

LUIZA MARCELLI CLARO DE OLIVEIRA

**INIBIÇÃO INTELECTUAL: UM SINTOMA
INFANTIL NO PSICODIAGNÓSTICO
PSICANALÍTICO**

CURSO DE PSICOLOGIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

São Paulo

2011

LUIZA MARCELLI CLARO DE OLIVEIRA

**INIBIÇÃO INTELECTUAL: UM SINTOMA
INFANTIL NO PSICODIAGNÓSTICO
PSICANALÍTICO**

Trabalho de
conclusão de
curso como
exigência parcial
para a graduação
no curso de
Psicologia, sob
orientação da
Profª Drª Rosa
Maria Tosta.

CURSO DE PSICOLOGIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

São Paulo

2011

Agradecimentos

Primeiramente, gostaria de agradecer ao paciente, Pedro, por despertar em mim a curiosidade que motivou o início de minha investigação científica, bem como contribuiu positivamente para minha formação como profissional. Também gostaria de agradecer à minha supervisora de psicodiagnóstico, Elisabeth Brandão, pelo auxílio e atenção, que me facilitou na compreensão do caso.

À minha parceira de estágio e da vida, Fernanda Nemec, que sempre esteve ao meu lado, proporcionando-me tanto o conforto de uma amizade quanto reflexões teóricas, sem as quais não me seria possível a realização do psicodiagnóstico. Aos meus amigos, pessoas importantes que estiveram constantemente ao meu lado, incentivando-me mesmo em momentos que encontrei dificuldade. Às grandes amigadas que construí na faculdade, que compartilham do amor à psicologia e me inspiram a cada dia. À minha orientadora, Prof^a Dr^a Rosa Maria Tosta, que sempre se mostrou disponível, dedicada e cuidadosa, auxiliando-me no caminho a ser seguido. E, finalmente, aos meus pais, Luiz Roberto e Silvana, por fornecer condições para a concretização deste sonho que sonhamos juntos.

Resumo

Cada vez mais frequentemente encontram-se crianças que são encaminhadas pelas escolas por questões referentes a dificuldades no funcionamento intelectual que se manifestam como uma incapacidade na aprendizagem. A partir da experiência em psicodiagnóstico, é revelado que elas possuem um nível de inteligência compatível e, muitas vezes, superior à média das crianças de sua idade. Assim, a verificação da inexistência de fatores orgânicos ou déficits intelectuais faz que se encontre o que é chamado de inibição intelectual: uma impossibilidade de utilizar-se dos recursos de que dispõe. Deste modo, o trabalho discute o conceito de sintoma para a Psicanálise, baseando-se fundamentalmente nas contribuições de Freud. Da mesma maneira, articulando o sintoma infantil ao relato de um caso clínico em psicodiagnóstico, tem-se como objetivo verificar se a inibição intelectual é um sintoma infantil do ponto de vista psicanalítico. O presente trabalho permitiu perceber o sintoma infantil e a inibição intelectual como processos conceituais distintos, mas que podem estar interligados, como acontece no caso. Foi possível concluir que o evento traumático, ilustrado no caso clínico, o luto não elaborado do falecimento do pai, estava na base constitutiva do sintoma. Este, por sua vez, demonstrado por meio da inibição intelectual e influenciado pelo modo como a família (mãe) lidava com o trauma.

Palavras-chaves: Inibição intelectual, sintoma infantil, psicodiagnóstico psicanalítico, família, trauma.

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	O SINTOMA.....	13
2.1	A PSICANÁLISE E O SINTOMA	13
2.2	SINTOMA INFANTIL E ESTRUTURA FAMILIAR	16
2.3	SOBRE O SINTOMA	19
2.4	O SINTOMA E O TRAUMA.....	23
3	INIBIÇÃO INTELECTUAL	25
4	PSICODIAGNÓSTICO	34
4.1	A FAMÍLIA E O SINTOMA NO PSICODIAGNÓSTICO	50
5	METODOLOGIA	56
6	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO CASO	59
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78

1 Introdução

A frequência de casos de dificuldades de aprendizagem e outros problemas ligados aos processos escolares tem aumentado gradativamente na clínica psicológica. Na Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic, do curso de psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde - PUC SP, o mesmo fato tem ocorrido. A clínica recebe, da rede escolar, diversos encaminhamentos para diagnóstico e acompanhamento, cuja queixa é expressa pela família: “meu filho não aprende” ou “meu filho parou de aprender”. Depois da coleta de informações em anamnese com os responsáveis pela criança e diversas avaliações, inclusive na área cognitiva, buscando verificar se há algum comprometimento intelectual da criança, muitas vezes encontra-se com um quadro de total integridade em relação à inteligência e capacidade de raciocínio. Tal circunstância, então, se faz desafiadora, trazendo junto o enigma: “Por que essa criança não aprende?”.

O presente estudo pretende explorar esta questão, baseando-se na Psicanálise de crianças que, através de seus diversos aportes, subsidia no sentido de buscar desvelar esse aparente mistério. Segundo Gutierrez, *a psicanálise tem essa característica de, ao lidar com imponderáveis, introduzir-se nas áreas de mistério, extraíndo daí os nexos sutis e inconscientes que subjazem a aquilo que é aparente e incompreensível.* [Gutierrez (s/d, p.1)]

Considerando que a dinâmica familiar pode atuar como impeditivo para um melhor aproveitamento da criança na aprendizagem escolar, o estudo procura caracterizar o psicodinamismo familiar e sua possível relação com o sintoma da inibição intelectual em uma criança de oito anos, encaminhada, no ano de 2010, à Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic, da Faculdade de Psicologia PUC-SP, para atendimento psicológico em razão de dificuldades de aprendizagem, apresentando como queixa inicial dificuldades de aprendizagem. Pretende-se mostrar como a interação entre criança e família pode constituir um importante fator na dinâmica psíquica presente em casos de inibição intelectual assim como buscar caminhos que facilitem à criança utilizar plenamente os recursos internos que dispõe.

Mais especificamente, o objetivo deste trabalho é verificar se a inibição intelectual é um sintoma infantil do ponto de vista psicanalítico. Além disso, busca-se contextualizar a importância do meio para o desenvolvimento emocional, relacionando o sintoma da criança com a dinâmica familiar.

Tratar-se-á sobre a vertente inconsciente dos desejos dos pais que acabam sendo depositadas nos filhos, tornando-se cúmplices dos distúrbios das crianças, constituindo suas raízes, mas esses pais não o sabem, a fim de buscar um espaço psíquico no qual os pais e a criança possam diferenciar suas questões, abrindo espaço para apropriação do que lhes é singular.

Este estudo terá como foco o sintoma da criança, como ele é gerado no caso estudado, explicitando aí o papel dos pais na constituição do sujeito bem como na formatação de tal sintoma. Também será tratado o lugar do psicodiagnóstico no auxílio e busca pela diferenciação do sintoma da criança em relação aos pais, com a pretensão de abrir possibilidade de distanciamento da criança de conteúdos que não são seus ou, ainda, pela apropriação daquilo que lhe pertence e não havia sido vivenciado com clareza na dinâmica familiar.

Para tanto, cabe, inicialmente, falar sobre o sintoma e como o profissional deve lidar com ele, desde o primeiro contato, no psicodiagnóstico. Devido ao fato de a criança ser o objeto de estudo deste trabalho, quem procura o terapeuta são os pais, seja por vontade própria, seja por indicação da escola que o filho frequenta ou de um profissional da saúde, por exemplo. Conforme postula Arzeno (1995), o motivo da consulta apresentado pelos pais é o chamado motivo manifesto, uma vez que, geralmente, o mesmo ou os motivos que afloram na primeira entrevista não são os mais autênticos. Contudo, ao longo do processo, podem ser descobertos outros motivos subjacentes, latentes e, geralmente, inconscientes.

Segundo Arzeno (1995), chama-se, inicialmente, de "sintoma" aquilo que os pais (ou somente a mãe, o pai ou o responsável) trazem como motivo manifesto da consulta. À medida que a primeira entrevista se desenvolve, podemos perceber se é realmente um sintoma, do ponto de

vista clínico, ou se está somente encobrendo outros. Muito frequentemente o motivo latente não surge no início porque angustia muito e permanece no inconsciente.

Para a autora, quando o motivo manifesto aparece como bastante trivial para justificar uma consulta analítica, pode-se suspeitar com mais segurança da presença de um motivo latente de maior envergadura e deve-se prolongar a entrevista inicial ou realizar outra até obter maiores esclarecimentos sobre o caso. Na medida do possível, deve-se aproximar do motivo latente ou “sintoma” real da consulta.

Outro elemento a ser levado em consideração para Arzeno (1995) é a razão pela qual este sintoma preocupa os pais ou que sintomatologia preocupa cada um dos interessados na consulta, sejam eles mãe, pai, irmãos, professora ou criança, por exemplo. Muitas vezes, têm-se diferentes motivos de consulta manifestos dentro de um mesmo caso. A sintomatologia descrita por cada um dos interessados no processo de estudo psicológico pode diferir enormemente, mas essa contradição é apenas aparente. Neste caso, pode-se dizer que cada parte interessada está preocupada com um aspecto da problemática que, a não ser que seja creditada a projeções pessoais de cada um dos interessados, pode ser a descrição de uma faceta dos conflitos da criança.

A autora continua explicando que é possível que cada um tenha se detido a observar um aspecto da conduta da criança que coincide com a que é mais conflituosa para si próprio. Deste modo, entre todos que apresentaram demandas tem-se a descrição de uma conduta realmente não contraditória, porém coerente. Será tarefa do profissional integrar estas observações em uma única personalidade, definir o que realmente ocorre com a criança, entre todas as projeções feitas pelos outros envolvidos e decidir a ordem de relevância do sintoma. Assim, pode-se pensar que esta análise feita em nível individual, deve-se estender em nível familiar, uma vez que o sintoma, geralmente, está expressando alguma coisa dentro do contexto familiar.

Tratando desta questão sob o vértice da psicanálise lacaniana, segundo Debieux (2001), é visto o declínio do significante pai e sua substituição por outros saberes e a isso não foram criados dispositivos substitutivos eficazes, na presente cultura, para substituir a família em sua

função de assegurar a constituição subjetiva de seus filhos e de garantir a eficácia da transmissão dos significantes fundamentais da filiação e da sexualidade. O profissional deve tentar compreender como se constitui e com que entraves os pais se deparam no exercício desse papel, em sua relação com a constituição subjetiva e com a transmissão da história. Na clínica, é possível observar que, quando a transmissão da história não se efetiva ou, pelo menos, não da forma pretendida pelos pais, a criança não limita seu conhecimento ao que ouve, percebendo também outros aspectos além do que lhe é dito; ou, ainda, casos em que o que se transmite é justamente o que, segundo eles, deveria estar excluído (e por isso não dito), e retorna, com ênfase, através do sintoma.

Para a autora, assim constituem-se os casos que o sintoma na criança é atravessado pelo não-dito dos pais. O que faz compreender que o inconsciente é o discurso do Outro (é no outro e pelo outro que aquilo que quero me é revelado. Meu desejo é o desejo do outro. Não sei nada de meu desejo, a não ser o que o outro me revela. De modo que o objeto de meu desejo é o objeto do desejo do outro. O desejo é, acima de tudo, uma seqüela dessa constituição do eu no outro). É necessário, portanto, para compreender o sintoma na criança, a análise do discurso do Outro que a atravessa. Para isso, é importante examinar a articulação entre a constituição subjetiva e o discurso, enfatizando o efeito do discurso, particularmente o discurso não-dito, na produção sintomática na criança.

Todo sintoma implica rompimento do equilíbrio psíquico. Cabe relembrar este conhecido gráfico freudiano:

Herança e constituição + História prévia real ou fantasiada + situação desencadeante = conflito interno -> angústia -> defesas -> neurose -> sintoma. [Freud apud Arzeno (1995, p.27)]

Na obra *A criança, sua doença e os outros*, Mannoni (1971), a autora afirma:

O sintoma, como foi mostrado por Freud, inclui sempre o indivíduo e o outro (...) O sintoma está no

lugar de uma palavra que falta (...). O sintoma vem como máscara ou palavra fantasiada. A mãe, nesse sintoma, é participante (...) O sintoma então se desenvolve com outro e para outro. [Mannoni (1971) apud Arzeno (1995, p.27)]

No segundo capítulo desta obra, a autora prossegue:

Concluimos: os pais estão sempre, de certa forma, envolvidos no sintoma apresentado pela criança. Isto não se deve ser perdido de vista, porque tocamos as molas mestras da resistência: o desejo inconsciente de que "nada mude" deve ser encontrado em pais patogênicos. A criança pode, assim, responder pelo desejo de que "nada se mova" perpetuando seu sintoma para esconder as suas fantasias de destruição relativas à sua mãe. [Mannoni, (1971) apud Arzeno (1995, p.27)]

Winnicott (1997 [1960]) também discute o papel da família no estabelecimento da saúde individual, questionando a capacidade do homem de atingir a maturidade emocional fora do contexto familiar. O autor define maturidade como sinônimo de saúde, dando-lhe o *status* de processo ("um ir e vir") que acompanha o indivíduo ao longo de toda sua vida, denominando esse estado de maturidade relativa. A imaturidade do casal parental bloqueia o crescimento e desenvolvimento saudável de toda a família assim constituída, gerando sintomas nos filhos. A saúde da família e sua capacidade de promoção de crescimento de seus membros dependem da qualidade da relação estabelecida pelo casal parental. Muitas contribuições podem ser feitas ao entendimento dos sintomas infantis quando o olhar do profissional se volta para o casal e para o modo como chega à clínica.

Conforme defende Winnicott (1971), a família é o espaço de acolhimento e saúde, mas nem sempre as famílias apresentam as condições para um bom desenvolvimento de seus integrantes. Estando os pais sempre, de certa forma, envolvidos no sintoma apresentado pelo menor, pode-se dizer que crianças e jovens são como sintoma de seus pais e que, nesses casos, a importância da abertura de um espaço psíquico para que

vivam e se digam longe e fora da situação nuclear familiar faz-se na psicoterapia.

Desta maneira, a família é a responsável pelo acolhimento e sustentação do desenvolvimento da criança. Sem os quais, sintomas e desajustes podem surgir na criança, afinal nem todos os pais podem acolher suficientemente os filhos por não terem desenvolvido uma condição mental que permita o uso benéfico do processo de orientação.

A sintomatologia da criança reflete conflito em um ou ambos os pais, ou questões na situação social, sendo isso que necessita de atenção. Desta maneira, Arzeno (1995) propõe a inclusão da entrevista familiar diagnóstica no psicodiagnóstico infantil ao compreender que:

O sintoma da criança é o emergente de um sistema intra-psíquico que está, por sua vez, inserido no esquema familiar também doente. Este procedimento oferece elementos para indicar o tratamento individual ou, contra-indicar quando: não há condições de mudança da patologia familiar e a criança seria considerada como a única culpada pela disfunção; a melhora pode ocasionar descompensação de outro membro da família; os pais reforçam, de forma inconsciente, a sintomatologia do filho. (Arzeno, 1995, p. 167).

Nos casos em que o conflito da família emerge via sintoma da criança, não é possível excluir os pais da análise de seus filhos, já que o sintoma da criança desenrola-se nos interstícios do discurso parental. A construção sintomática da criança traz a marca da função simbólica dos pais. Isso significa reconhecer a ligação fundamental entre a criança e seus cuidadores fundamentais, procurando delimitar um espaço no qual os pais e a criança possam diferenciar suas questões, imprimindo um cunho único às suas narrativas. (Zornig, 2001)

Gomes (2002) destaca que uma das formas de o casal entrar em contato com seus conflitos é por meio do sintoma de seus filhos, que

denuncia a dinâmica do casal. Tal sintoma constitui um meio auxiliar para os pais chegarem à clínica e se voltarem para o entendimento da dinâmica conjugal. Em muitos casos, o sintoma de um filho pode expressar um conflito conjugal e/ou familiar ou ainda uma desestruturação destas relações. Nesse caso, as crianças funcionam como “bodes expiatórios”. Assim, a autora sugere uma ampliação do olhar do clínico para o entendimento desses sintomas, englobando uma outra forma de encaminhamento para o caso, em que toda a família se veja envolvida e cuidada, por exemplo, a escolha por uma terapia familiar.

A mesma questão é tratada pela psicanálise lacaniana, Debieux (2001): O filho vive o imaginário dos pais, realizando seu gozo e não seu ideal. Dessa situação o sujeito só se dará conta quando começar a se desidentificar, quando passar a se deparar com o estranhamento de si mesmo. É esse é um processo árduo, já que o sujeito se aliena no momento em que se identifica com um significante, entretanto, é tomado como caminho a seguir para o sujeito que, na busca do ser, definindo-se e comportando-se a partir desse significante, encontra a identificação imaginária. Deste modo, para pensar o sentido do sintoma deve-se considerar que o ser da criança se estrutura em função do desejo dos pais e de seu lugar nesse desejo: lugar fálico, marcado pela forma como os pais receberam o seu próprio lugar na cultura. O lugar fálico é, portanto, determinado pela história da família e do grupo de pertinência.

Lacan afirma, no texto *Duas notas sobre a criança* (1983), que o sintoma da criança não é mais do que o representante de três verdades: a verdade do casal, a verdade do fantasma da mãe e aquela de seu desejo, quando seu filho encarna o objeto.

Na mesma direção, Dolto (1985) esclarece dizendo que é a criança que suporta, inconscientemente, o peso das tensões e interferências da dinâmica emocional sexual inconsciente em ação nos pais. Ou seja, a criança é porta voz de seus pais. Contudo, a autora adverte com extrema validade que a articulação do fantasma dos pais e da criança não supõe relação de causa ou de igualdade.

No artigo *Sintoma de Infância*, Jerusalinsk (1991) retoma essa discussão afirmando que:

Se nos limitarmos a caracterizar o sintoma infantil como representante destas três articulações primeiras [aquelas apontadas por Lacan], nos veremos facilmente lançados a considerar, como equivalente à análise da criança, a análise dos pais. Não haveria nisto maiores inconvenientes, se tal inclinação na prática analítica não induzisse a cometer dois grandes erros clínicos: 1) Interpretar toda produção da criança como um derivado da relação com os seus pais, como se o inconsciente infantil não fosse mais do que um receptáculo das fantasias parentais. 2) Deixar de lado toda a problemática da sexualização que é, precisamente, a que determina a posição do inconsciente durante a infância. (Jerusalinsk, 1991, p. 25)

Deste modo, considerando não incorrer nesses dois grandes erros clínicos, o presente estudo fará um levantamento de algumas das possibilidades da formação do sintoma infantil de inibição intelectual em relação à dinâmica familiar e ao meio em que se vive, focalizando essa questão dentro do psicodiagnóstico.

