

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Rodrigo Pereira D'Onofrio

“Paz Sem Voz Não é Paz, é Medo”

**O Estudo de um Caso Clínico Diagnosticado como Deficiência Mental
Leve**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Rodrigo Pereira D’Onofrio

“Paz Sem Voz Não é Paz, é Medo”

**O Estudo de um Caso Clínico Diagnosticado como Deficiência Mental
Leve**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica e Psicanálise, sob a orientação do Prof. Doutor. – Gilberto Safra.

SÃO PAULO

2010

Banca Examinadora

A meu pai, que do seu jeito
sempre me apoiou em minhas decisões.

À minha mãe, por sempre acreditar
que um dia eu chegava lá.

À Renata, amada companheira,
pelo apoio incondicional.

Agradecimentos

Aos meus pacientes que tornaram possível este trabalho.

Ao prof. Dr. Gilberto Safra, que orientou este trabalho.

À Sorri – São José dos Campos, principalmente à Elaine Leandro que me encaminhou os pacientes tornando possível este trabalho.

À CAPES pela ajuda que possibilitou esta pesquisa.

À Fátima Cesar, “seu olhar melhora o meu”, que com sua delicadeza me deu asas e me ensinou a voar.

À Rute Irgang, querida amiga acolhedora que me ensinou como se lê.

À Maria Helena e Júnia queridas amigas que também fazem parte deste percurso.

À Eliana Borges Pereira Leite por sua ajuda na escrita deste trabalho.

À Ana Pita que me acalmou nas horas de desespero, sempre disponível em me ouvir.

Às amigas de ofício Ana Carolina e Karina pelas trocas durante nossas conversas.

Às amigas de longa data, Ana Amélia, Ana Paula e Denise.

À querida prima (irmã) Luciana que me acolheu em sua casa durante minhas idas para São Paulo com ótimas conversas.

Aos meus irmãos Luiz Gustavo, Adriano e Alexandre por estarem sempre presentes.

À tia Rose por sempre me ouvir nas horas difíceis e por todo apoio durante toda minha vida.

Às pessoas de que me pergunto, “aonde está você agora além de aqui dentro de mim?”:

À Tia Lu que com sua forma de amar auxiliou meus pais na minha criação.

Aos amigos que se foram sem dizer adeus, Fábio, Marcelo e Maria Inês.

Às minhas avós presentes em mim de uma forma peculiar.

Resumo

Por meio de um atendimento de um paciente diagnosticado como deficiência mental leve, procuro realizar uma reflexão teórico-clínica, buscando compreender as peculiaridades da clínica com esse tipo de paciente.

Foi a partir dos encaminhamentos da SORRI- São José dos Campos que tive o contato com esses pacientes, iniciando meu percurso e minhas questões sobre essa clínica tão peculiar.

Tendo como objetivo compreender a subjetividade dos pacientes com esse diagnóstico e formular as possíveis intervenções clínicas, se fez necessário um estudo teórico que abordasse a influência dos vínculos familiares de uma criança com deficiência mental leve e as consequências destes para o seu desenvolvimento emocional.

Através das teorias de D. W. Winnicott sobre o amadurecimento e de Maud Mannoni sobre a criança com deficiência, pude elaborar algumas formas de atuação a partir da compreensão da maneira como essa clínica envolve não apenas o paciente em questão como também sua família, tão atingida pela dor ao ter em seu seio uma pessoa com esse diagnóstico.

Palavras Chave: Deficiência mental leve, Clínica Psicanalítica, Relações familiares, Psicanálise, D. W. Winnicott, Maud Mannoni.

Abstract

While treating a patient diagnosed with light mental deficiency, I try to make a theoretical-clinical reflection aiming to understand the peculiarities of the clinic for this kind of patient.

My first contact with this kind of patient was through SORRI- São José dos Campos, where I started my quest in this very special clinic.

My Aim was to understand the subjectivity of patients with this diagnosis and to create possible clinical interventions. To achieve it a theoretical study about the influence of family bonds of children with light mental deficiency and their consequences on these children's emotional development was necessary.

Based on the theories of D. W. Winnicott about mental growth and of Maud Mannoni about children with mental deficiency, I was able to create actings based on the fact that this clinic is related not only to the patients but also to their families which are deeply hurt by the pain of having a person with this diagnosis within them.

Key Words: Light mental deficiency, Psychoanalytic Clinic, Family Bonds, Psychoanalysis, D. W. Winnicott, Maud Mannoni.

SUMÁRIO

Introdução.....	09
I - Um breve percurso histórico da deficiência.....	15
1. Do abandono para morte à humanização através do convívio social.....	15
2. As classificações diagnósticas.....	20
3. No Brasil.....	24
II - O despertar do humano.....	26
1. A preocupação materna primária	28
2. O alojamento da psique no corpo: personalização.....	30
3. A realidade subjetiva	32
4. Relações objetais	34
5. O papel de espelho da mãe	36
6. A constituição do <i>self</i>	38
III- O desencontro e suas vicissitudes.....	41
1. As relações parentais	41
2. Deficiente ou impossibilitado de criar?.....	48
IV - João o menino cão.....	54
1. Entrevista inicial com os pais.....	55
2. Conhecendo João.....	62
3. Conversa com a mãe.....	64
4. Outros momentos do trabalho psicoterápico de João.....	66
5. João, o primeiro emprego e suas consequências.....	70
6. Os pais e os gastos de João.....	73
7. O desemprego.....	74

8. João, seu novo emprego e suas novas percepções.....	78
9. Cuidados do pai para com João.....	83
10. Considerações finais.....	85

V - Reflexões sobre a clínica do paciente com diagnóstico de deficiência mental leve.....	87
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

Referências Bibliográficas	98
-----------------------------------------	-----------

Introdução

No início de minha carreira como psicólogo clínico, tive acesso a uma importante lembrança da minha infância. Ocorreu quando recebi em meu consultório um paciente de 28 anos diagnosticado como portador de deficiência mental leve. Recebi Leandro¹ sem olhá-lo como um deficiente e foi assim que me veio a tal lembrança da infância.

Percebi que o olhar que lancei sobre o paciente me remetia aos sentimentos de quando era criança e ia à praia. Lá eu encontrava uma estrela-do-mar acinzentada², na parte de baixo havia cerdas que pareciam espinhos, tinha um aspecto horrível, mas quando quebrada ao meio surgia uma linda estrela de cinco pontas, bem pequenina. Quebrá-la me dava um prazer enorme, não pelo sadismo de destruir um organismo vivo, mas por encontrar uma linda estrelinha dentro de uma coisa que eu achava tão feia.

Fiquei tentando entender qual a ligação do paciente com essa lembrança da minha infância. Pude lembrar momentos em que eu me sentia como aquelas estrelas, e percebi que dentro daquele paciente ocultava-se um ser humano que não poderia ser reduzido a uma deficiência, tal como ele era visto pelas pessoas ao seu redor.

Por que essa clínica com os portadores de deficiência mental leve me atraía? Foi através das lembranças acima citadas, que me vinham à mente durante os atendimentos, que pude reviver diversas sensações da minha vida e entender o que me levou por esse caminho, a facilidade que eu tinha para olhar aquele paciente deixando a deficiência em segundo plano.

Considero importante contar aqui um pouco da minha história, reconhecendo os fatos fundamentais na constituição de determinado olhar e do meu estilo, da minha atuação frente aos pacientes acima referidos.

Desde o início da minha vida escolar fui uma criança com dificuldades na aprendizagem. Na 1ª série do ensino fundamental a professora dividia a sala em três: virados para frente ficavam os melhores alunos, para o lado

¹ Tanto este quanto os demais pacientes citados nesta pesquisa tiveram seus nomes alterados para proteger sua privacidade.

² Em pesquisa descobri que esse molusco se chama corrupio do mar.

direito os medianos e para o lado esquerdo os alunos com dificuldade para aprender. Como eu iniciei fracassando, ocupei um lugar virado para o lado esquerdo, e foi nesse momento que passei a ser considerado uma criança atrasada e imatura.

Os olhares voltados para mim caracterizavam um estudante fracassado, que possuía algum problema. Torno-me assim *um problema*, mais do que uma criança. Recordo-me de que diziam que eu tinha dois anos de atraso mental, que seria normal eu ser reprovado dois anos, dessa forma meu desenvolvimento mental estaria de acordo com a série escolar.

Como toda criança que não aprende, fui encaminhado pela escola para uma avaliação psicológica. Lembro-me das sessões com a psicóloga, que desde o início me pediu para ver meus cadernos. Para isso eu tinha que abrir minha mochila e mostrar o seu interior, os cadernos, que eram rasgados e bagunçados, minha letra horrível – tudo aquilo que dizia da minha difícil relação com a aprendizagem. Era como se os cadernos constituíssem a materialização de meu fracasso, da minha deficiência, por isso mostrá-los era muito angustiante. Fico emocionado até hoje: como era invasivo! E não parava por aí, ela me fazia ditado, eu ficava desesperado, sabia que meus erros podiam dizer para mais uma pessoa que eu era fracassado. Ficava mais tenebroso quando ela colocava um quebra-cabeça em cima da mesa e, *disfarçadamente*, do outro lado acionava um cronômetro. Aquilo me apavorava, me colocava em prova, me testava, me fazia sentir pior do que na escola.

Um dia parei em uma praça, no caminho do consultório da psicóloga, e disse que não ia mais: sentei-me em um banco dizendo que só me levantava dali para voltar para casa. Talvez tenha sido o ato de maior lucidez da minha infância. Eu não queria ser destruído, queria juntar pedaços, ser ouvido, e não repetir o que na escola já era dito e feito. Hoje percebo o quanto minha fé e esperança não me deixaram desistir de mim. Daquele momento em diante não queria mais saber de psicólogo e cada vez mais eu iria depender somente de mim mesmo para superar a história passada.

Minha concentração piorava a cada ano, as leituras eram quase impossíveis, parar para estudar era raro. Criei um mundo próprio - ao invés de estudar ficava por horas nesse mundo, mantendo-me quieto na aula sem me sentir compreendido, pois as professoras diziam que eu vivia no mundo da lua.

Mas eu estava lá de alguma forma. Passava de ano sempre, depois de todas as provas de recuperação que havia.

Assim foi, até a entrada na faculdade de psicologia, simultaneamente ao início meu processo analítico, quando passo a ter um espaço para falar de mim *a partir de mim*, e não da escola, dos cadernos ou de minha (in)capacidade de realizar uma tarefa.

Nesse processo conheci a psicanálise, que vem até mim não somente pela teoria, mas principalmente pelo vivido, pelo experimentado. Tenho nessa teoria a crença de que como psicólogo posso ajudar as pessoas sem invadi-las. Mais que uma teoria, encontrei um lugar onde pude me mostrar e encontrar um Rodrigo que havia se perdido lá na primeira série. É com esse pensamento que passo a estudá-la e é essa a teoria que passa a nortear meu trabalho como psicólogo.

Após minha graduação fui fazer uma especialização em tratamento e escolarização de crianças com transtornos globais do desenvolvimento. A escolha por essa especialização foi por ela ter um direcionamento não só para o tratamento clínico, como para a relação ensino-aprendizagem de crianças portadoras de alguma deficiência no desenvolvimento.

Neste mesmo período tive o conhecimento de uma instituição chamada Sorri. A Sorri é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, que tem como objetivo a realização de Programas de Reabilitação Profissional voltados para integração e inserção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho.

A criação da Sorri começou a se delinear em 1972, quando surgiu no Brasil um estudo do problema da segregação de pessoas com hanseníase. A partir desse estudo, foi criado, em 1974, na cidade de Bauru, um plano de ação para reabilitação de ex-pacientes de hanseníase, com o objetivo na integração social através de uma reestruturação de sistemas segregados e centralizadores que caracterizavam o tratamento desses pacientes.

Através das discussões sobre a necessidade da criação de serviços de reabilitação profissional para os pacientes de hanseníase e para as pessoas com deficiência, feita por líderes da comunidade da cidade de Bauru, no dia 25 de setembro de 1976, foi fundada a SORRI, para atender pessoas com

deficiência física, mental, auditiva, visual e social, a partir de 14 anos de idade e, em especial, aquelas com hanseníase.

Em 1985, foi criada a SORRI-BRASIL, “com o objetivo de promover e incentivar a criação e o funcionamento de novas SORRIs e organizações similares, coordenar o Sistema SORRI garantindo o cumprimento da sua filosofia de capacitar profissionais em reabilitação profissional, desenvolver programas educativos, sensibilizar e conscientizar a comunidade sobre as questões que envolvem as pessoas com deficiência, visando ao cumprimento de sua missão: "apoiar pessoas com deficiência na sua justa luta para se desenvolver material e espiritualmente e se integrar na sociedade como pessoas úteis e dignas".³

Hoje a Sorri conta com sete unidades em diversos municípios do Brasil.

Foi através da psicóloga da Sorri da Cidade de São José dos Campos, que tive a oportunidade de receber encaminhamentos de pacientes desta instituição.

Não possuo nenhum vínculo direto com a Sorri, sou um profissional que me dispus a atender os usuários⁴ da instituição. Em alguns momentos dos atendimentos se faz necessária uma troca de informações entre psicólogo e a instituição. Também já fui procurado pela instituição quando algum usuário que se encontrava em análise comigo apresentou alguma questão que necessitava a opinião do psicólogo clínico. Meu contato com a Sorri sempre é feito através da psicóloga.

A psicóloga da Sorri não atua como clínica, ela tem a função de participar e orientar os usuários no processo seletivo para um emprego, fazendo uma ponte entre instituição e a empresa empregadora.

Um dado importante é que para o usuário fazer parte da Sorri é necessário ser alfabetizado.

Pretendo, nessa dissertação, fazer uma reflexão sobre minha atuação clínica frente a pacientes que chegam até meu consultório com o diagnóstico de deficiência mental leve.

Em minha prática clínica utilizo como referencial teórico a psicanálise, porém nesta dissertação não tenho a pretensão de abordar psicanaliticamente

³ <http://www.sorri.com.br>

⁴ Forma pela qual a clientela é chamada na instituição.

a deficiência mental leve. Mas proponho utilizar este referencial teórico como possibilidade de acolher o sofrimento e as questões psíquicas advindas desses indivíduos.

O diagnóstico de deficiência mental não pertence à psicanálise, porém há na formação subjetiva desses pacientes uma relação com a deficiência, com a diferença e com a falta. Para tornar mais claro sugiro o exemplo de um indivíduo que tem sua perna amputada: a psicanálise não trará sua perna de volta, mas poderá contribuir na forma como esse indivíduo vai lidar com a falta.

Por isso, meu trabalho clínico com os pacientes com deficiência mental busca uma melhor relação do indivíduo com a deficiência, e com o mundo social, procurando resgatar o reconhecimento de sua individualização. Assim, este trabalho pretende compreender as peculiaridades da clínica com os portadores de deficiência mental leve, partindo das relações familiares.

A psicanálise será minha referência teórica que servirá de base para a compreensão da forma como os pacientes com deficiência mental leve se apresentam no consultório, podendo assim me orientar para as possibilidades do manejo clínico com tais pacientes.

Também se faz necessário entender teoricamente a influência dos vínculos familiares no desenvolvimento emocional e cognitivo do paciente com deficiência mental leve.

Durante minha experiência clínica passei a me questionar: existe uma clínica específica para o portador de deficiência mental leve? Quais as condições necessárias para o delineamento dessa prática?

Pretendo, para a realização dessa dissertação, recorrer ao método clínico qualitativo de investigação, utilizado para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a fenômenos ou a *settings*, dando significações psicológicas e socioculturais aos indivíduos.

Turato (2000) afirma que a pesquisa científica que utiliza o método clínico qualitativo tem uma proposta não somente teórica mas, também, prática e concreta.

O mesmo autor observa: *“De um lado, as concepções epistemológicas dos métodos qualitativos de pesquisa desenvolvidos a partir das Ciências do Homem, e, de outro lado, os conhecimentos e atitudes clínico-psicológicas*

desenvolvidos tanto no enfoque psico-dinâmico das relações pessoais...”(p.106).

Para a realização desta pesquisa tomarei como referência um caso clínico de paciente com deficiência mental leve que me foi encaminhado pela SORRI. Neste caso as sessões foram realizadas uma vez por semana, com duração de cinquenta minutos cada. O caso a ser apresentado será de João, que iniciou o tratamento aos 25 anos e ainda permanece em processo de análise, completando um período de três anos até agora.

Farei também um recorte histórico da noção de deficiência mental, para investigar como se deu a compreensão do estilo de ser⁵ (Safrá, 2005) desses indivíduos até nossos dias.

Vou me reportar ao referencial teórico desenvolvido pelo psicanalista D. W. Winnicott para compreender a constituição e o amadurecimento humano e suas vicissitudes, referencial que, ao meu ver, pode ser estendido à compreensão da pessoa com deficiência mental leve.

Buscarei na teoria desenvolvida por Maud Mannoni sobre a relação materna e a criança com deficiência, as interferências que a família exerce sobre a pessoa com deficiência.

Pretendo também utilizar o referencial teórico desenvolvido por Gilberto Safrá, para esclarecer e sustentar as possíveis formas de atuação clínica frente ao paciente portador de deficiência mental leve.

⁵ O estilo de ser compões-se das características da manifestação na forma expressiva utilizada pelo indivíduo. O estilo apresenta a singularidade da pessoa (p.42).

I - Um breve percurso histórico da deficiência.

1. Do abandono para a morte à humanização através do convívio social

É necessário esclarecer ao leitor que, no decorrer deste texto, eu me refiro à história da deficiência em sentido amplo, não especificando a deficiência mental leve, porque não encontrei, em minha pesquisa, textos que mencionavam tal deficiência especificamente no decorrer do processo histórico da humanidade.

Esse fato se dá por essa caracterização diagnóstica ter ocorrido muito tempo depois do surgimento da medicina contemporânea.

Porém, o essencial neste capítulo é refletir sobre a relação da sociedade com as pessoas que ela considera como *diferentes*, estando assim fora dos padrões impostos pela maioria dos que a compõem.

O conceito de deficiência tem se transformado de acordo com os valores, crenças e paradigmas de cada época da humanidade. A forma pela qual nos relacionamos com a pessoa deficiente é consequência da concepção que determinada sociedade tem sobre a deficiência.

As concepções sociais que tentam explicar a deficiência podem ser de caráter religioso, científico, moral ou de classe social. Cada uma resulta em uma forma de relações pessoais e de cuidado para com a pessoa com deficiência.

Pouco sabemos sobre o conceito e como se davam as relações pessoais com a pessoa com deficiência mental antes da Idade Média, e mesmo nesse período os registros são raros e especulativos (Pessotti, 1984).

Temos conhecimento de que, nesse período as crianças que nasciam com algum tipo de deficiência eram abandonadas na beira dos rios até a morte. Assim, a questão da presença social da deficiência não existia nessa época. Se analisarmos o sistema social da Antiguidade, apenas eram considerados *homens* os donos de terras e rebanhos, esses eram os senhores. Os que não

ocupavam essa classe social encontravam-se em uma condição de sub-humano (Aranha, 2003).

Na Idade Média, com a expansão do Cristianismo, a sociedade passa a se estruturar em outro modelo, dividido em três classes: nobreza, clero e servos. A visão de Homem também sofre modificações, passando este a ser considerado uma criação de Deus, e adquirindo a razão. Por essas mudanças e pela difusão das idéias cristãs todos passam a possuir uma alma, e a moral social muda, trazendo assim o início de uma humanização para os improdutivos (pessoa com deficiência), sendo inaceitável a eliminação destes.

Com uma nova concepção moral ditando os valores sociais, as causas dos males passam a ser vistas como castigo divino ou possessão do demônio. Por estas razões a pessoa deficiente era tratada com severos castigos e ações de confinamento. A alma passa a habitar o corpo da pessoa deficiente, porém uma alma impura que merece receber castigos para sua purificação ou para expulsar o demônio.

As organizações cristãs passaram a criar abrigos para os desprotegidos, infelizes e doentes de toda espécie. Esses abrigos acolhiam todos os indivíduos marginalizados da sociedade, porém não tinham nenhuma pretensão de realizar uma reinserção social; funcionavam como depósito de pessoas segregadas oferecendo-lhes assistências básicas para sobrevivência.

Com a Inquisição, as pessoas com deficiências mentais passaram a ser consideradas fruto de bruxaria e de forças demoníacas, assim sofrendo torturas e sendo queimados.

O furor inquisitório foi diminuindo, as pessoas com deficiência passaram a ser abrigadas em antigos leprosários, porém com a função de lhes propiciar apenas os cuidados básicos para a sobrevivência. Outra função desses abrigos era afastar tais indivíduos do convívio social e familiar. Não existia nenhuma preocupação com educação e escolaridade.

Com a revolução burguesa no século XVI, outras concepções passaram a fazer parte da sociedade, houve também uma revolução de idéias. Algumas mudanças importantes ocorreram, com o surgimento de um novo sistema de produção, com a derrubada das monarquias, o fim do poder hegemônico da

Igreja Católica e a nova forma de produção representada pelo capitalismo mercantil. A sociedade passa a se organizar de outra forma, uma nova organização do trabalho é iniciada, na qual a mão de obra dos operários é vendida aos donos dos meios de produção. O conceito de deficiência passa a ser designado aos improdutivos, os que oneravam a sociedade, no que se refere ao seu sustento e manutenção (Aranha, 2003).

Pessotti (1984) cita os trabalhos de Paracelso, Cardano e Willis, os quais começam a desenvolver uma leitura organicista de deficiência, distanciando tais enfermidades de causas morais e divinas. Os deficientes passam a agora ser confinados em hospitais psiquiátricos, os quais ainda não tinham a característica de tratamento. Assim surge na sociedade uma postura para com os deficientes que Aranha (2003) chama o *Paradigma da Institucionalização*.

