção terapêutica ficou limitada para a área cognitivo comportamental, como mostra a análise crítica de Vieira e Silva (2014).

Como diz Laurent (2014, p. 20), fazendo um trocadilho, o que deve ser considerado no autismo é que se trata de uma “causa” como a “causa pública” ou “popular”, ou seja, é causa a ser defendida, que é diferente de apresentar uma “causa” no sentido da etiologia do autismo, que ainda é suscetível à contradição. Completamos a colocação do psicanalista, acrescentando que o autismo não tem um “dono” do saber sobre ele, é algo que permanece em estudo desde sua definição há mais de setenta anos. A conclusão a que chegaram mostra uma maior abertura dos profissionais para compreender a constituição subjetiva do sujeito a partir dos elementos indicadores de risco que, ao serem precocemente detectados, podem minimizar o sofrimento da criança.

Na mesma perspectiva do TEA, podemos pensar o TDAH é considerado como “transtorno” pela visão médica, em que se busca uma etiologia biológica, genética ou neurológica, como podemos observar nos manuais para diagnóstico e em artigos publicados em revistas científicas. A Psicanálise apresenta o contraponto, como nos relatos apresentados, Levi e Mel são duas crianças e foram escutados pela analista como tais, em seu próprio tempo da constituição subjetiva. A busca do diálogo com as outras áreas foi um meio de responder às “querelas” mostrando a legitimidade desse trabalho, principalmente para os psicanalistas que estão seguindo por esse caminho de atender ao sujeito-criança.

Jerusalinsky (2006) reconhece a importância do diálogo entre pesquisadores de diferentes áreas e acrescenta que as investigações sobre o tema são legítimas, ainda que o autor aponte as falhas das pesquisas atuais, principalmente as que investigam o uso de medicamento. Constatamos, pela literatura sobre o assunto e pelo grande número de publicações, que o excesso de diagnósticos, tanto para o TDAH, quanto para outros e, até mesmo, o diagnóstico de TEA, têm despertado desconfiança na forma como as pesquisas passaram a divulgar os dados.

A crítica mais forte de Jerusalinsky não é apenas pela inconsistência das pesquisas e dos seus dados, mas pelo fato de haver um risco em implementar, na clínica, uma forma de diagnóstico e tratamento para uma condição que ainda não se conhece a etiologia. A dificuldade encontrada em relação ao TDAH, por exemplo, não só não tem uma etiologia

conhecida, como é diagnosticada sem critérios por muitos profissionais, o que aumenta as chances de um erro de diagnóstico e tratamento na clínica infantil.

Como dissemos anteriormente, a criança também se tornou mercadoria de consumo onde paira todo o imaginário do sucesso e do espetáculo. A escola, a indústria, a medicina, a mídia, todos descobriram esse filão para o lucro certo. Se mencionamos a fragilidade do Nome-do-Pai como Lei, também concluímos que não há maior liberdade hoje em dia, o que tem acontecido é um esvaziamento do ser e a tentativa de preenchê-lo com os objetos de consumo. Por isso os diagnósticos e psicotrópicos atraem tanta gente, pois são formas de ajustes a uma fórmula de sucesso baseada na imagem e no comportamento esperado (MEZAN, 2011; FORBES, 2015).

A Psicanálise pode contribuir para esclarecer sobre a conduta na clínica, pois é certo que encontramos crianças hiperativas e/ou desatentas, como temos visto em nossa experiência. Sim, existem crianças com problemas de memória, de atenção, de aprendizagem, de linguagem, psicomotores etc., mas essas características acabam sendo correlacionadas com o que as pesquisas nomeiam de “dificuldade social” (JERUSALINSKY, 2006). São crianças com dificuldades para se reconhecerem no outro, tantos são os problemas apontados para elas. Afinal, elas são enunciadas pelos outros como as que carregam essa dificuldade, que pode ser na área da linguagem, mas não necessariamente na expressão do seu desejo, que fica interrompido pelas classificações diagnósticas.

Não há diagnóstico de déficit de atenção para a Psicanálise como há para o autismo, mas não é com menos cuidado que devemos nos remeter aos casos que chegam até nós. A expressão TDAH tem sido utilizada apenas recentemente em artigos publicados por psicanalistas. O que nos leva a tratar da criança que chega com esse diagnóstico é o dispositivo teórico em torno da constituição psíquica subjetiva, como fazemos também no autismo e também das estruturas clínicas, neurose, psicose e perversão. São os mesmos referenciais que são pensados a partir dos tempos da infância para reconhecer qual é o tipo de defesa que a criança está utilizando para lidar com a castração, com o desamparo (VORCARO, 2004; PETRI, 2008; FLESLER, 2012).

Afinal, as “querelas” não se resolvem com a proposta do diálogo, mas creditamos a elas a possibilidade de sempre poder fugir de uma visão paralisante do sujeito.

5.3 Os impasses da clínica frente aos diagnósticos para as crianças

Na Psicanálise, o sujeito transfere ao analista o suposto saber, mas o psicanalista nada sabe. O diagnóstico é um saber do outro, de outra ordem, de outro campo. Mas não é difícil ficar seduzido por um discurso tão bem organizado, com uma proposta objetiva, como as que vêm do modelo médico. Por isso, perguntamos: Como não se embrenhar pelos caminhos dos diagnósticos no processo de análise?

O analista sempre ocupará o lugar da falta, como vimos na teoria dos discursos de Lacan (1996), pois não há garantias da análise, bem como não há um saber pronto. Como diz Soler (2012, p. 230), a Psicanálise é o “avesso do cognitivismo”, além de trabalhar com o sujeito dividido, “nem sequer pensamos do jeito que gostaríamos de pensar”, pensamos atravessados por um desejo que funciona dentro da divisão do sujeito, em uma fenda que não pode ser costurada. Com isso, questiona-se se é possível conversar com quem não considera ou que não experimentou estar no lugar de incompletude, de falta?

A nossa proposta para o diálogo com os outros saberes não se dá pelo “convencimento” teórico, prático ou epistemológico, não é uma questão de conciliar conceitos, mas sim de analisar a complexidade dos casos, sem se prender no transtorno e nas suas características. É um colocar-se à disposição de escuta das dúvidas e fragilidades dos atendimentos, levando a uma reflexão sobre a criança para além do diagnóstico.