2 O sintoma

2.1 A psicanálise e o sintoma

A psicanálise é um método terapêutico, um método de investigação e uma teoria. Essas três dimensões são solidárias, não podem existir uma sem a outra. Não se investiga sem prática clínica; a cura mesma é um modo de investigar, com o objetivo de avançar no poder fazer terapêutico. [Freud (1989) apud Ocaris (2002)]

A psicanálise propõe-se a investigar a fábrica interna da alma, é a investigação dos processos da vida da alma que acontecem inconscientemente. (Ocaris, 2002, p.9)

Segundo Ocaris (2002), a concepção freudiana de sintoma marca o início da psicanálise e sua ruptura com a clínica psiquiátrica. A medicina trabalha em sua propedêutica com sinais e sintomas. Os sinais são signos objetivos e mensuráveis, por exemplo, a febre. O sintoma implica em uma dimensão subjetiva, um paciente que fala ao médico, que relata o que sofre, qual é seu padecimento. Esta dimensão subjetiva é problemática porque surgem o equívoco, o engano, a simulação, a mentira. A psicanálise lida com todas essas variáveis.

A autora segue explicando que o sintoma é aquele que o sujeito reconhece como tal, ou seja, aquilo que incomoda ele próprio; a doença é aquela que o sujeito relata, não aquela que o médico diz que padece. Quando uma pessoa que consulta relata rituais ou diz “eu sou assim”, descrevendo-se como inseguro, medroso, não gostando de se relacionar com os outros, se essa pessoa não se implica com esses traços de caráter, se não entra em conflito com eles, não se trata de um sintoma que precisa ser tratado analiticamente. Pode ser um “sintoma” para o médico ou para os outros que convivem com este homem, mas pouco se pode fazer se o paciente não se questiona, não se pergunta o motivo se isso não o faz sofrer. No processo de análise, a queixa pode transformar-se em um sintoma analítico que interroga o sujeito. É necessário que alguma coisa

não funcione nele, que exista o relato de um infortúnio, embora se saiba que o sintoma satisfaz no mesmo lugar em que é apresentado como doloroso.

Para Ocaris (2002), é necessário que o paciente se pergunte o que tem a ver com o que está acontecendo a ele, deseje fazer algum tipo de transformação em si mesmo, não simplesmente “nos outros” para que o tratamento psicanalítico possa acontecer. É fundamental que exista o desejo de se “sara”. É indispensável que uma parte do sujeito deseje parar de sofrer com seus sintomas, mas que saiba que isso não acontece por milagre, vai exigir de sua parte uma posição ativa, um compromisso, uma responsabilidade com seus atos. Este é um dos princípios éticos da psicanálise. Por isso uma análise não é indicada para as pessoas que não se questionam, que não têm algum tipo de angústia, de culpa (embora por crimes imaginários) e, muito menos, para aqueles cuja ética não contempla a existência do outro, seu semelhante, por exemplo, num caso extremo, os que cometem crimes, estupros, qualquer tipo de abuso sexual contra o outro, que não deseja participar e não aceita suas propostas de montagem perversas.

Ocaris (2002), discutindo Freud, diz que, nos primeiros tempos de sua clínica, o autor pensava que, decodificando o sentido dos sintomas, estes poderiam se dissolver. Pouco a pouco foi percebendo que a decifração dos significados não era suficiente. O sintoma era, em princípio, intimamente colocado em relação à falta de memória. Nesta perspectiva, segundo Ocaris, se o objetivo prático do processo de cura é a eliminação do sintoma, seu objetivo teórico é preencher os vazios de memória. Recuperar a história ocupa um lugar fundamental em uma análise. Assim, os psicanalistas conduzem o paciente a historicizar a repetição, tornando-a lembrança. Estabelecem-se relações entre o passado que se rememora na repetição. Elaboram-se construções que, promovendo outras, abrem o espaço psíquico para a produção de sentido, mas esta não é suficiente para trabalhar o sintoma.

A psicanálise é uma clínica centrada no sintoma; o que se focaliza na terapia psicanalítica não é a supressão do sintoma, mas é a expectativa do psicanalista atingir o sintoma mediante a

interpretação ou algum outro tipo de intervenção, para transformá-lo, levá-lo, deslocá-lo, fazê-lo mais suportável. Em muitas ocasiões o trabalho é árduo, pois para o paciente é perigoso abandonar tal companheiro, para construir uma nova economia libidinal e renunciar aos ganhos de sua condição de doente. A proposta do tratamento psicanalítico é construir uma nova homeostase e equilíbrio pulsional, um novo sintoma mais produtivo e menos sofrido. O ideal terapêutico psicanalítico é que o sujeito possa fazer algo produtivo, criativo com o sintoma que estrutura para viver. (Ocaris, 2002, p.19)

Assim, a autora segue argumentando que, em quase todas as análises, aparecem dificuldades, pois, devido à paradoxal função de satisfação que os sintomas cumprem no psiquismo humano, eles podem ficar ancorados na subjetividade, que, por sua vez, precisa deles para continuar estruturada. Dá-se, então, uma questão ética sobre o que fazer com o sintoma analítico no final da cura, o que esperar dele. Deve-se considerar o que pode ocorrer se, quando dissolvido um sintoma, em função do afã terapêutico do analista, o sujeito não encontra nada para colocar em seu lugar.

É preciso lembrar que o que é terapêutico para a psicanálise não coincide, em geral, com algumas convenções sociais e culturais padronizadas. Os critérios de normalidade e patologia são subvertidos pela psicanálise. Para a psiquiatria, existe o normal e o patológico. Segundo Ocaris (2002), Freud postulou e verificou que os mecanismos de funcionamento do psiquismo são os mesmos, tanto nas pessoas sadias quanto nas doentes. O que diferencia a normalidade e a patologia é o modo como o aparelho psíquico estrutura-se, como o sujeito consegue, em seu processo de desenvolvimento e constituição subjetiva, organizar os recursos psíquicos que lhe possibilitem se defender e administrar seu universo pulsional e desejante, que é muito complexo. As vicissitudes do recalçamento determinam a organização subjetiva.

O normal e o patológico situam-se em uma linha de continuidade; *o eu normal, assim como a normalidade em geral, é uma ficção ideal... Cada pessoa normal o é só em média; seu eu se aproxima ao do psicótico neste*

ou naquele aspecto, em grau maior ou menor. (Freud, 1989, apud Ocaris, 2002, p.16). Para a autora, o *quantum* de distanciamento em relação a um extremo da série e de aproximação ao outro determinam o estado mais ou menos normal ou patológico. O único critério de saúde é a capacidade de ter prazer e de produzir. *Saúde e doença não se diferenciam por princípio, mas só estão separadas por limites termináveis na prática do enfermo, o restabelecimento de sua capacidade de rendimento e de gozo.* (Freud, 1989, apud Ocaris, 2002, p. 16) - como notamos, Freud usa as palavras "prazer" e "gozo" como sinônimos.

Deste modo, Ocaris (2002) conclui que o objetivo do tratamento analítico seria, conseqüentemente, o trabalho sobre a autonomia com que o sujeito pode se relacionar com seus sintomas. A repetição nunca cessa. No final da análise, o sujeito coloca-se em relação à repetição de um modo diferente. Que o sujeito saiba o que fazer com seu sintoma é diferente de tornar-se escravo dele.

2.2 Sintoma infantil e estrutura familiar

Este subtítulo é baseado nas contribuições de Volnovich (1991) referentes à historicidade e evolução da psicanálise de crianças. Mais especificamente, a autora deste trabalho selecionou as referências ao sintoma infantil e este inserido na estrutura familiar.

Françoise Dolto, a partir de 1930, com seu ingresso no serviço de E. Pichon e, posteriormente, em Trousseau, desenvolve uma interessante experiência, principalmente com crianças psicóticas. Publica dois dos mais respeitados casos clínicos em psicanálise de crianças: *O caso da boneca flor* e *O caso Dominique*.

A partir disso, pela primeira vez na história da psicanálise, propõe, em primeiro lugar, inserir a criança na estrutura desejante da família como efeito desta estrutura, ou seja, a criança não seria *annafreudiana*, aquela que escolhe ou não se tratar, produto das vicissitudes de seu Ego e de seu desenvolvimento libidinal. Também não seria a criança *kleiniana*,

determinada pela quantidade de instinto de morte que se faz presente no ciúme e na inveja. A criança *lacaniana* é, essencialmente, uma criança inserida na estrutura, efeito da família, “do desejo do Outro”.

Quando Lacan propõe, na releitura de Freud, sua fórmula “o desejo inconsciente é o desejo do outro”, estabelece que não existe nenhuma possibilidade de que alguém possa ser gerado a partir de si mesmo, mas, ao contrário, à medida que o sujeito é efeito do desejo do outro, retoma a determinação histórica e social do sujeito, reconhecendo que o inconsciente é uma experiência transindividual, social.

Partindo disto, Françoise Dolto redefine o sintoma da criança como sendo também sintoma da estrutura familiar, o que gerou polêmica, pois, de um dia para o outro, analistas de crianças que, desde a década de 20, vinham analisando apenas crianças, deviam transformar-se em analistas de estruturas familiares, parecendo ter concluído a análise de crianças e ficando somente a análise da estrutura desejante da família.

Françoise Dolto tinha uma técnica muito particular de atuação. Ela fazia a primeira entrevista, tentando detectar, na estrutura familiar, qual era a situação problemática, ou, no dizer dela, aquela que seria pervertedora ou denegatória da humanização da criança, fazendo a intervenção em função dessa situação. Para ela, se a criança não podia falar de algo incluído no sintoma, era porque não tinha sido suficientemente “falada” desta coisa pelo Outro (representantes familiares da cultura). Assim, a escuta e a palavra do analista podiam ser introduzidas às crianças e aos pais. Entrava na sessão qualquer um que tivesse alguma coisa para falar sobre a questão sintomática e sobre a criança, assim como não poupava intervenções, quando necessário, para o pai, a mãe ou a criança.

Françoise Dolto recupera, na prática teórica de Lacan, a conotação histórico-social que possui ao insistir na necessidade de serem escutados todos os níveis parentais envolvidos com a criança até, no mínimo, três gerações. É necessário falar sobre a criança, seus pais, avós e outras questões sociais, que podem estar determinando toda a produção sintomática. Desta maneira, o sintoma da criança é o discurso sobre esta atravessado pelos níveis sócio- culturais e políticos.

Tal técnica constituía uma forma diferente de prática psicanalítica com crianças. Pelo menos, diferente da prática Kleiniana, em que os pais, enquanto a criança fazia análise, deviam fazer um acompanhamento muito penoso com outro analista e não podiam falar de seu filho com o analista dele, sob pena de ser acusado de estar invadindo a vida da criança ou resistindo à sua cura. Para Françoise Dolto, é o contrário: ela estava ali para escutar, alegando não ter nada melhor que um analista de criança para ouvir os pais dela sobre o que têm a dizer sobre o filho.

Esta linha de trabalho é continuada por Maud Mannoni, sendo que o importante era verificar como estava estruturada a questão, em que podia estar faltando a palavra mediadora que, neste campo, é representada pela palavra do analista e não por quem iria se tratar.

Com os pais dentro da sessão, as coisas mudaram. Tudo era mais complicado, as transferências começavam a ser cruzadas. Às vezes, os pais terminavam brigando ou acusando o terapeuta. Ninguém desconhecia que a transferência em psicanálise de crianças era atravessada pela transferência dos pais, constituindo um campo múltiplo. É por isso que se afirma ser a psicanálise de adultos bem mais tranquila, afinal não há tantas demandas em jogo, do tipo que, atualmente, afetam a sociedade e têm a criança como eixo central. Salvo, excepcionalmente, que ninguém briga nem grita, não precisando o psicanalista fechar suas portas e janelas frente a famílias que possuem “paixão” pelo escândalo.

Outra publicação que decididamente marcou a psicanálise de crianças foi *A criança, sua doença e os outros*, de Maud Mannoni, publicada em 1967, após seu livro *A primeira entrevista em psicanálise*. Surgindo, então, uma das mais importantes contribuições à psicanálise de crianças que realiza a escola francesa, a redefinição do sintoma.

O sintoma está no lugar de um fantasma, ou seja, é a metáfora do sentido do fantasma. Este fantasma é o fantasma da criança, mas, por sua vez, como anteriormente falado, é determinado pela estrutura desejante. Segundo Maud Mannoni, “o sintoma é a palavra da mãe”, essa verdadeira rede que se tenta apreender por meio da palavra, porém o fantasma da mãe ou dos pais não necessariamente é igual ao fantasma da criança,

apesar de ser possível que o fantasma da criança esteja articulado à fantasia paterna, mas isso não quer dizer que ambos possuam relações de igualdade. Sobre o sentido da fantasmática dos pais, a criança pode continuar produzindo sintomas, pois não existe uma relação direta fantasma da criança-fantasma dos pais.

O tratamento de uma família não resolve o sintoma da criança, mas o tratamento desta, sem dúvida, dá conta diretamente da atividade fantasmática dos pais. Deste modo, o sintoma da criança, como todo sintoma, articular-se-á no momento em que for descoberto o sentido de seu fantasma inconsciente, sendo necessário verificar como foi estruturado, como foram combinando-se os parâmetros do desejo e o que faz que continue atuando uma demanda muitas vezes desumanizante.

2.3 Sobre o sintoma

Segundo Ocaris (2002), o sintoma é um fenômeno que instala os sujeitos imediatamente no campo da clínica psicanalítica. É aquilo que molesta, incomoda, provoca desprazer e dor, motivo pelo qual as pessoas consultam os psicanalistas. Uma pessoa procura um analista quando alguma coisa não está muito bem em sua vida ou na vida de quem é responsável: um filho, por exemplo. Nem sempre é possível dizer que existe um sintoma na entrada da análise, mas é preciso que algo não funcione, que o sujeito esteja em conflito e deseje dirigir-se a um outro que o ajude a responder algumas questões. Aqui, cabe explicar que, quando a autora do presente trabalho cita Ocaris (2002), dizendo que não é necessário especificamente um sintoma na entrada da análise, é porque considera que a mesma lógica pode ser pensada em um estudo psicodiagnóstico.

A autora segue completando que o sintoma fora de crise satisfaz o sujeito e leva-o a não procurar análise. Trata-se de uma mensagem congelada, que está fora de comunicação, do intercâmbio com o outro; não pede nada a ninguém, não leva ao analista. Para que o sintoma leve à análise é necessário que esteja desestabilizado, que seu equilíbrio se descompense. Esta transformação se manifesta sob a forma de uma queixa,

de um sofrimento. O sujeito em perfeita homeostase é aquele que busca tampar sua divisão para fazê-la suportável. Uma pessoa procura um psicanalista porque seus sintomas já não têm essa eficácia.

Existem pessoas que decidem tolerar seu sofrimento em silêncio, e os analistas não podem fazer nada a respeito. Deste modo, segundo a autora, há casos em que a pessoa diz que está tudo muito bem com ela embora os outros de seu ambiente percebam algum comportamento estranho ou que está sofrendo muito. Contudo, se essa pessoa não se queixa de nada, seu sintoma não é uma discordância para sua organização subjetiva; é um acordo que satisfaz a repetição¹. Assim, muitas pessoas suportam seu sofrimento, o que, aliás, pode até ser colocado como uma virtude. O padecimento não é um sintoma. Quando o padecimento é um sintoma, o sujeito em questão quer se liberar dele. Porém, se é uma virtude, não tem do que se libertar.

Ocaris (2002) afirma que, para a psicanálise, o sintoma é um fenômeno subjetivo que constitui não o sinal de uma doença, mas a expressão de um conflito inconsciente. O sintoma é um indício de um processo psíquico complexo, inconsciente, mas que é pesquisável, o que pode possibilitar vir à consciência de sua existência e ao conhecimento de seus mecanismos de funcionamento. Sendo uma formação inconsciente, o sintoma, assim como o sonho e os lapsos, expressa um sentido mascarado.

O sintoma é um símbolo mnêmico, ligado enquanto tal à linguagem; é um texto em que se inscreve, de um modo disfarçado. O pulsional não cessa de buscar expressão, deste modo, o sintoma é uma das formas em que a pulsão consegue se inscrever no aparelho psíquico. Sua linguagem é a linguagem do inconsciente, os mecanismos do processo primário. O sintoma está articulado a uma

¹ Compulsão à repetição - Se focalizarmos particularmente os sintomas, por um lado, alguns deles são manifestamente repetitivos e, por outro, o que define o sintoma em psicanálise é precisamente o fato de reproduzir, de maneira mais ou menos disfarçada, certos elementos de um conflito passado. De um modo geral, o recaiado procura "retornar" ao presente, sob a forma de sonhos, de sintomas, de atuação: [...] o que permaneceu incompreendido retorna; como uma alma penada, não tem repouso até que seja encontrada solução e alívio. (Laplanche e Pontalis, 2008, p. 83.)

verdade, diz uma verdade que o sujeito desconhece. Aqui foi onde a psicanálise se separou claramente da idéia da histeria como mentirosa e simuladora. Freud acreditava na verdade do sintoma histérico. (Ocaris, 2002, p.10)

O paradoxal é que o sintoma aparece como uma via para obter um certo equilíbrio por parte do aparato, ou seja, ele cumpre uma função homeostática. A autora fala que, para a psicanálise, o sintoma é dor, pena, sofrimento, mas, também, é uma satisfação porque evita uma dor maior. Sofre-se um pouco para não sofrer uma dor maior; o sintoma tenta cumprir esta função de equilíbrio, de homeostase. Diz-se “tenta” porque falha, afinal a homeostase não se atinge nunca, pois a pulsão sempre exige mais, nunca existe uma satisfação pulsional completa. Assim, embora o sintoma seja uma forma de satisfazer a pulsão, não o consegue. No sintoma, existe algo que se assemelha a uma satisfação. Assim como o sonho, o sintoma é uma satisfação de desejo, mas esta satisfação é de caráter problemático. Trata-se de uma satisfação paradoxal, que produz sofrimento, e é aí que o sintoma diferencia-se do sonho. *Esta é uma das peculiaridades da espécie humana, que sofre porque tem um corpo que goza e é um ser que fala.* (Nasio, 1986, apud Ocaris, 2002, p.14)

O sujeito se constitui numa operação de defesa, que implica a demanda imaginária contra a qual ele se defende. O sintoma é essa operação de defesa, e está sempre ligado a uma fantasia inconsciente. O sintoma é uma saída de saúde, na maioria das vezes momentânea, precária, mas a única que pode garantir certa ordem do sujeito. Mesmo uma alucinação, um delírio ou depressão garantem um certo equilíbrio lábil do sujeito. (Ocaris, 2002, p.18)

Ainda segundo a autora, o neurótico perde sua capacidade de gozar e de produzir em função da utilização de defesas inadequadas. Ou seja, um sintoma psíquico, que se intromete na vida do sujeito, provocando infelicidade e dor, representa uma porção de gozo excessivo que não foi

desarticulado e que volta para complicar sua existência. Não pode utilizar melhores recursos defensivos frente aos perigos e conflitos que permitam estruturar sintomas mais operativos. Os mecanismos utilizados consomem um *quantum* exagerado de energia psíquica, desviada das atividades produtivas que levariam ao prazer. Essas defesas são, em geral, as que a criança estrutura na sua neurose infantil quando seu aparelho psíquico, seu eu, sua subjetividade ainda estão em processo de constituição e, por conseguinte, não tem recursos psíquicos para utilizar outros mecanismos mais evoluídos, variados, flexíveis, enfim, mais eficazes para solucionar cada conflito específico.