Os deficientes passam a viver em instituições, isolados e segregados da sociedade, distantes do convívio familiar. Essas instituições eram denominadas Instituições Totais⁶. Pessotti (1984) conclui: “A opção intermediária é a segregação; não se pune nem se abandona o deficiente, mas também não se sobrecarrega o governo e a família com sua incômoda presença” (p.24).

Com o passar dos séculos o capitalismo foi se fortalecendo, a sociedade passou a valorizar cada vez mais a aquisição do capital, e as pessoas improdutivas passaram a ter menor importância social, valorados negativamente, em comparação com aqueles que eram produtivos e mantenedores do sistema.

As concepções da deficiência enquanto fenômeno se multiplicaram nos séculos XVII e XVIII, especialmente nas áreas da medicina e da educação. A deficiência deixou de ser atribuída a uma causa sobrenatural, tornando-se patologia. Assim houve uma diversidade de novas atitudes sociais, porém com aspecto de segregação. Tais atitudes iam desde a institucionalização em conventos e hospícios até o ensino especial segregado (Aranha, 2003).

⁶ Instituição Total é aquela que busca controlar a vida dos indivíduos a ela submetidos, separando tais indivíduos do convívio social, impossibilitando assim qualquer interação com a sociedade.

No século XX, com a crescente influência da ideologia do capitalismo financeiro, o homem só é valorizado quando produz, o improdutivo passa a ser caracterizado como um ser fora dos padrões sociais, políticos e econômicos da época. Ao mesmo tempo multiplicam-se as concepções sobre a deficiência, são criados diversos modelos para as concepções que coexistem: o modelo médico, o educacional, o metafísico, o sócio-histórico, e o de determinação social (Aranha, 2003).

Ainda neste cenário do século XX, ocorreram as duas grandes guerras mundiais. É no intervalo entre as duas que percebemos claramente o quanto uma sociedade valoriza o *diferente* de acordo com suas necessidades políticas e econômicas.

Durante a Primeira Guerra Mundial, muitos operários foram enviados para o combate, criando uma carência na mão de obra para atender as demandas de produção. Com isso o mercado passou a dar lugar para as pessoas que apresentavam alguma deficiência. Por isso foram criados diversos centros de reabilitação, a fim de inserir as pessoas com deficiência no processo de produção.

Com o crescente contingente de trabalhadores com deficiência após o fim da guerra, e a crise econômica da década de 30, o mercado de trabalho não conseguiu absorver toda a mão de obra disponível. Ocorreu então um retrocesso na forma de acolher o indivíduo com deficiência na sociedade, a segregação voltou com toda força e todo o espaço conquistado se perdeu.

Mais tarde, já depois da Segunda Guerra, algumas posturas sociais frente ao indivíduo com deficiência foram revistas, sendo influenciadas pelo movimento dos direitos humanos, pelo grande aumento no número de pessoas com deficiência, pelas críticas em relação à institucionalização e suas consequências e pela reflexão social quanto às posturas adotadas para com a pessoa com deficiência.

Isso faz com que o estado se coloque na obrigação de garantir os direitos referentes à educação e saúde da pessoa com deficiência. O deficiente passa a ter voz ativa no âmbito social, que começa a perceber que ele pode ser inserido no mercado de trabalho.

Outra medida importante após a Segunda Guerra Mundial foi a criação de diversas organizações, através da Liga das Nações Unidas, atual ONU-Organização das Nações Unidas, com a proposta de criar e discutir intervenções específicas em reabilitação de pessoas com deficiência. Estas propostas deveriam ser empregadas em diversos países de forma padronizada, desconsiderando as diferenças culturais entre os países. Assim, estes programas contribuíram muito para o crescimento do serviço de reabilitação altamente especializado em países desenvolvidos. Entretanto, os países menos desenvolvidos não tinham a mesma demanda de força de trabalho, não viviam o mesmo momento econômico (razão fundamental para a criação de tais programas) e muitas vezes não tinham interesse por essa população, o que fez com que os programas propostos não se tornassem viáveis.

Em 1975, foi aprovada pela Assembléia Geral da ONU a “Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência”, que determinou leis para garantir a dignidade humana da pessoa com deficiência, garantindo seus direitos como cidadãos. A ONU intitulou 1981 como o “Ano Internacional das Pessoas Deficientes”. Esta ação foi muito importante para a criação de programas de ação por organizações por todo o mundo.

No contexto pós-guerras surgiu a ideologia da normatização, que defendia a inserção do indivíduo com deficiência na sociedade mais ampla, dando auxílio para que este pudesse alcançar condições e padrões o mais próximos possível aos da vida cotidiana das demais pessoas (Aranha 2003).

A normatização inicia o processo de desinstitucionalização da pessoa com deficiência, surgindo um movimento para a sua integração social e implantando programas comunitários e de serviços para atender às necessidades dessas pessoas.

Assim, a ideologia da normatização criou na sociedade o chamado *Paradigma de Serviço*. Para que a pessoa com deficiência pudesse ser integrada na sociedade era necessário prepará-la primeiro em um ambiente segregado, até que ela fosse considerada *pronta* para a integração social. Nesse momento muitas instituições foram criadas para a *normalização* da pessoa com deficiência. Essas instituições eram financiadas pelo poder

público, que passou a oferecer para pessoa com deficiência um extenso leque de modalidades de serviço (Aranha 2003).

Este paradigma foi um grande avanço frente à institucionalização total, porém havia uma concepção de que a possibilidade da integração social se dava em um processo de *normalização* como se pudesse extinguir a limitação do indivíduo, centrando a necessidade de mudança na pessoa com deficiência, e não em uma aceitação social da pessoa com suas limitações.

A experiência mostrou que foi um grande erro procurar habilitar a pessoa com deficiência em instituições segregadas fora de um amplo convívio social.

Após reflexões sobre esta postura inadequada de realizar a inclusão social, um terceiro paradigma foi criado, denominado *Paradigma de Suporte*. Este pressuposto é caracterizado pelo direito da pessoa com deficiência a uma convivência social não segregada e ao acesso aos recursos disponíveis aos demais cidadãos. Então foi percebido que se faz necessário disponibilizar suportes, para garantir formas de a pessoa com deficiência desfrutar de todo e qualquer recurso da comunidade. Os suportes garantem o acesso da pessoa deficiente nas diversas instâncias sociais, e são de diferentes tipos: suporte social, econômico, físico, instrumental, legal, social, humano, entre outros. Uma sociedade só pode ser considerada inclusiva quando reconhece a diversidade que a constitui, viabilizando o acesso, a permanência e a utilização do espaço público comum (Aranha 2008).

O *Paradigma de Suporte* não pretende realizar a inclusão focando mudanças no indivíduo com deficiência, mas propõe e oferece formas de mediação ao processo de desenvolvimento do sujeito e no reajuste da realidade social. É a adaptação do ambiente às necessidades do indivíduo com deficiência.

2. As classificações diagnósticas

Como pudemos verificar, diversas foram as formas de conceber a deficiência durante a história da humanidade. Nesse processo as formas de se referir a essas pessoas também se modificaram, seja pela estrutura social, política e religiosa ou pelo olhar científico. Muitos foram os termos utilizados

para se referir à pessoa com deficiência, como: idiota, débil, inválido, incapacitado, defeituoso, excepcional, entre outros.

Sabemos que a nomeação de um diagnóstico teve início com as ciências naturais, que buscavam explicar os fenômenos categorizando, diferenciando, procurando padronizar os efeitos contidos nos objetos. Essa forma de apropriação do objeto tem como objetivo descrevê-lo e nomeá-lo, dando ênfase para a coisa em si e não para o ambiente que se encontra em sua volta.

Assim foi criado o modelo médico de conceituação de deficiência, que a enfatizava como uma doença, um produto de moléstias.

Porém, outras formas de conceber o objeto foram surgindo, a ciência passou a olhar o objeto por diferentes ângulos, possibilitando assim uma compreensão mais ampla e crítica do fenômeno.

A deficiência passou a ser observada não somente pelo olhar das ciências médicas, mas também pela pedagogia, pela filosofia, pela sociologia, pela psicologia entre outras áreas do conhecimento. Isso permitiu que as classificações diagnósticas sofressem modificações ao longo do tempo.

Foi no século XVIII que os profissionais na área de saúde começaram a se preocupar em estabelecer uma classificação para as causas das mortes, esse foi o princípio da CID⁷. Porém, apenas em 1976, durante a IX Assembléia da Organização Mundial da Saúde, foi sugerida a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens: um manual de classificação das conseqüências das doenças (CIDID)⁸, publicado em 1989 (Amiralian, 2000).

O conceito de deficiência definido na CID⁴ significa a perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão.

⁷ Classificação Internacional de Doenças

⁸ Tradução da língua inglesa de: *International Classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease* (ICIDH). A palavra deficiência é uma tradução de palavra inglesa *impairments*, assim como *disabilities* foi traduzido como incapacidade e *handicaps* como desvantagem.

Então, quando o indivíduo possui um déficit cognitivo, foi estabelecido o termo deficiência mental, que pode ser leve quando o indivíduo apresentar faixa de QI⁹ aproximada entre 50-69 em adultos, resultando em dificuldade de aprendizagem; moderado quando o indivíduo apresentar QI aproximadamente entre 35-49 em adultos, grave quando o indivíduo apresentar faixa de QI aproximada entre 20-34 em adultos e profundo quando o indivíduo apresentar QI abaixo de 20.

Essa foi a forma que se encontrou de padronizar um conceito para a deficiência mental. É importante ressaltarmos que esse critério é estabelecido a partir da possibilidade de o indivíduo ser educável, o que para a sociedade da época assim como nos dias atuais é um conceito de valorização do indivíduo.

Na CID 10 e no DSM IV encontramos o termo *retardo mental*. Essas versões atuais dos manuais médicos de classificação utilizam termos que considero rótulos e não nomeação de uma condição humana.

É evidente a necessidade da classificação das doenças para a área médica. Porém, quando passamos para o campo onde a *doença* não se caracteriza apenas pela organicidade, é necessário que a medicina entre em diálogo com outras ciências a fim de encontrar a nomeação mais adequada para determinadas formas de ser.

Nas deficiências não são apenas as consequências orgânicas que estão em jogo, mas também os relacionamentos sociais que esse indivíduo vive.

As condições nas quais o deficiente mental vive não são determinadas *a priori*, mas só vamos conhecer seus limites quando ele mesmo as apresentar por si e não por um outro ou por um diagnóstico. Por isso, essa nomeação diagnóstica que permaneceu durante muito tempo como a mais adequada leva a um grande equívoco, pois a deficiência não se encontra na mente, mas sim no intelecto. O paradigma da deficiência mental exclui diversas possibilidades de a pessoa com deficiência estar incluída na sociedade, pois traz consigo o pressuposto de que a deficiência ocorre na mente como um todo e não em parte dela, e desconsidera a subjetividade do paciente.

⁹ Quociente de Inteligência

Foi apenas em 2004, na Declaração de Montreal sobre a deficiência intelectual, que este termo passou a ser considerado o mais adequado para se referir a esses indivíduos.

A declaração de Montreal é de fundamental importância para a pessoa com deficiência intelectual, pois não propõe apenas uma nomeação mais adequada, mas faz uma reflexão sobre as possibilidades e o direito à autonomia dessas pessoas.

Neste momento, para mim, há uma mudança de paradigma, pois a declaração de Montreal não tem a pretensão apenas de garantir os direitos legais e sociais da pessoa com deficiência intelectual, mas de refletir sobre seus direitos como indivíduo humano, que tem possibilidades de fazer escolhas.

Utilizo neste trabalho o termo deficiência mental, em lugar de deficiência intelectual, como uma forma de chamar a atenção e enfatizar, através do texto, uma reflexão sobre o uso dos termos. Meus pacientes foram encaminhados com esse diagnóstico e se nomeiam desta forma. Muitas vezes ouvi dos pacientes: “sou mental leve”.

Essa auto-nomeação implica na forma como tais pacientes se reconhecem e são vistos socialmente.

É evidente que esse fenômeno não é causado apenas pela classificação científica, isso também é fruto da concepção social da deficiência. É aqui que podemos encontrar a valorização social, a política, a história, a ciência, é esse conjunto que estigmatiza e exclui o indivíduo com deficiência.

É também neste terreno que as diferentes áreas de produção científica dialogam para a produção de uma sociedade mais acolhedora para a pessoa com deficiência.

Vivemos que em uma sociedade que procura nomear e classificar os indivíduos que a compõem, por isso não pretendo defender uma postura da não-nomeação. Mas acredito que devemos estar em constante discussão e reflexão sobre os termos que utilizamos para designar os indivíduos, procurando assim uma nomeação que cause menor impacto na segregação do indivíduo que a sociedade considera *diferente*.

3. No Brasil

As instituições de tratamento no Brasil surgiram na metade do século XIX. Eram de cunho filantrópico e abrigavam pessoas com diferentes doenças como deficientes mentais, tuberculosos, etc, que eram mantidas segregadas da sociedade, nessas instituições totais, como uma solução para a intolerância à diferença (Rocha 1990).

Mazzotta (1996) divide o atendimento às pessoas com deficiência em dois períodos: o primeiro que tem início em 1854, com a fundação do Imperial Instituto dos Meninos Cegos, por D. Pedro II, até 1956. O segundo período, de 1957 a 1993, marcado por iniciativas de atendimento às pessoas com deficiência pelo Governo Federal. Neste período, em 1960 foi criada a Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes Mentais. Foi criado na década de 70 o CENESP – Centro Nacional de Educação Especial, com o intuito de *“promover, em todo território nacional, a expansão e melhoria do atendimento aos excepcionais”* (Mazzotta, 1996, p.55).

Foi apenas na década de 80 que se iniciou a crítica à instituição e a rejeição da exclusão de minorias diversas, porém a idéia ainda era de normatização. Muita áreas do conhecimento tinham como objeto de estudo a deficiência, como a medicina, a fisioterapia, a fonoaudiologia, a psicologia, a pedagogia, porém com intervenções adaptativas, para auxiliar na inserção social da pessoa com deficiência. Havia também uma fragmentação dentro do saber médico, cada especialidade procurava tratar de um determinado aspecto. Essa postura se repetia com as diversas áreas do conhecimento, cada uma tentava organizar suas intervenções conforme o tipo específico de funcionalidade (Fujihira, 2008).

Na década de 90, com reflexões e discussões, esse panorama foi se modificando, foram conseguidos muitos avanços na forma de tratamento à pessoa com deficiência. Foi percebido que a forma como era conduzida a integração social da pessoa com deficiência era no sentido de normalizá-la. Assim passou-se a pensar em formas de mobilizar a sociedade para receber a pessoa com deficiência em um processo de favorecer a construção de uma sociedade inclusiva.

Diversos países procuravam exercer os direitos da pessoa com deficiência, procurando realizar ações efetivas para uma verdadeira socialização destes. Assim os órgãos internacionais e a pressão dos movimentos populares fizeram com que o governo brasileiro assegurasse os direitos condizentes à inclusão, na Constituição Federal. Foi criada também a CORDE- Coordenadoria Nacional para Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência, que assegurava os direitos da pessoa deficiente, como freqüentar escolas comuns, ter reserva de mercado de trabalho, direitos ao lazer, saúde, previdência social, amparo à infância e à maternidade. Assim, as empresas passaram a ter cotas legais para contratação da pessoa com deficiência. As escolas passaram a ser obrigadas a receber alunos com estas condições no ensino regular, podendo receber multas e outras punições caso rejeitem a matrícula de crianças com alguma deficiência.

Apesar de o Brasil possuir todo o aparato legal para a inclusão social da pessoa com deficiência, ainda temos a maioria dessas pessoas vivendo de forma segregada em instituições prestadoras de serviço (Pastore, 2000).

Apenas as leis não garantem que a sociedade transforme suas concepções, é preciso muito mais. Por isso se faz necessário que o conhecimento científico proponha novas formas de atuar na sociedade e no trabalho junto às pessoas com deficiência, para que seus direitos possam ser colocados em prática, assim garantindo o maior deles, o de se apropriarem de suas vidas.

II - O despertar do humano

Nem há amor sem que uma hora
O ódio venha
Bendito ódio,
Ódio que mantém a intensidade do amor
Seu ardor, a densidade do amor, seu vigor
E a outra face do amor vem a flor
Na flor que nasce do amor
(Pedro Luís e Carlos Rennó)

Faz-se importante esclarecer ao leitor que não pretendo conceber uma etiologia psicanalítica da deficiência mental leve. No entanto, a partir de uma revisão dos conceitos do processo maturacional formulado por Winnicott percebo ser possível abordar as possibilidades de autonomia desses pacientes.

Recorro ao texto de Freud “Os caminhos da formação dos sintomas” (1917), onde ele apresenta a idéia de série complementar, pela qual a produção das neuroses resulta da soma, de um lado, de fatores constitucionais, e de outro as experiências infantis e adultas. É evidente que a deficiência mental leve não é uma neurose, mas a idéia de complementariedade proposta por Freud nos serve para pensar que também é a soma do orgânico com as experiências vividas na relação de quem cuida do bebê que vai resultar em uma maior ou menor possibilidade de maturação da autonomia de qualquer indivíduo inclusive do indivíduo com deficiência mental leve.

Ressalto que não se trata de atribuir às mães a responsabilidade pela deficiência mental leve, pois não ignoro a existência do fator orgânico, mas percebi, durante meu contato com tais paciente, que há na família certa resistência em proporcionar ao filho com essa problemática leve uma

independência, o que resulta na dificuldade em possibilitar que seus filhos possam encontrar sua autonomia.

Penso que, independentemente da determinação orgânica, para que ocorra o processo maturacional é fundamental que o ambiente suficientemente bom proporcione condições para que o indivíduo possa se constituir até a independência¹⁰. Para Winnicott (2002e): “Independência significa autonomia; a pessoa torna-se viável como pessoa e também fisicamente (uma unidade independente)” (p.80).

Por isso, meu trabalho clínico nunca teve a pretensão de procurar a causa ou a cura da deficiência mental leve, mas de pensar um ambiente, um lugar possível de encontro desses pacientes com suas potencialidades individuais, apesar do diagnóstico de deficiência mental leve.

Os clínicos sempre encontraram muita dificuldade no tratamento da pessoa com deficiência mental leve, talvez por evidenciarem mais o diagnóstico e suas consequências do que focarem o trabalho na oferta de um ambiente que favoreça a tais pacientes encontrar seus limites e suas possibilidades.

Na teoria de Winnicott está presente a consideração pelo fator orgânico bem como com pelo ambiente e seus desdobramentos desta interação. No caso de um bebê com deficiência Amiralian (2003a) afirma:

...uma condição orgânica prejudicada não constitui, de forma direta, uma perturbação psíquica, mas é um dos elementos com que o indivíduo tem de se haver em sua interação com o ambiente. Para se considerar que o indivíduo com deficiência tenha uma perturbação psíquica deve-se levar em conta tanto as condições intrínsecas a seu modo peculiar de ser e, portanto, de perceber e elaborar a experiência, como as reações ambientais a sua condição (p.104).

Como vimos Amiralian não descarta as dificuldades inerentes a um bebê que nasce com alguma deficiência, entretanto ressalta que sua condição orgânica não é determinante para uma perturbação psíquica, pois como sabemos é de fundamental importância que o bebê sob quaisquer condições encontre um ambiente facilitador que favoreça um desenvolvimento saudável.

¹⁰ A independência para Winnicott é sempre relativa.

Porém quando um bebê nasce com alguma deficiência orgânica afeta o ambiente prejudicando assim a interação da dupla bebê- ambiente.

1. A preocupação materna primária

Durante o contato com as mães dos pacientes com deficiência mental leve fui percebendo em suas falas algo que me remeteu a uma importante formulação de Winnicott.

São mães que dizem: -“Eu adotei ele, tenho que ter o dobro de cuidado”. Ou então: -“Ele nasceu doente tinha que ter cuidado dobrado, só tinha a mim para protegê-lo”.

Winnicott (2000d) escreve um importante texto onde descreve o estado psicológico que as mães manifestam no período próximo ao nascimento do bebê e até algumas semanas após o nascimento deste. O autor chamou este estado psicológico de *preocupação materna primária*, que é um estado de “sensibilidade exacerbada, quase uma doença”. Esta doença é um paradoxo, pois é na verdade um estado saudável que a mulher desenvolve para que ela possa atender as necessidades de seu bebê, que no início da vida vive um estado de dependência absoluta do ambiente, sendo este representado pela mãe. Este estado possibilita que a mulher se desligue de outros interesses e consiga se dedicar inteiramente ao bebê.

A mãe que vive este estado de preocupação materna primária se identifica com seu bebê e pode assim se sentir no lugar do filho, atendendo todas as suas necessidades. Quando isso é possível, esta mãe oferece ao filho um ambiente facilitador, que foi humano e pessoal. Porém nem todas as mães conseguem atingir este estado, apenas aquelas que são sadias.

O autor explica a existência desse estado comentando que (2000):

....a preocupação materna primária fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a

experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida (p. 403).

Quando a mãe é capaz de atender as necessidades básicas do bebê nesta fase de dependência absoluta, ela possibilita que as tendências ao desenvolvimento comecem a desenvolver-se, como diz Winnicott.

Winnicott afirma que toda criança nasce com um potencial herdado para o desenvolvimento, mas para que ele ocorra tem que existir um ambiente suficientemente bom.

Aquilo que para muitos é um choro qualquer, para essa mãe tem um significado de um pedido.

Os cuidados na fase primitiva do desenvolvimento são fundamentais para o processo de integração do bebê, permitindo assim que ele se sinta vivendo em seu próprio corpo e sentindo que o mundo é real (Winnicott, 2000a).

Quando a mãe devotada cuida de seu bebê ela não está cuidando apenas de um corpo, mas um corpo habitado por uma alma¹¹, possibilitando assim uma comunicação silenciosa entre eles.