O impasse que retorna das reflexões e dos estudos sobre a clínica infantil frente aos diagnósticos vem de uma vertente ética, levando ao constante questionamento sobre a eficácia da análise, sobre nossos limites: “Na proliferação de seus *modos* [posição], a clínica psicanalítica de crianças submete-se a impasses e sustenta querelas suficientes para que seja muitas vezes localizada na fronteira da capacidade operatória da Psicanálise” (VORCARO, 2004, p. 11, grifo nosso). As manifestações da criança na clínica podem nos deixar à deriva, como muitas vezes ficamos no atendimento à criança autista, por exemplo, que, mesmo em seu mutismo, ela também sofre o efeito de uma linguagem. Então, a posição do analista com a criança refere-se ao exercício da função significante, ou seja, colocar palavra no lugar da pulsão, mesmo que, para chegar a isso, outros caminhos precisem ser trilhados, como nos casos das crianças que não falam, mas nos desafiam a descobrir outras linguagens (FINK, 1998).

Mannoni (2003) analisa as diferentes posições do analista e do pedagogo, bem como de outros profissionais no contexto da instituição, mostrando que a posição de colaboração em que se colocam mantém uma separação em especialidades distintas em torno da criança. Se o

analista se mantiver fechado em sua forma de atender “permanece surdo ao que se passa na instituição” (p. 234). O que propomos como uma forma de diálogo segue por essa via, sair da posição confortável da clínica (das paredes do consultório) para conversar sobre o que está além, como temos visto entre os psicanalistas que trabalham com instituições.

Ao reconhecer a diferença entre o diagnóstico da Psicanálise e o do modelo médico, podemos reafirmar que o inconsciente, a sexualidade e o corpo erógeno fazem parte de uma herança que subverte a ordem estabelecida, fato que causa incômodo no mundo do conhecimento sistematizado, como os descritos nos manuais. Nas três instâncias citadas acima, repousam diferenças marcantes na forma de pensar o ser humano em todos os tempos da sua constituição psíquica.

As pesquisas que citamos neste capítulo mostram o empenho na produção e no compartilhamento de ideias e angústias entre os profissionais, não por uma imposição acadêmica apenas, mas por algo da ordem do desejo de um trabalho que vá além dos rótulos. A escuta irá passar por um outro registro, diferente desse pronunciado no diagnóstico. O atendimento da criança em análise é legitimado pelo olhar e pela escuta do sujeito em constituição. (VORCARO, 2004; PETRI, 2008; FLESLER, 2012).

Para isso, abrir um espaço de escuta para os pais é fundamental, bem como para a escola e, dependendo do caso, com a área médica e com outras formas de terapias, tais como: a fonoaudiologia, a psicopedagogia, a terapia ocupacional, entre outras. O psicanalista pode se inserir nesse diálogo pode ocupar sua posição ética, sem precisar isolar seu trabalho. Há uma tendência perceptível de encaminhamentos feitos por esses profissionais de modo a excluir o psicanalista das possibilidades de atendimento da criança, é comum que indiquem outras abordagens terapêuticas para aquelas que recebem um diagnóstico, sendo que alguns vão diretamente ao ponto de contraindicar a Psicanálise.

Partindo desse fato, é importante que o psicanalista desperte para uma nova forma de estabelecer mais um laço social, abrir-se para o diálogo com as outras áreas, ampliando a possibilidade de uma reflexão, fora do enquadre tradicional sobre a questão dos diagnósticos na infância, como diz Laurent (2013).

Outro aspecto que é importante considerarmos é que cada um dos membros da família e da escola vivencia, de forma singular, o problema do qual a criança é porta-voz, com sua inadequação. Dividir a vida pessoal num meio familiar não significa que todos realmente compartilhem da mesma visão dos acontecimentos. Mannoni (2004) diz que uma forma verdadeira de pudor está na dificuldade que as pessoas têm de mostrar o seu íntimo, começando por si mesmo, há uma resistência muito grande, que chega a distorcer o discurso

dos pais, pelo temor de revelarem seus mais íntimos sentimentos. Por isso, às vezes, é mais importante escutar a forma como aparecem as informações do que a informação propriamente dita, pois assim descobrimos a verdadeira demanda de análise, se é apenas dos pais ou se tem algo que a própria criança traz (ABERASTURY, 2007).

Localizar a criança nos modelos teóricos é o que a Psicanálise vem questionar, pois essa em qualquer que seja a situação, em qualquer que seja o tempo do sujeito vai escutar a criança primeiro, para depois ler o que chega ali na ordem do desejo. Desejo dos pais? Desejo da escola? Desejo do médico? Vai considerar, sim, como é que esses outros pensam a criança, mas, em primeiro lugar, vai escutar a criança, que talvez ainda não seja um sujeito desejante, mas já está inscrita na ordem de um desejo, é isso que o psicanalista precisa escutar um possível “sinthoma” dessa criança, pois a análise é um vir a ser (VORCARO, 2004; PETRI, 2008; FLESLER, 2012; ALMEIDA; KUPFER, 2011).

Para Lacan (1974), é no registro simbólico que o inconsciente se sustenta, isso não quer dizer que ali apareça um sentido, mas sim é o que faz emergi-lo, uma vez que o inconsciente é estruturado como linguagem: “O inconsciente é no fundo dele, estruturado, tramado, encadeado, tecido de linguagem” (LACAN, 1988, p.139). É na linguagem que encontramos os códigos culturais por onde definimos a nossa existência no mundo. O real é de outra ordem, é o local que abriga o inconsciente, pode-se dizer que é a base pulsional. Criar o sentido faz parte da ordem do imaginário, um diagnóstico que afirma que uma criança é autista ou tem déficit de atenção é a busca do sentido, da explicação, no caso de uma explicação pela ordem da patologia que, de certa forma, absolve pais, educadores, terapeutas de implicarem-se diretamente com as dificuldades da criança.

“Quando começamos a nos veicular com palavras, vemo-nos logo em armadilhas [...]” (LACAN, 1974, p. 3). O imaginário é senão uma orientação a partir de imagens da criança idealizada da “revista pais e filhos”, da criança dos sonhos da mãe e o sentido disso é construído na intersecção entre o simbólico e o imaginário, para suplantar a angústia do real. A implicação geral daquele que se diz adulto na relação com a criança, está desde a formação dos laços afetivos e sociais, até o plano das identificações, afinal a criança reproduz, repete suas vivências e aprendizagens com esse adulto.

A ciência constrói uma definição do seu objeto de conhecimento a partir dos chamados métodos psicológico-psiquiátricos, utilizando o recurso do diagnóstico como um meio específico de entender a criança, essa que não só apresenta uma condição orgânica, como também carrega um mal-estar por sua condição, por implicar um risco para o ideal social. A ciência mantém a promessa de responder a esse embaraço que a infância constitui, quando

não traz a imagem que teria como objetivo possibilitar a realização desse ideal, de acordo com Vorcaro (2004) e Jerusalinsky (1995).