Discutindo sobre a formação dos sintomas, a autora explica que a criança paulatinamente vai constituindo seu psiquismo, que passa por um momento de narcisismo, no qual “sua majestade, o bebê” pensa ser o centro do universo, bem como vive a ilusão de que todos os seus desejos podem ser realizados. Gradativamente, a criança vai discriminando-se, reconhecendo o outro e renunciando à satisfação das pulsões que a vida em sociedade barra. Esse processo obriga o sujeito a procurar outros destinos para suas pulsões e, assim, a constituição de algum sintoma torna-se inevitável. O sintoma neurótico é a melhor maneira que o ser humano encontra para resolver as vicissitudes da vida, que insiste em se oferecer como solução apesar dos sofrimentos que acarreta e, contudo, transforma-se em doença quando é uma solução não eficaz e inoperante que, não obstante, se contrapõe à transformação.

Não existe nenhuma diversidade qualitativa entre as condições de saúde e a neurose. As pessoas sadias enfrentam a mesma luta para dominar a libido, apenas obtém maior êxito (Freud, 1912, apud Ocaris, 2002, p.18). Aqui, deve-se ressaltar a questão do domínio da libido uma vez que é a carga energética da pulsão. O princípio econômico é fundamental na concepção freudiana do sintoma. O ser humano é um ser de conflito segundo a concepção freudiana. O sintoma tenta, mas a pulsão nunca se satisfaz. O sintoma se constitui porque não haveria maneira de o sujeito sobreviver sem ele.

Concluindo, conforme as contribuições de Ocaris (2002), o sintoma é uma satisfação substitutiva a uma satisfação impossível. Existem neuróticos

que estruturam sintomas sem movimento, cristalizados na inércia de um gozo repetitivo e compulsivo. São aquelas pessoas que fazem sempre a mesma coisa, mas o ser humano tem possibilidades de abrir caminho de novas substituições, seu inconsciente pode encarar um processo infinito de produções. Se o sujeito consegue se contentar com um gozo parcial, se consegue saber em que lugar de objeto do desejo do Outro está enredado e descobrir seu próprio, poderá estabelecer outra relação com a repetição e poderá, ainda, inventar novos sintomas. O sujeito deve sair da posição de objeto da demanda imaginária do Outro, perder-se como objeto do gozo do Outro a fim de se subjetivar, existir como sujeito, obter algum estatuto simbólico, alguma significação.

2.4 O sintoma e o trauma

Mais especificamente, em relação ao sintoma traumático, é possível dizer que seu surgimento se dá consecutivamente a um choque emotivo geralmente ligado a uma situação em que o sujeito sentiu sua vida ameaçada.

O trauma é um *acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica* (Laplanche e Pontalis, 2008, p.522). Pode-se dizer que o que faz sofrer é a reminiscência de algum episódio que foi traumático para o sujeito, assim não se quer lembrar porque dói. Deste modo, o sintoma é uma forma de memória, substituto a um processo que é necessário desenterrar.

O trauma toma parte determinante no próprio conteúdo do sintoma (ruminação do acontecimento traumatizante, pesadelo repetitivo, perturbações do sono, etc.), que aparece como uma tentativa repetida de ligar e ab-reagir o trauma; tal "fixação do trauma" é acompanhada de uma inibição mais ou menos generalizada

da atividade do sujeito, constituindo o que se chama de neurose traumática. (Laplanche e Pontalis, 2008, p.315)

Em relação à contribuição da psicanálise sobre como lidar com o trauma, Ocaris (2002) propõe:

A psicanálise propõe uma mudança na concepção de dor e cura. Lembrar o que foi traumático provoca dor; por isso as pessoas querem esquecer; estimular a lembrança, acompanhada da emoção adequada, permite fechar a ferida, o trauma, e dissolver o sintoma. Adoece-se pela intensidade excessiva dos afetos não ligados nas representações adequadas e impedidos de serem simbolizados, elaborados, processados mediante os mecanismos que permitiriam ir diluindo os acontecimentos desagradáveis da vida, até que acessem ao bom esquecimento. (Ocaris, 2002, p.26)

Pode-se dizer que o sujeito está imerso em um afluxo de excitações que é excessivo em relação à sua tolerância e sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente esses sentimentos gerados. Por isso, ainda segundo a autora, o sujeito está totalmente governado por um afeto, dissociado da situação que o provocou. Se conseguir juntar ambos, lembrando da circunstância e sentindo o afeto, simultaneamente, esse sintoma desaparece como sintoma permanente.

Para Ocaris (2002), reviver na transferência esse afeto, ligado a uma representação reprimida, que corresponde a uma situação já vivida e que não conseguiu ser elaborada e não se reconhece, é importante, mas não suficiente. Assim como recordar, ou seja, lembrar o acontecimento dissociado sem sentir o afeto correspondente não produz mudanças. No trauma psíquico, observa-se que a recordação em questão possui uma intensidade inusual e conservou seu plano afetivo e emocional. O trauma é um corpo estranho que opera como causa patológica até que seja removido.

3 Inibição intelectual

Souza (1995) comenta que os analistas de crianças defrontam-se, no dia-a-dia de sua experiência em consultório, com crianças que são encaminhadas pelas escolas por questões referentes às inaptações do funcionamento intelectual que se manifestam como uma incapacidade na aprendizagem, por vezes, já assinaladas pela escola antes do início da aprendizagem formal. Estas são crianças que não conseguem acompanhar o raciocínio da professora, de seus colegas e, quando encaminhadas em uma idade mais avançada, apresentam dificuldades nas mais diversas áreas de aprendizagem. Frequentemente, o diagnóstico de tais crianças revela que elas possuem um nível de inteligência compatível e, muitas vezes, superior à média das crianças de sua idade.

Para a autora, a verificação da inexistência de fatores orgânicos ou déficits intelectuais faz que se encontre com o que é chamado de inibição intelectual: uma impossibilidade de utilizar-se dos recursos de que dispõe. Cabe ao psicanalista, diante dessa situação, tentar compreender o que se passa com a criança. Após enumerar os sintomas e os diferentes conflitos por eles desencadeados, pode recorrer a uma história da vida familiar e escolar desse paciente, mas, primordialmente, o psicanalista deve preocupar-se em compreender os movimentos psíquicos que, nessa criança, parecem ser as fontes de suas manifestações para, depois, relacioná-las aos outros elementos.

Complementa dizendo que não se trata de reduzir a criança a um mundo interno, mas de verificar como as experiências foram incorporadas a esse mundo e que fatores podem estar em jogo nesse processo. Geralmente, descobre-se a existência de um grande sofrimento e cabe verificar que significações são dadas a essas vivências e porque isso é vivido de tal forma. Assim, defronta-se com questões de ordem psíquica, familiar, social, escolar ou cultural, e é importante compreender a forma como tais elementos foram significados por aquela criança para poder definir as formas possíveis de intervenção.

Por isso, neste capítulo, discorrer-se-á, de início, sobre o que é a inibição intelectual para a clínica psicanalítica. Segundo Santiago, Freud usa o termo inibição para *designar um mecanismo de parada, bloqueio ou freada, que cessa o funcionamento normal no terreno do pensamento* (Santiago, 2000, apud Nezan, s/d, p.1). Pode-se considerar o termo como ativo uma vez que, no processo de inibição, o próprio sujeito que sofre as consequências de uma inibição é ele mesmo, agente da ação inibitória.

Segundo Nezan, em 1892, no Manuscrito A, escrito para Fliess, Freud situou a inibição como um modo de defesa do aparelho psíquico. Desta maneira, é possível afirmar que a inibição é uma defesa essencial para que o sujeito possa livrar-se dos excessos de sexualidade que vão gerar desprazer.

Em *Inibição, sintoma e ansiedade*, Freud (1925/ 2006) salienta que *pode-se encontrar moléstias nas quais observamos a presença de inibições mas não de sintomas* (Freud, 2006, p.91). Assim, é possível dizer que discute a relação entre inibição e sintoma, esclarecendo que o termo inibição se refere a uma diminuição de uma função, enquanto o sintoma seria mais a transformação de tal função (formação substitutiva). Para Nezan, a inibição teria uma relação específica com a função, chamando a nossa atenção para as diversas funções do ego, como um ensaio para descobrir as diferentes afecções neuróticas. Desta forma, muitas vezes, o ego recorre a uma inibição de suas funções a fim de evitar, por exemplo, um conflito.

Freud (1925/ 2006) afirma claramente que *a inibição é a expressão de uma restrição de uma função do eu* (Freud, 1926/ 2006), ou seja, uma renúncia à função. Deste modo, segundo Nezan (s/d), *o eu, renuncia às suas funções (sexual, nutrição, locomoção, inibição ao trabalho) para se possível, evitar um conflito com o isso ou com o supereu. Tais restrições das funções do eu são colocadas como medida de precaução. Assim, podemos entender a inibição como um processo que ocorre dentro do eu* (Nezan, s/d, p.2).

Freud (1925/ 2006), discutindo sobre as inibições generalizadas do ego (eu), comenta que, quando o ego se vê envolvido em uma tarefa

psíquica particularmente difícil, como quando se observa uma grande supressão de afeto ou quando um fluxo contínuo de fantasias sexuais tem de ser mantido sob controle ou, ainda, durante o processo de luto, este perde uma quantidade tão grande de energia à sua disposição, que tem de diminuir o dispêndio dela em muitos pontos ao mesmo tempo.

Assim, conforme Nezan (s/d), pode-se dizer, então, que as inibições restringem o ego, como resultado de medidas que foram impostas, como precaução ou até acarretadas por um empobrecimento de energia. Desta maneira, a inibição está acompanhada de uma concepção do sintoma. A inibição e o sintoma são considerados processos distintos, o que permite pensar em outras inibições como sintomas, afinal, segundo Freud (1925/2006), *a inibição tem uma relação especial com a função, não tendo necessariamente uma implicação patológica. Podemos muito bem denominar de inibição a uma restrição normal de uma função. Um sintoma, por outro lado, realmente denota a presença de algum processo patológico. Assim, uma inibição pode ser também um sintoma.* Nezan (s/d) afirma que *Freud mostra isso, em suas análises clínicas, quando relacionava certas inibições intelectuais a um modo de satisfação pulsional específica, que caracterizava a estrutura do sintoma. É possível entender então, a inibição como uma renúncia, ou seja, se o eu precisar encontrar resposta para o isso e para o supereu por medida de precaução, uma das soluções possíveis é renunciar.* (Nezan, s/d, p.3)

A autora segue explicando *enquanto a inibição constitui-se como uma renúncia, o sintoma é uma formação de compromisso entre as três instâncias: o eu – o isso – e o supereu* (Nezan, s/d, p.4). Um sintoma, diz Freud (1925/2006), *é um sinal e um substituto de uma satisfação instintual que permaneceu em estado jacente; é uma consequência do processo de repressão (recalque). A repressão (recalque) se processa a partir do ego quando este - pode ser por ordem do superego - se recusa a associar-se com uma catexia instintual que foi provocada no id.* (Freud, 1925/2006, p.95)

Freud (1925/2006) afirma, em relação ao caso Hans, *que o seu inexplicável medo por cavalos era um sintoma e sua incapacidade de sair à rua era uma inibição, uma restrição que o ego do menino impusera a si*

mesmo a fim de não despertar o sintoma de ansiedade (Freud, 1925/2006, p. 104). Conforme Nezan (s/d), Freud também afirma que a inibição está relacionada à angústia e, retomando o caso do pequeno Hans e seu medo de sair à rua, ele diz que a inibição é uma limitação que o ego se impõe para não despertar a angústia. É um dispositivo do eu do sujeito frente a uma situação de perigo desconhecida. O que causa angústia é o perigo sinalizado pelo eu, que é produzido pela ameaça de uma perda que o levaria ao estado de desamparo; perigo da exigência pulsional em que está envolvido um conflito entre o isso e o supereu, uma vez que a satisfação seria ameaçadora para o eu. (Nezan, s/d, p.5)

Há na inibição um não, o qual é um não de recusa e que deve se atentar por ele, afinal é aí, em que o sujeito revela alguma coisa de sua verdade. Deste modo, se a inibição constitui-se como limitação, é uma limitação no ato, e o sujeito inibido é aquele que não pode realizar o ato, uma vez que o ato não é uma ação. A ação está relacionada à vontade, enquanto o ato está relacionado ao inconsciente (Cordié 1996, apud Nezan, s/d, p.6). É possível dizer que a inibição é um fenômeno de suspensão que pode aparecer de diferentes maneiras, por exemplo, a inibição da função alimentar (anorexia), da função motora (paralisia), da função sexual (impotências) e da função intelectual. Todas essas manifestações têm como função evitar o conflito com o "isso" (Id), a autopunição e a patologia do luto.

A seguir, discorrei um pouco mais especificamente sobre a inibição intelectual dentro da obra freudiana. Segundo Souza (1995), a questão da inibição intelectual, para Freud, aparece principalmente ligada aos distúrbios de inteligência dos neuróticos, nos quais as inibições e as soluções de compromissos, ou seja, os sintomas, substituiriam o prazer ligado ao uso da inteligência. Essas idéias já estão lançadas nos seus escritos que tratam das teorias sexuais infantis e no papel da repressão da curiosidade infantil dessa fase.

Segundo Nezan (s/d), no texto *Sobre as teorias sexuais das crianças*, Freud (1908) assegura que a pesquisa sexual faz que a criança coloque a sua investigação a partir do desejo de saber sobre a sexualidade. As teorias sexuais das crianças serão construídas por elas próprias e, depois,

abandonadas, esquecidas, recalcadas ou fixadas no inconsciente. Conforme Guttierrez (s/d), Freud, em seu texto *As pesquisas sexuais infantis*, ao escrever sobre a sexualidade infantil, reconhece a existência de uma forte curiosidade infantil. Evidenciando um 'instinto de saber', um desejo de saber que leva a criança ao momento no qual se pergunta à respeito de uma das principais questões iniciais de sua vida: 'De onde vêm os bebês?'. (Guttierrez, s/d, p. 2)

Segundo Guttierrez (s/d), a criança é vista pela psicanálise como uma pequena cientista que, desde o primórdio de sua vida, investiga, explora, questiona, pergunta e constrói hipóteses. Esse processo de investigação ativa direciona-se, inicialmente e mais intensamente, para seus objetos de desejo iniciais: seu próprio corpo, o corpo da mãe e de outros que a cercam, perguntando-se, sobretudo, sobre o nascimento dos bebês, as relações sexuais entre os pais, o papel paterno na concepção e as diferenças sexuais anatômicas entre meninos e meninas. A atividade intelectual é intensa e envolvida em forte carga emocional que abarca as temáticas investigadas.

Ainda segundo a autora, o modo que essa primeira curiosidade é acolhida pela família é de extrema importância, afinal, a depender deste, pode-se originar intensa inibição e ansiedade ligados aos processos de investigação intelectual. Cabe aqui ressaltar que aquilo que poderia tomar como propriamente intelectual já se mostra desde seu início vinculado ao afetivo-relacional.

As fantasias infantis campeiam em terrenos de alta repressão e geram com isso tensões adicionais (Freud, 1910, apud Guttierrez, s/d, p. 3). Deste modo, as atitudes de curiosidade infantil são, muitas vezes, bastante reprimidas no meio social, e a criança muito questionadora acaba tornando-se perturbadora, inconveniente e indisciplinada. O que diz sobre a incapacidade dos adultos em lidar com suas próprias questões e tensões advindas do processo de elaboração de sua sexualidade. A partir desta questão, Freud afirma que *quando a criança não foi demasiadamente intimidada, mais cedo ou mais tarde recorre ao método direto de exigir uma resposta dos pais ou dos que cuidam dela, que representam a seus olhos a*

fonte de todo o conhecimento; esse método, entretanto falha. (Freud, 1908 apud Guttierrez, p.3)

Segundo Nezan (s/d), pode-se falar em três destinos para a investigação sobre a sexualidade. O primeiro é a inibição neurótica. O destino da sexualidade vai ser o mesmo da investigação, e o desejo de saber vai permanecer inibido, o que acaba por limitar a atividade da inteligência. Assim, conforme a autora, Freud afirma que a curiosidade permanecerá inibida, a liberdade da atividade intelectual será limitada durante o transcorrer da vida e a influência da educação irá inibir intensamente o pensamento.

A autora prossegue dizendo que o segundo destino é a compulsão ao saber. A atividade intelectual foge ao recalque, mas permanece condenada a repetir o insucesso da investigação sexual, fazendo que cada pesquisa do sujeito possa se perder em rumações infinitas, acompanhadas do sentimento de que a solução buscada está cada vez mais longe. Conforme a autora, Freud afirma que *após o fim das pesquisas sexuais infantis, as atividades sexuais de pesquisa emergem do inconsciente como atividade pesquisadora compulsiva, de forma distorcida e não-livre, sexualizando o pensamento e colorindo as operações intelectuais. A pesquisa tornar-se-á uma atividade sexual e a satisfação da sexualidade será substituída pela intelectualização e explicação das coisas.* (Freud, 1908, apud Nezan, s/d, p.9)

Ainda para Nezan (s/d), o último e terceiro caso é a sublimação, em que a libido escapa ao recalque e surge como vontade de saber. Nesse caso, a pulsão sexual que escapou ao recalque se desconecta dos complexos originais da pesquisa sexual infantil e fica a serviço do interesse intelectual.

Concluindo, conforme as contribuições da referida autora, a busca do saber para Freud é marcada pelo recalque sexual. Na inibição, a proibição recai sobre a pesquisa intelectual e, assim, o saber sexual, que foi objeto da investigação infantil, permanece proibido.