Porém, este estado materno deve durar apenas algumas semanas após o nascimento do bebê. Gradativamente a mãe deve se recuperar dessa doença e voltar ao estado normal, assim sua atenção que ficara até então exclusiva ao bebê passa a ser gradativamente compartilhada com o mundo.

Entretanto as mães desses pacientes muitas vezes não alcançam este estado, pois tem dificuldades de se identificar com seu bebê, por isso seus cuidados com este acontecem como uma forma de compensação por ter gerado um filho com deficiência. Assim a necessidade de cuidado absoluto se perpetua. Não quero dizer que são mães que não cuidam de seu bebê, entretanto são cuidados banhados de dor e angústias por todo o sentimento que a doença do filho traz.

¹¹ Para Winnicott (1990): "... a alma é uma propriedade da psique assim definida, dependendo também ela do funcionamento do cérebro e podendo estar sadia ou doente" (p.70). Assim refiro-me à alma no sentido de um corpo que tem sede de afetos, dos sentimentos, das paixões, de generosidade.

Amiralian (2003a) afirma:

A descoberta de uma deficiência no filho, com todas as perdas que envolve, é uma situação propiciadora de um estado depressivo na mãe, que a levará ao afastamento de seu bebê, impedindo-a de alcançar o estado de preocupação materna primária, necessário a uma boa acolhida deste. E nesse momento inicial, quando o bebê necessita que lhe seja fornecida uma total adaptação a suas necessidades, ele, muitas vezes, é posto em um lugar de estranheza e desconhecimento, com a mãe sofrendo suas próprias dores, que a tornam incapacitada para assumir seu papel (p.106).

Assim essa dupla mãe bebê terá uma difícil caminhada para encontro durante o processo maturacional do lactante.

2. O alojamento da psique no corpo: personalização

“Corpo, este hóspede estranho da alma!”

(Adélia Prado)

Para Winnicott psique e corpo não formam uma unidade desde o início, por isso o termo alojamento da psique no corpo. Para que esta unidade ocorra é necessário o encontro do bebê com uma “mãe devotada comum” que lhe ofereça os cuidados necessários para que ele possa amadurecer.

O trabalho da “mãe devotada comum” é compreender as necessidades do bebê oferecendo-lhe o que Winnicott chamou de *holding* (segurar) e o *handling*¹² (manuseio) e apresentando o mundo ao bebê no tempo e na maneira necessários.

¹² São expressões que não possuem tradução exata na língua portuguesa, mas significam o cuidado da mãe para com o bebê. Cuidados estes manifestados na forma pela qual a mãe segura o bebê, dá banho, aquece, balança-o, protege seu filho das agressões fisiológicas, enfim todos os cuidados por ela oferecidos. Entretanto, é através dos cuidados físicos, que a

É através do *holding* que o bebê poderá se sentir seguro, sustentado passando de um estado de não-integração para o estado de integração. Um bebê no início de sua vida é “feito em pedaços” e é a mãe através do *holding* que junta os pedaços do bebê que gradativamente vai se sentindo inteiro.

Winnicott (1990) afirma: “Em psicologia, é preciso dizer que o bebê se desmancha em pedaços a não ser que alguém o mantenha inteiro” (p.137).

O *handling* significa todos os cuidados físicos oferecidos ao bebê: dar banho, trocar fraldas, alimentar, acariciar, aconchegar, tocar, etc. Nestes cuidados está incluído o *holding*, o segurar total.

Assim a mãe responderá às necessidades instintuais de seu bebê, permitindo que as necessidades corporais sejam experimentadas pelo lactante e vinculadas às suas necessidades.

Com o atendimento adequado das necessidades instintuais do bebê e o segurar total da mãe ela reúne o bebê no corpo, passando este a se sentir seguro e confiante nos cuidados maternos. A psique pode então realizar seu trabalho de elaboração imaginativa do corpo. Dessa forma o corpo se torna soma e é habitado pela psique. Assim o bebê se sente integrado podendo residir a psique no corpo.

Amiralian (2003a) comenta:

Há a dificuldade de aproximação do bebê deficiente, o medo de segurá-lo, de machucá-lo, a ausência das brincadeiras, das trocas de olhares e de palavras acariciantes. O banho deixa de ser prazeroso, para ser um momento da confirmação da perda do bebê imaginado; não há as brincadeiras com seus pés e mãos, impedindo-os de sentir e experimentar as diferentes partes de seu corpo e muitas vezes de entender seus limites (p.106).

Ao cuidar do corpo do bebê a mãe devotada reconhece que há uma pessoa humana nesse corpo. Entretanto Winnicott diz que existem mães que parecem ignorar a existência humana no corpo que ela cuida, neste caso o

mãe tem a possibilidade de demonstrar toda sua afetividade e amor ao bebê, fornecendo assim seu ego em apoio ao ego do bebê, que neste momento se encontra frágil e dependente.

bebê não irá integrar-se numa unidade, ocorrendo assim uma cisão psicossomática.

Amiralian (1997) afirma que é um desafio para a mãe de um filho com deficiência desvelar suas necessidades, causando assim desencontros entre a mãe e o bebê. No caso de um bebê com deficiência mental ela diz que ele:

...poderá apresentar uma resposta tão frágil que a mãe não conseguirá decodificar, ou ainda, poderá ser uma criança que não apresentará resposta alguma. Nesses desencontros a reação da mãe é de confusão, sentimentos de impotência diante do filho, ressentimento e raiva, às vezes mesmo, uma disposição excessiva à retaliação ou um desligamento e negação da função materna como modo de defesa. ...Esses sentimentos poderão interferir na oferta de um ambiente “suficientemente bom” e se houver uma demora muito grande para que eles encontrem uma negociação satisfatória, pode-se criar um círculo vicioso em que mãe e filho irrite-se mutuamente.

Esses desencontros dificultam as funções maternas de “holding”, “handling” e apresentação do mundo, podendo causar falhas mais ou menos profundas nas tarefas básicas de integração, personalização e realização (p.98).

Como pudemos ver na afirmação de Amiralian, é muito provável uma falta de comunicação entre a mãe e o bebê com deficiência mental, dificultando as tarefas de integração, personalização e que este possa habitar seu corpo.

3. A realidade subjetiva

A preocupação materna primária é fundamental no processo de amadurecimento do bebê, pois é através desse estado que a mãe se oferece, permitindo que ele crie o mundo.

Os primórdios da construção do mundo se dão através principalmente da amamentação. Assim, Winnicott (1990) postula que os bebês vivenciam um processo chamado de *primeira mamada teórica*, que compreende o primeiro estágio do processo de amadurecimento. Esse estágio coincide com seu estado de dependência absoluta do ambiente, por isso se faz necessário o ambiente suficientemente bom que se adapte às necessidades do lactante, para que ele possa criar seu mundo subjetivo.

A primeira mamada teórica é um conceito que não se refere apenas a uma única mamada ou à primeira mamada real do bebê, mas a uma sucessão de mamadas. Winnicott (1990) diz que durante a primeira mamada o bebê ainda se encontra imaturo para viver uma experiência emocional significativa.

Se essa primeira mamada for satisfatória, é estabelecido um contato, criando assim um padrão para as seguintes mamadas. Com as repetidas mamadas, o lactante passa a desenvolver uma expectativa sempre que sente uma crescente tensão instintiva e se prepara para receber algo, em algum lugar, mas sem saber o quê. É quando a mãe oferece o seio. Assim é criada uma base de relacionamento entre a mãe e o bebê.

Winnicott (1990) diz que: “Nesta primeira mamada (teórica), o bebê está pronto para criar, e a mãe torna possível para o bebê ter a ilusão de que o seio, e aquilo que o seio significa, foram criados pelo impulso originado na necessidade” (p.121).

Assim, o bebê vive a ilusão de ele criou o seio. Essa criação se dá, segundo Winnicott, porque os bebês nascem com um potencial criativo e encontram uma mãe suficientemente boa que com o seio proporciona que o potencial criativo se desenvolva.

Nesse período se a presença dos cuidados maternos foi satisfatória, estabelecendo uma contínua presença materna, o bebê pode sentir a continuidade do ser e iniciando a integração no espaço e no tempo.

Para que o bebê estabeleça um sentido de realidade é fundamental que antes, a mãe possibilite ao lactante viver o fenômeno da ilusão, que nesta fase é uma realidade subjetiva, pois ele acha que criou a realidade, para posteriormente viver a desilusão gradativa, vivendo assim um paradoxo de que criou o mundo, porém o mundo já existe. Segundo Safra (1999) é o fenômeno da ilusão que possibilita que o bebê crie uma nova dimensão de mundo.

Com a ilusão de que criou o mundo e de que tem controle sobre o externo, o bebê vive a experiência de onipotência.

Por isso a mãe suficientemente boa é aquela que consegue identificar as necessidades de seu bebê no momento em que este está procurando contato. Essa mãe que se encontra ligada ao seu bebê oferece o que ele necessita no

momento adequado, quando ele solicita, permitindo assim que o lactante crie o mundo e exerça sua onipotência.

Winnicott diz que o mais importante não é a materialidade do seio. Pode ser, por exemplo, uma mamadeira, desde que a mãe possa através da alimentação, que deve ser banhada de afetos, realizar um contato satisfatório com seu bebê e suprir suas necessidades físicas e psíquicas permitindo sua ilusão de onipotência. Winnicott (2002d) enfatiza: "... ao examinarmos a experiência de amamentação de um bebê, a primeira coisa a fazer é pensar em termos da riqueza de experiência e do desenvolvimento da personalidade" (p.24).

É na fase da amamentação que o bebê inaugura sua relação mãe-bebê, da qual mais tarde, se tudo correr bem, resultará na relação objetal.

Como vimos, para Winnicott, o bebê, através da ilusão, cria o mundo a partir de sua realidade interna, "o mundo é aquilo que eu crio". Para o bebê neste momento ainda não existe um mundo externo. Tudo é fruto de sua criação.

Para que a realidade externa exista, o bebê experimenta uma área intermediária entre a realidade interna e a realidade externa. Esta área é que possibilita ao bebê manter as duas realidades separadas, mesmo havendo entre elas uma relação.

4. Relações objetais

Apontamos anteriormente o trabalho que a mãe suficientemente boa exerce para atender as necessidades de seu bebê, dando assim condições para que este amadureça de forma sadia na fase mais precoce de seu nascimento.

Como pudemos ver, a mãe quando encontra seu bebê entra em um estado de identificação com ele, suprimindo assim todas as suas necessidades básicas.

Durante esse processo, a mãe, por já ter sido um bebê, é capaz de se comunicar com ele, ficando assim essa comunicação guardada em alguma parte de seu ser.

Essa compreensão das necessidades do bebê faz com que ele sinta que o mundo é criado e controlado por ele, vivendo então um sentimento de onipotência de que ele cria o mundo e constituindo a área dos fenômenos subjetivos.

Nesta fase o bebê vive um estado de fusão com sua mãe, pois ainda não se separou o Não-mim, do que é mim.

Para que o processo de amadurecimento do bebê prossiga de forma adequada, é necessário que a mãe vá deixando ir seu estado de devoção absoluta, para que possa dar início às *falhas relativas* necessárias ao processo de amadurecimento e assim transformar os fenômenos subjetivos em objetos compartilhados, objetivamente percebidos.

Por isso é necessário que o estado de preocupação materna primária se vá, gradativamente, pois senão a mãe permanece fundida ao lactante, adiando a separação. Assim ela não falha quando precisa falhar.

É através da falha relativa que o bebê tem a possibilidade de perceber o mundo exterior, que não foi criado por ele, e já existia antes dele, porém a falha deve ocorrer gradativamente.

Mas, para que se dê esse processo, o bebê necessita colocar para fora do *self* seus objetos subjetivos, e a forma que ele encontra é destruindo o objeto.

O objeto que ele ataca é a mãe, através das mordidas no seio, porém esse ataque não é munido de raiva, é o que Winnicott denomina de *amor impiedoso*.

Após o ataque, o bebê precisa perceber que o objeto sobreviveu. Quando o objeto sobrevive ao ataque, implica a criação de um mundo de realidade compartilhada. Porém se a mãe retalia os ataques de seu bebê, este estará impedido de criar uma realidade externa.

Esse processo faz o bebê perceber que existe um mundo fora dele, concebendo assim o mundo objetivo, fazendo uso dele, passando a fazer uso do não-eu.

É nesse momento que o bebê tem a possibilidade de sair do estado de fusão com sua mãe, dando assim continuidade no processo de desenvolvimento rumo à independência.

A passagem por este processo onde o bebê conquista o mundo objetivo se faz necessária para que ele possa constituir um *self* separado do ambiente.

Amiralian (1997) comenta que, para as crianças com deficiência, esse momento apresenta muitas dificuldades, pois a mãe, no encontro com seu bebê, pode realizar diversas retaliações em relação às ações de seu filho. Este então volta-se para seu mundo interno, ficando impossibilitado de encontrar o caminho do mundo objetivo.

Reconhecer o mundo objetivo é fundamental para que o bebê possa constituir um *self* separado do ambiente.

5. O papel de espelho da mãe

“Me deixe te trazer num dengo pra num cafuné fazer os meus apelos,
Eu quero ser exorcizado pela água benta desse olhar infindo
Que bom ser fotografado mas pelas retinas desses olhos lindos”

(Autor desconhecido)

Vem de antes do sol
A luz que em tua pupila me desenha.
Aceito amar-me assim
Refletida no olhar com que me vês.

(Adélia Prado)

No texto “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”, Winnicott diz que quando o bebê olha para o rosto da mãe ele têm duas possibilidades de repostas: na primeira o bebê se vê no olhar da mãe, e assim pode construir o “objeto subjetivo”, e na segunda o bebê não se vê no olhar materno, mas vê a mãe. Neste último caso conclui Cesar (2003) “...a realidade intervém muito precocemente e o bebê torna-se dependente da percepção do olhar da mãe, o objeto é percebido objetivamente” (p.57).

Esse desdobramento faz com que o bebê, quando está diante do olhar materno, abra mão de sua criatividade, afastando suas necessidades pessoais, pois há uma ameaça de seu *self* central ser afrontado.

Safra (2005) diz que:

...desde que haja um real espelhamento por parte da mãe de seu bebê, que é a condição necessária para o surgimento da ilusão constitutiva do *self*. Acredito que o conflito estético ocorra nas situações em que a mãe não pode suportar ser criada por seu bebê. São mães que acabam aprisionando a criança em seu fascínio sedutor, impedindo que o bebê experimente sua criatividade primária e, posteriormente, seu desejo (p.45).

O papel de espelho da mãe pode possibilitar que o bebê encontre seu *self* no olhar materno. Esse destino ocorre quando a mãe, ao lançar seu olhar em direção ao bebê, tem a imagem do seu próprio filho, e não a de um corpo que é sua propriedade absoluta. O bebê pode pertencer à mãe, porém seus desejos não. Se ela roubar do bebê todo o seu ser, ele não poderá existir como um ser total e independente.

Quando a mãe não exerce esse olhar sobre seu bebê, ela cria uma dificuldade na comunicação entre a dupla. O bebê sente que não recebe de volta o que está oferecendo para a mãe.

A mãe que aprisiona seu bebê através de seu olhar não permite que este possa criar.

Winnicott (1975d) diz que apenas sendo criativo é que o indivíduo constitui seu *self*, e a mãe que não permite que seu filho crie o impede de desenvolver um ego próprio, separado do ego da mãe.

O bebê que não pode conquistar um espaço para criar fica impossibilitado de construir uma morada em seu corpo, deixando de se relacionar com o mundo e de desfrutar de tudo que este pode lhe oferecer.

6. A constituição do *self*

Winnicott (1960b) diz que o amadurecimento se dá a partir do potencial herdado, que é a tendência do indivíduo no sentido do crescimento e do desenvolvimento. Assim, todo bebê nasce com potencial para se desenvolver. Isto significa uma jornada que se inicia com o estado de dependência absoluta do ambiente, passando pela dependência relativa à independência, podendo conquistar o ego total, passando a existir. Isso possibilita que o indivíduo vá ao encontro do Mundo¹³.

Safra (1999) afirma que:

É o *self* e a vida do *self* que dá sentido à ação ou ao viver do indivíduo que pôde chegar a um desenvolvimento satisfatório e que continua a crescer da dependência e da imaturidade à independência e à capacidade de identificar-se com objetos de amor maduros sem perda da identidade individual (p.92)

O potencial herdado necessita, para se desenvolver, de um ambiente suficientemente bom, que no início é representado pela mãe. A mãe suficientemente boa tem um longo percurso para cumprir, tendo que viver nesta caminhada em estado de devoção absoluta até a separação, onde a criança poderá constituir seu *self* total. Todas as nuances desse processo são de fundamental importância para a saúde psíquica do indivíduo, que alcança a

¹³ Mundo está escrito em letra maiúscula por me referir ao mundo de relações fora do ambiente familiar.

possibilidade de existir. Safra (2005) afirma que nada no ser humano se constitui sem a presença do outro.

Contudo, uma mãe que não é suficientemente boa impossibilita que o bebê inicie os processos de diferenciação em relação ao ego dela, causando a ele intrusões. Se as intrusões forem excessivas, provocam no bebê uma fase de reação a elas, interrompendo assim a “continuidade do ser”. O bebê não percebe que é a mãe quem falha, pois se encontra identificado com esta. A intrusão não é vivida como frustração, mas como uma ameaça de aniquilação.

A criança, no início, possui um ego frágil e dependente. Assim, através dos cuidados, a mãe empresta seu ego para que o bebê o utilize como ego auxiliar. Porém, é necessário que a mãe possibilite que a criança se desenvolva no sentido de possuir um ego pessoal.

Winnicott continua em seu texto (2000d):

....o fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a construir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida. Tudo isso é sentido como real pelo bebê que se torna capaz de ter um eu, o qual por sua vez, pode em algum momento vir até mesmo a sacrificar a espontaneidade, e até mesmo morrer (p. 404).

Podemos concluir que é o ambiente que fornece ao bebê a possibilidade de existir¹⁴, mas se esse ambiente excede nos cuidados, impossibilita que o bebê venha a constituir um ego total.

Amiralian (2003b) afirma que:

A questão da dependência/independência, da autonomia e de como esta deve ser compreendida é uma questão fundamental para os indivíduos com deficiência. Observa-se, muitas vezes, nas relações com essas pessoas, que não fica clara a diferença entre a noção de independência como um sólido Eu sou – um assumir e controlar seus próprios impulsos, estabelecendo trocas satisfatórias entre o mundo interno e externo, proporcionando espaço à espontaneidade na manifestação externa – e a necessidade de ajuda, devido a uma limitação somática ou funcional, para alguma ação que expresse o seu si-mesmo (p.211).

¹⁴ Existir não como ser biológico, mas como ser psíquico.

Tendo o bebê que lidar com outras formas de ser que lhe possibilitem continuar vivo psicologicamente, ele sacrifica uma parte de si e sua espontaneidade.

Assim ele vive o trauma, que significa quebra de continuidade na existência de um indivíduo (Winnicott, 1999b). O trauma representa a falha da mãe que não conseguiu perceber a necessidade de seu bebê.

O trauma causa uma deformação no *self*, que faz com que o indivíduo tenha que encontrar saídas para continuar vivo. Diversas são essas saídas, que estarão ligadas ao momento em que o bebê viveu o trauma.

Reencontramos aqui a idéia de complementaridade entre os fatores constitucionais e a experiência vivida na relação com o outro, sugerida por Freud mencionada no início deste capítulo, como uma interação que terá diferentes efeitos sobre a vida psíquica do indivíduo.

III – O desencontro e suas vicissitudes

A vida é a arte do encontro,
embora haja tanto desencontro pela vida.

(Vinícius de Moraes)

1. As relações parentais

Um sintoma é determinado pelas formas como se deram as relações do indivíduo com o meio.

Winnicott desenvolve sua teoria do amadurecimento enfatizando as relações iniciais entre o bebê e o ambiente que poderá ser ou não favorecedor do amadurecimento.

O amadurecimento tem como finalidade a independência do indivíduo, que quando alcança esse estágio pode viver uma vida com escolhas e desejos.

Porém alguns fatores são necessários para que o amadurecimento ocorra de forma adequada até a independência. De um lado está o bebê com seu aparato biológico, do outro o ambiente com sua oferta de cuidados banhados de amor para que o aparato biológico se desenvolva.

Assim, temos duas variáveis importantes para a equação que terá como produto o indivíduo e suas peculiaridades.

Quando um bebê nasce com um aparato biológico prejudicado podemos ter duas situações: a primeira é quando se reconhece qualquer desvio do estado normal do bebê, que pode ocorrer antes do nascimento através de exames pré-natal ou logo após o nascimento, a segunda ocorre quando a criança já se encontra em idade mais avançada. Nesta segunda situação, os pais percebem com a demora na fala, no andar, na interação social, ou quando a criança apresenta dificuldade na aprendizagem escolar no período de alfabetização.

Essas duas possibilidades interferem na forma como o clínico irá observar as relações parentais iniciais do paciente com deficiência.

Desde a gestação os pais, quando gozam de saúde psíquica, dão forma ao filho, imaginam e criam um corpo para o bebê. Freud (1914) afirma: “A criança que gerarão apresentar-se-á diante delas como se fosse uma parte de seu próprio corpo, na forma de outro objeto, e, assim partindo de seu próprio narcisismo, elas podem dedicar-lhe todo seu amor objetal” (p.109).

A gestação não acontece apenas no plano do desenvolvimento fetal orgânico, mas também em um plano psíquico dos pais, que desde quando tomam conhecimento da existência de um bebê no ventre materno inauguram a criação psíquica do bebê.

O nascimento psíquico do bebê vai ao encontro das vivências familiares, ou seja, o que os pais viveram e vivem até este momento. Tais vivências são remetidas aos ancestrais e aos encontros entre duas famílias.

Assim, uma criança é concebida psicologicamente a partir das vivências de gerações passadas.