A questão do diagnóstico que tem acalorado as discussões em torno da infância fora da imagem idealizada, ou seja, da criança que não fala, não aprende, não brinca, não tem coordenação motora, tem dificuldade de se adaptar às atividades de vida diária, é impulsiva e assim por diante, o modelo médico procura a definição de um transtorno, indicando a terapêutica e também a epidemiologia. A Psicanálise se posiciona fora dessa discussão, mas, ao atender a criança que recebeu um diagnóstico, nós psicanalistas precisamos conhecer quais são os caminhos dos nossos interlocutores. Para podermos nos desvencilhar dessa concepção, precisamos escutá-la

Com isso, o que ocorre é o estabelecimento de um número significativo de diagnósticos inconclusivos, pois os exames laboratoriais e de imagem, ainda que tenham evoluído muito, não detectam com precisão alterações num organismo que ainda está em desenvolvimento. O que vemos então são diagnósticos pautados no exame clínico, impossibilitando uma avaliação sob os parâmetros aceitos pela ciência, isso gera, de novo, um mal-estar (VORCARO, 2004; ALMEIDA; KUPFER, 2011).

Este trabalho aponta a importância de retomar vários conceitos, os trabalhos já publicados a respeito do excesso de diagnósticos, assim como os que fundamentam os objetivos deste trabalho. A incidência dos casos diagnosticados está presente na literatura e, também, na demanda clínica, segundo Kupfer et al. (2009). Os consultórios, particulares ou comunitários, as escolas, enfim, os espaços que recebem a criança apontam os sinais de risco, o desamparo, a patologização recorrentes. Daí a importância de encontrar uma Outra forma de escutar o sujeito em constituição.

Vorcaro (2004) diz que o adulto (enquanto categoria cronológica) da sociedade contemporânea está entregue a rótulos e ao crescimento de quadros, como depressão, compulsão, ansiedade patológica, entre outros, numa sociedade adoecida. A criança que escapa do ideal parental e do ideal social para além da família esbarra nos chamados terceiros: pedagogos, médicos, psicólogos, entre outros, todos com a intenção de educá-la e discipliná-la, para ela a Psicanálise pode oferecer uma outra alternativa.

A Psicanálise pensa o diagnóstico de forma diferente do que pensa a psiquiatria. O DSM e o CID são os referenciais da área médica, com seu conjunto de critérios e axiomas que visam fazer um enquadre do que se considera indivíduo, de onde se atribui um diagnóstico de transtorno ou distúrbio mental. Esses parâmetros justificam as prescrições de medicamentos, as indicações de tratamento terapêutico, em que é comum o profissional da área médica

direcionar para as chamadas terapias cognitivo-comportamentais, tanto para os casos de TEA, quanto para os casos de TDAH e outros quadros recorrentes na infância.

O modelo mais atual, o DSM-5, reorganizou os conjuntos de transtornos de modo a colocar uma separação dos transtornos infância precoce – é muito difícil estabelecer um diagnóstico desses. Então, pode ser qualquer um, mas sempre há um rótulo e, para ele, um “remédio”. É certo que os médicos orientam os pais a procurar outros recursos de tratamento, em geral, são unânimes em dizer que apenas o remédio não basta, mas a terapia precisa ser a que eles recomendam, pois outras não funcionam, ainda mais para esses quadros complexos.

Sabemos que os diagnósticos muitas vezes são baseados em informações limitadas, de uma ou duas consultas e, após exames, verificam-se apenas marcadores biológicos, em geral, não conclusivos. Há também uma forte discussão política em torno desse tema, dos diagnósticos na infância, onde os pais procuram criar associações e grupos onde podem compartilhar ideias, angústias e formas de tratamento. A discussão é legítima, a procura por ajuda também, mas é perceptível uma tendência a se apressarem em diagnósticos, o que nos leva a concluir que esse é um dos fatores do aumento dos diagnósticos na atualidade.

Dolto (1972, p. 9), em seu livro *Psicanálise e Pediatria*, diz que Freud foi um homem da ciência, mesmo que seu pensamento tenha sido considerado revolucionário, como médico “queria tratar, sua finalidade era curar”. Com esse espírito, a própria Françoise Dolto desenvolveu seu trabalho como psicanalista ela dizia que quando criança queria ser uma “médica da educação” (DOLTO, 2007), interessou-se pela prevenção durante toda a sua vida, por isso mesmo, falava aos pais, aos médicos, respondia-lhes cartas, perguntas na rádio, sempre na batalha pelas crianças e pela desconstrução dos diagnósticos que poderiam prejudicar seu desenvolvimento.

Algumas Considerações Finais

Concluir um trabalho é uma tarefa paradoxal, pois este é o momento mais rico de continuidade do que aprendemos e, ao mesmo tempo, é preciso colocar um ponto final. As questões primordiais que conduziram a elaboração desta tese foram: discutir as especificidades da Psicanálise na clínica com crianças que receberam diagnóstico médico e o lugar do psicanalista na interlocução com as demais áreas. O trabalho foi feito a partir da experiência na clínica, com base nos diagnósticos de TEA e TDAH, que estão entre os mais recorrentes.

Procuramos o efeito de “dialetriz” o transtorno, a patologia ou a doença entre as diferentes áreas que trabalham com a criança, possibilitando uma compreensão mais aprofundada da clínica frente aos diferentes diagnósticos que lhe são dirigidos. As querelas do diagnóstico não se reduzem porque procuramos a dialética, mas com isso se tenta sair da ideia de uma verdade, pois a Psicanálise vai apontar justamente isso, não há um saber prévio sobre o sujeito do inconsciente. O sujeito biológico da visão médica não entra em acordo com o da Psicanálise, por isso a querela permanece, mas é inegável a necessidade do diálogo, em alguns casos, como os que ficam sob uma hipótese diagnóstica de transtorno. No instante de concluir, é preciso dizer que encontramos dificuldades para estabelecer o diálogo pretendido, pois sabemos que a posição do psicanalista é ocupar o lugar vazio, do não saber, visando ao sujeito do inconsciente, pressuposto fundamental compartilhado entre os psicanalistas aqui referenciados. O nosso dispositivo teórico é o da Psicanálise que contradiz os saberes dotados de uma verdade “pré-fabricada”, o que causa temor para quem está lá do outro lado, o eterno temor à castração, coisa que o psicanalista, possivelmente, já elaborou. Por isso, dialetriz é uma saída possível, porque não significa entrar em acordo, mas trabalhar em paralelo. A partir de experiências vividas desde a época do serviço público, penso que conversar com outros saberes não é uma batalha em que só haverá um sobrevivente e o outro será aniquilado, pois é a criança escutada pelo psicanalista que sabe e diz de si mesma, da “doença” ou “transtorno” conferido pelo outro e do seu advir. A posição do analista é a de ocupar o lugar de um “saber que não se sabe” (parafrazeando Mannoni), colocando-se em escuta, assim como o outro lado do diálogo, pode permanecer com seus saberes. Seja com pais, professores, coordenadores pedagógicos, médicos, seja com psicólogos, com todos é possível conversar flexibilizando aos

poucos o saber instituído. Reconhecemos que é um caminho árido, mas será possível escutar e questionar os posicionamentos de cada um, daí a ideia de “dialelizar” o diagnóstico.