Outra autora psicanalítica que muito se empenhou no estudo das inibições intelectuais, na primeira fase de sua obra, é Melanie Klein (1921,

1970). Segundo Souza (1995), ao entrar em contato com a psicanálise, Melanie Klein interessou-se especialmente pela questão da educação de crianças e seu papel no desenvolvimento intelectual. Baseada em seu trabalho de observação do desenvolvimento de uma criança, durante o período em que recebe de sua mãe esclarecimentos em relação à sua curiosidade sexual e em seus primeiros atendimentos de crianças, bem como fundamentada nos pressupostos psicanalíticos que apontavam a repressão da sexualidade infantil como causa das perturbações e inibições presentes em patologias sérias ou mesmo em mentalidades normais, a autora acreditava que seria possível poupar as crianças de repressões desnecessárias se as libertássemos dos grandes segredos, das falsidades e dos perigos incutidos pela civilização. Assim, conforme salienta Nezan (s/d), *a atividade intelectual normal comporta a subordinação das atividades fantasiosas ao princípio da realidade e ao mesmo tempo a capacidade de direcionar seus interesses à atividade de produção cognitiva.*

Teremos que deixar a criança adquirir tanta informação sexual quanto requerer o crescimento do seu desejo de conhecimento, assim despojando imediatamente a sexualidade de seu mistério e de grande parte do seu perigo. (Klein, 1970, apud Souza, 1995, p.28)

Segundo Souza (1995), Melanie Klein acreditava que, ao possibilitar uma educação menos repressiva à criança, esta teria mais condições de exercer, na sua plenitude, suas capacidades intelectuais. Em tal experiência educacional, Klein respondia com sinceridade e franqueza a todas as perguntas das crianças, dentre as quais podemos citar questões sobre o nascimento, a existência de Deus, as fezes e a urina, a morte, a ilusão da onipotência, o papel do pai no nascimento e no ato sexual, da renúncia ao princípio de prazer, por exemplo.

Para Souza (1995), a autora baseava-se na crença de que tal perspectiva protegeria o pensamento contra a tendência à repressão, evitando, assim, o perigo de que tal retirada da energia instintiva diminuísse a capacidade sublimatória na criança, permitindo uma expressão

clara de sua curiosidade natural e de seu impulso para a pesquisa do desconhecido. Deste modo, seria possível evitar inibições intelectuais que teriam por base o temor inconsciente de que tais indagações pudessem encontrar coisas proibidas ou consideradas pecaminosas por seus pais anteriormente.

Souza prossegue dizendo que Melanie Klein enfatizava as dificuldades encontradas pelas crianças na sua ânsia por saber quando têm de defrontar com a imposição de idéias feitas pelos adultos, que, muitas vezes, ocultam a verdade ou oferecem respostas que atacam a própria percepção e inteligência da criança.

Costuma-se prestar homenagem à 'coragem' do pensador que, opondo-se ao costume e à autoridade, consegue levar avante pesquisas inteiramente originais. No caso das crianças, elas precisam não só dessa coragem, mas também de estar dotadas de um espírito muito especial que lhes permita resolver por si mesmas, contra a oposição das 'altas autoridades', os assuntos melindrosos que lhes são, em parte, ocultos e, em parte, proibidos. (Klein, 1970, apud Souza, 1995, p.28)

Segundo Guttierrez (s/d), deste modo, em suas apresentações iniciais, a autora formula o conceito de "impulso epistemofílico" como uma sede pulsional de saber e compreender, cujo primeiro objeto seria a mãe, seu corpo e, particularmente, o interior de seu corpo. Contudo, na segunda fase de sua obra, deixa claro que está ciente do efeito inibidor das fantasias agressivas. A angústia despertada por suas fantasias aterrorizantes modularia essa experiência de investigação. Assim, em *Estágios iniciais do conflito edipiano* (1928), argumenta que a "pulsão epistemofílica" não é criada pela libido, mas pelo sadismo. O sadismo arcaico com o qual a criança ataca e, ao mesmo tempo, conhece o corpo da mãe.

Ainda conforme Guttierrez (s/d), em *A importância da formação de símbolos* (Klein, 1930), Melanie Klein apresenta outra descoberta, demonstrando que uma defesa maciça contra o sadismo causa uma inibição

epistemofílica geral. Deste modo, a autora descreve contrastantes grupos de ansiedades que se seguem aos ataques sádicos e inibem o funcionamento intelectual. Ansiedades a respeito da condição perigosa do corpo da mãe e, por extensão, da realidade externa, interferem na livre exploração do mundo exterior, enquanto o medo de perigos no próprio ego, principalmente a presença ameaçadora do superego sádico primitivo, impede a auto-exploração. A autora também mostra que as defesas contra o sadismo podem provocar não só uma inibição epistemofílica generalizada, mas também inibições intelectuais específicas.

Concluindo, seja qual for o objeto de investigação, é sempre necessário ter em mente qual o vínculo que a curiosidade estabelece entre a criança e o objeto, isto é, para que deseje conhecê-lo. O desejo aparece aí como um elemento importante.

Por fim, é possível dizer que a relação entre curiosidade e desenvolvimento psíquico da criança é formada por um longo processo de descobertas, formulação e reformulação de hipóteses de entendimento de si mesma e do mundo permeados pelas angústias e ansiedades do não saber. O que se desenrola no âmbito emocional é rigorosamente acompanhado por processos de formação cognitiva de entendimento de si e do mundo circundante.

Conforme postula Souza (1995), as questões levantadas fazem pensar que não é suficiente ter capacidade intelectual para bem aprender. É necessário, também, que esta se acompanhe de uma estrutura de personalidade razoavelmente madura emocionalmente e, para tal, que tenha superado, com o auxílio de sua família, a etapa de seu desenvolvimento na qual predomina o processo primário, podendo, assim, utilizar-se do processo secundário de pensamento e de mecanismos de defesa mais evoluídos e adaptados à realidade.

4 Psicodiagnóstico

O presente capítulo discorrerá sobre o que é o processo diagnóstico infantil, mais especificamente no âmbito psicanalítico, suas etapas – entrevista inicial, hora de jogo, testes projetivos e devolutiva aos pais e criança – como é constituída a personalidade da criança dentro do contexto familiar, como se dá a relação da criança com seu mundo circundante e como é visto e trabalhado o sintoma dentro deste processo, bem como a postura necessária do psicólogo dentro do mesmo.

Na maior parte dos casos, quando uma pessoa recorre a um atendimento psicológico, já utilizou, sem sucesso, seus recursos e seu repertório de conhecimentos para resolver determinado incômodo. Ao aceitar a proposta do psicólogo de passar por um psicodiagnóstico, esta pessoa demonstra que está buscando compreender atitudes suas ou de um filho, por exemplo, que não se enquadram no que considera normal ou adequado. Outras vezes, faz isso porque um terceiro, professor ou médico diz que há algo errado.

Em qualquer um dos casos, esta situação provoca uma sensação de estranheza ou mesmo de sofrimento, permeada por uma impressão de incompetência, que leva a pessoa a buscar ajuda profissional. Frequentemente, é um momento de fragilidade (“já não sei mais o que fazer”), em que o cliente espera encontrar um profissional que esteja disponível, totalmente voltado para ele, interessado e preocupado em ajudá-lo, em dar-lhe apoio e em diminuir seu desconforto.

Segundo Lopez in Trinca (1984), o termo diagnóstico origina-se do grego *diagnōstikós* e significa discernimento, faculdade de conhecer, de ver através de. Em relação ao significado da palavra, é possível dizer também que Psico (mente) + dia (através) + gnóstico (conhecimento).

Ainda conforme a autora, o termo, entendido desta maneira, permite dizer que, sempre que se explicita compreensão sobre um fenômeno, realiza-se um de seus possíveis diagnósticos uma vez que se percebe nele aspectos, peculiaridades e relações que compõem um todo, que pode ser entendido por conhecimento do fenômeno. Para chegar a esse

conhecimento, utiliza-se de processos de observações, de avaliações e de interpretações que se baseiam em percepções, experiências, informações adquiridas e formas de pensamento. Deste modo, é possível concluir que se faz uso do termo diagnóstico para referir-se à possibilidade de conhecimento que vai além daquela que o senso comum pode dar, ou seja, à possibilidade de significar a realidade usando de conceitos, noções e teorias científicas.

Conforme explicita Trinca (1984):

O processo diagnóstico é a forma resultante de determinada organização e estruturação dos elementos de um estudo de caso, realizado segundo uma certa concepção diagnóstica. Expressa-se na seqüência de fases e nos passos que se dão para a consecução dos objetivos diagnósticos. Estes são estruturados e orientados em função de determinados embasamentos teóricos e práticos. (Trinca, 1984, p.14)

De maneira simplificada, é possível dizer que o processo diagnóstico é um processo de generalização do problema, e o levantamento de hipóteses é um processo de solução, uma vez que a cada ocasião se confirma ou se rejeita estas suposições. No psicodiagnóstico, é possível identificar e explicitar o modo de vida do sujeito, em seu contexto e naquele momento. Assim, conclui-se que o processo de psicodiagnóstico tem seu fim em um conhecimento do sofrimento do paciente no momento em que ocorre, determinando necessidade de encaminhamento para psicoterapia ou não.

Outro conceito que o autor do presente trabalho gostaria de esclarecer é referente ao psicodiagnóstico de tipo compreensivo, uma vez que este foi utilizado como referencial para o atendimento do caso clínico que se discutirá a seguir. Desta maneira, ainda segundo Trinca (1984), a noção de um processo psicodiagnóstico do tipo compreensivo partiu da necessidade de uma denominação abrangente, que envolvesse a multiplicidade de fatores compreendidos na realização de estudos de casos.

Institui, no diagnóstico psicológico, situações que adicionam, entre outras possibilidades, a de encontrar um sentido para o conjunto de informações disponíveis, perceber o que é relevante e significativo na personalidade, entrar empaticamente em contato emocional e, também, conhecer os motivos profundos da vida de alguém. Desta maneira, entende-se o diagnóstico compreensivo como uma visão totalizadora do indivíduo, uma vez que considera a necessidade do emprego de diferentes referenciais com o objetivo de não cair na unilateralidade dos demais processos.

O autor prossegue dizendo que a busca de uma compreensão psicológica globalizada considera a existência de diferentes fatores em interação na personalidade, ou seja, admitem-se forças intrapsíquicas, que são aquelas que não só se expressam no momento atual da vida do paciente como trazem a marca de processos evolutivos, forças intrafamiliares, principalmente aquelas que são decisivas em termos psicopatológicos e psicopatogênicos, sendo o paciente seu determinante ou por elas determinado, e forças sócio-culturais que, por se constituírem em dados básicos, não podem ser negligenciadas.

Mais especificamente, este processo é abrangente das *dinâmicas intrapsíquicas, intrafamiliares e sócio-culturais, como forças e conjuntos de forças em interação, que resultam em desajustamentos individuais* (Trinca, 1983, apud Trinca, 1984, p.15), envolvendo, também, os dinamismos de desenvolvimento e maturação do indivíduo, tanto considerando o âmbito do desajustamento quanto da normalidade. Por vezes, é possível, dentro deste processo, conforme a necessidade da situação, que a avaliação enfatize determinados aspectos (intelectual, psicomotor, emocional), mas sem perder de vista o indivíduo como um todo. Assim, cabe concluir que o psicodiagnóstico do tipo compreensivo é aquele que leva em conta o sujeito como um todo.

Envolvendo diversas finalidades práticas, como postula este mesmo autor, tomado em sua significação compreensiva, o diagnóstico tem se mostrado um recurso útil para avaliação global da personalidade; determinação da natureza, intensidade e relevância dos distúrbios; orientação psicológica ao paciente, aos pais e responsáveis, bem como à escola; ao fornecimento de subsídios a demais profissionais; indicações e

encaminhamentos terapêuticos; definição do tipo de intervenção psicoterapêutica; determinação dos objetivos, áreas relevantes e intensidade da intervenção psicoterapêutica (planejamento psicoterapêutico); prognóstico do caso; prognóstico da evolução terapêutica e para a pesquisa psicológica.

Lopez (2002) discute que o psicodiagnóstico costuma ser um momento de transição, passaporte para o atendimento posterior, este sim considerado significativo porque se faz capaz de provocar mudanças, no qual o cliente encontrará acolhimento para suas dúvidas e/ou sofrimento. O psicodiagnóstico não é considerado, na maioria das vezes, como prática de intervenção, pois além de se dar em um número relativamente pequeno e determinado de encontros, é entendido como prática de investigação, avaliação ou seleção. Deste modo, às vezes, não é percebido como um momento possível de abrir perspectivas novas e possibilitar mudanças positivas para o cliente.

Conforme a autora, a visão clássica do psicodiagnóstico recomenda uma atitude de neutralidade, o que leva a certo distanciamento do terapeuta para facilitar as manifestações inconscientes do cliente. Além disso, recomenda-se que os contatos com o psicólogo durante o psicodiagnóstico não se estendam além do necessário para evitar o desenvolvimento de uma relação transferencial que exigiria outro tipo de atendimento.

Contudo, a autora do presente estudo, assim como Lopez (2002), considera que, se houver, por parte do cliente, o pedido de uma ajuda imediata, ou seja, a predisposição para iniciar um movimento no sentido de mudança, esta demanda, nem sempre explícita, ao ser captada pelo psicólogo, deverá ser clareada ao cliente. Assim, se o psicólogo puder desprender-se dos conceitos tradicionais já mencionados, que dizem sobre a práxis psicológica, será capaz de abrir-se para esta demanda e convidar o cliente para uma caminhada conjunta. Isso, contudo, só será possível se o psicólogo se abrir para a co-participação do cliente e acreditar que este último pode compartilhar os conhecimentos que se forem configurando durante o processo.

Deste modo, dá-se uma atuação que se configura pela atitude do psicólogo de partilhar suas impressões sobre e com o cliente, convidando-o a participar do processo e a abandonar a postura passiva do sujeito a ser conhecido. A partir daí, o psicólogo manterá sua escuta voltada para as possibilidades de intervenção.

Assim, outro referencial importante de ser discutido neste trabalho, uma vez que também foi admitido pela presente autora no momento de sua atuação clínica, considerando que a relação terapêutica é tão importante que só o fato de a pessoa estar sendo ouvida e cuidada já causa melhoras em relação ao sintoma, é o conceito de psicodiagnóstico interventivo.

Segundo Lopez (2002):

No psicodiagnóstico do tipo compreensivo a intervenção ocorre à medida que não se poupa os apontamentos que naturalmente ocorrem ao psicólogo durante os encontros, ou seja, quando se compartilha com o cliente, durante as sessões de psicodiagnóstico, a maneira como ele se apresenta: a impressão que causa ao psicólogo e as reflexões que possibilita. Se for possível captar o estilo do cliente – isto é, sob que formas ele estabelece relações com o mundo- e se ele puder ser esclarecido sobre isso, novas perspectivas de autoconhecimento certamente se abrirão para ele. (Lopez, 2002, p. 34)

Consideram-se os apontamentos interventivos quando não se repetem às situações de vida cotidiana do cliente, introduzindo a estranheza no relacionamento, de modo a fazê-lo confrontar-se com uma ruptura de seus comportamentos usuais, da compreensão costumeira e dos jogos relacionais que aprendeu a jogar. Neste sentido, a situação psicodiagnóstica é considerada privilegiada porque, uma vez que faz parte do contrato do psicodiagnóstico dizer que se tentará mapear a maneira como aquela pessoa estabelece as relações consigo, com o mundo e com os objetos e o que, na sua maneira de estar no mundo, a está incomodando ou aos outros, implica na busca do conhecimento da maneira como o cliente se apresenta

e assim pode fazer que o cliente se perceba como campo de possibilidades, assim como em uma psicoterapia.

Para isso, é necessária a investigação dos acontecimentos marcantes, a história de vida e sua influência nas transformações, ou seja, o modo como a pessoa encara sua existência. Assim, permite-se a percepção do cliente a respeito de sua história de vida, mobilizada no ato da relação com o entrevistador, uma vez que a fala do psicólogo pode revelar ao cliente a sua própria fala, desocultando o que está encoberto, não interpretando, mas dando sentido. Pode-se concluir que a fala do cliente revela como seu mundo lhe aparece e assim, cabe ao psicólogo, por sua vez, mostrar como este mundo lhe está sendo mostrado pela fala do cliente, isto é, o mundo tal como se apresenta ao cliente.

Portanto, partindo do pressuposto que o cliente de psicodiagnóstico espera conhecer alguma coisa nova sobre si mesmo e que lhe sejam apresentadas novas possibilidades de ser, é tarefa do psicólogo dar essa possibilidade ao cliente, assegurando sua confiança, partilhando os conhecimentos que ele veio pedir que lhe fossem apresentados. Cabe ressaltar aqui que não se pretende igualar a atividade psicodiagnóstica à psicoterapia, mas considera-se valioso que não se perca a oportunidade de tornar esse momento com o psicólogo um encontro privilegiado, significativo para o cliente.

Segundo a estruturação que lhe é dada, um processo diagnóstico pode ser classificado de conformidade com os tipos existentes. Neste caso, fez-se uso do diagnóstico psicanalítico, que tem, em sua concepção predominante, que o diagnóstico deva configurar uma espécie de antevisão dos fenômenos que a prática psicanalítica bem-sucedida encontraria no paciente e com os quais lidaria.

Conforme postula Lopez in Trinca (1984):

A psicanálise explicita o conceito de inconsciente e explica, através de processos intrapsíquicos, os diferentes comportamentos que procura compreender. (...) A psicanálise influenciou o psicodiagnóstico a partir da acentuação do valor das entrevistas como instrumento de trabalho, o estudo da personalidade através da

utilização de observações e técnicas projetivas e se desenvolveu uma maior consideração da relação do psicólogo e do cliente com a instrumentalização dos aspectos transferências e contratransferências. Enfim, a psicanálise desenvolveu instrumentos diagnósticos sutis, que permitem verificar o que se passa com o indivíduo por detrás do seu comportamento aparente. (Lopez in Trinca, 1984, p.8)

Desta maneira, conforme nos explica Trinca (1984), o processo diagnóstico de tipo compreensivo exige a familiarização do profissional com a abordagem psicanalítica dos fenômenos inconscientes que abarcam, principalmente, a dinâmica encoberta dos conflitos, a estrutura e a organização latentes da personalidade. É necessário, também, fazer uso do referencial psicanalítico para o conhecimento da dinâmica familiar, uma vez que o jogo de forças que opera nas relações familiares é, em grande parte, de natureza inconsciente. O psicólogo, dentro deste processo, deve sempre prestar atenção aos fenômenos da transferência e da contratransferência, reconhecendo-os e lidando com eles.

No caso das crianças, os pais e/ou responsáveis são convidados a exprimir, por meio de entrevistas livres, a natureza e a dinâmica do funcionamento do ambiente do paciente e a interação paciente-ambiente. Assim, a crescente necessidade de realizar as entrevistas livres e semi-estruturadas, a realização de anamnese detalhada, o uso de testes projetivos e a hora de jogo, garantindo suas importâncias, atestam a ênfase no referencial psicanalítico com finalidades diagnósticas, que tem, na associação livre dos pais e da criança, por meio de seu brincar, o ponto de referência.

A decifração do conteúdo inconsciente das mensagens que surgem no processo diagnóstico depende da experiência clínica do profissional, o qual deve estar habituado a lidar com os conteúdos do mundo interno, principalmente por meio da análise pessoal. Tendo experimentado em si mesmo a passagem do inconsciente para o consciente, pode mais

facilmente reconhecer conteúdos de natureza semelhante naqueles com quem entra em contato profissional.