Mannoni (1981) afirma que o nascimento de um filho é para uma mãe:

Na medida em que o que deseja no decurso de uma gravidez é, antes de mais, uma recompensa, ou a repetição de sua própria infância, o nascimento de um filho vai ocupar um lugar entre os seus sonhos perdidos: um sonho encarregado de preencher o que ficou vazio no seu próprio passado, uma imagem fantasmagórica¹⁵ que sobrepõe à pessoa real do filho. Este filho de sonho tem por missão restabelecer, reparar o que na história da mãe foi julgado deficiente, sentido como falta, ou de prolongar aquilo a que ela teve que renunciar (p.30).

Essa criação imaginária do filho é necessária para que a mãe possa à partir de sua história, dar um lugar ao bebê. Esse é o processo que Winnicott chamou de identificação da mãe com o bebê.

Freud (1914) afirma que:

Ao repararmos na atitude de pais afetuosos para com seus filhos, seremos forçados a reconhecer que se trata de uma revivescência e de uma reprodução de seu próprio narcisismo... Assim, eles se veem compelidos a atribuir à criança todas as perfeições... e tendem a encobrir e esquecer todos os defeitos delas (p.110).

¹⁵ Termo utilizado por Jacques Lacan para se referir a todas as fantasias que a mãe tem em relação ao filhos. Tais fantasias estão ligadas ao Complexo de Édipo vividos pela mãe.

Assim, os pais esperam uma criança que possa realizar suas expectativas, principalmente no que se refere à reedição de seu próprio narcisismo.

Porém, quando os pais descobrem que seu filho possui alguma disfunção orgânica, antes ou logo após ao nascimento, esse fato causará neles, principalmente na mãe, uma falha narcísica. Mannoni (1981) comenta:

... a enfermidade dum filho atinge a mãe num plano narcísico: dá-se uma perda brusca de toda a marca de identificação que implica, como corolário, a possibilidade de comportamentos impulsivos. Trata-se dum pânico diante duma imagem do eu que jamais poderá ser reconhecida ou amada (p.26).

Como vimos, para Winnicott é fundamental o estado de preocupação materna primária, onde a mãe se encontra identificada com seu bebê, reconhecendo nele um humano, e pode ir lhe oferecendo todos os cuidados necessários.

Nos casos de bebês com diagnóstico de alguma disfunção o processo de identificação com o bebê é prejudicado por marcas no psiquismo da mãe, afetando seu narcisismo, que não consegue se reconhecer no filho anomalia, isso cria uma dificuldade na mãe para cuidar de forma adequada de seu bebê.

A partir das identificações da mãe com o bebê é que Winnicott (2002d) afirma ser possível haver uma comunicação silenciosa entre ambos, na qual a mãe transmite confiança ao lactante através dos cuidados e providências de suas necessidades. A mãe já foi um bebê, por isso sabe as necessidades deste no momento e na intensidade adequadas, não causando as faltas e nem as intrusões.

No caso de um filho com deficiência a mãe pode vir a não reconhecer um humano, e sim uma deficiência. Toda sua identificação com o bebê poderá ser afetada pela deficiência, assim a comunicação não vai acontecer a partir dos aspectos bons que ela reconhece no filho.

Os cuidados com o bebê são atravessados por esses sentimentos causando diversos comprometimentos na relação mãe-bebê, pois esta mãe sempre que for cuidar de seu bebê terá que enfrentar a ferida narcísica, olhar para aquele ser que jamais poderá realizar seus sonhos e desejos, que a

colocará de frente com sua falha, além de ela própria não ter sido um bebê com deficiência.

O resultado será uma mãe que se excede nos cuidados com seu bebê, para tentar aplacar suas angústias por ter concebido um filho doente, entretanto são cuidados banhados pela dor de ter gerado um filho com deficiência.

Como afirma Mannoni (1981) quando se refere às mães de filhos com alguma deficiência: "... se trata duma mãe normal o nascimento de um filho doente não pode deixar de ter incidências sobre ela. Com efeito, em resposta ao pedido da criança, ela deverá prosseguir, de qualquer modo, uma eterna gestação..." (p.35).

Mas esta mãe ferida e culpada tem a necessidade de reparar os danos causados no filho e assim não descuida um momento sequer do bebê. Só assim ela encontrará forças para se ligar ao seu bebê.

Mannoni (1981) diz que essa mãe recusará o direito que o filho tem de se tornar autônomo, e viverão como se fossem um corpo só, confundindo-se tanto o desejo de um com o do outro que os dois parecem viver uma só e mesma história (p.30).

E assim se dá o início de uma relação dual, pois o pai, como afirma Mannoni (1981) aceita com serenidade a doença do filho, por uma enorme culpabilidade, seu papel de homem, de pai, é tirado a cargo.

A retirada da função paterna faz a relação mãe-bebê se intensificar passando o filho a ter uma única possibilidade na vida: corresponder ao desejo materno, passando a ser uma entidade possuída e controlada por uma mãe que tudo sabe sobre ele.

O filho tendo que responder aos desejos da mãe não poderá conquistar autonomia.

Os pais afetuosos revivem seu narcisismo. Porém, como ser afetoso e reviver seu narcisismo quando se sabe que seu bebê jamais poderá realizar seus desejos nunca realizados e nunca poderão atribuir perfeição onde só encontram defeitos?

Outro aspecto importante que Freud destaca em relação ao narcisismo e ao nascimento do bebê, é que através do filho abriga-se um refúgio para a imortalidade do Eu.

Mas para os pais de filhos com alguma deficiência congênita reconhecida trata-se da produção de uma continuidade de uma parte do Eu defeituosa, incapaz. Por isso, como afirma Mannoni (1981):

...a relação mãe filho terá sempre, neste caso, um ressaio de morte, de morte negada, disfarçada a maior parte das vezes em amor sublime, algumas vezes em indiferença patológica, outras vezes em recusa consciente; mas as idéias de homicídio existem mesmo que nem todas as mães possam tomar consciência disso (p. 26).

É essa parte do Eu defeituosa, representada no filho que a mãe deseja matar, pois mostra o tempo todo sua falha, sua incapacidade de gerar um filho perfeito.

Vemos que esse bebê provavelmente terá que enfrentar não apenas sua dificuldade orgânica, mas uma difícil relação com o ambiente que não estava preparado para recebê-lo da forma como ele chegou.

Por isso ao recebermos um paciente cuja deficiência tem causa orgânica conhecida desde o nascimento estaremos de frente com uma família ferida, tendo que encontrar meios para receber o que não esperavam.

A reação possível das mães muitas vezes se encontra em uma forma psicologicamente patológica, mas temos que considerar que tal patologia se fez necessária para que essa mãe pudesse enfrentar sua dor.

Uma segunda possibilidade se dá quando não há causa orgânica conhecida. Nestes casos Mannoni (1981) afirma que o sintoma da debilidade¹⁶ se dá pelas variações fantasmagóricas da mãe, podendo ser o fantasma da mãe que orienta a criança para seu destino.

Cabe, neste momento, elucidarmos melhor o pensamento de Mannoni: para a autora, o fantasma materno está ligado com a forma pela qual a mulher viveu sua castração. Aquilo que a mãe não pode resolver ao nível da castração, vai ser vivido, pelo filho, nos seus sintomas, abrigando assim a angústia materna.

¹⁶ Mannoni em seu texto utiliza o termo débil para se referir ao diagnóstico que hoje chamamos de deficiência intelectual, por isso em alguns momentos utilizei o termo débil ou debilidade para me aproximar da linguagem da autora.

No caso em que a criança nasce com alguma debilidade, a enfermidade do filho causa na mãe um vazio no lugar de um filho imaginário ideal, atuando sobre o plano fantasmagórico, reeditando os traumatismos e insatisfações anteriores, e também impedindo, no plano simbólico, a resolução da castração.

Para a mulher alcançar a feminilidade deve passar pela renúncia da criança-ídolo, mas essa renúncia ocorre gradativamente.

No caso da mãe de filho com alguma debilidade, tal renúncia ocorre abruptamente, tendo essa mulher que cuidar desse filho fora da influência do marido.

Para essa vertente da psicanálise, a mulher que não se rendeu á castração terá dificuldade de permitir a influência do pai nas decisões dos cuidados com o filho.

Por isso, para Mannoni, a deficiência mental que não tem causa orgânica estará ligada ao fantasma materno. A autora acredita que diversos casos de debilidade estão ligados a uma estrutura psicótica.

Assim, é necessário sempre nos perguntarmos qual é o sentido do deficiente mental para a família, e para compreendermos o sentido é fundamental ouvirmos a família. As palavras de Mannoni (1981) confirmam a necessidade de um espaço de escuta para a família: “A psicanálise dos débeis é uma experiência muito particular que nada tem de comum com a psicanálise dos neuróticos. Assemelha-se à análise dos psicóticos pelo modo como a família do doente entra maciçamente em jogo durante o tratamento” (p.71).

Em minha experiência deparei-me com pacientes adultos, que tinham determinada autonomia, mas que são muito influenciados pela família. Fui percebendo ao longo do tempo que se fazia necessário oferecer um lugar de escuta dos pais, porém devemos estar sempre atentos para identificar qual o uso que eles estão fazendo desse espaço.

Quando os pais procuram o analista do filho para ajudá-los em suas angústias na relação com este, muitas vezes eles acabam invadindo o espaço do filho. Ao percebermos esta intenção devemos ser cuidadosos para não deixá-los de fora, o que pode levá-los a se sentirem excluídos e assim interromper o tratamento e, proteger o espaço analítico do filho.

Há nesse trabalho uma semelhança com a análise de adolescentes, em que os pais trazem o filho até a análise, pagam, mas o analista deve saber proteger o espaço desse indivíduo.

Certamente que, nos casos dos pacientes com deficiência mental leve, os pais procuram estar muito presentes e solicitam um espaço para falar. Muitas vezes esse espaço solicitado pelos pais é uma forma de se colocar presente e manter o controle sobre o filho.

Mannoni (1981) faz uma importante afirmação de que no tratamento da pessoa com deficiência mental se faz necessário uma investigação para encontrar na história da mãe um sentido para a deficiência mental do filho, e não para chegar a uma conclusão simplista de que é a mãe que deve ser tratada. Porém devemos procurar conduzir a mãe para sua análise pessoal. Mas geralmente há uma grande resistência nessas mulheres em buscar seu tratamento. Elas geralmente não reconhecem que precisam de ajuda e que fazem parte do sintoma do filho, por isso passam uma vida inteira em busca de uma causa orgânica. A autora continua:

... a partir duma anáminese bem compreendida, de ajudar o filho a assumir no tratamento, em seu nome, a sua própria história, em vez de fazer suas as dificuldades relacionadas da mãe com sua própria mãe, realizando assim, na sua neurose, o sentido fantasmagórico que ele pôde assumir para a mãe ao nascer (p.94).

Mannoni (1981) diz que os pais têm dificuldade em procurar um tratamento psicanalítico por este oferecer uma ameaça de retirar o filho do lugar que ocupa em seu fantasma. É como se a análise quebrasse a ligação dual entre mãe e filho.

O analista deve ter certa delicadeza com o dor dos pais, pois como vimos são pais feridos, ou então são pais que só conseguiram se manter as custas de um sintoma que os sustentasse em seus fantasmas.

Por isso o analista passa a ser uma ameaça para os pais, propondo mudanças e possibilitando a independência de seu filho.

Procuro ser um terceiro na relação entre os pais e o paciente, que geralmente responde ao desejo da mãe. O pai também se sujeita ao desejo da mulher, porque como vimos, ambos perderam as forças para manterem sua função.

Com o tempo vou deixando claro para os pais que o espaço analítico pertence ao filho, assim eles vão percebendo que a análise está a serviço das conquistas do filho como pessoa humana.

É importante marcar que devemos nos dispor a ouvir toda a família. Muitas vezes recebi os irmãos, que também acabam protegendo o irmão com deficiência mental assim como os pais, não raro servindo como substitutos dos pais na tutela do paciente.

Devemos estar atentos para as necessidades do paciente e de sua família, sabendo que cada caso apresenta suas peculiaridades.

2. Deficiente ou impossibilitado de criar?

“Que é a aventura psicanalítica senão
esta caminhada através dos atalhos,
sem cessar inexplorados,
em que a verdade se entrevê,
mas nunca se alcança”
(Mannoni, 1981; p.42)

No tópico anterior examinei a traumática experiência de se ter um filho com deficiência, ressaltando as complicações psíquicas que sofre a mãe ao saber que filho tão sonhado chegará, ou chegou ao mundo com alguma desvantagem. Mannoni também se dedicou a pensar nos débeis que não possuem nenhuma evidência de causa orgânica que explique sua debilidade. No caso desses pacientes ela acredita que o sintoma da debilidade, assim como uma psicose, está ligado aos fantasmas maternos, encontrando no drama familiar um sentido para tal sintoma.

Neste tópico pretendo examinar as possíveis vicissitudes que podem ocorrer no desenvolvimento humano da pessoa com deficiência mental leve,

utilizando a teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott e também as concepções de Maud Mannoni sobre a criança com deficiência mental e sua relação familiar.

Como pudemos ver, algumas mães, por algum motivo em função de suas vivências, necessitaram estabelecer com o filho uma relação de dualidade, desenvolvendo uma dificuldade de separação com o filho e a autonomia deste. Tratando-o como uma pessoa incapaz de ter autonomia e não conseguindo ver seu filho tomar as rédeas de sua vida, impossibilitando-no de desenvolver um ego próprio o que faz com que viva dependente do ambiente por toda a vida.

Vimos anteriormente que a comunicação da mãe com o bebê na fase inicial do desenvolvimento é importante para estabelecer os momentos e a intensidade dos cuidados maternos. Porém, com um filho com deficiência a mãe não consegue perceber os limites de sua dedicação e se excede nos cuidados. Há também aquelas mães que, por sua história, não conseguem estabelecer tal comunicação com seu bebê, excedendo os cuidados mesmo que este não apresente deficiência. Estas mulheres, para Mannoni, são mães que atravessadas pelo seu fantasma estabelecem uma relação dual com seu bebê não permitindo a entrada de um terceiro.

Winnicott diz que essa fase inicial é importante para que o bebê experimente os gestos espontâneos, entretanto essas mães parecem não conseguir oferecer nesta fase momentos para que o lactante experimente tais gestos.

O autor também afirma que com o passar do tempo, a mãe precisa ir se desligando desses cuidados e esperar que seu filho os solicite, através do gesto criativo, do choro e do protesto. Porém, se a mãe não permite ao lactante momentos para viver o gesto criativo e se antecipa nas necessidades de seu bebê, uma parte dele se perde, junto com seu potencial criativo.

O processo criativo é um potencial herdado, de que o bebê começa a fazer uso muito cedo. Winnicott (1990) diz que existe um potencial criativo, mas que depende da mãe suficientemente boa que se adapte às necessidades do bebê. Quando a mãe é adequada, o bebê passa então a criar a ilusão de que o

seio e o mundo são criados por ele. É através da ilusão de que criou o mundo que o lactante experimenta os movimentos espontâneos, entretanto isso só ocorre se tiver tempo de solicitar ao ambiente os cuidados.

Caso a mãe se ofereça antes da solicitação do bebê, ele não pode realizar os gestos espontâneos, o choro e o protesto, resultando na dificuldade do bebê em criar seu mundo subjetivo, que é o primórdio para a construção do mundo externo.

Com a impossibilidade da criação do mundo subjetivo o lactante terá dificuldade em viver as relações objetivas onde ele concebe o mundo externo.

Sem a criação da realidade externa, o bebê não conseguirá superar o estado de fusão com a mãe, separando o *Não-mim* do que é mim, e assim conquistar um *self* separado do ambiente. Winnicott (1983c) diz que esses bebês encontram duas soluções: ficam fundidos com a mãe em um estado de permanente regressão, ou apresentam uma completa rejeição pela mãe.

Outro importante momento de possibilidade de criação do bebê é quando acontece o papel de espelho da mãe. Como vimos, se esta impossibilita que seu filho se veja em seu olhar o bebê fica impedido de criar. Se a mãe vê no filho uma deficiência, o olhar lançado para este não possibilitará que haja um espelhamento, não oferecendo “a condição necessária para ilusão constitutiva do *self*” (Safra, 2005; p.45).

Todas essas fases do processo de amadurecimento são fundamentais para que o bebê possa constituir um *self* pessoal, passando assim a existir como um indivíduo total.

É possível perceber desde o início do tratamento de pacientes com deficiência mental leve, que os pais têm dificuldade em proporcionar a independência de seus filhos. Em todos os casos que eu atendi, os pais solicitavam que a primeira sessão fosse com eles, mesmo o filho já sendo um homem com plena capacidade de falar de si. Isso ocorre pela dificuldade que esses pais têm em perceber a capacidade de autonomia dos filhos, relacionada com a dificuldade de separação com estes.

Não tenho a pretensão de negar a importância dos pais no tratamento, apenas estou apontando uma característica marcante nos pais de pessoas

com deficiência mental leve. No tópico anterior abordei a importância de escutar a família, entretanto esta escuta deve ser cuidadosa para que o analista não tenha uma pré-concepção do paciente a partir do relato dos pais. Deve entretanto, durante as entrevistas iniciais, compreender como a família lida com a deficiência do filho, quais são os fantasmas maternos, como foi o nascimento do paciente e como a deficiência foi diagnosticada e em que momento. Não podemos deixar de apontar que a escuta da família também deve ser uma forma de acolher a dor dos pais.

A cada entrevista com os pais dos pacientes que chegam ao meu consultório fica mais evidente a dificuldade da família em ver seu filho com possibilidade de autonomia e independência.

Foi compreendendo as hipóteses de Mannoni em relação aos fantasmas maternos e a relação familiar, e com o auxílio da teoria do amadurecimento de Winnicott, pude perceber a dificuldade que as mães tiveram na maternagem do filho com deficiência mental leve.

Como vimos, a criança necessita do ego da mãe no início do desenvolvimento, e quando tudo corre bem isso possibilita ao indivíduo possuir um ego pessoal, o que parece não acontecer nos pacientes com deficiência mental leve. Como se a mãe não oferecesse a possibilidade de o bebê criar, adquirindo este um ego dependente, ainda necessitando dela para auxiliá-lo em sua vida.

Para Safra (2004) é a criatividade que possibilita o acontecer e o aparecimento do singular de si mesmo. Assim, no caso da deficiência mental como venho propondo, o ambiente não fornece possibilidades para que esses indivíduos venham existir plenamente.

Winnicott (1975d) diz que o viver criativo constitui um estado saudável, enquanto a submissão é uma base doentia para a vida. Este é o ponto central que encontro na teoria de Winnicott para compreender o estado de dependência dos pacientes com deficiência mental leve.

Para que o bebê constitua seu *self* ele necessita do reconhecimento de seus gestos pela mãe, para que ele possa se sentir vivo. Para as mães de

filhos com deficiência mental leve, o reconhecimento da existência do bebê como um ser separado dela é muitas vezes insuportável.

Assim ela não favorece que a criança viva em um mundo fora de seu domínio, restando para o filho apenas viver com um ego parcial.

A impossibilidade de viver plenamente faz com que a pessoa com deficiência mental leve viva dependente do ambiente, como se este completasse uma parte de si que ficou faltando. O que os impede de adquirir um sólido *Eu sou*, expressando seu si mesmo e de controlar seus impulsos (Amiralian, 2008).

Mannoni (1981) ao relatar um caso comenta:

Raimunda só pode tornar-se inteligente e desembaraçada socialmente no dia em que pôde habitar, sozinha, num corpo próprio. Enquanto esse corpo era habitado pelo espírito da mãe, ela não poderia passar de um animal aterrorizado e aterrorizador, sem quaisquer referências simbólicas humanas (p.52).

Winnicott (1983b) diz que é durante a fase do *holding* que é iniciado o despertar da inteligência e o início da mente como algo separado da psique.

Então, se a mãe foi suficientemente boa na fase precoce do desenvolvimento, ela pôde proporcionar ao seu bebê o despertar da inteligência. Entretanto, se a relação não proporcionou ao bebê criar ele viverá com um ego parcial.

Fui percebendo nos pacientes que viver com ego parcial e dependente do ambiente é uma forma que esses indivíduos encontram de sobreviver diante das exigências ambientais que de certa forma impossibilitaram um viver criativo. Eles encontram saída no que traduzo como uma espécie de *congelamento do intelectual*, uma forma de inibir a inteligência em resposta às exigências ambientais. Exigências essas de viver dependente.

Utilizo a expressão *congelamento da inteligência* por acreditar que o intelecto se dá com a soma do orgânico com as relações ambientais. Sendo assim, sua manifestação depende de um ambiente suficientemente bom, ou seja do que o ambiente oferta ao indivíduo.

Winnicott (1990) afirma:

Em todo grupo de crianças deficientes podem se encontrar algumas cujo tecido cerebral seria capaz de um desempenho médio e até mesmo superior, e para as quais o diagnóstico correto seria de psicose infantil. A deficiência mental seria, então, um sintoma de perturbações precoces do desenvolvimento emocional. Este tipo de deficiência não é muito raro (p.31).

Podemos perceber nesta afirmação de Winnicott que, assim como Mannoni ele acredita que alguns pacientes com deficiência mental vivem uma forma de psicose, além de corroborar a idéia de que tal patologia está ligada as fases precoces do desenvolvimento.

Mannoni (1981) abre uma importante questão: “Por que razão há débeis estúpidos e débeis inteligentes com Q.I.¹⁷ idênticos?” (p.48). Essa questão a autora discute colocando em debate a relação familiar, que pode ou não proporcionar ao débil a possibilidade do que eu encontro na teoria de Winnicott sobre os momentos de criação.

¹⁷ Q.I. é a abreviatura usada para o Quociente de Inteligência que é obtido através de testes que avaliam as capacidades cognitivas de um indivíduo.