Começamos este caminho por retomar a teoria psicanalítica apontando as divergências existentes dentro das diferentes escolas de formação, poderíamos dizer que a própria Psicanálise é um “sujeito dividido” e, por isso mesmo, aberta à revisão. Se é para dialogar com as outras áreas, é melhor unir o que for possível dentro da Psicanálise, usufruindo de sua estrutura teórica, para sustentar a clínica, bem como as linhas de pesquisa que visam a uma proposta diferente das ciências positivistas.

A diferenciação entre o diagnóstico na área médica e o diagnóstico na Psicanálise esclarece, em primeiro lugar, o sujeito epistêmico ou cognoscente que encontramos no modelo médico, em contraste com o sujeito do inconsciente e sua constituição subjetiva, da concepção psicanalítica (QUINET, 2010). Em segundo lugar, apresenta a diferença na concepção da patologia ou doença. Uma área enfoca o estudo em causas biológicas e/ou genéticas, estabelecendo um diagnóstico por meio de critérios descritivos, visando a uma terapêutica diretiva e, possivelmente, medicamentosa e a outra buscando conhecer as particularidades da criança, o seu lugar no discurso parental, as expectativas familiares e sociais em torno do seu desenvolvimento. Tais aspectos foram mostrados através dos relatos de experiência e dos efeitos dos processos terapêuticos da análise sobre a criança diagnosticada.

O ponto teórico central da Psicanálise para atender à criança, em qualquer condição que chegue até nós, refere-se à constituição psíquica primordial, focamos nas fases iniciais da infância, para poder chegar até o sujeito criança em estágios posteriores. O trabalho com Levi foi um grande aprendizado, foi no acompanhamento da sua análise que as ferramentas para esta tese surgiram, com ele foi possível reconhecer diferentes formas de transferência com um só analisando, foi preciso entrar em contato com a solidão, com o mundo interno, de forma intensa e diferente de qualquer outra análise conduzida (TAFURI, 2003). Fazer-se ausente na presença dele, em alguns momentos, foi um ato necessário para que ele pudesse acessar o Outro por seus próprios parâmetros. Somente se sustentamos o lugar vazio, sem necessidade de controle é que conseguimos nos entregar ao outro.

Já na análise de Levi, as coisas não acontecem sempre da mesma forma, em nenhuma delas, de fato, mas, no decorrer da análise, percebemos quando precisamos mudar de posição, quantos desdobramentos do ser analista comparecem ali. Na análise de autistas, o analista oferece o corpo no lugar da falta, ao final das sessões vem o efeito, o corpo dói. Durante a

análise de Levi, foram realizados vários encontros com os outros profissionais, além de observações em escola e outros espaços frequentados pela criança.

Mel também trouxe ensinamentos, uma experiência ímpar da passagem da posição de avaliadora para a posição de analista, o diálogo com outras áreas só aconteceu no período inicial, quando começou a análise propriamente dita; a abordagem ou “influxo analítico” se deu apenas com os pais. De início, o lugar “assumido” (lugar de semblante) foi o de avaliadora, por onde procuramos um contato com a escola, mas a experiência foi frustrada, não tivemos abertura e nem diálogo, esse foi um dos poucos casos que ocorreram durante o tempo de clínica, ir à escola e não ser escutada. Por outro lado, a abertura veio dos pais que não consideraram o diagnóstico médico como a verdade final da criança e optaram por não a medicar, apenas entregaram o “laudo” que serviu como “calmante” para a escola, dando possibilidade para uma análise acontecer que, desse momento em diante, seguiu seu rumo.

A conclusão a que chegamos é a de que vale a pena procurar por esse contato, acolher quando parte do outro lado também, por mais que possa não frutificar ou não produzir efeitos que reverberem na criança; ainda assim, terá o efeito de despertar o olhar dos pais para o filho, do professor para o aluno, do médico para o paciente. Em uma ocasião em que estive em reunião com uma neurologista, uma fonoaudióloga e os pais de uma criança com suspeita de autismo, pudemos deixar de lado a discussão em torno do DSM-5, com a nítida convicção de que se olhássemos bem de perto, encontraríamos um diagnóstico para cada uma das pessoas presentes na sala. Então, passamos a conversar sobre a criança e sua relação com os pais em contraste com suas interações com outros adultos e com crianças. Nessa conversa, esclareceu-se mais sobre o diagnóstico do que em nossos relatórios avaliativos. Não levaram dois meses e a criança começou a falar e a interagir, excluindo a hipótese do TEA.

Não estamos afirmando que apenas esse contato, por si só, propiciou um efeito decisivo sobre o diagnóstico, mas colaborou para ampliarmos o olhar para a criança. O clima interprofissional se deu de modo coerente e enriquecedor para a experiência de todos. Naquele momento contou muito mais a sensibilidade, a coerência e o desejo de cada um, muito mais do que qualquer abordagem teórica. Encontros como esse têm sido recorrentes na prática da Psicanálise com crianças e os resultados são encorajadores, ainda que nosso objetivo não tenha sido realizar uma pesquisa quantitativa sobre o tema, é possível traduzir qualitativamente a importância do estabelecimento de um contato com os profissionais das outras áreas.

O resultado dessas interlocuções sempre foi, de certa forma, positivo para a criança que por um tempo, pelo menos passava a ter mais fôlego nesses ambientes por onde circula, já que

se colocar à disposição de escutar esses sujeitos de seu convívio acalmava a criança narcísica de cada um que, em geral, é projetada sobre a criança em questão. Dessa clínica reavivada, não se pode mais abrir mão, ou de nada serve os esforços do psicanalista para obter a diferença, quebrar narcisismos e promover o crescimento, a vida.