Atualmente, conforme afirma Lopez in Trinca (1984), todas as correntes em psicologia concordam que, para compreender o homem, é necessário organizar conhecimentos em relação à sua vida biológica, intrapsíquica e social, não podendo excluir nenhum desses. Mais especificamente, sobre os aspectos biológicos do sujeito, ao realizarem o psicodiagnóstico, os psicólogos preocupam-se com os fatores de desenvolvimento e maturação, com atenção à organização neurológica espelhada no exercício das funções motoras. A avaliação dessas funções ocupa um local de importância no psicodiagnóstico infantil, ao lado da avaliação cognitiva, pois está ligada ao pragmatismo e ao sucesso escolar. Também é tarefa do psicólogo, neste processo, perguntar-se sobre possíveis causas orgânicas subjacentes à queixa apresentada a fim de evitar os riscos da “psicologização”, ou seja, fornecer explicações psicológicas a distúrbios de outra origem. A avaliação dos processos intrapsíquicos, principalmente da estrutura e dinâmica da personalidade, constitui-se no núcleo do psicodiagnóstico. É ao redor dela que se organizam os demais dados. A relação do cliente com o psicólogo, assim como os papéis familiares e sociais, valores e expectativas, também são considerados e de extrema importância.

Sendo assim, a maior responsabilidade do psicólogo consiste no trabalho de integração desses dados. Contudo, apesar da busca de integração, sabe-se que um psicodiagnóstico, por mais completo que seja, refere-se a um determinado momento da vida do indivíduo e constitui sempre uma hipótese diagnóstica. Isso porque a Psicologia, como qualquer outra ciência, não pode ser considerada um corpo de conhecimentos acabado, completo e fechado.

Quando se discutiu sobre a primeira entrevista, falou-se das etapas posteriores que seguem no processo de psicodiagnóstico. Assim, cabe explicitar aqui mais claramente sobre o que a autora do presente estudo quer dizer quando fala de testes projetivos e o que considera a hora de jogo. Para isso, inicialmente, usar-se-á as contribuições de *Ocampo et al* referentes aos testes projetivos para esclarecer seu ponto de vista:

Os testes projetivos apresentam certas vantagens que os tornam insubstituíveis e imprescindíveis. Mencionaremos entre elas sua padronização, característica que dá ao diagnóstico uma maior margem de segurança; a exploração de outros tipos de conduta que não podem ser investigadas na entrevista clínica (por exemplo, a conduta gráfica) e que podem muito bem construir o reduto de aspectos mais patológicos do paciente, ocultos atrás de uma boa capacidade de verbalização. (Ocampo et al, 2001, p.18)

Em relação à hora de jogo diagnóstica, conforme nos diz Ocampo et al (2001), a presente autora entende que se constitui em um recurso ou instrumento técnico que o psicólogo possui dentro do processo psicodiagnóstico, cuja finalidade é conhecer a realidade da criança que foi trazida à consulta, uma vez que a atividade lúdica é a forma de expressão da criança, assim como a linguagem verbal o é no adulto.

A hora de jogo diagnóstica fundamenta-se, então, na instrumentalização, por parte do psicólogo, das possibilidades comunicacionais da criança para depois conceituar a realidade que se apresenta num processo que tem começo, desenvolvimento e fim, operando como uma unidade e assim deve ser interpretada como tal. Deste modo, ao oferecer à criança a possibilidade de brincar em um contexto particular, com um enquadramento que inclui espaço, tempo, explicitação de papéis e finalidade, cria-se um campo que será estruturado basicamente em função das variáveis internas de sua personalidade.

A seguir, discorrer-se-á mais detalhadamente a respeito das etapas do psicodiagnóstico psicanalítico a fim de ilustrar como se dá, passo-a-passo, o processo e qual é a postura necessária do psicólogo dentro dele, de modo a clarear como ocorreu no caso clínico que será discutido, bem como embasar o leitor para sua postura dentro deste.

Conforme Arzeno (1995), no caso de ser a primeira consulta que os pais fazem, a primeira entrevista é o primeiro passo no processo

psicodiagnóstico e deve reunir certos requisitos para cobrir seus objetivos, tais como: no começo ser muito livre, não direcionada, de forma que possibilite a investigação do papel que cada um dos pais desempenha, entre eles e conosco; o papel que cada um parece desempenhar com o filho, a fantasia que cada um traz sobre o filho, a fantasia de doença e cura que cada um tem, a distância entre o motivo manifesto e o latente da consulta, o grau de colaboração ou de resistência com o profissional etc.

Para isso, serão levados em consideração tanto elementos verbais como não verbais da entrevista: a gesticulação dos pais, seus lapsos, suas ações (como ir ao banheiro; esquecer algo ao partir; segurar o tempo todo uma bolsa ou pasta; fazer comentários sobre o consultório ou sobre a pessoa do psicólogo como profissional, sejam eles agradáveis ou não; fazer alguma queixa, que, mesmo parecendo justificada, pode estar encobrindo algo de outra natureza; desencontro do casal ao chegar para a primeira entrevista; trocar o horário por engano; trazer uma lista escrita com dados excessivamente detalhados; olhar o teto o tempo todo; pedir um conselho rapidamente etc.).

Contratransferencialmente, o psicólogo deve considerar, de maneira constante, aquilo que sente e as associações que faz à medida que os pais vão relatando a sua versão do que ocorre. Assim, forma-se uma imagem desse filho, a imagem que eles transmitem ao psicólogo, cada uma a sua, e a que fica, que nem sempre é o reflexo exato do que os pais têm tentado passar. Quando se conhece o filho, o que constitui o passo seguinte do processo já se pode comparar essa imagem que se tem dele com a que realmente está recebendo.

Conforme dito acima, o primeiro requisito da entrevista projetiva é de que seja livre. Um segundo requisito é que, em outro momento, quando for mais oportuno, segundo o julgamento do profissional que está fazendo o trabalho, seja dirigida de forma a poder elaborar uma história clínica completa do paciente. Devem-se solicitar dados, colher informação exhaustiva sobre a história do sintoma e, também, deixar estabelecido um contrato para esta etapa do trabalho diagnóstico, ou seja, esclarecer quantas entrevistas serão feitas, quem deve participar, em que horário, que ordem será dada ao filho, quais serão os honorários, qual o objetivo de todo

esse estudo, em que vamos centrá-lo, qual o motivo mais profundo, que destino terá a informação que obtivermos (se esta será transmitida a eles, ao filho ou, além deles, ao pediatra ou à professora, por exemplo).

Mais claramente, a diferença entre uma entrevista clínica habitual e a psicodiagnóstica com testes projetivos é que nesta o psicólogo deve manter um duplo papel, ou seja, no início, um papel de não intervenção ativa, limitando-se a ser um observador da situação que está se desenvolvendo no campo do qual está participando. Tentar-se-á manter o papel de observador que escuta e registra por meio do material do paciente e dos efeitos contratransferências. Após isso e, gradualmente, devem-se intercalar perguntas ou tentar dirigir o diálogo. Há casos em que ocorre o contrário: os pais falam muito da época em que o filho era bebê e faltam dados sobre a atualidade, ou contaram algo ligado exclusivamente a uma área da sua vida e nada em relação a outras. Deve-se considerar isso e, então, no momento mais oportuno, adotar um papel mais ativo, tal como intervir, investigar e, inclusive, enfrentar os pais com suas próprias contradições, falta de recordações ou falta de sensibilidade para registrar a seriedade da sintomatologia e os riscos que o filho está correndo. Tecnicamente, isso pode ser feito assinalando alguns pontos sem fazer interpretações, o que não é recomendável em sua primeira entrevista, mas o grau de permeabilidade é muito variável, afinal, alguns pais vêm com muito *insight* e possibilitam ao psicólogo trabalhar, desde o primeiro contato, de uma maneira muito mais ágil e terapêutica. Isso, no entanto, não é comum.

Nessa entrevista inicial, trabalhando com um esquema referencialmente psicanalítico, aconselhamos usar o enquadre de uma entrevista aberta projetiva, fundamentalmente no início, mas logo deve ser dirigida para colher todos os dados necessários ou enfrentar os pais, assim como já dito, de modo a indicar situações que se observam muito negadas, deslocadas ou dissociadas. Com crianças, o equivalente à entrevista projetiva inicial é a hora de jogo diagnóstica. Deste modo, com as crianças, continua-se com os testes e, na maioria dos casos, deve-se fazer os respectivos inquéritos. Assim, então, o mesmo modelo é repetido. No início, deve-se colher a produção espontânea do paciente e logo fazer um

inquérito para especificar detalhes das respostas, o que exige do psicólogo uma atitude abertamente dirigida.

Deste modo, cabe aqui ilustrar as contribuições de *Ocampo at all* (2001) a fim de reforçar a discussão:

Caracterizamos a entrevista inicial como entrevista semidirigida. Uma entrevista é semidirigida quando o paciente tem liberdade para expor seus problemas começando por onde preferir e incluindo o que desejar. Isto é, quando permite que o campo psicológico configurado pelo entrevistador e o paciente se estruture em função de vetores assinalados pelo último. Mas, diferindo da técnica de entrevista totalmente livre, o entrevistador intervém a fim de: a) assinalar alguns vetores quando o entrevistado não sabe como começar ou continuar. Estas perguntas são feitas, é claro, da maneira mais ampla possível; b) assinalar situações de bloqueio ou paralização por incremento da angústia para assegurar o cumprimento dos objetivos da entrevista; c) indagar acerca de aspectos da conduta do entrevistado, aos quais este não se referiu espontaneamente, acerca de "lacunas" na informação do paciente e que são consideradas de especial importância, ou acerca de contradições, ambigüidades e verbalizações "obscuras". (Ocampo at all, 2001, p.17)

É por isso que a atitude do profissional que realiza o estudo da personalidade com testes projetivos é combinada, uma vez que não é totalmente livre nem tampouco uma atitude absolutamente fechada ou de dirigismo rígido. É difícil esgotar todas as possibilidades porque cada caso é um psicodiagnóstico único e não se repete devido ao fato de não existir um modelo único e rígido. A atitude do psicólogo deve ser, ao mesmo tempo, aberta, permeável e concretamente precisa e centralizada em um objetivo que não pode ignorar ou perder de vista em momento algum. Ficar com uma resposta ambígua significa não poder chegar às conclusões necessárias

para realizar o psicodiagnóstico ou prognóstico com êxito nem tomar uma decisão ou dar sugestões quanto à estratégia terapêutica.

Segundo as mesmas autoras, é possível dizer, então, que a técnica de entrevista semidirigida é recomendada, pois permite conhecer exaustivamente o paciente e cumpre com a necessidade de extrair da entrevista certos dados que permitem formular hipóteses, planejar a bateria de testes e interpretar com maior precisão os dados dos testes e da entrevista final. A relação entre o que o paciente e seus pais mostra, na primeira entrevista, com o que aparece nos testes e que surge na entrevista de devolução, oferece um importante material diagnóstico e prognóstico.

Conforme Arzeno (1995), em relação aos recursos que possui o psicólogo para registrar tudo o que é necessário desde a entrevista inicial, cabe resumir que, sem dúvida, a comunicação verbal é via essencial para tal objetivo. O registro do não verbal também é essencial e, por isso, o psicólogo deve ser um ouvinte atento a gestos, lapsos e atuações, por exemplo, que possuem um valor inestimável, uma vez que não são produto de um discurso planejado, mas sim de um discurso do inconsciente. Como já mencionado, outro nível de registro que o psicólogo pode contar é o contratransferencial. Contudo, para que ele seja confiável, o psicólogo deve ter realizado uma boa psicanálise de forma a não confundir aquilo que ele registra como algo do outro com efeitos das suas intervenções em áreas não resolvidas de si mesmo.

Ainda sobre os recursos disponíveis de registro, segundo *Ocampo et al* (2001), o psicólogo deve estabelecer o grau de coerência ou discrepância entre tudo o que foi verbalizado e tudo o que se capta por meio da linguagem não verbal (roupas, gestos etc.), uma vez que o que se expressa não verbalmente é algo real, porém muito menos controlado do que as verbalizações. Tal confronto pode informar sobre a coerência ou discrepância entre o que é apresentado como motivo manifesto da consulta e como motivo latente. Segundo as mesmas autoras, é importante, também, poder captar que tipo de vínculo o paciente procura estabelecer com o psicólogo porque isso indica de que maneira específica sente seu contato com ele (como perigoso, invasor, maternal etc.).

Concluindo, segundo Arzeno (1995), se a primeira entrevista cumpriu sua finalidade, o psicólogo termina a sessão com:

Uma imagem do conflito central e seus derivados; uma história da vida do paciente e da situação desencadeadora; alguma hipótese inicial sobre o motivo profundo do conflito, a qual será ratificada ou modificada, segundo o material projetivo dos testes e da entrevista de devolução; uma estratégia para usar determinados instrumentos diagnósticos seguindo uma determinada ordem, de modo que sirvam para ratificar e ampliar as nossas hipóteses prévias ou para ratificá-las. (Arzeno, 1995, p. 35).

Outro ponto necessário de ser especificamente discutido neste capítulo é o motivo da consulta. Este irá guiar a busca do psicólogo na primeira entrevista e é, como já esclarecido, adequado explorar detalhadamente todas as áreas com ele relacionadas, deixando para uma entrevista posterior outras perguntas que vierem a surgir para não transformar o primeiro encontro em um inquérito tão entediante quanto persecutório.

Segundo Arzeno (1995), o motivo manifesto da consulta é a resposta da primeira pergunta do psicólogo, aos pais, a respeito do motivo pelo qual procuram ajuda, nessa entrevista inicial. É aquilo que está mais próximo da consciência e prefere-se mencionar em primeiro lugar. Ao ter mais confiança, provavelmente, esses pais venham a mencionar outros motivos de preocupação mais difíceis de comunicar. Há, também, o motivo latente ou inconsciente da consulta, que irá surgir à medida que for sendo realizado o estudo e será ou não transmitido ao paciente, dependendo de certas circunstâncias. Desta maneira, o sintoma, como já foi dito anteriormente, será considerado, provisoriamente, aquilo que o paciente traz como motivo manifesto da solicitação de psicodiagnóstico.

A fim de reforçar os conceitos, cabe expor aqui a contribuição de *Ocampo et al*:

No motivo da consulta deve-se discriminar entre motivo manifesto e motivo latente. O motivo manifesto é o sintoma que preocupa quem solicita a consulta, a ponto de tornar-se um sinal de alarma. Isto é, algo o preocupou, reconhece que não pode resolvê-lo sozinho e resolve pedir ajuda. Em alguns casos o receptor do sinal de alarma é o terceiro (parente, amigo, pediatra), que é quem solicita a consulta ou mobiliza o paciente a fazê-lo. Este dado nos indica por si só um grau menor de insight com referência a própria doença. Na maioria dos casos o motivo manifesto é, dentro de um número mais ou menos extenso de sintomas que afligem o paciente, o mais inócuo, o mais fácil e conveniente de ser dito ao psicólogo, a quem geralmente, acaba de conhecer. Geralmente o motivo é outro, mais sério e mais relevante do que o invocado em primeiro lugar. Denominamo-lo motivo latente, subjacente ou profundo da consulta. (Ocampo et all, 2001, p.29)

Sobre isso, é possível pensar, ainda conforme a autora, que alguns pais contam com muita ansiedade um sintoma que, ao psicólogo, parece de baixa relevância. Nestes casos, pode-se pensar que a carga de ansiedade foi deslocada para um sintoma mais leve, mas que provém de outro mais sério, que os pais não tomaram consciência ou que não têm dificuldade de enfrentar e cuja transcendência se expressa por meio da quantidade de ansiedade deslocada ao sintoma que chegam a verbalizar.

Ainda sobre o motivo manifesto da consulta, cabe aprofundar a discussão a partir das explicitações de Arzeno (1995), demonstrando o paralelo que este faz com a consciência da doença: a preocupação dos pais e/ou do paciente, o que eles consideram sintoma preocupante e, assim, o colocam desde o início, deveria ser considerada como consciência da doença, uma vez que os pais sabem que algo está mal e o descrevem como pode. A partir disso, cabe ao psicólogo tentar descobrir tanto o motivo manifesto como o latente, afinal, ninguém inicia um psicodiagnóstico por causas aparentemente simples. Nesses casos, existe pouca probabilidade de que as conclusões do profissional sejam logo aceitas ou, então, só serão aceitas no nível intelectual, o que não constituiria um bom final, pois não

haveria nem ao menos uma mínima incorporação de elementos inconscientes que contribuíssem para a tomada de *insight* daquilo que é mais profundo e que deixaria o paciente motivado para iniciar um tratamento psicanalítico que o ajudaria a chegar até a causa de seus problemas.

Deste modo, fica claro que deve existir uma distância considerável entre o grau de consciência de doença com o qual o paciente chega para a primeira entrevista e aquele que é obtido no início do tratamento ou quando este já está bem adiantado. É nesse momento que o paciente, criança, poderá falar de seus conflitos após tornar consciente o que era inconsciente, ou seja, quando, junto à consciência de doença original, forem incorporados aspectos importantes que pertenciam ao plano mais inconsciente. Pode-se acrescentar que não somente o sujeito que consulta tem a sua própria fantasia inconsciente de doença, mas cada um dos pais e o psicólogo possuem a suas.

Assim, segundo *Ocampo et all* (2001), se o paciente toma consciência, se puder, desse motivo mais profundo durante o processo psicodiagnóstico, o prognóstico é melhor. O modo como a criança e seus pais recebem essa informação na devolutiva é um elemento importante de ser observado, afinal, se recebem a informação e a aceitam como possível, o prognóstico é melhor. Se negam totalmente reconhecê-la como própria, cabe pensar que as resistências são muito fortes e, portanto, o prognóstico não é muito favorável.

Essa discrepância surge como consequência de um processo de dissociação intrapsíquica que ocorreu no paciente. É importante que aquilo que foi dissociado intrapsiquicamente pelo paciente não seja também dissociado pelo psicólogo no material recolhido e no informe final. Deste modo, se faz imprescindível a devolução de informação, afinal constitui-se na oportunidade que se dá ao paciente para que integre o que aparece dissociado entre o manifesto e o latente. Por isso, é importante saber se o sintoma trazido é egossintônico ou egodistônico para o paciente e seu grupo familiar, uma vez que o grau de dissociação, ou seja, o aspecto mais doente do paciente ou de seu grupo familiar, influirá no tempo e na quantidade de energia necessários para o processo de integrá-lo conscientemente. A

dissociação é tanto mais acentuada e mais resistente à melhora quanto mais intensos forem os sentimentos de culpa, ansiedade, repressão, entre outros, que tal conflito mobiliza no paciente e que funcionam como responsáveis por essa dissociação.