IV - João o Menino Cão

“Como é difícil acordar calado
Se na calada da noite eu me dano
Quero lançar um grito desumano
Que é uma maneira de ser escutado
Esse silêncio todo me atordoa
Atordoadado eu permaneço atento
Na arquibancada pra a qualquer momento
Ver emergir o monstro da lagoa”
(Gilberto Gil/Chico Buarque)

Neste capítulo irei apresentar o caso clínico de João, um rapaz de vinte e cinco anos, onde procuro enfatizar alguns momentos do trabalho psicoterápico que considero ilustrativos para esta dissertação.

Durante este atendimento procurei atuar como ego auxiliar desse paciente, que muitas vezes me solicitou que eu o ajudasse a tomar decisões.

Os pacientes com deficiência mental demonstram grande dificuldade em controlar seus impulsos, por isso necessitam de alguém que os ajude nos momentos em que precisam decidir.

Os pais também participaram do processo psicoterápico. Tive com eles uma entrevista inicial, onde pude colher alguns dados da história do paciente e de seus pais e compreender as relações dessa família. Marquei algumas entrevistas apenas com a mãe, por perceber nela uma grande angústia em relação à fase de amamentação de João, que pode tê-la afetado na forma de olhar o filho. Diversas outras conversas tive com os pais, por João frequentemente causar situações de riscos para sua vida. O lugar de ego auxiliar é também eficaz na medida em que proporciona uma mediação na difícil comunicação entre o paciente e os pais.

Observo que, não só neste caso, é frequente a preocupação dos pais com seus filhos por causa das dificuldades impostas pela deficiência.

Há, quanto a esse aspecto, a necessidade de o analista atuar junto aos pais ajudando-os a descobrir, com menos culpa, quais são os limites e as possibilidades de seus filhos.

É, para esses pais, muito difícil conceber uma criação que ofereça ao filho com deficiência a mesma autonomia de um filho que não apresente nenhuma dificuldade no desenvolvimento.

Nos encontramos então frente a pais que precisam lidar com um filho que se desenvolve de forma muito peculiar, e com suas fantasias de culpa frente a essas crianças que se apresentam de forma descontrolada, com seus impulsos inerentes e suas dificuldades. É por estas razões que os pais necessitam ter um espaço, assim como os filhos, na análise destes.

Não realizei análise com os pais de João, apenas disponibilizei um espaço onde eles pudessem dividir suas angústias e medos em relação aos atos impensados de seu filho e a algumas possíveis modificações no paciente que o processo analítico pode motivar. Tais modificações causam angústias nos pais por se responsabilizarem pelas ações dos filhos. Nesse momento temos que ajudá-los a compreender que não são exclusivamente responsáveis pelos atos de seus filhos, que estes apresentam suas dificuldades e que é preciso tentar compreendê-los a partir de tais dificuldades.

1. Entrevista inicial com os pais

Os pais de João, me procuram a pedido da psicóloga da SORRI. O motivo do encaminhamento foi o descontrole emocional sofrido por João quando ficou sabendo que não havia sido aprovado em um processo seletivo para uma vaga de emprego.

Durante a primeira entrevista, os pais de João não demonstraram muita preocupação com o descontrole emocional do filho, pois compreenderam que isso se deu por que ele tem uma filha e necessitava de um bom emprego para sustentá-la. Havia muita expectativa pelo emprego, e quando ele não foi contratado ficou frustrado e entrou em desespero.

Pedi que os pais me contassem a história do filho:

- João foi adotado como um cachorrinho. Minha cunhada frequentava uma academia e, um dia, no mural, havia um cartaz dizendo: *doa-se uma criança loira, Sabendo que não conseguíamos ter filhos, minha cunhada nos colocou em contato com a mulher, que ainda se encontrava grávida.*

E assim os pais adotivos entraram em contato com a mãe biológica de João, que trabalhava como doméstica em uma casa de família. Souberam que ela já havia engravidado anteriormente e também havia doado a criança.

O casal passou a acompanhar a gestação da mãe biológica. Com frequência iam visitá-la em seu emprego, procuravam ajudá-la nas necessidades materiais, tinham muito medo que ela fizesse algo para interromper a gravidez, pois não desejava o filho.

Ficaram sabendo que ela dizia que queria se jogar da escada para matar seu bebê, e isso os deixava apavorados.

Quando João nasceu, sua mãe biológica não quis ter contato com o filho e seus pais adotivos saíram do hospital com o bebê, foram até o cartório e registraram a criança como filho natural.

Quando perguntei como se deu o período inicial da vida de João, sua amamentação, a mãe disse:

- *Quando João nasceu eu tinha uma vizinha que estava amamentando seu bebê, então pedi para ela amamentar João. Mas após uma semana passei a produzir leite. Fiquei muito contente, porém quando coloquei o seio na boca dele ele não aceitou, me rejeitou e me rejeita até hoje, isso me deixa muito triste, acho que ele não gosta de mim.*

- *Desde bebê ele foi muito agitado, chorava muito, ficávamos muito preocupados, não sabíamos o que acontecia com ele.*

Procurei acolhê-la explicando que o bebê se harmoniza com a forma com que a mulher o amamenta, como ela o segura, o olhar, os cheiros, a temperatura do corpo, o gosto do leite e possivelmente João já estava harmonizado com aquela primeira mulher na hora de receber o leite. Possivelmente ele não a estava rejeitando, mas tentando comunicar uma quebra na rotina de mamar que havia criado um estranhamento para ele.

O pai continuou:

- Ele não nasceu da gente, sempre tivemos que tomar o dobro de cuidado, se tivesse acontecido algo eu não me perdoaria, então aquele choro nos deixava muito preocupados.

- João foi crescendo e sua agitação aumentava, tínhamos que deixá-lo trancado na varanda de casa, brincava com seus colegas pela grade, não podia sair na rua, era uma criança que ninguém segurava, não tinha noção do perigo.

Eu perguntei se ele não tinha amigos, se não brincava com outras crianças. A mãe me respondeu:

- Ele brincava pela grade, os amigos ficavam do lado de fora e jogavam o brinquedo para João.

O casal continuou me contando que procuraram tratamentos em busca de uma continência para o filho, levaram-no a diversos médicos, mas segundo eles, o melhor tratamento foi oferecido pela Deric¹⁸.

Quando falava da Deric, o pai se lembrou de um dia, em que, enquanto aguardavam a consulta, João brincava com outra criança. O pai desta criança se aproximou e lhes disse:

- Nossos filhos têm o mesmo problema, são muito agitados, mas eu consigo entendê-lo. Quando criança eu era igual a eles, por isso consigo entendê-los. Acho que vocês terão dificuldade para entender seu filho por não serem do mesmo jeito.

- Quando ele me disse aquilo não compreendi, hoje eu entendo o que ele queria dizer, João é tão agitado que não escuta nada do que falamos para ele, nem dando bronca ele entende, hoje acho que sou eu que não entendo João.

Digo que realmente deve ser difícil compreender um filho como João, pois ele age sempre com muita impulsividade, é imprevisível e isso deve causar muita preocupação.

Perguntei para os pais sobre o diagnóstico de João, e eles me disseram:

¹⁸ Deric - Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação, é um centro de referência no atendimento clínico, formação educacional e pesquisa na área dos distúrbios de comunicação.

- João tem a mente um pouco atrapalhada, é um problema emocional, alguns médicos disseram que ele é deficiente mental, mas nós achamos que não.

Questiono como foi o processo escolar de João e o pai me diz:

Ele sempre foi mais ou menos, passava de ano porque sabiam que ele tinha problema. Ele aprende o que ele acha interessante. Colocamos ele em um curso técnico de informática, no começo foi muito bem, mas depois de um tempo se interessava mais em montar uma banda com os colegas do que estudar, não concluiu o curso e mudamos ele de escola.

Pergunto como é a vida de João hoje e o pai diz:

- Ele faz o que tem vontade, não tem responsabilidade com nada. Você acredita que ele estava namorando uma garota, filha de um amigo do meu irmão e não disse para ela que tinha uma filha. Tive que ir até a casa da família da namorada junto com João e obrigá-lo a contar para ela e para os pais que ele era pai. Fiquei com vergonha mas não podia deixar de revelar isso.

A mãe diz:

- João não aceita que a gente diga nada para ele. Quando me aproximo para dizer que ele não deve fazer algo ele grita comigo, diz para eu calar a boca e se retira. Você acredita que quando foi morar com a mãe da filha não se despediu de mim, chamei ele para conversar mas ele me disse que não queria me ouvir. Ele apenas comunicou que a mulher estava grávida, arrumou as coisas e foi embora. Chorei muito, eu não queria que fosse assim.

O pai continua:

- João não sabia o que estava fazendo quando foi embora de casa, ele não tinha idéia do que era morar junto com uma mulher, ter uma família. Foi achando que seria fácil e estaria livre de nós, ele nem emprego tinha, distribuía panfleto na rua e só recebia comissão se o cliente chegasse na empresa com o panfleto na mão. Lógico que o dono da empresa o enganava, pois só recebia duzentos reais no fim do

mês. *Eu disse isso a ele e afirmei que a mulher que ele ia morar não ia agüentar sustentá-lo por muito tempo e ia mandá-lo de volta. Fico muito preocupado com minha neta. A mãe dela também tem problema, não tem condições de criar uma criança, ter um homem como João, além de que ela já tem uma filha com outro rapaz. E foi o que aconteceu, pelo que eu entendi João voltou para casa porque tinha que dar tudo dinheiro que recebia para a mulher, chegou uma hora ele não aguentou.*

Pergunto qual o problema que a mulher de João tem, e o pai me diz:

-Ela tem depressão e toma remédio, a família toda dela é problemática. Morro de preocupação com minha neta, ninguém daquela família tem condições de criar uma criança, a casa é muito suja e quando chego lá a criança está imunda e largada no chão. Já conversei com o advogado para tentar a guarda da minha neta, mas ele me disse que é difícil conseguir, pois eles evitam separar a criança da mãe. Quero que um dia João melhore para quem sabe conseguirmos a guarda de nossa neta..

Procuro falar da importância da mãe para o bebê, que tirar a neta da mãe poderia não ser a melhor opção, comentei que o mais adequado é a importância de eles criarem um ambiente cuidador e acolhedor na casa deles, para quando a neta tiver idade adequada poder passar algum tempo junto a eles, receber o carinho que eles têm para oferecer. Concluí que é difícil avaliar a real condição da mãe da criança no que se refere aos cuidados, mas que a separação de uma criança de sua mãe costuma ser traumática.

A mãe conclui:

-É, acho que você tem razão. É que temos nossa crença religiosa e achamos importante criar uma criança na religião, levar à missa todo domingo, participar do nosso grupo de oração. Isso é outra dificuldade que temos com João, quando criança participava com a gente agora não quer nem saber, não podemos nem falar que ele sai xingando e diz que quando sentir necessidade ele vai por vontade própria.

O pai finaliza dizendo:

- O que também me deixa preocupado é a falta de cuidado que João tem em não se prevenir em suas relações sexuais. Fui conversar com um padre que é nosso parente para saber se era correto João usar preservativos em suas relações sexuais. Você sabe que a Igreja Católica proíbe o uso de preservativos. Como esse padre conhece João desde criança e sabe como ele é, nos disse que achava correto eles permitirem que o filho use preservativo, então comprei os preservativos e deixei no quarto de João.

Quando estamos terminando o pai diz:

- Tenho que agradecer a Deus por João ter tido essa filha, quem sabe quando não estivermos mais aqui ela cuida de João.

Estabeleci o contrato com os pais e marcamos um horário para João.

1.1 Percepções da primeira entrevista com os pais

O casal passou por um período de gestação psíquica de João, a idealização do filho começou após o primeiro contato com a mãe biológica, quando a “doação”¹⁹ ficou acertada.

É impressionante a rara condição de produzir leite que a mãe desenvolve, poucas mulheres alcançam esta possibilidade sem passar pelo processo de gestação. Fica evidente a disponibilidade que esta mulher desenvolve para realizar a maternagem de João. Entretanto João, por algum motivo, que eu acredito ser por já estar adaptado com a outra mulher, não possibilitou o encontro com o seio da mãe, criando assim nela fantasias de rejeição. Tais fantasias levaram a mãe de João a passar por uma angústia muito grande. João parece ter sido um bebê difícil, chorava muito, era agitado desde o início, despertando nos pais questões narcísicas.

João foi crescendo e sua agitação aumentando, seus pais procuravam fazer de tudo para conter o filho, mas não conseguiam. Cada vez mais iam se

¹⁹ Utilizo doação entre aspas pela forma como o cartaz estava escrito no mural da academia e por não ter havido um processo legal de adoção.

sentindo impotentes diante do filho. Penso o quanto foi difícil para eles encontrarem momentos de tranquilidade para cuidar da criança.

Assim se viram obrigados a evitar que o filho pudesse brincar com liberdade na rua de casa, como os colegas.

A fala dos pais quanto a se sentirem obrigados a ter o dobro de cuidado pelo filho me chamou muita atenção, pois percebo que esse encontro entre João e seus pais é marcado por uma criança que chega desde muito cedo apresentando em sua peculiaridade algumas dificuldades, e por outro lado, pais muitos preocupados em não falharem na criação do filho.

Quando os pais me contam que João ficava brincando com os colegas pela grade me vem à mente novamente a imagem do *menino cão*, como um cachorrinho com que as crianças brincam pela grade e quando é solto na rua sai em disparada sem rumo. Senti que estava diante da história de um *menino cão*, que já nasce como um cãozinho que é doado e, por parecer tão impulsivo desde o nascimento, não consegue estabelecer uma comunicação tranqüila com seus pais adotivos. Por isso a sensação do pai de achar que nunca compreendeu o filho.

Outro aspecto importante na condução desses casos é a forma como os pais encaram o diagnóstico: alguns negam a deficiência, como os pais de João, isso acontece por se sentirem culpados pela deficiência do filho.

O diagnóstico não deve ser usado como rótulo, marcando a diferença desses pacientes, mas se faz necessário por esses pacientes possuírem algumas desvantagens, que se manifestam, por exemplo, quando vão para o mercado de trabalho. Algumas habilidades dessas pessoas são prejudicadas pela deficiência, assim, na disputa por uma vaga deve ser levada em conta sua condição.

O psicólogo não deve negar as dificuldades que a deficiência traz aos pacientes, porém deve ficar atento se os pais não tomam uma postura de excessiva proteção dos filhos, pela dificuldade que estes apresentam em sua forma de ser.

Voltando à sessão com os pais de João, mais adiante eles passaram a falar da neta, expressaram o desejo de criá-la. Pretendiam que eu ajudasse João, quase como um pedido de cura do filho, para que este pudesse se organizar e solicitar judicialmente a guarda da filha. Diziam que a mãe da

criança apresentava transtorno mental, tomava remédios e não era adequada para criar a criança.

Percebi que havia neles a fantasia de que eles tinham a forma ideal de criar a neta, podendo assim reviver a criação de João, criando uma criança mais adequada aos padrões que eles consideram ideais.

Há nesses pais uma forte influência religiosa, o que afeta o padrão ideal de conduta e moral que aspiram para o filho.

Outra fala dos pais que me chamou a atenção foi em relação à determinação que eles estabelecem para vida da neta, de cuidar e se responsabilizar pela vida do pai.

Os pais demonstraram preocupação em relação à sexualidade do filho. Essa preocupação costuma ser comum nesses pais por seus filhos demonstrarem grande dificuldade em ter controle sobre seus impulsos sexuais.

Por ter percebido muita angústia na fala da mãe quando contou sobre o sentimento de rejeição do filho, decidi marcar outras entrevistas com ela.

2. Conhecendo João

João vem para nossa primeira entrevista. Percebo uma fala desgovernada, inundada de ansiedade e angústia. Pergunto se ele sabe o porquê do nosso encontro, e me responde:

- Porque eu fiquei muito nervoso quando me falaram que eu não seria contratado e, sem pausa, é que tenho uma filha para criar, o que vai ser de mim se não conseguir um emprego? Meus pais não param de me dizer que posso ser preso se não pagar a pensão, eles me cobram o tempo todo, não aguento mais.

Deixei João falar o quanto precisava, ele tinha que “vomitar” aquelas palavras, fui percebendo que ninguém parava para ouvi-lo. Terminou pedindo ajuda para controlar seu desespero, pois tinha que ter calma para conseguir um emprego, e não queria viver com tanta ansiedade.

Disse que imaginava o quanto ele sofria com tanta cobrança, mas que tínhamos muito para conversar sobre sua vida, que eu precisava saber sobre sua história, que o desespero era fruto de uma vida toda.

Então João começou a reclamar de seus pais, dizia que eles o viam como uma criança e que criticavam tudo nele. Contou do dia em que seu pai foi até a casa da namorada revelar à família que João tinha uma filha e do quanto ele ficou constrangido. Reclamava muito das atitudes dos pais e os percebia invasivos. Soltava frases como:

- Meu pai quer que eu viva a vida dele, tudo tem que ser como ele quer, ele não me entende, não vê que não sou mais uma criança.

Disse que era filho adotivo, mas que isso era passado e não queria falar nisso. Contou que seus tios sempre falam que ele era uma criança muito agitada. Continuou dizendo da saudade do tempo em que morava no bairro onde passou sua infância, que lá fez boas amizades e algumas mantém até hoje.

Falou também da filha, disse que ela era tudo na vida dele, e enfatizou a semelhança física da criança com ele dizendo:

-Minha filha é linda, igual ao pai, lógico, todo mundo diz que ela se parece muito comigo quando eu era criança.

João contou um pouco do seu relacionamento com a mãe de sua filha. Morou com essa mulher até a filha completar dois meses, mas não dá detalhes do que motivou sua volta para a casa dos pais, principalmente no que se refere ao sentimento. Disse que a sogra era uma “bruxa” e se envolvia no relacionamento, até o ponto dele enjoar e ir embora. Mas apresenta uma fala superficial em relação aos sentimentos dele para com a mulher.

Começou a contar sobre seus relacionamentos, são tantas namoradas que não consigo guardar o nome de todas.

Falou-me que não se entendia bem com o monitor da SORRI, pois sempre chamava sua atenção por terminar o trabalho muito rápido. João disse: *-Não aguento ficar fazendo a mesma coisa por muito tempo, corro para me livrar logo do trabalho e ficar tranquilo.*

2.1 Percepções da Primeira Sessão com João

Desde o primeiro contato com João percebi o quanto era impulsivo, me perco em suas histórias e nas pessoas, sinto uma confusão. Tal confusão me leva a imaginar como é o mundo interno de João: parece um trem desgovernado onde os sentimentos se atrapalham e o fazem perder o rumo.

Pude compreender seus pais, que encontraram como única possibilidade de contenção para os impulsos do filho o controle, sempre vigiando seus atos, procurando mantê-lo trancado, e não puderam possibilitar ao filho viver seus impulsos proporcionando a ele autonomia.

Quando passou a contar sobre seus relacionamentos senti uma frieza em sua fala, parecia que não se envolvia afetivamente com as mulheres, eram relacionamentos que tinham apenas um objetivo, a satisfação sexual, como um cão.

Assim encontro um caminho para iniciar a análise com João, tentando organizar essa enxurrada de emoção e me colocando como tal organizador, apontando, de acordo com suas possibilidades, as conseqüências de seus atos.

3. Conversa com a mãe

Como na entrevista inicial eu havia percebido muito sofrimento na fala em da mãe de João durante a entrevista inicia relação a sua fantasia de rejeição, decidi recebê-la para algumas conversas.

A mãe de João, muito emocionada, contou-me novamente o fato, e reafirmou que o filho nunca a aceitou, que procura fazer o máximo por João, que até abandonou o emprego para cuidar do filho. Diz que hoje não consegue manter um dialogo com João, reclama que este só grita com ela, que a trata com um bicho. Continuou dizendo que, quando foi morar com a mãe da filha, João disse que não aguentava mais os pais, que pretendia sumir, mas apesar disso ela aceitou o filho de volta quando o relacionamento acabou.

Retomo o que havia dito durante a primeira entrevista, sobre a importante harmonização que há entre o bebê criança e a pessoa que o amamenta, mas ela diz:

-Ele não me aceita, não posso falar nada que vem com sete pedras na mão, acho o João quer a mãe dele de volta.

Digo que o fato de não ter conseguido amamentar a marcou profundamente como uma rejeição, que deve ter sido muito difícil suportar tal sentimento, que é revivido cada vez que o filho tem uma atitude em que ela se sente incompreendida por ele.

Continuo dizendo que os pais sonham com um filho ideal, que a expectativa dela em relação ao filho era grande, desde antes de João nascer. Quando passou a produzir leite sonhou em amamentá-lo, e não foi o que aconteceu. Colocou para si mesma uma obrigação de proteger e criar o filho se responsabilizando por tudo que ele faz e é. Pergunto o que seria de João se não tivesse ela e o marido para criá-lo.

Ela diz:

-A mãe (biológica) do João disse que se não encontrasse um casal para ficar com ele ia se jogar da escada para matar o bebê.

Afirmo que eles fizeram o melhor que podiam por João, tentaram dar muito amor para o filho.

E a mãe afirma:

-Mas ele só faz coisa errada, não esperava que ele fosse assim.

Eu digo que ele realmente age de forma a preocupar os pais, e que João deve ter sido uma criança muito ativa e isso a preocupou em excesso, porém hoje temos que deixá-lo fazer algumas escolhas, errar e reparar seus erros.

-Mas tem coisas que ele faz que são contra meus princípios religiosos, isso eu não posso aceitar, somos uma família muito religiosa, ele tem várias namoradas, não frequenta a igreja, não quer participar do grupo de oração da nossa família.

Assinlo que os pais podem apresentar uma religião para os filhos, mas que segui-la é uma escolha do filho. Tornar-se adulto é poder fazer escolhas, decidir o que é bom para própria vida e que João está vivendo este momento,

porém percebo o quanto é difícil para ela ver que João faz escolhas que causam alguns transtornos e vão contra seus princípios.