A clínica contemporânea sempre dirige esforços para repensar a Psicanálise em todos os seus desdobramentos. Desde Freud, há um movimento para não a engessar, apesar de transformar-se em uma grande referência no que diz respeito à compreensão da psique e que, ao tornar-se referência, pode se enrijecer, mesmo assim, podemos dizer que a Psicanálise não parou e nem as críticas a ela dirigidas (MEZAN, 2014). Em participações em congressos dedicados a discutir a questão da criança na clínica e sob o olhar da sociedade atual, percebemos que a interdisciplinaridade tem se estruturado, apesar de todas as dificuldades que essa tarefa acarreta, o que nos deu também certo respaldo para a realização deste trabalho.

A intenção da tese foi, também, colocar em articulação a produção teórica da Psicanálise, as críticas, as revisões. São movimentos de vida, como dito anteriormente, retomar alguns pontos da história da Psicanálise, a constituição psíquica subjetiva, revisitando o diagnóstico em transferência, são formas de continuidade, de honrar esse trabalho, não pelos seus cânones e nem por sua mística, mas pela abertura a novos saberes que podem ser subversivos, porém movidos pelo desejo de fazer a diferença.

Resgatar os relatos dos atendimentos, articulando a teoria e a prática, foi um exercício de revisão em uma posição de pesquisadora e pesquisada, implicada no processo, o que exigiu um distanciamento necessário da experiência, por isso optamos por relatar o que já foi vivido, com começo meio e fim, para poder fazer uma análise *a posteriori*, na posição de pesquisadora já retirada do escopo da pesquisa, tentando apaziguar o dilema da indissociável relação entre investigador e dado, em um fazer / desfazer / refazer que, no final, esclarece que a falta produzida é o que produz o investigador (GUERRA; CARVALHO, 2002). Acreditamos que esse foi o caminho para uma análise mais crítica de onde observamos os entraves, os equívocos e os ganhos da pesquisa.

A proposta de colocar em discussão correntes inconciliáveis, como o pensamento psicanalítico e o modelo da ciência médica, por mais que tenha se mantido a clareza desta necessidade, ainda assim, é sempre difícil encontrar os pontos de abertura para o possível diálogo. Os equívocos que mais apareceram ocorreram na interpretação da transferência, difícil de distinguir no caso de Levi, pois funciona em uma dinâmica que lembra o esmaecer de uma tela de projeção, ora se apaga, ora se define, mas, na maior parte do tempo, se apresentando como único recurso de acesso ao advir de um sujeito.

No caso de Mel, a questão foi encontrar o ponto de limite na transferência com os pais, lidar com a criança narcísica idealizada deles, projetada na filha, assim como com suas próprias vivências de desamparo e medo. Questionar o lugar do psicanalista pareceu, diversas vezes, como uma questão esvaziada de sentido, uma vez que não é algo a ser definido, mas que surge do posicionamento no discurso do analista, como já colocamos, um lugar vazio, com a possibilidade de causar o desejo. Porém, diante da vivência, na atualidade, de duras investidas da comunidade médico-científica sobre a Psicanálise, sendo esses dois quadros diagnósticos TEA e TDAH os que são, praticamente uma unanimidade entre os encaminhamentos médicos para a Psicologia de abordagem cognitivista, sem um critério que vá além do que diz que a Psicanálise não é ciência (JERUSALINSKY, 2012), consideramos a escrita desta tese como uma resposta ética, um agir em conformidade com o desejo de demonstrar a validade de uma forma específica de trabalhar com o ser humano.

Os ganhos são para a clínica psicanalítica, com a confirmação da necessidade de uma interlocução entre as diversas áreas do saber, ainda que permeada de dúvidas, pois não é um caminho linear. A criança, quando não se adapta ao meio, gera problema para a educação e, nessa esteira, segue o modelo médico. Acabamos assistindo de perto o surgimento de uma infância diagnosticada como transtornada e medicalizada, sem sabermos exatamente onde esse caminho vai dar, quais as sequelas do rótulo e do uso excessivo de medicamentos psicotrópicos.

Acreditamos que os objetivos da tese tenham sido contemplados no sentido de trazer uma reflexão necessária, porém árdua para o campo da clínica psicanalítica. Por um lado, pelo risco de comprometer a lógica da Psicanálise através de possíveis interferências interdisciplinares, por outro, estabelecer um diálogo esvaziado de seus propósitos, sem que isso faça diferença para a condução do tratamento da criança diagnosticada. Reconhecemos essas dificuldades, mas a aposta permanece. Após essa experiência, o empenho de diálogo deve ser feito com todo o cuidado em não abandonar a orientação teórica que conduz à técnica, ou seja, o trabalho da Psicanálise com o sujeito do inconsciente, tampouco a postura ética que sustenta o trabalho da clínica que, para a Psicanálise, é não trair o próprio desejo, que é o desejo de uma ciência que se posiciona com uma interrogação (LACAN, 1988).

A reaproximação dos aspectos históricos da Psicanálise, com base nas discussões em torno dos diagnósticos, foi fundamental para lembrar como tem sido constante a busca da interlocução com as outras áreas. O trabalho foi, de certa forma, pretensioso, por procurar abranger esses diversos pontos, mas é fruto de um desejo, disso não resta dúvida. Porém não se encerra com as reflexões que apresentamos, mas sim abre possibilidades para a

continuação do tema em outras pesquisas, pois é impossível parar, assim como é impossível concluir. De possibilidades mais concretas mesmo, só de continuar caminhando. Sustentar um trabalho clínico durante quase vinte e cinco anos, com a sensação de que ainda precisa estudar mais, presenciando as mudanças que ocorreram ao longo desse tempo, na área médica, na educação e na própria Psicanálise que se envolveu muito mais com pesquisas interdisciplinares, como mencionamos, nada disso significa alguma coisa se não se extrair uma consequência para a prática. Buscar o efeito da dialética, mais do que a aceitação, foi a colocação das contradições e, mesmo assim, optar pela interlocução foi o grande intento que nos levou a trilhar o percurso desta tese.