Outro aspecto relacionado ao motivo da consulta, ainda conforme *Ocampo et al* (2001), é de o psicólogo investigar se o paciente funciona como terceiro excluído ou incluído em relação ao motivo do início do processo psicodiagnóstico. É comum acontecer que os pais de uma criança não esclareçam ao paciente o motivo pelo qual o levam ao psicólogo. Neste caso, trata-se o paciente como terceiro excluído. Se esclarecerem o motivo, funciona como terceiro incluído, mas é preciso observar até que ponto os pais ou quem intervém no encaminhamento, fazem-no participar desta informação. Se esses pais transmitiram ao filho o motivo manifesto, mas ocultaram o motivo profundo, surgem, então, distorções e negações, por exemplo, que, na realidade, confundem o paciente e aumentam os seus conflitos ainda mais que o conhecimento da verdade. O psicólogo deve, assim, orientar os pais para que esclareçam ao filho sobre seu motivo real de sua presença no consultório.

4.1 A família e o sintoma no psicodiagnóstico

Outro tema de extrema importância neste trabalho é sobre o lugar da família no psicodiagnóstico infantil e como esta contribui ou não para a formação do sintoma infantil. Desta maneira, discutir-se-á mais a fundo sobre o contexto familiar envolvido no processo. Como já explicitado, o objetivo primordial da primeira entrevista é conhecer a história do sujeito e de sua família. Contudo, mais importante que o registro cronológico dos fatos de três gerações é a reconstrução do “romance familiar” com seus mitos, seus segredos e suas tradições, por exemplo.

Dentro de um estudo psicodiagnóstico, segundo Arzeno (1995), na primeira entrevista, o psicólogo deve dirigir suas perguntas considerando que o sintoma apresenta: um *aspecto fenomenológico*, nesse sentido, deve-

se perguntar detalhadamente tudo aquilo que se refere ao mesmo, sem dar nada por sabido; um *aspecto dinâmico*, isto é, mostra e esconde ao mesmo tempo um desejo inconsciente que entra em oposição com uma proibição do superego. Por isso, é importante perguntar como a criança reage diante dos sintomas descritos pelos pais, uma vez que, por exemplo, a vergonha, culpa e pudor são elementos que indicam a existência de um conflito intrapsíquico, que o sujeito irá cooperar no trabalho psicodiagnóstico e no tratamento posterior e que a patologia é predominantemente neurótica. Também deve-se considerar que todo sintoma causa um *benefício secundário*, sendo importante então investigar o que o paciente obtém com a apresentação do sintoma e o que ele perderia no caso de que abandonasse o mesmo. Isso ajudará a medir as resistências que ele colocará para a superação do mesmo. Outro aspecto a ser considerado na primeira entrevista é que o sintoma expressa algo no *nível familiar*.

O enfoque familiar, que, segundo a autora anteriormente mencionada, foi iniciado pela escola francesa de psicanálise, liderados principalmente por Mannoni e Dolto, permite ao psicólogo dispor de vários esquemas referenciais entre os quais poderá escolher o mais convincente, sem omitir essa perspectiva tão importante na atualidade. Seguindo este enfoque, torna-se importante interrogar, durante a primeira entrevista, sobre o nome e sobrenome de cada progenitor, idade atual, se o pai e mãe vivem ou são falecidos (quando e de que), se os encontros são frequentes ou não e como é a relação. Também serão feitas perguntas sobre os irmãos de cada um e suas idades, assim como a história e todos os detalhes do ou dos nomes escolhidos para o filho que foi trazido para consultar.

Mannoni apud Arzeno (1995) diz que o sintoma está expressando algo que não foi dito, que ele ocupa o lugar dessa verdade não dita, que surge com e para outro. Seria inútil, então, procurar a etiologia da doença exclusivamente dentro do sujeito. Devem, também, ser explorados o contexto atual e a história familiar dentro dos quais ele surgiu.

A Escola Francesa nos proporciona, também, outra hipótese de grande valor para compreender o gênese de muitos problemas, enfatiza que o psicólogo deve sempre olhar para qual é o lugar do filho no desejo dos pais, ou seja, se este é um prolongamento narcisístico ou falo da mãe, ou é

reconhecido como um Outro com autonomia e vontade próprias. Isso não pode ser objeto de um inquérito direto e é mais fácil que seja observado nas entrevistas familiares. Se tivermos dúvidas, é indicado realizar uma entrevista vincular mãe-filho e outra pai-filho, além da familiar, para registrar fatos que nos tragam informações a esse respeito.

Assim como foi dito na introdução deste referido trabalho, todo sintoma implica fracasso ou ruptura do equilíbrio intrapsíquico prévio. O momento no qual os pais de uma criança que consulta decidem fazê-lo é quando esse sintoma já não mantém o equilíbrio familiar ou não basta, e a estrutura familiar balança.

Segundo Mannoni (1967):

Concluindo: os pais estão sempre, de certa forma, implicados no sintoma mostrado pela criança. Isto não deve ser perdido de vista porque estamos tocando a mola mestra da resistência: o desejo inconsciente de que "nada mude" deve, às vezes, ser encontrados nos pais patogênicos (...).

Ao analisar uma neurose, nós nos referimos também a um discurso coletivo que aparece na palavra da criança. Ele torna presente a sombra dos pais, mesmo se na realidade não queremos nos referir a eles. Somente a distinção introduzida por Lacan entre o desejo, a exigência e a necessidade, assim como a introdução do registro do imaginário, o real e o simbólico, permite situar a noção de transferência em um nível a partir do qual se pode ajudar o paciente a desvendar um sentido naquilo que as suas exigências colocam em jogo. (...) A questão é conseguir tirar a criança de um certo jogo de enganos que ele apresenta com a cumplicidade dos pais. Isto não pode ser feito a não ser que tenhamos compreensão de que o discurso é um discurso coletivo... A criança não é uma entidade em si. Nós a abordamos desde o início através da representação que o adulto possui dela. (Mannoni, 1967, apud Arzeno, 1995, p. 42)

Recordando o esquema freudiano, segundo Arzeno (1995), o psicólogo pode usá-lo como um referencial para saber quais as informações que deve colher na entrevista inicial e nas posteriores em relação ao contexto familiar. Desta maneira, deve atentar-se para a herança e constituição, ou seja, a história dos antepassados do paciente. Também deve-se prestar atenção para a história prévia do sujeito, seja ela real ou fantasiada, bem como para a situação desencadeante do conflito, tanto no nível individual como familiar. Esses fatores contribuem para a criação de hipóteses do conflito interno que provoca angústia e mobiliza defesas. O sujeito entra num quadro neurótico com formação de sintomas, os quais, como afirmado anteriormente, serão o motivo tanto manifesto como latente da consulta.

As hipóteses originadas nas entrevistas com os pais e naquela com a criança, ou seja, aquilo que sua hora de jogo e os testes indicam, devem ser consideradas temporárias até serem comparadas entre si, para só então serem autenticadas ou corrigidas, enriquecidas ou alteradas. Quanto menor a criança, mais importante será considerar esta recomendação, pois ela está em pleno processo de formação e em estreita e direta dependência emocional de seus pais.

Segundo Anna Freud (1975):

No que se refere ao papel dos pais na causa de doenças, o analista infantil deve ter muito cuidado para que as aparências superficiais não o desorientem e principalmente para não confundir os efeitos da anormalidade infantil sobre a mãe, com a influência patogênica da mãe sobre a criança. (...) Algumas mães ou pais dão à criança um papel dentro da sua própria patologia, estabelecendo as suas relações sobre essa base e não sobre as necessidades reais da criança. Muitas mães realmente transferem seus sintomas para seus filhos e logo os encenam conjuntamente como se fosse uma folie à deux.

No tratamento, principalmente os menores revelam até que ponto estão dominados pelo mundo objetal, ou seja, em que medida

o ambiente chega a influenciar para determinar sua conduta e sua patologia. (Anna Freud, 1975, apud Arzeno, 1995, p. 168)

Deste modo, é possível afirmar que os pais são modelos que a criança está incorporando durante uma etapa decisiva. Detectar o modelo que os pais estão apresentando e ajudá-los a retificá-lo, se necessário, pode constituir-se em ajuda para todo o grupo familiar, uma vez que, muitas vezes, é observado, desde a primeira entrevista, segundo *Ocampo et al* (2001), a semelhança entre a patologia do filho e de um de seus pais. Os dados que apontam para esta patologia não aparecem como motivo manifesto ou não se lhes dá primazia.

Ainda conforme as autoras, considerando a criança como emergente dentro de um grupo familiar e podendo entendê-la melhor quando se encontra com o casal parental, a presença de ambos os pais no estudo psicodiagnóstico se faz imprescindível. As autoras falam que é mais produtivo romper o estereótipo segundo o qual a entrevista com a mãe se impõe somente pelo estreito vínculo que se estabelece entre ela e a criança, apesar disso ser certo e plenamente válido nos primeiros meses de vida. Contudo, ressalta que, na história da criança, o pai desempenha frequentemente um papel tão importante quanto o da mãe, mesmo quando é uma figura praticamente ausente da vida familiar. A criança introjetou algum tipo de imagem paterna que, seguramente, terá ligação com sua sintomatologia atual e a problemática subjacente, por isso a necessidade de sua presença.

As autoras continuam explicando que, quando se chama só a mãe, parece que a destaca do resto do grupo familiar, mas isso tem sua contrapartida uma vez que se atribui unicamente a ela a responsabilidade por aquilo que a criança é. Não garantir a presença do pai equivale a pensar que ele nada tem haver com isso. Além disso, se a terapia for recomendada, ambos devem receber esta informação, enfrentar a responsabilidade e pensar numa solução.

Em relação à resistência diante da manipulação da culpa, a autora fala que entrevistar só a mãe facilita a admissão de toda a culpa pela

doença do filho, ou seja, a presença de ambos permite dividi-la e, portanto, diminuí-la. Há aqui também a necessidade de ressaltar que a devolução de informações causa certos benefícios psicológicos, por isso deve-se dá-las ao casal. Deste modo, a presença de ambos evita o perigo de aceitar o ausente como “bode expiatório”, isto é, como depositário de todo o mal do vínculo, e o presente como representante do que é bom e bem-sucedido. Não incluir o pai é tratá-lo como terceiro excluído e, deste modo, negar o complexo edipiano, que é um dos núcleos básicos da compreensão de cada caso. Isso estimula ciúmes e rivalidade no excluído.

Por todas essas razões, conforme as contribuições retiradas do levantamento teórico deste capítulo, recomenda-se realizar pelo menos uma entrevista com ambos os pais juntos, mas cabe esclarecer que nem sempre isso é possível e, às vezes, não é recomendável. Há, desta maneira, dentro de um estudo psicodiagnóstico contra-indicações, as quais, entre outras, por exemplo, podem ocorrer quando: os pais estão separados; quando há grande resistência no envolvimento e participação do processo; quando estima-se que isso elevará o nível de angústia da criança até um limite extremo que poderá ser destruído o bom *rapport* necessário a se ter com o profissional, deixando o paciente sua família com uma predisposição negativa para uma futura terapia. Isso é difícil de prever, mas, às vezes, é verbalizado pela própria criança ou até mesmo quando os pais mantêm e reforçam, inconscientemente, a sintomatologia do filho porque isso lhes proporciona um importante benefício secundário, e, a não ser que se pretenda modificar esta “economia” familiar, o pedido de tratamento será somente uma tentativa infrutífera, entre outros.

5 Metodologia

O presente trabalho utilizar-se-á um estudo de caso como ilustração de sua temática. Trata-se do caso de um menino com nove anos de idade que foi atendido em psicodiagnóstico na Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic, da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, do curso de Psicologia - PUC-SP.

As informações referentes ao paciente foram coletadas, inicialmente, em duas entrevistas realizadas com a responsável, no caso, a mãe. As entrevistas consistiram em triagem e anamnese, realizadas no dia 01.09.2010, pela autora deste trabalho, enquanto estagiária do Núcleo 1 - Diagnóstico Psicológico: Supervisão de Estágio², e sua dupla de estágio, da faculdade e curso anteriormente referidos.

Tais entrevistas foram realizadas com perguntas semi-dirigidas conforme o roteiro de anamnese da Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic (anexo 1). Essa entrevista teve como objetivo obter informações sobre o histórico pessoal e familiar do paciente, seu histórico de desenvolvimento, investigar o porquê do desejo de psicoterapia (demanda) e formular hipóteses diagnósticas para maior conhecimento do paciente e se havia necessidade real de atendimento psicológico.

Os atendimentos em psicodiagnóstico também foram realizados na Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic, uma vez por semana, com duração de 50 minutos, em uma sala que possui uma mesa com cadeiras e uma cama. Foram realizados oito atendimentos em psicodiagnóstico com a criança. Foi feito uso da caixa lúdica da clínica em todos os encontros. Uma vez que a psicoterapia infantil se dá potencialmente com o brincar, segundo *Sagawa at all (s/d)*, a caixa lúdica é o instrumento representante simbólico dos conteúdos psíquicos da criança e da sua relação com o mundo. Na caixa lúdica, havia brinquedos diversos, como bonecos, carrinhos, avião, jogos de

² Segundo a ementa do curso referido, o Núcleo 1 - Diagnóstico Psicológico: Supervisão de Estágio consiste em capacitar o aluno para apresentar habilidades iniciais como psicólogo clínico de maneira que articule teoria e prática a partir de atendimentos de casos em diagnóstico psicológico compreensivo e utilizar-se de raciocínio clínico, elaborando laudo psicológico, condição necessária para realização do estágio no 4º ano.

palito, futebol de botão, dominó, espada, papel, lápis, caneta, giz de cera, tintas, entre outros.

Após o término de cada sessão, era feito um relato escrito, contendo os principais fatos. Também foram realizadas semanalmente supervisões para cada atendimento.

Apesar de que, para que se inicie o processo de psicodiagnóstico na Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic, o paciente ou o seu responsável, no caso de crianças, deve necessariamente preencher a ficha de inscrição, a qual contém declaração de ciência que, por ser uma clínica-escola, tem como objetivo o ensino e a pesquisa, e as informações prestadas durante os atendimentos poderão ser utilizadas para fins didáticos e de pesquisa, incluindo publicações científicas de forma sigilosa, bem como os dados de identificação do paciente não serão revelados, como consta no anexo 2. Também foi apresentado para a mãe da criança o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como consta no anexo 3.

Cabe esclarecer que, durante o período que a autora deste trabalho e sua dupla de estágio cursavam o Núcleo 1, do 4º ano do curso de Psicologia, da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde - PUC-SP, paralelamente, a referida autora estava cursando a disciplina TCC 1, desta mesma faculdade. Durante a construção do corpo teórico do trabalho de TCC, iniciou-se o atendimento do caso na clínica e, conforme ocorria este processo, teve-se a ideia de utilizá-lo, se possível, como ilustração da temática. Conversou-se com a supervisora de TCC 1, que concordou com a proposta e, a partir daí, iniciaram-se as solicitações de permissão de todos os envolvidos no processo de psicodiagnóstico.

O questionamento da possível autorização da mãe para a participação do caso nesta pesquisa foi feito ao término do psicodiagnóstico, no último encontro que a pesquisadora teve com a responsável, ou seja, na entrevista devolutiva com a mãe.

Tal medida foi tomada em acordo da pesquisadora com sua supervisora de caso, a qual concordou com a utilização para esta pesquisa, de forma que o pedido não interferisse no processo de atendimento

psicológico de nenhuma maneira. Preferiu-se correr o risco da não autorização por parte da responsável do que enviesar os atendimentos.

É necessário elucidar que, assim como a supervisora do caso concordou na utilização deste para a pesquisa, a dupla de estágio da pesquisadora do Núcleo 1, anteriormente referido, também o fez.

6 Apresentação e análise do caso

Trata-se do caso de Pedro³, um menino com nove anos de idade que foi atendido em psicodiagnóstico na Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic, da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, do curso de Psicologia - PUC-SP, no período de 09.09.2010 a 26.11.2010. Para tanto, cabe aqui contextualizar dados significativos do motivo da consulta em psicodiagnóstico bem como aspectos relevantes da história de Pedro.

Queixa

Questionada sobre o motivo da consulta em psicodiagnóstico, Joana, mãe de Pedro, conta que o pai do garoto faleceu há, mais ou menos, um ano em um acidente de carro. Logo após o acidente, Joana foi chamada para ir ao hospital e, então, deixou Pedro com seus vizinhos. De volta à sua casa, ninguém ainda havia contado para Pedro do ocorrido. A mãe mostrava-se relutante em contar, mas, em determinado momento, decidiu falar para o filho. No início da conversa, Pedro interrompeu Joana, dizendo que já sabia. A mãe, surpresa, nada mais falou sobre o caso.

Pedro foi ao velório de seu pai, e sua mãe conta que estavam todos muito preocupados com ele, mas era como se Pedro estivesse num velório de alguém desconhecido: não demonstrava sentimento nenhum, parecia não ser seu pai que estava ali. Desde o falecimento de seu pai, Pedro não teve oportunidade de conversar sobre isso com ninguém. Joana não demonstra seus sentimentos e dor para seu filho, com a intenção de protegê-lo, evitar mais sofrimento.

Pedro, segundo sua mãe, parece querer conversar sobre isso com outras pessoas, mas com ela nunca. Ela diz que Pedro até já procurou conversar sobre o pai com sua professora, mas esta, assim como sua mãe, desconversou e evitou falar sobre o assunto, com a intenção de poupar seu sofrimento. Seus vizinhos também não falam com ele sobre o tema e,

³ Vale destacar que os nomes usados no relato do caso são fictícios.

assim, o menino fica sem oportunidades de esclarecer o ocorrido. A mãe conta que, para ela, Pedro não demonstra nenhum sentimento em relação ao falecimento de seu pai.

A mãe conta ainda que, após a perda, seu filho mudou muito, tanto nos comportamentos como em sua aprendizagem escolar. Até então, Pedro sabia ler e escrever, havia sido alfabetizado, no entanto, depois da perda do pai, ele não consegue mais ler e apresenta muita dificuldade para escrever. A mãe diz que ele “desaprendeu” (sic). A escola aponta uma possível dislexia. Joana conta que, antes, Pedro era bem ativo e hoje ele não tem o mesmo comportamento, apresentando-se mais calado. A mãe, quando questionada, contextualiza essa mudança, dizendo que começou após o falecimento do pai.

Aqui se faz necessário destacar como foi entendido o sintoma relatado pela mãe como motivo da consulta. Entendeu-se como sintoma, inicialmente e provisoriamente, o motivo manifesto que Joana trouxe como solicitação de psicodiagnóstico: dificuldades escolares e suspeita de dislexia. Após esse momento inicial, foi perguntado à mãe se ela relacionava o aparecimento das questões escolares de Pedro com algum outro evento, aí então explicou que as dificuldades surgiram após o falecimento repentino do pai. Deste modo, pode-se chegar ao motivo latente da consulta: necessidade de elaborar sentimentos gerados com a morte do pai, uma vez que a mãe prosseguiu explicando que nem ela nem outras pessoas conversaram com o filho julgando que desta forma não o faria sofrer mais, o que impediu a elaboração de Pedro sobre o acontecido.