A mãe se lembra de um fato: *-Sempre tivemos medo de João atravessar a rua. Quando ele tinha 13 anos foi atravessar a rua sozinho pela primeira vez, foi atropelado, foi um acidente muito grave, teve que fazer uma cirurgia do lado esquerdo do rosto para colocação de pinos e perdeu um pouco da audição. Depois disso aprendeu a atravessar. Acho que isso quer dizer que não adianta eu ficar falando para ele como faz, ele tem que aprender sozinho.*

Comento que os pais devem estar próximos aos filhos quando eles estão crescendo, só não devem ficar próximo demais, que podem sim dizer o que acham e tentar mostrar o que consideram melhor para ele, mas não devem exigir que ele cumpra e nem criar expectativas sobre o filho.

3.1 Minhas percepções da conversa com a mãe

Procurei ouvir e compreender quais as fantasias que ela tinha em relação ao filho. Percebi que o desejo dela era ter um filho tranquilo e obediente, que seguisse seus conceitos, principalmente os religiosos, mas João, desde o início da vida, foi mostrando que não seria tão fácil assim.

Após o marcante fato da amamentação não conseguida, passou a considerar qualquer manifestação negativa do filho como rejeição e não como tentativa dele de conquistar sua individualidade. Há nessa família uma dificuldade na comunicação, enquanto os pais procuram o melhor para o filho este recebe isso como superproteção e invasão.

4. Outros momentos do trabalho psicoterápico de João

Passo então a ouvir João, porém sempre o interrompo quando inicia um assunto e, antes de concluir, introduz outro que não tem conexão direta com o

primeiro. Isso é muito evidente em sua fala. Muitas vezes se desorganiza na ordem dos fatos, como por exemplo:

-... Ontem eu fui na 25 de março, encontrei a Joana mas não peguei ela, ela era muito infantil, pegava muito no meu pé, ela participava do grupo, eu não gostava desse grupo, eu queria participar de outro grupo que tinha uma banda, eu tocava teclado, o Carlos era meu amigo, ela era muito engraçado queria ficar com todas, participei desse grupo em 98, não em 99 é 97, então em 99 eu conheci a Paula lá no Parque Santos Dumont não na Univap, lá eu estudei com a Rafaela mas ela não me dava bola, nessa época dei aula de informática....

Essa era a forma com que João se expressava, principalmente nos dias em que estava mais eufórico e ansioso. Por um período, deixei essa fala correr pela sessão, porém fui percebendo que não chegava em um final relacionado com o início da sessão, não chegávamos a lugar algum. Era uma associação livre sem conexão. Porém, diferente de um delírio, pois eram dados de realidade, concretos, mas que se embaralhavam no turbilhão emocional do paciente.

Conclui que era necessária uma intervenção, disse que eu não conseguia compreender o que ele tentava comunicar por ele transitar em vários assuntos diferentes, sem concluir o primeiro. Então passei a perguntar o que ficava omitido em sua fala, como por exemplo: O que é 25 de março, quem é Joana, qual sua relação com ela, que grupo é esse, isso ocorreu em 97, 98 ou 99. Aos poucos João foi adquirindo uma fala mais organizada.

Neste momento eu tinha um papel organizador dos pensamentos de João.

O paciente chegava para a sessão dando a impressão de que faltavam cinco minutos para terminar, queria contar tudo. Quando trazia alguma briga com os pais, João demonstrava maior confusão em sua fala, reclamava das atitudes e incompreensão dos pais.

Fica inconformado com a proteção dos pais, repete muitas vezes:

- Meu pai e minha não deixam eu viver minha vida, eles querem que eu viva a vida deles, eu não aguento mais.

Digo para João que seus pais o tratam assim por ele ter sido uma criança agitada desde bebê, como ele mesmo já havia me dito. Procurei mostrar para o paciente o que levou os pais a essa atitude de proteção, e que muitas de suas atitudes levam os pais a se preocuparem em deixá-lo viver independente. Continuei dizendo que seus pais, por ele ser adotivo se preocupam em dobro com ele, por se sentirem responsáveis por tudo que acontece na vida dele. Apesar disso, compreendo que ele se sente sufocado com a forma com que seus pais o tratam, mas esta situação só poderá mudar quando ele puder mostrar para os pais mais confiança.

Com o passar do tempo João começa a ficar mais calmo para falar, ele percebe que sua ansiedade diminui. Começa a perceber sua dificuldade em amar as pessoas e se sente triste por isso dizendo:

- Não consigo amar ninguém, não sei se amo meus pais e nem se amo alguma mulher, só sei que sou louco pela minha filha. -Não aguento quando as pessoas grudam em mim, pegam no meu pé, isso me irrita.

Digo que uma coisa é o sentimento de amor, outra é a irritação por se sentir invadido pelo cuidado do outro, e que ele pode ficar irritado com os pais, porém isso não quer dizer que não os ama. Quanto às namoradas ele realmente parece não suportar algumas condições que um relacionamento impõe, como dar satisfação, não sair com outras mulheres, entre outras coisas. Além de criar uma expectativa de que as mulheres têm que aceitá-lo do jeito que ele é e ponto final. Explico que nos relacionamentos geralmente há diferenças entre as duas pessoas, porém ambos têm que ceder, e que ele não quer ceder em nada. Finalizo afirmando que ele se comporta assim em todos os seus relacionamentos, não só amorosos, como com os pais, os amigos e na SORRI.

João ouvi calado e diz:

É verdade, mas faz o que, né.

4.1 Algumas reflexões

Percebi que algo deveria ser feito em relação à fala desgovernada de João, por isso passei a interrompê-lo. Esses cortes parecem ter produzido no paciente uma fala um pouco mais organizada. Ele passou a conseguir conversar sobre um assunto durante a sessão, e não mais a engatar um assunto no outro sem conseguir comunicar o que queria.

Outra percepção foi a de que João passou a receber como negativa qualquer forma de cuidado ou de carinho expressado por outra pessoa, como quando os pais recomendam algum cuidado, ou quando vão conversar com o filho. Em relação às namoradas, quando estas demonstram ciúme ou preocupação João fica muito irritado finalizando a relação.

Imagino que a forma com que João se apresentou quando bebê e os fatos ocorridos nesse período, fizeram com que a preocupação de seus pais se elevasse, podendo assim ter ocorrido uma falha na comunicação entre ele e a mãe. Assim o paciente passou a sentir os cuidados maternos como invasão.

Hoje ele vive com seus pais uma relação difícil. Por um lado, os pais percebem que o filho é impulsivo e age sem pensar nas conseqüências, se vendo obrigados a não descuidar do filho. Por outro lado, João quer liberdade e se sente invadido pelos pais, não conseguindo compreender que o que ele chama de invasão é cuidado.

Considero que ficou uma marca em João e que hoje é muito difícil para ele diferenciar o que é cuidado do que é invasão, por isso quando um namoro começa a ficar sério ele cai fora, no momento em que os relacionamentos, envolvem cuidados, ciúmes e algumas prestações de conta.

Para João, um relacionamento de amor é sentido como se a pessoa que o ama rompesse os limites de sua individualidade, por isso qualquer demonstração de amor é intensamente vivida como invasão.

Percebi que eu deveria ter muito cuidado na condução da análise para não invadi-lo, seria essencial eu oferecer uma relação de confiança, onde estar ao lado não significasse romper os limites de sua individualidade.

5. João, o primeiro emprego e suas consequências

João consegue seu primeiro emprego com carteira assinada através do encaminhamento da SORRI. Sente-se muito feliz e passa as sessões me contando sobre o ambiente de trabalho. O salário é bom e ele se sente integrado em um novo grupo que o convida para jogar bola, ir para churrascos e freqüentar casas de prostituição.

O rapaz gastava muito, seus pais já estavam preocupados com tanto gasto, mas João se defendia dizendo que nunca pôde comprar nada e agora que passou a ganhar bem queria gastar um pouco.

Os pais de João me solicitam um horário para conversar sobre os gastos dele. Sabendo sobre a conversa que tive com seus pais pudemos conversar sobre este assunto.

E João diz:

-Eu já sei o que eles vieram falar, querem que eu gaste menos, que eu guarde meu dinheiro, eles não deixam eu fazer o que eu tenho vontade.

Procuro dizer que ele deveria escutar um pouco o que os pais estavam tentando dizer, que não era para ele deixar de fazer o que gosta, apenas gastar melhor seu dinheiro e que neste aspecto eu concordo com eles.

E João diz:

-Mas meu pai não sabe falar, só grita na minha cabeça, isso me deixa atordado.

Digo que o compreendo, mas o pai fica muito preocupado com seu futuro. Será que não é o momento de ele mostrar que pode gastar melhor seu dinheiro?

Concluo dizendo “você faz com o dinheiro assim como faz com as mulheres, pega usa e deixa ir embora sem pensar muito”.

João inicia outra guerra em casa: quer comprar um carro, foi pedir ajuda ao pai, que se negou e ainda lhe deu um sermão. O rapaz fica arrasado, e diz:

-Meu pai não confia em mim, ele acha que eu não posso ter um carro. Fui pedir ajuda dele para comprar um carro e ele disse que nunca vai fazer isso por mim, porque nunca irei dirigir bem. Viu como ele

só me crítica? Sempre que vou dirigir ele fica do meu lado falando no meu ouvido, isso me atormenta, fico nervoso e não consigo dirigir bem.

Falo para João que se ele ganha bem deveria comprar o carro com seu próprio dinheiro, e não pedir para o pai. Se ele se sente invadido pelos pais porque fazer esse pedido a eles? Procuo mostrar o quanto ele solicita dos pais, ao invés de conquistar o que quer sozinho. Dessa forma, ele dá aos pais razão para sufocá-lo, pois mostra que não tem possibilidades de caminhar por conta própria. Continuo dizendo que ele busca a compreensão e o apoio dos pais em seus desejos, mas que deveria pensar se não é ele quem deveria mostrar outra postura para a família.

João diz:

-É..., então você pode me ajudar a controlar meu dinheiro? Vou tentar comprar um carro sozinho.

Fizemos juntos uma planilha colocando o quanto ganhava e seus gastos, e fizemos um planejamento para que ele pudesse guardar dinheiro. Porém não consegue seguir o planejamento de gastos e em poucas semanas desiste do combinado. Percebi que João ficava incomodado em me dizer todos os seus gastos, não insisti para não invadir seu espaço.

O paciente chega para uma sessão arrasado. Muito angustiado conta que estava passando pelo centro da cidade e uma prostituta começou a conversar com ele. Não aguentou e a levou para o motel. Quando estava indo embora se deu conta que a mulher havia roubado sua carteira e seu celular. Não parava de se perguntar o que tinha feito.

Procurei acolher, dizendo que entendia o quanto era difícil para ele prever as consequências, tomar certos cuidados, mas que ele já tinha percebido o que fez e que agora deve se lembrar deste fato para evitar problemas futuros.

O paciente passa a marcar encontros com mulheres pela internet, e vai para qualquer canto da cidade atrás das mesmas, sem saber quem são essas pessoas. Não importava quem fosse, era sexo que ele queria. Ao mesmo tempo trocava de namoradas quase que mensalmente.

Começou a querer ir para cidades distantes para encontrar com as namoradas com quem se relacionava pela Internet. A primeira morava em São

Paulo, chegou a marcar um encontro em que ia ficar hospedado na casa da mulher. Quando seus pais ficaram sabendo do encontro em São Paulo não permitiram que o filho fosse. Mas João não deu ouvidos e foi até a rodoviária, de lá me ligou para saber minha opinião. Eu disse que eu não iria para casa de uma estranha, em uma cidade que eu não conhecia, mas que ele deveria decidir e pensar nas consequências, podia ser uma “furada”. João concordou comigo e voltou para casa. Eu tinha que dar minha opinião, mas não podia decidir por ele, essa é importante função de ego auxiliar.

João, por determinação dos pais, inicia um curso técnico em segurança do trabalho, começa empolgado, mas uma derrota na eleição de representante de sala o deixa desanimado. Passa a faltar, fico preocupado com as faltas, sei que seus pais acreditam que o filho está frequentando as aulas, mas na verdade são encontros com mulheres que João está frequentando. Digo que ele pode dar mais um motivo aos pais para não confiarem nele se não terminar o curso técnico, ele não gosta do que falo e diz:

-Eu sei o que estou fazendo, deixa comigo.

Seus pais haviam depositado muita esperança no filho em relação ao curso, achavam que poderia mudar a vida de João e sempre colocavam a dificuldade em pagar. Por isso criaram uma expectativa para o filho. Ficava evidente que novamente João não responderia as expectativas de seus pais.

5.1 Minhas percepções

O emprego trouxe para o João um lugar onde encontrou reconhecimento sem se sentir invadido, consegui corresponder às expectativas de função e isso o deixava satisfeito.

Porém o gasto de dinheiro é esse trem desgovernado de João. Tudo é muito intenso e passageiro na vida do rapaz e, portanto, não seria diferente com o dinheiro.

Passa a desejar ter um carro, mas não consegue economizar para comprar o automóvel. Pede para os pais ajudarem, como se fosse uma obrigação deles, e não consegue abrir mão de gastar para realizar seu sonho.

Neste momento há uma confusão na relação dos pais com João: Ele pede ajuda para comprar um carro, o que ele poderia fazer sem a ajuda dos pais, e os pais que, quando negam a ajuda, não conseguem recusar sem dizer palavras duras, por consequência de muitas atitudes impróprias do filho.

A impulsividade de João também se revela na sexualidade. Isso o faz viver o momento não conseguindo pensar nas consequências. Procuo auxiliá-lo em relação à incompreensão de seus pais, procurando mostrar que ele também não age de forma a inspirar confiança neles.

João passa e me ligar sempre que seus pais dizem para ele não fazer algo. Procuo ter uma postura diferente dos pais, convocando João a pensar nas consequências do que vai fazer.

6. Os pais e os gastos de João

O pai chega para a sessão dizendo:

- Rodrigo, nunca sonhei um emprego desses para João, não queria que ele fosse peão, isso dói demais em mim, ver que ele vai trabalhar no sol, isso acaba comigo.

Digo que João está feliz no emprego, que é importante ele considerar a felicidade do filho.

E o pai continua:

-Mas viemos aqui para pedir que você nos ajude a ensinar João a controlar os gastos, ele gasta todo o dinheiro que ganha com bobagens, eu já cansei de falar para ele fazer uma poupança, mas não adianta, ele me manda calar a boca e diz que sabe o que está fazendo.

Digo que pensaria em uma forma de ajudar o filho, mas que eu achava fundamental que ele percebesse que estava gastando demais, e eu propor controlar seu dinheiro poderia não ser bom para nossa relação.

Continuei dizendo que se o filho gastar todo seu dinheiro com bobagens um dia ele vai perceber e se arrepender, que ficar brigando não ia adiantar, apenas ia fazer com que João se descontrolasse mais. E peço que deixem

João viver sua vida, escolher seu caminho, errar e pagar pelo erro. Concluiu dizendo que só conhecemos o erro depois que erramos.

Os pais saíram da consulta mais calmos, pareciam ter compreendido um pouco o que eu queria dizer. O pai no final diz:

-Acho que protegemos demais o João, queríamos o melhor para ele. Meu irmão mais velho, quando era vivo, me chamava a atenção sobre minha proteção com João, muitas vezes ele conseguia me acalmar e dizer que era para eu soltar mais o João, tanto é que era o tio que ele mais gostava, pergunta um dia para João sobre esse tio.

6.1 Minhas percepções sobre a conversa com os pais

A cada conversa com os pais fica claro o quanto João os deixa preocupados com suas atitudes, e cada vez mais eles procuram controlar o filho através das brigas, o que faz com que o paciente se sinta cada vez mais incompreendido.

Procuo mostrar aos pais que as brigas e a imposição não são ações positivas e que devemos pensar em um novo caminho para tentar mostrar para João algumas conseqüências de seus atos.

Quando o pai me conta sobre seu irmão parece que este exercia um papel importante para dar-lhe segurança e para deixar João com mais liberdade. Isso mostra o quanto o papel de um outro na relação é importante para esses pais.

7. O desemprego

Um dia chega João desconsolado para a consulta e diz:

- Fui demitido, o contrato da empresa que eu trabalhava havia chegado ao fim, eu sabia que isso poderia acontecer, só não esperava que fosse tão rápido.

Ele sabia que um emprego como aquele seria difícil de conseguir. Sua tristeza era grande, pois, além de perder o emprego, estava perdendo o que havia conquistado recentemente, os amigos, o jogo de futebol e os churrascos, o bom salário.

Eu disse que era momento de distribuir seu currículo, que a experiência do primeiro emprego ele já tinha, além de que os amigos poderiam lhe dar uma força para conseguir outro emprego na área. Lembrei também do curso técnico, que quando terminasse provavelmente novas oportunidades iam surgir.

Além do desemprego, João reclama do tratamento dos colegas do curso técnico, diz que eles zombam dele, não param de imitá-lo e isso o deixa muito desanimado. Com muita angústia diz:

- Eu não tenho culpa de ser assim, tento mudar, mas não consigo.

João passa um bom período desempregado, reclama que não aguenta mais seus pais, e diz que se estivesse empregado ia embora de casa. Os pais cobram do filho mais dedicação à religião, mais atenção para a filha, e um emprego. Não querem mais que ele namore, pois um namoro de João pode afastar a neta do convívio com a família. Para os avós um namoro de João pode despertar ciúme na mãe da criança e ela pode impedir a filha de ir passar o dia na casa deles. Até eu me sinto sufocado com tantos não.

O paciente completa:

- Por isso quando estou fora de casa quero fazer de tudo, quero ser eu mesmo.

Neste período, o pai me ligou para contar que João estava com uma doença sexualmente transmissível e estava esperando o resultado do teste de HIV, e pediu para eu conversar sobre o uso de preservativo.

Fiquei muito apreensivo em relação ao teste de HIV, ainda mais depois da conversa sobre o uso de preservativos, quando João, com muito medo dos pais descobrirem, me revelou que se relacionava com travestis. Esta revelação trouxe muita angústia para o rapaz, e finalizou dizendo:

- Eu não penso antes de fazer as coisas, quando vejo já está feito, eu só faço coisa errada e depois me arrependo, tenho muito medo dos

meus pais descobrirem, lembra que sempre acho que estou sendo vigiado.

Percebi que estava difícil para João me contar sobre sua relação com os travestis, principalmente pelo medo de ser julgado, incompreendido e que eu revelasse para seus pais. Disse que ele não era obrigado a me falar nada do que não queria, mas que eu queria ajudá-lo com essa questão, para isso eu tinha que saber mais detalhes.

Sua relação com travestis começou quando ele frequentava um posto de gasolina à margem da Rodovia Presidente Dutra, na tentativa de convertê-los para o catolicismo, e assim salvá-los da vida impura.

Um dia ele não resistiu e se relacionou com um deles, por fim fez amizades e mantinha relações com alguns. Na época eram os amigos que tinha, chegou a frequentar suas casas. Foi o grupo que o aceitou, o acolhiam e tratavam João como igual.

Mantinha também amizade e relações sexuais com algumas *drag queens*, e com algumas até chegou a se relacionar por um longo período.

Mas logo que termina de contar essas histórias afirma não ser homossexual, e que faz isso por raiva da grande cobrança dos pais sobre ele.

Digo que não acho que ele é homossexual, porém tem uma sexualidade muito confusa.

João me promete, com sentimento de culpa, que não vai mais se relacionar com os homossexuais. Eu o tranquilizo dizendo para ele fazer o que der vontade, que se sente bem com eles eu não vejo mal nenhum, mas que use preservativo se for ter relações sexuais, não apenas com homossexuais, mas também com as mulheres, mesmo quando está namorando. ‘

Procuro falar de forma descontraída sobre o uso de preservativos, digo: “encapa o bicho, senão pega uma doença grave e se ele cair, aí quero ver o que vai ser de você sem ele, vai virar mocinha dos *travecos*”. Ele dá risada e diz:

-Nem pense nisso.

João disse que quando começa o sexo esquece do preservativo, e por muitas vezes só usou na primeira relação, esquecendo de se prevenir na segunda. Fica alterado, passa a mão na cabeça e diz:

- Eu não sei o que me acontece na hora, eu tenho preservativo, mas é que eu acho que nunca vai acontecer nada.

O pai de João me liga para dizer que o exame de HIV deu negativo, mas que o médico estava preocupado com o cancro mole, pois o rapaz não estava se medicando corretamente. Continuou dizendo que o filho não escova os dentes, não usa desodorante e vive com mau cheiro.

Quando o pai tenta falar sobre o assunto, João o manda calar a boca e diz que sabe o que está fazendo. Então mais uma vez me pedem ajuda para conversar com o filho.

Durante as conversas com o rapaz meu vocabulário muda naturalmente, começo a perceber que fico mais adolescente, que entro no mundo de João. Assim consigo comunicar a falta de cuidado com seu corpo e falar do perigo que ele corre se não cuidar de sua doença, podendo virar um tumor. João parece acatar minhas palavras e diz que vai se cuidar melhor.

7.1 Algumas percepções sobre este momento

João perde o emprego e passa a receber maiores críticas dos pais, isso o faz pensar o quanto um emprego é essencial para sua vida.

Ao dizer que só pode ser ele mesmo fora de casa, parece revelar que seus pais acabaram por não conseguir dar-lhe um espaço para viver seus desejos e sentimentos. Vemos quanto difícil é para os pais compreenderem minimamente o filho, que sempre aparece com algum fato para abalar a confiança deles.

O paciente tem muita dificuldade nos cuidados com o corpo, parece que não possui uma integração psicossomática.

Ao se relacionar com travestis parece encontrar entre eles um lugar onde é reconhecido. Assim como João, os travestis também sofrem exclusão e são julgados o tempo todo.

Demonstra muito medo em revelar suas transgressões, tem receio de ser julgado e incompreendido. Parece que tirou um peso de si, nunca havia dividido esses fatos com ninguém. Sofria sozinho com tanta transgressão, se culpava muito achando que em algum momento os pais iriam descobrir.