Referências

- ABERASTURY, A. **Psicanálise da criança – teoria e técnica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- AGUIAR, R. M. R. **Violência na escola e sofrimento psíquico de professores: uma análise das práticas profissionais, de orientação psicanalítica**. 181 f. Tese (Doutorado)–Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2014.
- ALMEIDA, S. F. C. A formação no avesso do especialista. In: ALMEIDA S. F. C.; KUPFER M. C. M. (Org.). **A psicanálise e o trabalho com a criança-sujeito**. Rio de Janeiro: Wak, 2011. p. 27-45.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais / DSM-IV**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- _____. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais / DSM-5**. American Psychiatric Association. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BARKLEY, R. A. **Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade – manual para diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BASTOS, M. B. **Incidências do educar no tratar: desafios para a clínica psicanalítica da psicose infantil e do autismo**. 225 f. Tese (Doutorado)–Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- _____. **Ética pós-moderna**. São Paulo: Paulus, 2013.
- BECKER, H. S. **Segredos e truques da pesquisa**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BERNARDINO, L. M. F. (Org.). **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta, 2006.
- _____. De que pathos se trata no autismo? **Revista de Psicopatologia Fundamental, CliniCAPS**, v. 4, n. 11, 2010. Disponível em: <<http://www.psicopatologiafundamental.org>>. Acesso em: 12 mar. 2017.
- _____. A intervenção psicanalítica nas psicoses não decididas na infância. In: **PROCEEDINGS OF THE 5. COLÓQUIO DO LEPSI IP/FE-USP**, 2004. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br>>. Acesso em: 18 ago. 2016.
- _____. A questão da psicose na infância, seu diagnóstico e tratamento, diante do seu “desaparecimento” da atual nosografia. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Org.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 205-217.
- BERNARDINO, L. M. F.; LAZNIK, M. C.; ARAUJO, G. X. As vicissitudes do encontro mãe/bebê: um caso de depressão. **Estudos de Psicanálise**. Belo Horizonte, n. 35, p. 49-55, jul. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2016.

- BIRMAN, J. **Estilo e modernidade em psicanálise**. São Paulo: Editora 34, 1997.
- BLINDER, C.; KNOBEL, J.; SIQUIER, M. L. **Clínica psicanalítica com crianças**. São Paulo: Ideias e Letras Editora, 2001.
- BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- CARVALHO, J. A.; SANTOS, C. S. S.; CARVALHO, M. P.; SOUZA, L. S. Nutrição e Autismo: considerações sobre a alimentação do autista. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 5, n. 1, Pub.1, jan. 2012. Disponível em: <www.itpac.br/arquivos/Revista/51/1.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2013.
- CHATELARD, D. S. Do determinismo psíquico às escolhas subjetivas. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**, v. 19 - n. 2, p. 339-344, jul./dez. 2007. ISSN 0104-8023. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-80232007000200005>>. Acesso em: 10 jul. 2016.
- COMIN, D. **Los desordenes de la alimentación em los transtornos del espectro del autismo (TEA)**. Disponível em: <<http://autismodiario.org/2013/02/17/los-desordenes-de-la-alimentacion-en-los-trastornos-del-espectro-del-autismo/>>. Acesso em: 17 fev. 2013.
- CRESPIN, G. Como trabalha um psicanalista. In: KUPFER, M. C.; SZEJER, M. **Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês – novas pesquisas, saberes e intervenções**. São Paulo: Instituto Langage, 2016. p. 324-341.
- CULLERE-CRESPIN, G. **A clínica precoce: o nascimento do humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Lexicon, 2010. p. 146.
- _____. Fundamentos do psicodiagnóstico. In: CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico -V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 23-31.
- DEBORD, G. **A sociedade do espetáculo – comentários sobre sociedade do espetáculo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.
- DE LUCCIA, D. P. B. **Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) diagnosticado na infância: a narrativa do adulto e as contribuições da psicanálise**. 151 f. Dissertação (Mestrado)–Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- Dicionário infopédia da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico**. Porto Alegre: Porto Editora, 2003-2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/a-posteriori>>. Acesso em: 12 abr. 2017.
- DOLTO, F.; NASIO, J.-D. **A criança do espelho**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- DOLTO, F. **Psicanálise e pediatria**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.
- _____. **No jogo do desejo – ensaios clínicos**. São Paulo: Ática, 1996.

_____. **A imagem inconsciente do corpo.** São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. **As etapas decisivas da infância.** São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. **O caso Dominique.** São Paulo: Martins Fontes, 2010.

DOR, J. **Introdução à leitura de Lacan:** o inconsciente estruturado como linguagem. Porto Alegre: Artmed, 2003.

DUNKER, C. I. L. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica – uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento.** São Paulo: Annablume, 2011.

_____. **A psicose na criança – tempo linguagem e sujeito.** São Paulo: Zagadoni, 2013.

FENDRIK, S. **Psicoanalistas de niños. La verdadera historia.** Buenos Aires: Letra Viva, 2007.

FEYERABEND, P. **Contra o método.** Rio de Janeiro: Francisco Alvez, 1977.

FEYERABEND, P. et al. Pesquisa clínica em psicanálise: a elaboração de um método, In: FIGUEIREDO, A. C. (Org.). **Psicanálise, pesquisa e clínica.** Rio de Janeiro: CUCAIPUB/UFRJ, 2001. p. 11-24. (Coleções IPUB). Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n1/1415-4714-rlpf-7-1-0075.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2017.

FINK, B. **O sujeito lacaniano – entre a linguagem e o gozo.** Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

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

FORBES, J. A análise lacaniana hoje: ingredientes, indicações e modo de usar. In: FORBES, J.; RIOLFI, C. (Org.). **Psicanálise – a clínica do real.** 1. ed. São Paulo: Manole, 2014. p. 3-20, 274-290.

FORBES, J. **Da palavra ao gesto do analista.** São Paulo, Manole, 2015.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. (1895) Vol. I. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. (1905) Vol. VII. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. De onde vêm os bebês? (1907). Vol. IX. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. (1909) Vol. X. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Psicanálise “silvestre”. (1910). Vol. XI. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud** Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. O manejo na interpretação de sonhos na psicanálise. (1911). Vol. XII. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. (1912) Vol. XII. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. A história do movimento psicanalítico. (1914a). Vol. XIV. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914b). Vol. XIV. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Os instintos e suas vicissitudes. (1915). Vol. XIV. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Além do princípio do prazer. (1920). Vol. XVIII. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Dois verbetes de enciclopédia: a psicanálise e a teoria da libido. (1923a) Vol. XIX. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. O ego e o id (1923b). Vol. XIX. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. A dissolução do complexo de Édipo. (1924). Vol. XIX. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud** Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. (1925). Vol. XIX. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Inibições, Sintomas e Ansiedade. (1926). Vol. XX. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud** Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. O mal-estar na civilização. (1929-1930) Vol. XXI. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud** Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Esboço de psicanálise. (1938). Vol. XXIII. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise – XXXIV. (1933). Vol. XXII. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Esboço de psicanálise (1938). Vol. XXIII. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud** Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FULGÊNCIO, L. Paradigmas na história da Psicanálise. Natureza humana. **P@Psic**, 9 (1), p. 97-128. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302007000100004&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 9 set. 2016.