História

Sobre pontos relevantes das entrevistas iniciais com a mãe que possibilitam um melhor entendimento da história de Pedro, destacar-se-á que, em relação à gravidez de Pedro, a mãe conta que, em nenhum momento, sentiu-se mal, que foi tudo bem durante a gravidez e o parto (cesárea).

Quanto ao seu aprendizado, a professora diz para a mãe que Pedro precisa voltar ao pré para aprender tudo de novo. O 1º ano do ensino fundamental de Pedro foi numa escola pública e, no 2º ano, foi para um colégio particular. Na data do psicodiagnóstico, era para estar no 3º ano, afinal, repetiu de série assim que fez o teste para ingresso no novo colégio, de modo que cursou novamente o 1º ano fundamental. Durante a fase de psicodiagnóstico, Pedro apresenta dificuldades em português, principalmente na leitura. Para escrever uma palavra, ele precisa copiá-la. Tenta juntar as letras para ler. Por exemplo, na palavra "casa", ele diz "C com A, S com A" (sic mãe). Cabe destacar que, conforme a mãe, Pedro apresenta um bom desempenho em inglês e matemática.

A família de Pedro é de Pernambuco, e ele possui alguns primos que moram no Guarujá, cidade onde nasceu. Segundo Joana, é uma família muito unida, apesar da distância. Joana e José, pai de Pedro, conheceram-se em Pernambuco, e o marido teve de vir para São Paulo trabalhar e, por conta disso, mudaram-se de cidade. No entanto, Joana conta que nunca gostou de viver aqui.

Um acontecimento importante na história de Pedro é o falecimento de seu pai. Segundo a mãe, José era um bom pai, e Pedro sempre foi apaixonado por ele, os dois se davam muito bem. O pai era o mais flexível na relação, era o que deixava Pedro fazer mais coisas, e a mãe era a mais rígida. *Pela manhã, eles ficavam juntos. Ele era um bom pai. Acho que é isso que ele sente falta e não comenta* (sic mãe). Joana, quando questionada sobre como foi para Pedro a perda do pai, diz: *Não demonstrou. Nem chorava, sabe? Parecia que não era ele que estava ali, sabe? Acho que ele não comentava por minha causa (...) ele não comenta nada sobre isso. Uma vez, teve vontade de contar para a professora, e eles conversaram um pouco sobre isso, mas ela logo desconversou* (sic mãe).

Pedro dorme na cama de sua mãe, pois ela diz que, após o falecimento do marido, não consegue mais dormir sozinha e, por isso, o chama para dormir com ela. A mãe conta ainda que, quando Pedro é questionado por outras pessoas sobre o lugar em que dorme, ele responde: *Eu durmo com a minha mãe, senão ela não consegue dormir, né?!.*

Observações relevantes do psicodiagnóstico

As informações referentes ao paciente foram coletadas, inicialmente, em duas entrevistas de triagem e anamnese realizadas com a mãe, sua única responsável. Nos atendimentos iniciais com a criança, utilizou-se da caixa lúdica com o objetivo de, por meio do brincar, alcançar um maior conhecimento de seu mundo interno, buscando fazer relações com as questões trazidas para início de seu psicodiagnóstico. Para complementar este conhecimento, aplicou-se o HTP, WISC – III e CAT, respectivamente. O teste WISC – III, que avalia quantitativamente a inteligência do sujeito em seus diferentes aspectos, foi escolhido para o caso com o objetivo de investigar o atual nível intelectual de Pedro, uma vez que uma de suas principais queixas é em relação ao aprendizado. Já os testes HTP e CAT foram aplicados com o objetivo de avaliar suas principais questões, sua maneira de ser, seu contato com a realidade, bem como a maneira como se relaciona com as figuras familiares e situações conflitivas.

Decidiu-se iniciar o processo de psicodiagnóstico com Pedro, proporcionando um espaço lúdico no qual paciente e estagiária pudessem estabelecer um vínculo, permitindo que Pedro se mostrasse cada vez mais à vontade para que a estagiária pudesse, a partir de suas observações do brincar, conhecê-lo em seu real modo de ser.

As principais observações de Pedro durante o psicodiagnóstico consistem em que, inicialmente, se mostrava bastante reservado frente ao contato com as estagiárias. Raramente dizia alguma coisa. No entanto, frente às tarefas dadas, realizava tudo com empenho, mas não partia de uma iniciativa dele. No desenvolver do psicodiagnóstico, a partir da terceira sessão, Pedro pôde ir se vinculando à estagiária e se mostrando mais confortável. A partir disso, mostrou-se mais à vontade e expressivo. Ficava claro para as estagiárias que Pedro se divertia bastante nas brincadeiras. Foi observado que suas brincadeiras partiam de suas escolhas, sempre optando por jogos que possibilitassem uma relação de proximidade com a terapeuta.

Na quarta sessão de psicodiagnóstico, quando se iniciaram as situações de teste, Pedro voltou a se mostrar bastante reservado, com uma postura mais séria, calado, semelhante ao modo que era no início do atendimento. Foi levado em conta pelas estagiárias que as situações de testes geram exigências, bem como causam desconforto, muitas vezes, diferentemente do lúdico. Por isso, é de se esperar certo retraimento por parte de algumas crianças, principalmente de Pedro que reconhece sua queixa escolar.

Julgamento

A partir do falecimento de seu pai, Pedro começou a apresentar o sintoma de dificuldade escolar. Segundo sua mãe, a escola levanta a suspeita de Pedro ter dislexia e isso também estava presente no discurso e preocupações da mãe, chegando até mesmo a cogitar a possibilidade de retroceder Pedro a uma série anterior, em sua escola. Logo de início, descartou-se a possibilidade de ser dislexia pelo fato de que Pedro já havia aprendido, em algum momento, a ler e escrever, bem como tinha resultados satisfatórios em inglês e matemática. Isso levou a pensar na hipótese de que Pedro tinha recursos necessários para a aprendizagem. Contudo, no momento, admitiu-se a possibilidade de uma inibição intelectual, afinal, Pedro mostra tais sintomas a partir do não dito de sua mãe a respeito da morte de seu pai e da não abertura de um espaço que possibilitasse a elaboração disso, uma vez que não teve oportunidade para conversar e mostrar seus sentimentos.

Dadas as observações lúdicas em que se constatou que Pedro fazia uso de estratégias no brincar, bem como conhecia perfeitamente as regras do jogo de botão e as respeitava, ficando claro que, no brincar Pedro, tinha bons recursos intelectuais, pôde-se afirmar a hipótese de que Pedro não tinha dislexia, uma vez que apresentava um bom contato com a realidade e sua mente não havia “esvaziado” como sua mãe disse na entrevista inicial.

Cabe destacar que, no desenho livre que Pedro fez, dentro do processo lúdico, enfatizou sua necessidade de manifestar-se a cerca da morte do pai, uma vez que desenhou um carro na cor vermelha com um X

na porta (cabe destacar, novamente, que seu pai faleceu num acidente de carro). Além disso, interpretou-se este desenho como seu potencial sendo representado pelo carro e o X barrando este potencial, ou seja, Pedro mostra que ele possui capacidades, possui um potencial, porém isso está barrado. A partir disso, decidiu-se aplicar o teste projetivo HTP para que as questões internas de Pedro pudessem surgir, possibilitando um maior conhecimento de seu mundo interno, assim como ele se relaciona com o mesmo.

As principais conclusões a respeito dos desenhos do HTP (vide anexo 4) foram em relação à casa e à figura humana. No desenho da casa, Pedro a fez de maneira que ocupasse a folha inteira, o que mostra sua necessidade de preencher todo o espaço, permitindo dizer que as questões referentes à sua família estão sendo vivenciadas por Pedro de maneira muito intensa. Neste desenho, também aparecem divisões de quartos e uma sala de TV de convívio familiar. No quarto, desenha um beliche e inclui uma quarta pessoa em sua constelação familiar, o irmão. Isso mostra uma necessidade de Pedro ter o seu próprio espaço, bem como dividir com alguém as responsabilidades de ocupar o lugar de seu pai e cuidar da mãe. Cabe apontar que esta é uma mãe que vem exigindo muito de Pedro após o falecimento de seu marido, solicitando que ele durma junto a ela, por exemplo. Quanto à sala de TV, Pedro é questionado a respeito do motivo que o levou a desenhá-la e, inicialmente, não sabe dizer. Contudo, depois de algum tempo, ele fala que é um espaço onde a família se reúne. Tal fato aponta para um conflito de Pedro em relação à sua família, demonstrando que sente falta do pai e, assim, está difícil existir espaços de convívio sem ele.

Outra questão importante a ser descrita foi no momento em que a examinadora iria pedir que ele fizesse uma família para o último desenho, porém Pedro interrompe antes que ela terminasse o pedido e diz: *Já sei. O pai*. Pedro não sabia que o pedido era de um desenho de família e imaginou que seria de um pai. Então, explicou a ele o que realmente iria ser pedido e deu-lhe a liberdade para que escolhesse o que ele quisesse desenhar. Ele escolheu fazer o desenho de um pai. Tal fato aponta para a necessidade de Pedro em se aproximar desse pai, ter a possibilidade de falar sobre suas

questões referentes a ele e à sua perda. Esse pai está muito presente para ele, também pelo fato de não ter tido a possibilidade de elaboração do luto. Ao término do desenho do pai, a estagiária novamente pediu para Pedro fazer um desenho da família, mas ele não quis, o que mostra novamente que, para ele, sem o seu pai fica difícil pensar em uma família.

Em seguida, levando em conta a queixa inicial da mãe referente às suas dificuldades de aprendizagem, decidiu-se aplicar o WISC – III para melhor investigar o quanto e em quais áreas sua capacidade intelectual foi comprometida. De um modo geral, Pedro teve um melhor desempenho nos subitens Completar Figuras, Arranjo de Figuras e Cubos. Deve-se considerar que os itens que Pedro teve um bom desempenho são atividades que exigem uma articulação de pensamento e um bom contato com a realidade, assim como um bom manejo motor. Contudo, quanto aos itens Compreensão e Símbolos, por exemplo, os que se aproximam de seu sintoma, a dificuldade na escrita e na leitura, Pedro mostrou que realmente possui uma inibição intelectual.

Por último, optou-se por aplicar o CAT, com o objetivo de melhor investigar sua criatividade, espontaneidade, capacidade de elaboração de histórias e, também, seu mundo interno. Sendo assim, o CAT foi mais uma tentativa de melhor apropriar-se das questões de Pedro, para que fosse possível obter maior entendimento do caso e a devolutiva ser mais consistente.

De um modo geral, Pedro não criava histórias, apenas descrevia as figuras, o que demonstra um bom contato com a realidade, porém destacava uma dificuldade de contato com o seu mundo interno. Assim, Pedro não entra no conflito que é despertado pelas pranchas, mantém apenas um contato superficial. Tal fato é um indicador de encaminhamento para psicoterapia, uma vez que mostra que ele está inibido, pois não libera sua imaginação e espontaneidade com medo de passar por alguma questão dolorosa, por não querer esbarrar em algo que é conflituoso, pelo fato de temer entrar em contato, não querer explorar, tem algo do âmbito do traumático, os pensamentos e sentimentos sobre a morte do pai, que ele quer inibir. Deste modo, Pedro não pode desenvolver seu pensamento, o que empobrece sua vida mental, tirando sua espontaneidade e barrando

sua mobilidade psíquica neste momento de sua vida. A inibição vista nos testes de Pedro não significa que ele seja ou será assim, mas mostra que ele está sofrendo, que está muito machucado.

Outro aspecto a ser destacado em relação ao CAT é que Pedro nomeia as figuras como femininas (por exemplo, na figura do tigre, ele encontrou uma onça; na última figura, que é um cachorro, ele nomeia como cachorra), o que mostra uma intenção de sua subjetividade, uma vez que faz uso das figuras masculinas como femininas, trazendo seus sentimentos em relação à mãe. Demonstra aspectos hostis em relação a ela, uma vez que desejava que ela impedisse a morte do pai: *A onça pintada está atacando o macaco; o macaco vai arranhar ela e vai fugir* (sic Pedro); bem como aspectos positivos: *A mamãe cachorra tem o filho cachorro. Ela está brincando com ele. Ele está brincando de subir na perna dela, e a mãe dele passar a mão na cabeça dele.* (sic Pedro), o que destaca que ele também mantém uma boa relação com sua mãe.

Hipóteses diagnósticas

Em relação à sua dificuldade de aprendizagem, considerou-a um sintoma que fala do sofrimento pelo qual Pedro está passando em relação ao falecimento do pai, desconsiderando a suspeita de dislexia. Esta dor, sofrimento e medo de passar pela questão do traumático, o falecimento repentino do pai, que gerou em Pedro um luto não elaborado, afinal, não teve interlocutor que lhe desse esta oportunidade, geram a inibição de seu desenvolvimento intelectual e emocional. Portanto, chegou-se à conclusão de que Pedro se apresenta mais calado, mais retraído, fazendo pouco uso da criatividade e espontaneidade em função de sua inibição. Deste modo, é possível dizer que a inibição intelectual e emocional de Pedro dá-se como uma restrição que seu ego impusera a ele mesmo a fim de não despertar o sintoma de ansiedade gerado a partir da morte do pai.

Entendeu-se a inibição intelectual de Pedro como um mecanismo de bloqueio que cessou seu funcionamento normal no terreno do pensamento, constituindo-se em um modo de defesa de seu aparelho psíquico. Para

Freud (1925/ 2006), a inibição é considerada uma expressão de diminuição de uma função do eu, ou seja, uma renúncia à função, colocada como medida de precaução, afinal, quando o ego de Pedro viu-se envolvido em uma tarefa psíquica particularmente difícil, como quando se observa nele grande supressão de afeto referente ao falecimento de seu pai e durante o luto não elaborado do acontecido, este perde uma quantidade tão grande de energia à sua disposição, que tem de diminuir o consumo da mesma em seu aparelho psíquico. Tal fato permite afirmar que Pedro não tem comprometimento intelectual, mas que está sim com dificuldades reais escolares, uma vez que seu pensamento foi inibido em algumas áreas a fim de demonstrar o grande sofrimento que sente dentro de si. Assim, é possível dizer que as inibições restringem o eu, como resultado de medidas que foram impostas, como precaução ou até causadas por um empobrecimento de energia.

Pode-se dizer, também, que a inibição de Pedro está relacionada à angústia acarretada pelo falecimento de seu pai. Desta maneira, a inibição intelectual em Pedro aparece como uma limitação que seu ego impõe para não despertar a angústia; é um mecanismo do eu do sujeito frente a uma situação de perigo desconhecida e desamparo, uma vez que foi observado que Pedro sente-se sozinho a partir do falecimento de seu pai, quando se encontra como o único cuidador de sua mãe e o responsável por aliviar sua ansiedade, dormindo ao seu lado e sem ter com ela oportunidade de esclarecer o acontecido, ou seja, cuidando de sua mãe e não sendo cuidado.

É plausível afirmar, também, que Pedro sente culpa, uma vez que, por ser criança, seu raciocínio funciona na base do pensamento mágico, ou seja, Pedro pode fantasiar que se seu pai morreu, e ele é o responsável. Isso está ligado à questão edípica, em que o filho quer eliminar o pai para juntar-se à mãe. Outro ponto que se relaciona com isso é o fato de Pedro estar dormindo na mesma cama que a mãe, sentindo que está ocupando o lugar de seu pai, o que reforça a inibição de seu desenvolvimento, pois, para Pedro crescer, remete a questões do incesto, o que aumenta mais ainda sua responsabilidade em ocupar o lugar de seu pai e a culpa que isso gera. Pedro não lê e não escreve, pois quer mostrar que ainda é apenas

uma criança e não um adulto, afinal ser adulto implica em possuir todo esse conhecimento e responsabilidades.

É possível pensar que se observa inibição intelectual em Pedro pelo fato de sua curiosidade sexual infantil, na qual há atividade intelectual intensa, estar barrada, uma vez que sua mãe, durante o processo de elaboração do Édipo, ocupa o lugar de seu objeto de desejo. Sabe-se que as fantasias infantis campeiam em terrenos de alta repressão e geram, com isso, tensões adicionais. Assim, a proibição do incesto origina inibição e ansiedade. Que estão ligadas ao processo de investigação intelectual.

Pedro estava muito identificado ao pai e sente muita falta dele, o que torna este processo muito difícil pela ambivalência, uma vez que ele sente saudades e reconhece que sua mãe também, já que percebe que ela o convida para dormir junto, pois não consegue pegar no sono sozinha. Assim, evita mostrar seus sentimentos a ela da mesma maneira que ela faz com ele, acreditando ser esse o melhor modo de poupar os sofrimentos.

Levantou-se a hipótese que Pedro pode ter medo que lhe aconteça o mesmo que aconteceu com seu pai, uma morte repentina, e, assim, sente sua vida ameaçada. Tal fato poderá fazer que a inibição também barre sua agressividade. Deste modo, seu processo terapêutico terá de passar por essa questão. Assim, uma vez que a inibição de Pedro surgiu em sua vida após o acontecimento traumático da morte de seu pai, pode-se dizer que seu sintoma de inibição intelectual apareceu a partir do momento que Pedro sentiu sua vida ameaçada e foi tomado por uma grande intensidade de sentimentos em relação a isso.

Também devido ao fato de ele não ter podido conversar e esclarecer tal acontecimento traumático nem com sua mãe nem com ninguém, houve o não dito a esse respeito e, desta maneira, Pedro foi incapaz de reagir sozinha e de forma adequada. Deste modo, é possível dizer que dissociou sua personalidade, aparentemente não demonstrando sentimentos em relação à morte de seu pai, bem como barrando seu desenvolvimento intelectual, afinal trauma é o contrário de memória, é aquilo que não se consegue lembrar.

Desta maneira, pode-se dizer que o que faz sofrer é o episódio que foi excessivo para os recursos egóicos do sujeito no momento, assim não se lembra porque lembrar dói. Deste modo, dissocia-se da consciência algum aspecto de sua personalidade como uma tentativa de eliminar a angústia, o que leva a formação do sintoma, que se apresenta como uma tentativa repetida de ligar e reagir ao trauma, o que lhe dá caráter de uma forma de memória, uma vez que é substituto de um processo que é necessário desenterrar, ou seja, o sintoma surge como tentativa inconsciente de elaboração do evento traumático, que é necessário lembrar para, junto à memória, ligar os sentimentos cabíveis e, assim, aliviar a angústia gerada.

O CAT permitiu levantar a hipótese de haver hostilidade de Pedro em relação à mãe (o macaco ataca a onça). Isso pode ser devido ao raciocínio infantil onipotente, o que faz que Pedro questione o motivo de sua mãe, que é uma pessoa muito boa, não ter impedido a morte do pai. A prancha em que Pedro cita a figura da cachorra mostra uma possibilidade de relação boa com essa mãe, o que leva a pensar que não existe apenas hostilidade em relação a ela; existem também sentimentos bons.