É difícil compreender que tipo de relação João mantém com os homossexuais, ele não traz em sua fala algo relacionado às suas fantasias.

Sem dúvida, a sexualidade de João é confusa, não tem um objeto definido, além de se manifestar como uma sexualidade infantil na busca de satisfação.

8. João, seu novo emprego e suas novas percepções

João consegue um novo emprego, mas não se sente feliz. Queria trabalhar em obras, é o que ele gosta, mas operador de telemarketing foi a oportunidade que surgiu. O salário era baixo e a exigência era grande, tinha que trabalhar nos finais de semana e só tinha uma folga por semana. Fez o que pode para ser mandado embora, até que conseguiu.

Mas a pressão dos pais e a necessidade de pagar a pensão o fizeram entrar em outra empresa de telemarketing que oferecia as mesmas condições. Só que agora sabia de importância de se manter no emprego por pior que venha a ser.

João se torna mais dedicado neste emprego, se propõe a fazer hora extra, e procura dedicar-se para alcançar funções mais remuneradas.

O rapaz demonstra perceber a necessidade de se manter no emprego, sempre diz que não soube valorizar o bom emprego que teve, gastando tudo com bobeiras e mulheres. Diz que boa parte de seu salário gastou em prostíbulos, e se diz arrependido, mas que agora tem de fazer o melhor para ser promovido.

Neste emprego se relaciona com várias mulheres, até que começa um namoro, dizendo que desta vez iria se casar. Conhece o sogro, que trabalha em uma empreiteira, acha que este pode lhe ajudar com um emprego. O sogro tem um terreno e diz que se João casasse com sua filha o rapaz poderia construir ali uma casa. Assim, João, com dois meses de namoro, resolve que vai se casar.

Ao me contar tal fato, lembrei-o de quando morou com a mãe de sua filha, que foi uma decisão precipitada, e foi um período muito difícil para ele. Disse que não se decide casar com dois meses de namoro, principalmente

porque não estava bem empregado, e que sustentar uma casa é muito difícil ainda mais ganhando quatrocentos e oitenta reais e pagando pensão. Além do que, ele não conhece bem a namorada, nem sabe o que sente por ela.

João fica em silêncio, parece pensar em tudo que eu disse, e conclui que realmente é cedo para tomar tal decisão.

Essa é minha função junto a João, servir como ego auxiliar, mas que não o repreenda, apenas aponte as dificuldades do passado e as possíveis consequências de seus atos.

Em outra sessão ele chega muito feliz, entra na sala, deita no divã e tira de uma bolsa um *notebook*, um telefone celular dos mais caros do mercado e diz que comprou em loja do centro da cidade. Ainda se lembra de que também adquiriu um aparelho de DVD para a filha assistir filmes infantis.

Disse que achava legal, mas interroguei sobre como ele iria pagar as prestações que chegavam à metade de seu salário. Ele me respondeu que ia fazer hora extra, que tinha certeza que daria para pagar tudo. João me disse que entrou apenas para comprar um celular, mas o vendedor o foi convencendo a levar mais coisas e, quando ele percebeu, já estava feito o negócio. Porém, quando estava me contando sobre suas aquisições, se deu conta de que mesmo com hora extra não ia conseguir pagar as prestações. Provavelmente o vendedor percebeu que João tinha certa dificuldade no discernimento quanto à possibilidade ou não de assumir tal dívida e se aproveitou da situação.

João me conta que tem mais uma dívida. Quando começou a trabalhar na empresa atual fechou um pacote de canal pago, com internet e telefone muito além do que podia pagar. Agora não consegue cancelar, pois no contrato há uma cláusula que o obriga a permanecer com o pacote por seis meses. Ele me diz:

- Eu não entendo o que acontece comigo, na hora que fui fechar o pacote não pensei que o valor era muito alto, muito mais do que posso pagar, agora eu sei que fiz errado, não deveria ter feito isso, meus pais não querem me ajudar a pagar essa dívida, me disseram que eu fiz isso sozinho e sozinho vou ter que pagar.

Vai chegando o fim do ano e João me diz :

-Quero levar minha namorada para passar o Natal em casa, mas meus pais não querem que ela vá, já me proibiram de levá-la. Eu queria muito que ela fosse para conhecer toda minha família, meus tios e primos vão estar lá.

Perguntei quais eram os motivos dos pais para não permitirem a ida da namorada, e João responde:

- Meus pais não querem saber das minhas namoradas, dizem que não sei escolher mulher, e querem que minha filha vá com a mãe passar a noite de Natal em casa. E se eu levar uma namorada ela pode não gostar. O medo dos meus pais é que comece a namorar e a mãe da minha filha não deixe mais a criança ficar em casa. Que raiva deles, eles não entendem que eu quero é viver minha vida, eu que sei quem eu quero namorar, eles até me disseram que eu deveria voltar com a mãe da minha filha, tá loco eu não volto com ela nem morto.

Em uma conversa com o pai de João, ele me diz que não gosta das namoradas do filho, pois para namorá-lo só pode ser alguém pior que ele. João percebe essa postura e isso o deixa muito chateado.

João foi contando sobre a proibição dos pais em levar sua namorada para a festa de Natal e foi ficando muito nervoso. Perguntei se o que ele sentia pela namorada era suficiente para manter essa briga com seus pais. Acrescentei que realmente a mãe de sua filha pode passar a dificultar o convívio da criança com sua família, mas que se isso acontecer deve ser por uma mulher de quem ele realmente goste, e não por qualquer mulher que apareça em sua vida.

Logo no início do novo ano, o rapaz rompe o namoro com a namorada. Diz que não gostava dela e que esta era louca.

Mas um outro telefonema dos pais revela o que João não queria me dizer: a namorada diz estar grávida, foi até a casa dos pais para contar sobre a maternidade.

Após a revelação, João disse que não contou sobre a gravidez da ex-namorada por acreditar que ela estava forjando, a fim de que ele reatasse o namoro. Continua explicando que alguns colegas de trabalho que conhecem a

ex-namorada há mais tempo disseram que ela tem o costume de inventar uma gravidez sempre que um rapaz rompe o relacionamento.

Os pais me pedem para marcar uma sessão com eles para conversar. Pedem que eu convença o filho a fazer vasectomia: - *Não adianta João não usa preservativos. Se ele fizer uma vasectomia pelo menos não faz mais filhos, não podemos mais permitir que ele tenha mais filhos. João não quer fazer a vasectomia, temos que convencê-lo.*

Digo para os pais que vou procurar entender quais os motivos que João tem para não querer realizar a cirurgia, mas que o importante era eles permitirem que o filho se responsabilize por essa criança, que ele pague a pensão e não devem aliviar os custos com as despesas, assim como eles fazem com a primeira neta.

Converso com João sobre a vasectomia, digo que seus pais conversaram comigo sobre o assunto e que queria saber qual era a sua opinião. Ele me diz: - *Eu não quero fazer vasectomia. Se um dia eu casar e minha mulher desejar ficar grávida, o que vou fazer? Sei que nem sempre a reversão dá certo, eu vou me sentir muito mal por não poder dar um filho para a mulher que eu casar.*

Realmente João tem razão, e digo isso para ele, mas digo também que ele tem que escolher entre usar preservativos ou fazer vasectomia, pois quanto mais filho ele tiver maior será o gasto dele com pensão. Continuo dizendo para ele imaginar ter que pagar pensão para três ou quatro filhos, além de dar atenção e cuidado para todos.

João responde: -*Nem pense nisso, para uma já é difícil imagine para três.*

Eu concluo que já são dois, mas esse número pode crescer se ele não tiver cuidado, para que isso não ocorra só depende dele.

E João finaliza: - *Eu estou rezando para que essa gravidez tenha sido uma invenção, e se for verdade quero fazer o teste para comprovar se o filho é meu.*

João passa a dizer que se sente deprimido, pois sua vida está vazia, e quer morrer, não aguenta mais viver para trabalhar e ouvir as críticas dos pais, além de só fazer coisas erradas.

Digo-lhe que esses momentos de estados deprimidos acontecem quando ele para e observa sua vida, percebe o que fez, mas que ele deve pensar no futuro, no que fazer para mudar essa situação, que se souber gastar o dinheiro não vai precisar de tanta hora extra, se procurar desempenhar bem sua função para conseguir melhorar de cargo e conseguir isso não dará tantos motivos para os pais o criticarem. Lembro do curso técnico que não conseguiu terminar, mas que ainda pode fazer o trabalho e concluir o curso. Ofereço minha ajuda para o projeto final.

João fica animado e me conta o que pensou para o projeto final, procuro organizar seu pensamento, pois é muito confuso quando precisa criar um trabalho.

Nesta sessão também pensamos como ele deve agir no emprego para assumir outra função, como deve se relacionar com o chefe. Aos poucos João foi percebendo caminhos que pode tomar em sua vida.

Depois de algumas semanas João passou a participar, na empresa em que trabalha, de um projeto sobre planejamento do futuro dentro da empresa, ficou muito animado, percebeu que tem chances de ocupar outros cargos.

Em uma sessão disse que queria ir morar com a ex-namorada que estava grávida para não ter que pagar pensão.

Eu disse que isso não é motivo para ir morar com a namorada, que não sente nada por ela e sustentar uma casa é mais caro do que pagar pensão.

Mesmo pensando em ir morar com a ex-namorada, começou um novo namoro, com uma mulher mais velha que trabalha na mesma empresa. Diz que ela tem muitas dúvidas se quer continuar o namoro, e pela primeira vez percebo João realmente envolvido com uma mulher. Continua afirmando que não quer terminar o relacionamento, sente falta da namorada e que se sente bem ao lado dela.

8.1 Minhas percepções

Com o novo emprego João pode viver uma nova realidade, ganhava pouco e não gostava do trabalho, porém pode perceber o quanto gastou seu dinheiro com coisas fúteis, se mostrou arrependido.

Quando decide casar relembro o que viveu no passado e isso o faz lembrar das responsabilidades e da dificuldade que é assumir uma família.

Entretanto continua agindo por impulso, quando fez a compra de eletrônicos não conseguiu pensar que o valor das prestações seria muito alto e não conseguiria pagar, mas com minha ajuda percebe que fez uma conta muito além de suas possibilidades. Também continua não usando preservativo em suas relações sexuais, mas começa a se dar conta que cada filho que tiver maior será seu gasto.

Os pais, com razão, ficam apavorados com a gravidez da namorada, querem que o filho faça vasectomia, mas João não aceita, consegue argumentar em defesa da sua decisão, o que mostra que ele tem alguma possibilidade de prever as consequências.

Sente-se deprimido, tem momentos de calma onde pensa em sua vida e não fica aflito.

Começa um namoro, uma experiência nova com uma mulher que não o sufoca, sente-se bem ao lado dela.

9. Cuidados do pai para com João

O pai de João me procurou novamente, muito preocupado, pois o filho fez alguns exames, os quais apontaram que sua taxa de colesterol estava muito alta e João não estava tomando o medicamento. Comentou também sobre a falta de cuidado do rapaz com seu corpo, afirmou que o filho não tem higiene pessoal, ele e a esposa tem que ficar sempre chamando a atenção. Pediu minha opinião sobre dar ou não um novo computador para o filho, pois havia trocado o notebook, e seu computador havia queimado. O pai disse: *Um dia João me pediu para ir com ele em uma loja para ver um computador. Eu sabia que se fossemos eu é que iria comprar, ele não tem dinheiro para nada. Mas não fui, decidi conversar com você antes, cortou meu coração ver João querendo muito um computador e eu negar em comprar.*

Eu disse que ele agiu corretamente e que entendia a angustia dele de ver o filho querer algo e ter que negar, mas João precisa ficar sem o computador para compreender que não se troca um computador novo sem necessidade. O rapaz trocou o *notebook* por um joystick, se ele der o computador para o filho este não terá a oportunidade de aprender com a experiência.

O pai, muito emocionado, me diz: *-É Rodrigo acho que amamos demais João, isso atrapalhou a vida dele.*

Digo que foi a melhor forma que ele e a esposa encontraram e puderam de criar o filho.

O pai continua:

-Será que demos tanto amor para João que o sufocamos, por isso agora ele quer ficar trancado dentro do quarto, só sai para comer. Eu e minha esposa brigamos com ele para ficar mais tempo com a gente, ele nos xinga e vai para o quarto.

Afirmo que João está vivendo um período parecido com a adolescência, e que esse comportamento é normal nesta fase. É necessário que os pais aguentem a rebeldia do filho. Há uma mensagem eu estou me tornando homem dono da minha vida, quero um espaço meu. Por isso é necessário que os pais fiquem de fora, deixem João viver esse momento, quanto menos o invadirem melhor será a relação entre eles.

O pai continua dizendo que a carteira de motorista do filho venceu e que este pediu dinheiro para fazer a renovação. O pai negou e disse ao filho:

-Eu não vou pagar para você renovar sua carteira de motorista, já me arrependi quando paguei para você tirar a carteira, nem sei como tiveram a coragem de dar uma carteira de motorista para você, sei que não tem condições de dirigir, agora você só vai pegar um carro quando eu estiver junto, ao meu lado você pode dirigir sem carteira.

Apontei para o pai que ao dizer isso, ele agride o rapaz. É justo que ele não pague para o filho renovar a carteira não porque faltam ao filho condições de dirigir sem sua presença, isso quem avalia é a auto-escola. Se João bater o carro não é culpa dele. Entretanto se ele der oportunidade de João conquistar o que deseja, tendo que abrir mão de gastar seu dinheiro com uma prostituta

para comprar seu computador, renovar sua carteira de motorista, comprar um carro, tudo que ele deseje e sonhe, a possibilidade de João perceber e valorizar as coisas pode ser maior.

E finalizei dizendo que não é aconselhável João dirigir com a carteira de motorista vencida com ou sem a presença do pai.

9.1 Percepções da conversa com o pai de João

O pai de João começa a perceber que não deve dar tudo o que o filho quer, entende que é necessário negar algumas coisas para que o rapaz possa abrir mão delas para conquistar outras mais importantes.

Quanto aos cuidados corporais que João ainda não consegue ter, talvez isso seja uma das aquisições mais difíceis para o paciente, percebo que ele ainda não conquistou uma integração psicossomática, por isso é tão difícil para João cuidar de seu corpo.

Tento mostrar o momento que João vive quando se tranca no quarto, apontando que isso é um momento necessário na vida dele, procuro ajudar para que os pais não transformem isso em um grande problema.

10 Considerações finais

João ainda continua em processo psicoterápico. Procuro atuar como o ego auxiliar do paciente, apontando algumas ações, conseqüências e lembrando-o do que viveu no passado. Também sempre me coloco a disposição para que ele me ligue quando precisar de mim e faço o mesmo com os pais.

Nas últimas sessões João me contou que comprou um computador com seu dinheiro e disse:

-Comprei um computador usado.

Eu perguntei se foi o pai que deu, e ele me respondeu:

-Não, foi com meu dinheiro, porque você acha que eu estou com meu olho vermelho? É de tanto fazer hora extra para pagar esse computador, agora não quero mais pedir para o papai me dar coisas, não sou mais criança.

Afirmo para João que ele me surpreendeu, e acho que realmente está se tornando um homem.

Percebo que minha atuação como ego auxiliar na vida de João foi necessário muito cuidado para não invadi-lo, minhas falas não podiam soar como ordem. Outro cuidado que o analista deve ter quando se propõe a trabalhar desta forma é para não ultrapassar as possibilidades do paciente, saber que ele tem o tempo dele, entretanto não podemos ficar em uma posição de incapazes, mas procurar estar ao lado para que eles conheçam seus limites, ou até ajudá-los a perceber seus limites.

Foi fundamental nesse processo oferecer aos pais um espaço de escuta para acolhê-los em suas angústias e também auxiliá-los nas suas dificuldades de comunicação com o filho. Este é o papel que o analista ocupa como terceiro na relação dos pacientes com seus pais, podendo ajudá-los a enxergar e reconhecer no filho algumas possibilidades.

V - Reflexões sobre a clínica do paciente com diagnóstico de deficiência mental leve

“o meu samba é de vida e não de morte
o meu samba vem pra cá e traz a sorte
e celebra tudo o que é bonito
meu samba não despreza o esquisito
meu samba vai tocar no infinito
meu samba é de bossa e não de grito”

(Rodrigo Bittencourt)

Muitas questões me rodearam quando iniciei meus atendimentos com pacientes com deficiência mental leve. Uma delas era como aplicar a técnica psicanalítica no atendimento de tais pacientes.

Então recorri ao texto que Winnicott (1983e), onde ele faz uma afirmação: *“Faço análise porque é do que o paciente necessita. Se o paciente não necessita análise então faço alguma outra coisa”* (p.152).

Neste texto Winnicott diz que a análise padrão, proposta por Freud, que age sobre a interpretação do conflito entre o amor e o ódio, com suas ramificações nas fantasias conscientes e inconscientes do paciente, é adequada para alguns casos. Porém, existem alguns pacientes que apresentam necessidades em termos de dependência infantil, e que para estes a análise padrão não “supre suas necessidades”.

Então ele propõe o desvio da técnica em favor das necessidades do paciente, e finaliza o texto concluindo:

Se nosso objetivo continua a ser verbalizar a conscientização nascente em termos de transferência, então estamos praticando análise; se não, então somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião. E porque não haveria de ser assim? (p.155).

Outro referencial teórico que encontrei foi o de Maud Mannoni, que desenvolveu um importante trabalho clínico com os portadores de deficiência mental, observando as relações familiares com o paciente e desenvolvendo uma forma de olhar o drama familiar e, a partir dele, compreender o ganho secundário que a família e o paciente tem com a deficiência.

Foi à partir daí que percebi a possibilidade de praticar uma clínica orientada psicanaliticamente junto àqueles pacientes, e de compreendê-los a partir do referencial teórico de Winnicott e do que propunha Mannoni para esse atendimento.

Durante essa trajetória encontrei muita crítica ao uso da psicanálise no tratamento de pacientes com deficiência mental leve, por muitos profissionais compreenderem que a única possibilidade de tratamento é através do ensinamento de comportamentos adaptativos. Isso por esses profissionais não acreditarem que a inteligência é uma soma do orgânico com as relações ambientais.

Através de minha pesquisa, me deparei com o amplo trabalho de Maria Lúcia T. M. Amiralian, sobre a atuação clínica com pacientes com deficiência mental utilizando o referencial teórico winnicottiano.

Os textos de Amiralian muito contribuíram para a minha compreensão da teoria de Winnicott em relação às pessoa com deficiência mental leve e também embasaram meu trabalho clínico com esses pacientes.

Amiralian (1997) diz que compreende a deficiência por três conceitos básicos de Winnicott:

a concepção do processo do desenvolvimento – a constituição do sujeito psíquico através da interação de um equipamento anátomo-fisiológico com o ambiente; a maneira de entender as relações objetais – pela transformação dos objetos subjetivos em objetos compartilhados, obviamente percebidos – e o conceito de falso e verdadeiro *self* – o falso *self* de desenvolvendo como defesa às invasões (p.96).

Concordo com a forma pela qual a autora compreende a deficiência, entretanto percebo que a falta de criatividade é um ponto essencial para a compreensão e a condução clínica desses pacientes.

Amiralian, no mesmo texto, diz que os conceitos de Winnicott possibilitam a reflexão sobre a proposta de intervenção junto às pessoas com deficiência.

O trabalho clínico com deficientes sob a ótica winnicottiana não requer a adaptação do indivíduo ao ambiente, mas um olhar do ambiente sobre as necessidades de tais pacientes.

Através da teoria e do meu contato com os pacientes fui compreendendo que era necessário ajudá-los a ficarem menos dependentes do ambiente, procurando auxiliá-los a conquistar maior autonomia na vida, fortalecendo a possibilidade de viverem um pouco mais distantes dos olhares dos pais.

Mannoni (1981) afirma que esses pacientes vivem um drama de desesperança, continua:

Como pode uma criança lutar se os seus pais admitiram resignadamente a impossibilidade de ela fazer progressos? Que sentido dar a uma vida que os próprios adultos consideram destituída? Para um, o drama é que a insuficiência tem por missão esconder a loucura ou a nervose grave de um dos pais. Para outro, não há talvez nada a fazer, mas, dando-lhe uma dimensão de indivíduo (em vez de fazer dela um objecto que os adultos empurram uns para os outros) permite-se-lhe já a superação da sua infelicidade (p.262).

Assim, o analista deve durante todo processo estar disposto a receber os pais, para ouvi-los, acolhe-los, dando sustentação para aceitar as novas posturas dos filhos frente ao mundo e à possibilidade deste de fazer progressos, além de ajudá-lo a reconhecer o filho, fora de sua própria alienação.

Muitas vezes os pais desejam que o analista se una a eles no sentido de manter o filho sobre o domínio deles, por isso o analista deve ficar atento aos pedidos da família, sempre mostrando que o melhor caminho a é independência do filho e é a isso que a análise se dispõe.

Muitas famílias não conseguem lidar com as conquistas pessoais que a pessoa deficiente obtém com o tratamento, impedindo a continuação deste. Isto ocorre principalmente com a mãe, como comenta Mannoni (1981) “A consciência de seu papel de mãe, manifestar-se-á até na recusa do direito que

o filho tem, de se tornar um autônomo” (p.30). Esses são os pais que teremos que lhe dar, eles desejam ser pais para sempre, sentem uma enorme culpa, e nosso trabalho deve ajudá-los a diminuir a culpa para assim libertar seus filhos.

Quando a análise caminha bem e o paciente passa a demonstrar alguma autonomia diante a família, expressando sua opinião, alguns pais retaliam o filho, este é outro importante aspecto que o analista encontrará no caminho do tratamento. Neste momento volto a Winnicott, quando ele fala sobre a importância de a mãe suportar os ataques do bebê sem retaliar o lactante, pois a mãe do paciente com deficiência mental leve sente as expressões de autonomia do filho como ataque e os retalia. Por isso é importante que o analista possa auxiliar o paciente dando a ele condições de suportar as retaliações da família.