GIOVANNETTI, Andrea. Quando o princípio do absurdo disparou a ideia psicanalítica: uma concepção da Teoria dos Campos. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 101-116, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641999000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1º mar. 2017.

GOLDSTEIN, S.; GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade**: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. São Paulo: Papirus, 1996.

GRAÑA, R. B. **Lacan com Winnicott**: espelhamento e subjetivação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

GREEN, A. **Brincar e reflexão na obra de Winnicott**. São Paulo: Zagodoni, 2013.

GUSMÃO, M. H. Os transtornos e as dificuldades da alimentação. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, ano V, vol. 1, 2002. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume05/n1/os_transtornos_e_as_dificuldades_da_alimentacao.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2013.

GUEDES, G. **Dicionário Etimológico: significado e origem das palavras**. 2014. Disponível em: <www.significado.origem.de/significado.do?palavra>. Acesso em: 05 fev 2015.

GUELLER, A. S.; SOUZA, A. S. L. (Org.). **Psicanálise com crianças – perspectivas teórico-clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

HUTZ, C. S. (Org.). **Avanços em avaliação psicológica e neuropsicológica de crianças e adolescentes**. Parte II. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

IASBECK, Luiz Carlos Assis. **A administração da identidade**: um estudo semiótico da comunicação e da cultura nas organizações. 1997. 342 f. Tese (Doutorado em Comunicação) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

IRIBARRY, I. N. O que é pesquisa psicanalítica? **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.115-138, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982003000100007>>. 2003. Acesso em: 3 nov. 2016.

JALLEY, E. **Freud, Wallon, Lacan – A criança no espelho**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001.

JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Org.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2004.

_____. Diagnóstico de déficit de atenção – o que a psicanálise pode dizer. **Revista Correio da APPOA**, Porto Alegre, p. 24-41, 2006. Disponível em: <<http://www.apboa.com.br/correio>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

_____. Apesar de você amanhã há de ser outro dia In: CALLIGARIS, C. et. al. **Educa-se uma criança?** Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2010.

_____. O nascimento do ser falante. In: BERNARDINO, L. M. F.; ROHENKOHL, C. M. F. **O bebê e a modernidade**: abordagens teórico-clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico de psicanálise**: o legado de Freud e Lacan. Editado por Pierre Kaufmann. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

KLEIN, M. **Os progressos da Psicanálise**. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

_____. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KUPFER, M. Cristina M. Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 85-105, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1º jul. 2016.

KUPFER, M. C. O eu real do autista. In: BERNARDINO, L. M. F.; ROHENKOHL, C. M. F. **O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F.; MARIOTTO, R. M. M. **Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância**. São Paulo: Escuta, 2012.

KUPFER, M. C.; SZEJER, M. (Org.). **Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês – novas pesquisas, saberes e intervenções**. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

LACAN, J. **Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade e primeiros escritos sobre a paranoia**. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2011.

_____. **O seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud (1953-1954)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

_____. **O seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (1954-1955)**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

_____. **O seminário, livro 4: A relação de objeto (1956-1957)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

_____. **O seminário, livro 5: As formações do inconsciente. (1957-1958)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

_____. **O seminário, livro 6: O desejo e sua interpretação (1958-1959)**. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

_____. **O seminário, livro 7: A ética da psicanálise (1959-1960)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

_____. **O seminário, livro 8: A transferência. (1960-1961)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

_____. **O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais de Psicanálise (1964)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

_____. **O seminário, livro 15: O Ato Psicanalítico (1967-1968)**. (Versão brasileira fora do comércio).

_____. **O seminário, livro 20: Mais ainda (1972-1973)**. Rio de Janeiro: Zahar. 1985.

_____. **O seminário, livro 22: R. S. I. (1974-1975)**. Disponível em: <<http://lacanempdf.blogspot.com.br/2017/03/o-seminario-22-rsi-jacques-lacan.html>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

- _____. **O seminário, livro 23: o sintoma (1975-1976)**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- _____. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- _____. **Nomes do Pai**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- _____. **Os complexos familiares**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- LAJONQUIÈRE, L. **Para repensar as aprendizagens – de Piaget a Freud: a (psico)pedagogia entre o conhecimento e o saber**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.
- LAURENT, E. **A batalha do autismo – da clínica à política**. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.
- LAZNIK, M-C.; COHEN, D. (Org.). **O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa**. São Paulo: Instituto Langage, 2011.
- LAZNIK, M-C. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Salvador: Agalma, 2004.
- _____. **A hora e a vez do bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2013.
- LEFORT, R.; LEFORT, R. **Nascimento do Outro: duas psicanálises**. Salvador: Editora Fator, 1990.
- LEVIN, E. **Clínica e educação com crianças do outro espelho**. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.
- LEVI-STRAUSS, C. **O pensamento selvagem**. São Paulo: Editora Nacional, 1976.
- _____. **As estruturas elementares do parentesco**. Petrópolis: Vozes, 1982.
- LUCERO, A.; VORCARO, A. Os objetos e o tratamento da criança autista. **Fractal: Revista de Psicologia**, 27, nov. 2015. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/931>>. Acesso em: 8 jun. 2016.
- LUSTOSA, P. R. A Psicanálise a Universidade: a Questão do Lugar do Saber Psicanalítico, Ensino ou Transmissão? In: II ENCONTRO MUNDIAL, Rio de Janeiro, **Estados Gerais da Psicanálise** 2003.
- MAESSO, M. C. **O diagnóstico, seu avesso e a posição do psicanalista**. Curitiba: Juruá, 2013.
- MALEVAL, J-C. Os objetos autísticos complexos são nocivos? **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 223-254, ago. 2009. Disponível em: <periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/download/897/878>. Acesso em: 3 jun. 2016.

_____. O que existe de constante no autismo. **CliniCAPS**, v. 4, n. 11, 2010. Disponível em: <www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_11/Revista%2011%20-%20art1.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2017.

MANNONI, M. **Educação impossível**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

_____. **A teoria como ficção – Freud, Grodeck, Winnicott e Lacan**. Rio de Janeiro: Campus, 1982a.

_____. **De um impossível a outro**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982b.

_____. **Um saber que não se sabe – a experiência analítica**. Campinas: Papyrus, 1985.

_____. **Da paixão do ser à loucura de saber: Freud, os anglo-saxões e Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988a.

_____. **O que falta à palavra para ser dita**. Campinas: Papyrus, 1988b.

_____. **Amor, ódio, separação – o reencontro com a linguagem esquecida da infância**. Rio de Janeiro Zahar, 1995.

_____. **A criança sua doença e os outros**. São Paulo: Via Lettera, 2003.

_____. **A primeira entrevista em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

MATTOS, P. **O que mudou no diagnóstico do TDAH com a nova edição do DSM-5, O Manual de Estatística e Diagnóstico de Transtornos Mentais**. São Paulo, ABDA. 2013. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/artigos/textos/item/964-entenda-o-tdah-nos-crit%C3%A9rios-do-DSM-5.html>>. Acesso em: 9 fev. 2017.

MEZAN, R. **O tronco e os ramos – estudos de história da psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

_____. **Intervenções**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. et. al. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

MOURÃO, A. **Uma aventura no território da falta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2011.

NASIO, J.-D. **Édipo – o complexo do qual nenhuma criança escapa**. Rio de Janeiro: Zahar. 2007.

NASIO, J. D. et. al. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto e Lacan**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

_____. **Os grandes casos de psicose**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

PORGE, E. et. al. **Manifesto pela psicanálise**. São Paulo: Civilização Brasileira, 2015.

NEDER, M. **Déspotas mirins – o poder nas novas famílias**. São Paulo: Zagodoni, 2012.

NERI, A. L. O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. **Revista Temas em Psicologia**, v. 14, n. 1. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v14n1/v14n1a05>>. Acesso em: 2 fev. 2017.

NIKOLOV, R.; JONKER, J.; SCAHILL, L. Autismo: tratamentos e áreas para desenvolvimentos futuros. **Rev. Bras. Psiquiatria**, 28 (Supl I), S39-46,2006. Disponível em: <scielo.br/pdf/rbp/v28s1/en_a06v28s1.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2017.

O. **CID-10 Centro Colaborador da OMS para a família de classificações internacionais em português**. São Paulo: EdUSP, 2009.

ORTEGA, F. et al. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface -Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n. 34, p. 499-510, jul./set. 2010. <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop1510.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2013.

PAIVA JUNIOR, F.; RIBEIRO, S. **Epidemia de autismo?** Disponível em: <https://www.paivajunior.com.br/tag/livro/</edic-o-0/numero-impressionante-uma-em-cada-110-criancas-tem-autismo>>. 2010. Acesso em: 23 jun. 2013.

PETRI, R. **Leitura psicanalítica do desenvolvimento e suas implicações para o tratamento de crianças**. 2006, 195 p. Tese (Doutorado)–Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PORGE, E. **Jacques Lacan, um psicanalista: percurso de um ensino**. Brasília: Editora UnB, 2006.

PORGE, E. et. al. **Manifesto pela psicanálise**. São Paulo: Civilização Brasileira, 2015.

PROTOCOLO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Tratamento e encaminhamento de pacientes com transtorno do espectro autista (TEA)**. São Paulo: Editora SEDPcD, 2013.

QUINET, A. **A estranheza da psicanálise: a escola de Lacan e seus analistas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

_____. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

_____. **Édipo ao pé da letra: fragmentos de tragédia e psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

ROCHA, Fulvio Holanda. Autismo: controvérsias na psicanálise. In **PROCEEDINGS OF THE 4. COLÓQUIO DO LEPSI IP/FE-USP**, 2002, , São Paulo (SP) [online]. 2002 [cited 02 June 2017]. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

_____. **Jacques Lacan** – esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento. São Paulo: Companhia de Bolso, 2008.

RUSTIN, M.; BENVENUTO, B. Análise de crianças. In: BURGOYNE, B.; SULLIVAN, M. (Org.). **Diálogos Klein-Lacan**. 1. ed. São Paulo: Via Lettera, 2001. p. 13-52.

SAFRA, G. **Revisitando Piggie**: um caso de psicanálise segundo a demanda. São Paulo: Sobornost, 2005.

_____. **A face estética do self**: teoria e clínica. São Paulo: Ideias e Letras, 2015.

SILVA, M. G. Atenção, sintoma! Sentidos e significações atribuídos ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Proceedings of the 8th. O declínio dos saberes e o mercado do gozo**. 2010, São Paulo, (SP) Brazil. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/scielo>> Acesso em: 15 mar. 2017.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos**: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOLER, C. **O inconsciente a céu aberto da psicose**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

_____. **O inconsciente reinventado**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2012.

SOLOMON, A. **Longe da árvore** – pais, filhos e a busca da identidade. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

SPLITZ, R. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

SZEJER, M. Sinais transgeracionais relacionais identificáveis. In: LAZINIK, M. C.; COHEN, D. (Org.). **O bebê e seus intérpretes**: clínica e pesquisa. São Paulo: Instituto Langage, 2011.

_____. **Se os bebês falassem**. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

TAFURI, M. I. **Dos sons à palavra** – exploração sobre o tratamento psicanalítico da criança autista. Brasília: ABRAFIPP, 2003.

_____. A análise com crianças autistas: uma inovação do método psicanalítico clássico. **Revista Estados Gerais da Psicanálise de São Paulo**, 2009. Disponível em: <<http://www.oocities.com/HotSprings/Villa/3170/EG.htm>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

TUSTIN, F. **Autismo e psicose infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

VIGANÒ, C. La costruzione del caso clínico. Roma: Editora Borla, 2005. **Revista Opção Lacaniana online nova série**. Tradução de Daniela Costa Bursztyrn, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_1/a_construcao_do_caso_clinico.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2017.

VORCARO, A. **A criança na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

VORCARO, A.; VERAS, V. O saber entre a recusa e a impotência. In: ALMEIDA S. F. C.; KUPFER M. C. M. (Org.). **A psicanálise e o trabalho com a criança-sujeito**. Rio de Janeiro: Wak, 2011.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

_____. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____. **The Piggie**: relato do tratamento psicanalítico de uma menina. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

_____. In: SHEPHERD, R.; JOHNS, J.; ROBINSON, H. T. (Org.). **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

_____. Preocupação materna primária. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

ZAVARONNI, D. M. L.; VIANA, T. C.; AMMANITI, M. **Subjetivações contemporâneas e a clínica psicanalítica**. Lisboa: Placebo LDA, 2011.

ZILBOVICIUS, Mônica; MERESSE, Isabelle; BODDAERT, Nathalie. Autismo: neuroimagem. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, supl. 1, p. S21-s28, maio 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000500004&lng=pt_BR&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2017.

ZIZEK, S. **Como ler Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.