Nessa hora o analista deve entrar como o terceiro na relação, autorizando as atitudes do paciente e convocando a família a pensar sobre os benefícios de tal ação para a pessoa do filho, procurando apontar o desenvolvimento dele, suas aquisições e o caminho para sua independência.

Após conversar com os pais e acalmá-los eu percebia a confiança que os pacientes passavam a ter com o meu trabalho, havendo uma pessoa que olhava para suas necessidades e o apoiava em suas expressões.

Safra (1995) diz que o pai é representado como o “ambiente indestrutível”. Por isso é importante a entrada do analista como o terceiro na relação do paciente com a família, assim é exercida a função paterna que nessas famílias se mostra muito frágil. Podemos dessa forma mostrar ao paciente que o ambiente da análise é indestrutível, e que suas conquistas também podem ser.

No mesmo texto, Safra afirma que no momento em que a criança está fundida com sua mãe, o pai exerce um papel discriminador na criança, que apreende o fato de um ser humano poder ser diferente dela mesma e também de outros seres humanos.

Essa é outra função que o analista deve exercer, ajudando o paciente a se discriminar da família, já que se encontra em um estado de fusão com esta. Por isso se fazem necessárias intervenções no sentido de o analista

demonstrar ao paciente que ele estará presente nas situações que são difíceis de enfrentar.

No caso de João, isso fica muito claro quando ele passa a trabalhar e ganhar um bom salário, seus pais tentam controlar seus gastos. Ficam muito bravos com a forma como o filho gasta o dinheiro, vivem brigando com o rapaz, até que me procuram pedindo para eu ajudá-los a controlar os gastos do filho, que não deve gastar o dinheiro como quer. Sutilmente digo aos pais que não concordo e mostro que João só aprenderá a gastar o dinheiro quando ele se der conta do seu descontrole, para isso é necessário deixá-lo viver esse momento.

Os pais compreendem o que eu digo. Apesar de não gostarem da minha postura, com o tempo vão percebendo que é melhor deixar o filho decidir como gastar o dinheiro.

Depois de um tempo João se encontrava em outro emprego ganhando pouco e me disse: - *Eu me arrependo de ter gastado tanto dinheiro no tempo que eu ganhava bem.*

Essa é a intervenção, fazer com que os pais permitam ao filho decidir algumas coisas na vida.

Até o momento abordei os aspectos das influências da análise na relação do paciente com a família, mas como podemos atuar na relação com esses pacientes? Muitas vezes carregamos uma herança do pensamento de Freud que Mannoni (1981) aborda dizendo: "... a tese de uma psicanálise que põe em jogo a palavra não pode ser destinada senão a indivíduos dotados de uma inteligência normal. Aceita um débil inteligente, mas pensa que o verdadeiro débil nada há a fazer" (p.72).

Neste ponto é que encontramos a dificuldade na análise frente a esses pacientes, pois apresentam uma comunicação verbal empobrecida e confusa.

João muitas vezes chegava com uma fala desgovernada, não conseguia contar alguma história em uma sequência lógica, mas eu sabia que ele estava tentando me comunicar algo muito importante. Eu procurava ajudá-lo a organizar seu pensamento e sua fala, até que com o tempo ele passou a ficar mais organizado nas palavras.

Então encontrei em Mannoni um caminho possível para essa clínica e percebi que havia uma possível interlocução entre as posturas clínicas de Winnicott e Gilberto Safra na intervenção com tais pacientes.

Dentro da perspectiva de Winnicott, a análise não se dá apenas por *insight*, mas pela reestruturação do *self* do paciente, através da compreensão do que falhou no decorrer do desenvolvimento.

Nesta perspectiva, a análise não acontece necessariamente no campo da linguagem verbal, mas em todas as ações do paciente a partir da compreensão deste.

Safra (2004) afirma que o analista deve interagir com o idioma pessoal do paciente, o idioma aparece na forma de ser do paciente, em discurso, em como ele se relaciona no ambiente. Por isso a verbalização do analista deve estabelecer uma relação com o idioma do paciente.

Assim o analista não emprega uma teoria no paciente, mas antes compreende o seu estilo de ser²⁰, seu idioma pessoal, identificando suas necessidades e assim podendo verbalizar.

Quando compreendemos o paciente a partir do que ele nos mostra ser, podemos exercer a função de espelho da mãe. Esta função como já vimos é importantíssima para a constituição do *self*.

Volto a Safra (2005): “O reconhecimento do outro possibilita sua própria existência” (p.40). Por isso cabe ao analista reconhecer o paciente com deficiência mental, pois o ambiente não o reconhece. O autor diz que tal reconhecimento possibilita que o paciente encontre a si mesmo e ao outro, e que tal fenômeno vem acompanhado da vivência de encanto, experienciada pela dupla.

O reconhecimento é a forma que o analista tem de comunicar ao paciente que ele é uma entidade viva. Viva não apenas no sentido biológico, mas das relações e dos desejos. Reconhece então uma pessoa humana.

²⁰ O estilo de ser compõe-se das características da manifestação da forma expressiva utilizada pelo indivíduo. O estilo de ser apresenta a singularidade da pessoa Safra (2005).

Muitas vezes reconheci em João qualidades que ele realmente tinha, como ser um bom pai para a filha, seu empenho nos empregos, sua capacidade de se relacionar com as pessoas.

Percebo que as mães dos pacientes com deficiência mental leve são aquelas que Safra (2005) descreve como a mãe *afлита*, que possui uma forte ligação com seus filhos, mas acaba por coisificá-los na tentativa de aplacar sua própria ansiedade e aflição.

Como exemplo temos a mãe de João que significa o momento em que o filho não aceita ser amamentado por ela como rejeição. Ela ficou aflita e procurou a partir daí reparar a rejeição sendo uma mãe super protetora.

Recebemos então pacientes “coisa”, daí a necessidade de auxiliá-los a se tornarem humanos. Tentar adaptá-los ao ambiente tomando atitudes educativas não possibilita o surgimento do ser, apenas os torna mais “coisa”.

Mannoni (1982) faz uma importante afirmação sobre o que ela buscava com esses pacientes: “Para além de todo o factor de organicidade, esforcei-me por fazer aparecer o indivíduo, perdido, esquecido através de todo exame de laboratório” (p.262).

Assim, os pacientes necessitam de experiências onde o contato com o analista possibilite novas vivências. Algumas vezes me vi sendo didático e explicativo. Percebia que essa postura trazia avanços, mas muito me questionava em relação aos motivos dessas ações.

Com o tempo fui percebendo que esta era a forma que eu tinha de conversar sobre assuntos sobre os quais eles não encontravam ninguém para compartilhar. Como por exemplo, sexo, gravidez, uso de preservativos, sua deficiência e até ajudá-los a pensar em seus atos.

Os pais de João não conseguiam aceitar a sexualidade do filho, o que é comum com os pais dos pacientes com deficiência. Assim, a sexualidade era um tabu dentro de casa. Por várias vezes conversei sobre o diagnóstico de deficiência mental com João, ele muitas vezes negava tal diagnóstico, mas queria fazer uso para conseguir alguns benefícios como uma vaga de emprego. Outras vezes conversávamos sobre as conseqüências de seus atos, entretanto eu não o recriminava como os pais. Apenas dizia que toda ação tem uma

conseqüência e que ele deveria se responsabilizar por suas ações, sem recorrer aos pais.

Esse espaço de diálogo não é encontrado em casa por esses pacientes, pois a família não reconhece neles indivíduos pertencentes ao mundo. Por isso, meu diálogo não se dá no sentido educativo ou adaptativo, mas em um sentido amplo de existência, da possibilidade de poder saber sobre as coisas do mundo e participar dele. Mannoni (1981) afirma que os analistas devem tomar cuidado para não se esquecerem de que: “o débil pode ser levado a fazer perguntas sobre si próprio” (p.263).

A falta de um ambiente de diálogo na família os deixa muito confusos, pois a família age como se o filho não pudesse saber de muitas coisas, tratando-os como crianças e quando agem de forma inadequada querem corrigi-los de forma muito rigorosa, impedindo que o filho se pergunte: Quem eu sou? Mannoni (1981) diz que:

Esta interrogação introduz-nos na diferença entre o eu e o tu; a autonomia da consciência obtém-se a partir do momento em que o indivíduo pode situar-se no tempo, pondo outro em seu lugar, ao mesmo tempo que se situa em face do outro (p.263).

Safra (2004) afirma que o humano acontece pelo gesto, em meio à liberdade, sendo a ação a possibilidade do aparecimento da singularidade de si mesmo.

Porém é necessário que um outro humano reconheça seu gesto. Na relação do deficiente com sua família, muitas vezes tal reconhecimento não acontece, o que pode impedir sua auto interrogação. E se pensarmos profundamente, não só na família, como em toda a sociedade.

Quando João conseguiu seu primeiro emprego, seus pais não conseguiram celebrar com o filho tal conquista, pois diziam que era trabalho de peão. Nesse momento, toda a sua criação poderia ter desmoronado, pela reprovação da família.

Porém, o emprego deu ao rapaz a oportunidade de se sentir vivo, podendo compartilhar algo de si com os colegas, pois estes podiam reconhecê-

lo. Trabalhava em um almoxarifado, era responsável pela organização dos materiais e controle da retirada e devolução desses materiais pelos funcionários da obra. Teve nesse ambiente a oportunidade de criar, passou a produzir.

Podemos ver que João dificilmente é reconhecido por seus pais, ele tem que procurar fora de casa suas relações significativas. Em determinado momento encontrou tais relações em meio aos travestis, eles o reconheciam em sua existência.

Por isso a sexualidade nos pacientes com deficiência mental não deve ser “educada”, controlada, temos que refletir sobre o que ele procura expressar com sua sexualidade. Safra (2004): *“A sexualidade relaciona-se ao prazer, mas está sempre re-presentando e reposicionando aquelas que são as problemáticas constitutivas e nucleares da vida da pessoa”* (p.120).

Em uma sessão João chega muito chateado, dizendo que seu pai não confia nele, pois quando ele precisa de alguém para dirigir seu carro pede para os primos e não para ele. O pai dizia que o filho dirigia mal e era desatento, por isso não permitia que o filho dirigisse seu carro. Durante a sessão João me pede para dirigir meu carro, eu peguei a chave e dei nas mãos dele, demos uma volta pela cidade, João expressava estar feliz. Quando chegamos me disse: - *“Bem que meu pai podia confiar em mim assim como você! Obrigado”*, e me entregou a chave do carro.

Ressalto que a análise modificada acontece menos no verbal e muitas vezes solicita atos por parte do analista. Mas não pode ser vista como *acting-out* do analista, não é esse o caso.

Depois disso João passou a me contar sobre os travestis, tinha muito medo de que os pais descobrissem que já havia se relacionado com eles. Disse ainda que quando faz algo indevido sente que seus pais estão olhando, sabendo o que está acontecendo. Safra (2005) diz que:

Se o indivíduo não pode destruir o mundo para encontrá-lo em sua permanência, não pode também repudiar o que não faz parte de sua subjetividade. Essas são pessoas que experimentam a onipresença

dos pais e, em decorrência disso, vivem também a onipresença dos outros (p.152).

A maior contribuição para com pacientes diagnosticado como tendo deficiência mental leve, é nos colocarmos no lugar de reconhecimento deles. Safra (2005) afirma que: “não existe *self* sem o outro, o *self* acontece no mundo” (p.147). Por isso temos que possibilitar que os pacientes possam encontrar um lugar no mundo.

Assim, não devemos buscar a cura desses pacientes. Nosso trabalho é de auxiliar na constituição de uma possibilidade de ser, com função de gesto, de ação no mundo.

João continua em tratamento. Apesar de estar empregado não está satisfeito com seu emprego, diz que vai batalhar para conquistar um cargo melhor, passou a sentir necessidade de um relacionamento estável, passou a refletir sobre seus atos, hoje consegue pensar antes de agir, com isso diminuiu sua impulsividade.

Por isso considero que o analista nestes casos deve oferecer um olhar que permita aos pacientes criarem, e serem reconhecidos pelo o que criaram.

Safra (1999) afirma que: “*Toda a sua vida é expressão de sua criatividade e dos meios pelos quais busca as funções necessárias para colocar em marcha o seu self*”.

Por isso afirmo que a função da interpretação não é decifrar, mas promover ação construtiva, ajudando o paciente a colocar em marcha seu *self*.

Isso nos leva para além do sintoma da deficiência mental leve, como Mannoni (1981) comenta:

... assim cheguei a descobrir, para lá do sintoma, um significado que poderia ter importância num tratamento eventual. De cada vez aparecia um tipo de relação inter-humana que, uma vez esclarecido, permitia introduzir na linguagem o que muitas vezes ficava imobilizado só no sintoma. Tratando apressadamente o sintoma, eu não só teria deixado escapar uma possibilidade essencial de expressão, como também me teria feito cúmplice duma mentira semelhante à dos pais. Mentira que o doente respeitaria, por assim dizer ficando também ele no seu universo fechado (p.39).

Foi dessa forma que eu construí o meu fazer clínico junto aos pacientes com deficiência mental leve, entendo que o analista deve olhar o paciente para além do sintoma, e reconhecer onde muitas vezes se percebe apenas uma deficiência um indivíduo, auxiliá-los em suas relações familiares, também fazendo com que venha a ser reconhecido neste meio, e estando ao lado naquilo que se refere Mannoni (1981):

A aceitação de seus limites intelectuais ou de sua miséria física, supõe uma possibilidade de revolta criativa ou salvadora ao longo dum caminho em que o drama pessoal pôde ser entrevisto: escolher a sua vida é sempre escolher a luta (p.262).

Assim, se esses pacientes não lutam, se calam e a “paz sem voz não é paz é medo”. Por isso o título dessa dissertação, pois o processo psicoterápico desses pacientes nos leva a ajudá-los a pôr fim no silêncio.

Uma importante afirmação de Mannoni (1981) me conduz nessa clínica: “A dialética psicanalítica leva enfim o débil a reassumir o seu próprio destino e a sua relação com o mundo” (p.263).

Encontrei em meu caminho as teorias de Winnicott e Mannoni e a sensibilidade clínica de Safra que me conduziram por essa clínica que me leva a criar a cada dia.

Referências Bibliográficas:

Amiralian, M.L.T.M. (1997). Conhecendo a deficiência pela óptica das propostas winnicottianas. *Estilos da Clínica*, 2(2), 96 - 102.

_____. (2000); Pinto, E. B.; Ghirardi, M. I.; Lichitig, I.; Masini, E. S. F. & Pasqualin, L. Conceituando deficiência. *Revista Saúde Pública*, nº 34 (1), 97-3.

_____. (2002). *Psicologia do Excepcional*. São Paulo: EPU.

_____. (2003a). Deficiências: Um novo olhar. Contribuições a partir da Psicanálise. *Estilos da Clínica*, 3(15), 94 -111.

_____. (2003b). A clínica do amadurecimento e o atendimento às pessoas com deficiências. *Natureza Humana*, 5 (1), 205 – 219.

Aranha, M.S.F. (2003). A deficiência através da História. *Trabalho e Emprego: Instrumento de construção da identidade Pessoal e Social* (Série Coleção Estudos e Pesquisas na Área da Deficiência, Vol. 9). São Paulo: SORRI-BRASIL.

Cesar, F. F. (2003). *Dos que moram em móvel mar: a elasticidade da técnica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). (2004). (A. Leitão, Trad.). Recuperado em 09 de junho de 2010, de http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf.

Freud, S. (1914). À guisa de introdução ao narcisismo. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*, (vol. 1). Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____. (1917). Os Caminhos da Formação dos Sintomas. *Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (vol.16). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1920). Além do princípio do prazer. *Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (vol.18). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1926). Inibições, sintomas e ansiedade. *Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (vol. 20). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Fujihira, C.Y. (2008). *Reflexões sobre a inclusão: o trajeto de uma clínica do acompanhamento terapêutico focado na deficiência*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Glat, Rosana. (1999, janeiro). Refletindo sobre o papel do psicólogo no atendimento ao deficiente mental: além do diagnóstico. *Revista de Psicologia Social e Institucional*, 1(1).

Khan, M.R. (1991). *Quando a Primavera Chegar: Despertares em Psicanálise* (C.S. Bacchi, Trad.). São Paulo: Escuta. (Trabalho original publicado em 1988).

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2004). (C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artemed.

Mannoni, Maud. (1981). *A Criança Atrasada e a Mãe*. Lisboa: Moraes Editores.

_____. (1967). *A Criança sua "Doença" e os Outros*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Mazzotta, M. J. S. (1996). *Educação Especial no Brasil: história e políticas públicas*. São Paulo: Cortez.

Organização Mundial da Saúde (1997). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. (G. Baldisserotto, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Pessotti, I. (1984). *Deficiência Mental: da Superstição à Ciência*. São Paulo: T.A. Queiroz.

Prado, A. (2008). *Filandras*. Rio de Janeiro: Record.

Rocha, E.F. (1990). *Corpo deficiente: em busca de reabilitação? Uma reflexão a partir da ótica das pessoas portadoras de deficiências físicas*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Safra, G. (1999). A clínica em Winnicott. *Natureza Humana*, 1 (1), 91-101.

_____. (1995). *Momentos Mutativos em Psicanálise: uma visão winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____. (2004). *A po-ética clínica contemporânea* (2a ed.). Aparecida, SP: Idéias & Letras.

_____. (2005). *A face estética do self: teoria e clínica* (4a ed.). Aparecida: Idéias & Letras.

Sasaki, R. K. (1997). *Inclusão: Construindo uma Sociedade para Todos*. Rio de Janeiro: WVA.

Severino, A. J. (2000). *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: Cortez.

Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 93-108.

Winnicott, D.W. (1975a). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. *Brincar e a Realidade*. (J.O.A. Abreu e V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1953).

_____. (1975b). A Localização da Experiência Cultural. *Brincar e a Realidade*. (J.O.A. Abreu e V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967).

_____. (1975c). O Papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. *Brincar e a Realidade*. (J.O.A. Abreu e V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967).

_____. (1975d). O Brincar: A atividade criativa e a busca do eu (*self*). *O Brincar e a Realidade* (J.O.A. Abreu e V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971).

_____. (1975e). O Brincar Uma Exposição Teórica. *O Brincar e a Realidade*. (J.O.A. Abreu e V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971).

_____. (1983a). A Capacidade Para Estar Só. *O ambiente e os Processos de Maturação* (I.C.S. Ortiz, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1958).

_____. (1983b). Teoria do Relacionamento Paterno-Infantil. *O ambiente e os Processos de Maturação*. (I.C.S. Ortiz, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960).

_____. (1983c). Distorção do Ego em Termos de Falso e Verdadeiro *Self*. *O ambiente e os Processos de Maturação*. (I.C.S. Ortiz, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960).

_____. (1983d). A Interação do Ego no Desenvolvimento da Criança. *O ambiente e os Processos de Maturação*. (I.C.S. Ortiz, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1962).

_____. (1983e). Os Objetivos do Tratamento Psicanalítico. *O ambiente e os Processos de Maturação*. (I.C.S. Ortiz, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1962).

_____. (1983f). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. *O ambiente e os Processos de Maturação*. (I.C.S. Ortiz, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963).

_____. (1990). *Natureza Humana*. (D.L. Bogomoletz, Trad.). Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1994a). A Experiência Mãe-bebê de Mutualidade. (*Explorações Psicanalíticas*). (J. O. A. Abreu, Trad.). Porto Alegre: Artemed. (Trabalho original publicado em 1969).

_____. (1994b). Sobre as Bases para o *Self* no Corpo. (*Explorações Psicanalíticas*). (J. O. A. Abreu, Trad.). Porto Alegre: Artemed. (Trabalho original publicado em 1970).

_____. (1997a). Introdução Primária à Realidade Externa: os estágios iniciais. (*Pensando Sobre Crianças*). (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artemed. (Trabalho original publicado em 1948).

_____. (1997b). Necessidades Ambientais; os estágios iniciais; dependência total e independência essencial. *Pensando Sobre Crianças*. (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artemed. (Trabalho original publicado em 1948).

_____. (1997c). A Etiologia da Esquizofrenia Infantil em termos do Fracasso adaptativo. *Pensando Sobre Crianças*. (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artemed. (Trabalho original publicado em 1967).

_____. (1999a). O conceito de *Falso Self*. *Tudo Começa em Casa*. (P. Sandler, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964).

_____. (1999b). O conceito de Indivíduo Saudável. *Tudo Começa em Casa*. (P. Sandler, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967).

_____. (1999c). Sum: Eu Sou. *Tudo Começa em Casa*. (P. Sandler, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968).

_____. (1999d). Vivendo de Modo Criativo. *Tudo Começa em Casa*. (P. Sandler, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1970).

_____. (2000a). Desenvolvimento emocional primitivo. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (D. Bogomoletz, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1945).

_____. (2000b). A Mente e Sua Relação com o Psicossoma. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (D. Bogomoletz, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1949).

_____. (2000c). Psicoses e Cuidados Maternos. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (D. Bogomoletz, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1952).

_____. (2000d). A Preocupação Materna Primária. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (D. Bogomoletz, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1956).

_____. (2002a). *A Mãe Dedicada Comum. Os Bebês e Suas Mães.* (J. L. Camargo, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

_____. (2002b). *As Origens do Indivíduo. Os Bebês e Suas Mães.* (J. L. Camargo, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

_____. (2002c). *O Recém-Nascido e Sua Mãe. Os Bebês e Suas Mães.* (J. L. Camargo, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964).

_____. (2002d). *A Amamentação Como Forma de Comunicação. Os Bebês e Suas Mães.* (J. L. Camargo, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968).

_____. (2002e). *A Comunicação Entre o Bebê e a Mãe e Entre a Mãe e o Bebê: Convergências e Divergências. Os Bebês e Suas Mães.* (J. L. Camargo, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968).