Considerando que o sintoma da criança é o emergente de um sistema intra-psíquico que está inserido no esquema familiar também doente, é possível dizer que Pedro ocupa uma posição de complemento do psiquismo de sua mãe, o que para ele é muito doloroso, afinal fica no lugar de objeto, no lugar daquele que está ali para completar a falta que sua mãe sente, sendo chamado todas as noites para dormir em seu lado. Assim, pode-se dizer que Joana está envolvida no sintoma de Pedro, bem como não demonstra sentimentos ou esclarece para ele a morte de seu pai, uma vez que o sintoma vem no lugar da palavra que falta e se desenvolve com o Outro. Deste modo, faz-se necessária a abertura de um espaço psíquico para Pedro, em que ele, dormindo em seu quarto e realizando psicoterapia, poderá se ver fora desta situação com a mãe, em que ele é o cuidador único e exclusivo dela.

Devolutiva

A primeira devolutiva foi realizada com a mãe e buscou-se abordar o que se considerou as principais questões conflituosas de Pedro e de sua relação com a mãe.

Iniciou-se dizendo que, realmente, assim como Joana e a escola percebem, Pedro está com dificuldades de aprendizado, mas isso não significa que ele tenha algum comprometimento. Isso mostra que ele está assim e não que é assim, até mesmo porque, anteriormente, Pedro já aprendeu a ler e escrever e, também, vai bem em matemática e inglês. Explicou-se que, tal inibição da aprendizagem mostra que ele está sofrendo muito, por isso não pode pensar nas coisas e não solta sua imaginação, com medo de passar por questões conflituosas em relação à morte de seu pai e que ele sozinho tem receio de não dar conta. Assim, sua vida mental encontra-se empobrecida, o que tira a espontaneidade dele e o torna, neste momento, calado, uma das queixas iniciais da mãe.

Enfatizou-se, então, a necessidade de Pedro entrar em contato com o mundo interno dele, por isso seria encaminhado para psicoterapia, em que teria espaço para elaborar o falecimento do pai e dar vazão a tantos sentimentos guardados. Falou-se, também, que Pedro se mostra inibido, pois tem muito medo de, assim como seu pai, levar uma invertida da vida.

Comentou-se com Joana a necessidade de permitir que Pedro durma em seu próprio quarto e parar de pedir para que ele deite em sua cama, uma vez que Pedro já é um pré-adolescente e necessita de um lugar próprio, assim como para Joana seria bom ter seu próprio espaço. Foi dito que se percebeu, desta maneira, que Pedro oferece suporte à mãe e cuida dela. Ele percebe a necessidade dela quanto a isso, o que contribui para sua inibição, pois ser como um adulto é muito difícil para ele, que ainda é apenas uma criança e também precisa ser cuidado. Enfatizou-se a necessidade de cumplicidade de sentimentos entre mãe e filho. Explicou-se para Joana que, para Pedro, é importante saber o que a mãe sente sobre o falecimento do pai e, no momento em que ela demonstrar isso a Pedro, ele

sentir-se-á mais à vontade para também se expressar e conversar com a mãe sobre o assunto.

De um modo geral, percebeu-se que Joana compreendeu o que lhe foi dito e, também, concordou com todos os aspectos, reconhecendo que realmente demandava bastante de Pedro, afinal, contou-nos que hoje permite que ele durma em seu quarto, bem como passe finais de semana na casa de colegas ou familiares. A mãe pareceu aliviada quando foi informada que uma das observações referente ao problema de aprendizagem de Pedro é que esta é uma dificuldade momentânea, ou seja, ele está assim devido a estar sofrendo muito, contudo, quando puder falar e aliviar seus sentimentos, aos poucos irá voltar ao nível de aprendizado anterior, voltando a ler e escrever normalmente.

Joana pareceu confiante em relação ao encaminhamento de Pedro para uma psicoterapia, bem como concordou em ela mesma iniciar um processo terapêutico, podendo, assim, os dois terem seus espaços individuais. Joana comenta que, anteriormente, já havia sido indicada pela nutricionista para a terapia, pois é muito ansiosa e sensível e que, por isso, mesmo que não coma muito, engorda bastante.

Em relação à devolutiva dada a Pedro, iniciou-se, também, pela questão escolar. Explicou-se a ele que era entendido que estava com dificuldade escolar naquele momento, mas que ele não é assim e pode ir muito adiante. Pedro mostrou-se aliviado neste momento. Continuou explicando que se percebeu que ele estava indo mal na escola porque seus problemas estavam relacionados ao falecimento de seu pai, que ele estava sofrendo muito, afinal, isso causou muitas mudanças em sua vida, que, agora, devido ao fato, ele era responsável por sua mãe. Foi dito, também, que sua mãe havia contado que o chamava para dormir junto com ela, mas que era entendido que, para ele, era difícil dormir com sua mãe e que ele precisava de seu próprio quarto. Terminou-se dizendo que ele continuaria encontrando uma outra pessoa para brincar, assim como fazia no psicodiagnóstico e que era muito importante ele poder falar do pai, por isso continuaria numa terapia.

De início, percebeu-se que Pedro mostrou-se bastante abalado com o que era dito a ele em relação ao falecimento de seu pai e o que isso estava gerando nele. Ao explicar-lhe que se sabia da importância de ele ter seu próprio espaço, poder dormir em seu quarto e como era difícil estar numa posição de cuidador de sua mãe, e que assim entendia-se o quanto isso lhe causava sofrimento, Pedro foi se mostrando mais aliviado apesar de pouco se expressar através de palavras neste momento. A impressão que ficou é a de que Pedro realmente conseguiu compreender o que lhe era dito e ficou aliviado porque ele sentiu que realmente foi compreendido em seus sentimentos. No momento que lhe foi falado que seria encaminhado para um outro lugar, com uma outra pessoa, para continuar brincando assim como fazia ali, ele concordou e não se mostrou relutante.

Pode-se dizer que tais impressões foram confirmadas, pois, pela primeira vez, viu-se Pedro agindo de maneira muito mais expressiva, mais alegre, sempre dando risadas e mostrando-se totalmente desinibido no jogo, falando com as estagiárias a todo momento, explorando o ambiente da clínica como nunca havia feito, brincando bastante na parte externa de modo até mesmo a resistir ir embora.

Vale ressaltar que Pedro começou a ser atendido em psicoterapia infantil a partir de abril de 2011.

7 Considerações finais

Ao longo de todo o trabalho, entendeu-se o sintoma como aquele que, segundo Ocaris (2002), molesta, provoca desprazer e dor, sendo aquilo que o sujeito reconhece como tal, incomodando ele próprio. Deste modo, uma pessoa procura um analista quando alguma coisa não está muito bem em sua vida ou na vida de quem é responsável, um filho, por exemplo, como no caso deste estudo. Nem sempre se pode dizer que existe um sintoma na busca por ajuda psicológica, mas é preciso que algo não funcione, que o sujeito esteja em conflito e deseje se dirigir a um outro que o ajude a responder algumas questões.

Mais especificamente, considerando as contribuições de Ocaris (2002) a respeito do sintoma, entendeu-se como um símbolo mnêmico, relacionado à linguagem e, assim, constituindo-se como, metaforicamente, um texto que se inscreve de um modo disfarçado. O pulsional não cessa de buscar expressão. Deste modo, o sintoma é uma das formas em que a pulsão consegue se inscrever no aparelho psíquico. Sua linguagem é a do inconsciente, os mecanismos do processo primário e, assim, pode-se dizer que o sintoma está articulado a uma verdade, diz uma verdade que o sujeito desconhece.

Desta maneira, o sintoma constitui-se de um modo paradoxal, uma vez que aparece como modo de obter certo equilíbrio por parte do aparato, ou seja, cumprindo uma função homeostática. Ocaris (2002) explica que, para a psicanálise, o sintoma é um sofrimento, mas também é uma satisfação porque evita uma dor maior. Assim, é possível dizer que se sofre um pouco para não sofrer uma dor maior, o sintoma tenta cumprir esta função de equilíbrio, de homeostase. Diz-se tenta porque falha, afinal, a homeostase não se atinge nunca, pois a pulsão sempre exige mais, nunca existe uma satisfação pulsional completa.

Contextualizado o significado do sintoma, a presente autora, intrigada com a alta frequência de casos de dificuldades de aprendizagem e outros problemas ligados aos processos escolares na clínica psicológica, em que, a

partir de um estudo psicodiagnóstico, muitas vezes encontra-se com um quadro de total integridade em relação à inteligência e capacidades de raciocínio. Decidiu-se verificar como as experiências da criança foram incorporadas ao seu mundo interno e que fatores podem estar em jogo nesse processo. A fim de descobrir se havia a existência de um grande sofrimento e verificar que significações são dadas a essas vivências e por que isso é vivido de tal forma, interessou-se por investigar o sintoma dentro da dificuldade escolar, abrindo espaço para que se constitua um paralelo entre o sintoma e a inibição intelectual.

Assim, deparou-se com um caso clínico de um menino de nove anos que chega à Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic, da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, do curso de Psicologia - PUC-SP, com, inicialmente, a queixa principal de dislexia, que, neste trabalho, constitui-se como o principal mobilizador da investigação teórica: poderia ser a inibição intelectual um sintoma infantil que diz de um grande sofrimento do paciente que consulta em psicodiagnóstico? O psicodiagnóstico compreensivo interventivo desenvolvido na questão discutida e, embasado no referencial psicanalítico, permitiu atingir o objetivo da pesquisa. Foi possível verificar e comprovar que não havia comprometimento orgânico funcional, enfatizando a hipótese inicial de que a dificuldade de aprendizagem tinha haver com a inibição intelectual e, assim, constituía-se como um sintoma psíquico do ponto de vista da psicanálise.

Deste modo, não se reduziu a criança ao psíquico, ignorando fatores biológicos na queixa de dislexia, porém encontrou-se com questões de ordem psíquica, familiar, social, escolar ou cultural envolvidas na inibição intelectual, destacando a importância de compreender a forma como tais elementos foram significados por aquela criança, formando o sintoma de inibição para poder definir as melhores formas possíveis de intervenção.

Sendo assim, faz-se necessário explicitar como ao longo do estudo entendeu-se a inibição intelectual. Freud (1925/ 2006), discutindo sobre as inibições generalizadas do ego (eu), comenta que, quando o ego se vê envolvido em uma tarefa psíquica particularmente difícil, como quando se observa uma grande supressão de afeto, ou durante o processo de luto, este perde uma quantidade tão grande de energia à sua disposição que tem

de diminuir seu dispêndio em muitos pontos ao mesmo tempo. Desta maneira, Santiago complementa que Freud utiliza o termo inibição para indicar um mecanismo de parada ou bloqueio, que interrompe o funcionamento normal no terreno do pensamento. Freud (1925/ 2006) afirma claramente que a inibição é a expressão de uma restrição de uma função do eu, ou seja, uma renúncia à função.

Considerando as inibições como restrições do ego, resultante de medidas que foram impostas, ou como precaução, ou até mesmo acarretadas por um empobrecimento de energia, foi possível concluir o problema de pesquisa, ou seja, a inibição e o sintoma são considerados processos distintos, o que possibilita pensar inibições como sintomas, uma vez que, segundo Freud (1925/ 2006), a inibição tem uma relação especial com a função, não tendo, necessariamente, uma implicação patológica. Pode-se pensar a inibição como uma restrição normal de uma função. Um sintoma, por outro lado, realmente envolve a presença de algum processo patológico. Assim, uma inibição pode ser também um sintoma. Nezan (s/d) afirma que Freud mostra isso em suas análises clínicas quando relacionava algumas inibições intelectuais a um modo de satisfação pulsional específica, que caracterizava a estrutura do sintoma.

Tal constatação permitiu concluir que, conforme nos diz Souza (1995), a questão da inibição intelectual, para Freud, aparece principalmente ligada aos distúrbios de inteligência dos neuróticos, nos quais as inibições e as soluções de compromissos, ou seja, o sintoma, substituiu o prazer ligado ao uso da inteligência, bem como serve para demonstrar que o não uso da inteligência está destacando um sofrimento de grande intensidade, como no caso clínico estudado neste referido trabalho, o processo de luto traumático. Sobre o referido caso, cabe também destacar que a formação do sintoma traumático infantil constituiu-se a partir do não dito. Desta maneira, conforme Mannoni apud Arzeno (1995), o sintoma está expressando algo que não foi dito, ele ocupa o lugar dessa verdade não dita, que surge com e para outro. Seria inútil, então, procurar a etiologia da doença exclusivamente dentro da criança, por isso também foram explorados o contexto atual e a história familiar dentro dos quais ele surgiu.

Desta maneira, admitiu-se a importância da família na constituição da subjetividade da criança, destacando a natureza e a dinâmica do funcionamento do ambiente do paciente e a interação paciente-ambiente, considerando conforme Mannoni (1967) apud Arzeno (1995) que, de certa forma, os pais estão sempre implicados no sintoma mostrado pela criança. Isso não deve ser perdido de vista porque se relaciona com a resistência: o desejo inconsciente de que “nada mude” é, às vezes, encontrado nos pais patogênicos. Na mesma linha, Anna Freud (1975) apud Arzeno (1995) complementa que, no que se refere ao papel dos pais na causa de doenças, o psicólogo infantil deve ter muito cuidado para que as aparências superficiais não o desorientem e, principalmente, não se confundir com os efeitos da anormalidade infantil sobre a mãe, com a influência patogênica da mãe sobre a criança. Algumas mães e pais dão à criança um papel dentro da sua própria patologia, estabelecendo as suas relações sobre essa base e não sobre as necessidades reais da criança, ou seja, realmente transferem seus sintomas para seus filhos.

O presente trabalho também permitiu concluir que, uma vez que o sintoma de inibição intelectual dizia, no caso clínico estudado, de um sofrimento de grande intensidade, em que o não dito sobre o falecimento do pai contribuiu para a dificuldade de sozinha a criança elaborar os excessos que o luto traumático lhe causaram, pensar mais profundamente sobre o que é o trauma psíquico, o qual constitui-se, então, como uma possível causa de inibição. Assim, conforme Laplanche e Pontalis (2008), considerou-se que o trauma é um acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos prolongados que provoca na organização psíquica. Deste modo, concluiu-se, então, que o sintoma apresentado pela criança é uma forma de memória, substituto de um processo que é necessário desenterrar, onde o que faz sofrer é a reminiscência do episódio que foi traumático para ela, assim não se quer lembrar porque lembrar dói. Entendeu-se, então, o porquê da apresentação da inibição intelectual, que aparecia barrada, já que desenvolver os pensamentos causava muita angústia de passar por questões dolorosas.

Segundo explicam Laplanche e Pontalis (2008), o trauma toma parte determinante do próprio conteúdo do sintoma, que aparece como uma tentativa repetida de ligar e ab-reagir o trauma. Tal “fixação do trauma” é acompanhada de uma inibição mais ou menos generalizada da atividade do sujeito. Assim, foi possível entender que o evento traumático estava na base constitutiva do sintoma. Este, por sua vez, é demonstrado por meio da inibição intelectual.

Dado o levantamento teórico e tais conclusões, pôde-se pensar em uma devolutiva de psicodiagnóstico, em que, percebendo que a criança estava imersa em excitações que eram excessivas em relação à sua capacidade de tolerância, de dominar e elaborar psiquicamente todos os sentimentos gerados com o falecimento repentino do pai, entendeu-se que a criança está sendo governada por um afeto dissociado da situação que o provocou. Deste modo, admitindo-se, conforme percebido no estudo, que lembrar o que foi traumático provoca dor, por isso as pessoas querem esquecer, decidiu-se, a partir da contribuição da psicanálise, conforme Ocaris (2002), sobre como lidar com o sintoma traumático, possibilitar condições para que a criança venha a lembrar e elaborar a morte de seu pai, acompanhada da emoção adequada a fim de fechar a ferida, acabando com a dor, o trauma, e dissolver o sintoma, afinal, se conseguir juntar ambos, elaborando a circunstância e sentindo o afeto, simultaneamente, o sintoma da inibição intelectual, possivelmente, desaparecerá como sintoma permanente.

Finalizando, este trabalho poderá dar luz a outros colegas que estão com casos que envolvem o mesmo sintoma, bem como seria interessante pensar, em futuras pesquisas, como a questão da inibição intelectual como sintoma psíquico pode ser tratada num contexto de tratamento infantil no âmbito da psicanálise.

8 Referências bibliográficas

ANCONA-LOPEZ, M. (org.) & outros (2002). *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*. São Paulo: Cortez.

ARZENO, M. E. G. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: novas contribuições*. Porto Alegre: Artmed.

DEBIEUX, M. (2008). *O não-dito familiar e a transmissão da história*. São Paulo: Psyquê, ano V, n. 8.

DOLTO, F. (1885). *Seminário de Psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar.

FREUD, S. (2006). *Inibição, sintoma e ansiedade*. In: *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XX. Rio de Janeiro: Imago. Texto publicado originalmente em 1925.

GOMES, I. C. (1998). *O sintoma da criança e a dinâmica do casal*. São Paulo: Escuta.

GUTIERREZ, D. M. D. [s.n.t.]. *A psicanálise e o fenômeno da inibição intelectual: possíveis interfaces entre psicologia e pedagogia*.

Disponível para consulta no site http://dialogica.ufam.edu.br/PDF/no1/6_relacoes_psicanalise.pdf, acessado em 16.01.2011, às 11h00.

JERUSALINSK, A. N. (1991). *Sintoma de Infância*. Porto Alegre: Boletim Associação Psicanalítica da Porto Alegre, n. 6.

LACAN, J. (1986). *Duas notas sobre a criança. Ornica?*. Revista do Campo Freudiano, n. 37, abril-junho de 1986.

LAPLANCHE e PONTALIS. *Vocabulário da Psicanálise*. Martins Fontes. 2008.

Ocariz, M. C. *O sintoma e a clínica psicanalítica O curável e o que não tem cura*. Mestrado PUC-SP. 2002.

NEZAN, M. B. C. (2006). *Inibição intelectual: manejos clínicos*. Disponível para consulta no site http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1415-71282006000100007&script=sci_arttext, acessado em 18.11.2010, às 20h15.

OCAMPO, M. L. & outros (1981). *O Processo de Psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.

SAGAWA, R. Y. & outros. [s.n.t.]. *Aprendendo a transformar em contexto desfavorável*.

Disponível para consulta no site http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS_DO_XIX_ENCONTRO/88_DEBORAH_KAROLINA_PEREZ.pdf, acessado em 18.01.2011, às 20h00.

SOIFER, R. (1983). *Psicodinamismos da família com crianças*. Petrópolis: Editora Vozes.

SOUZA, A. S. L. (1995). *Pensando a inibição intelectual: Perspectiva psicanalítica e proposta diagnóstica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

TRINCA, W. & outros (1984). *Diagnóstico Psicológico: a prática clínica*. São Paulo: EPU, 1984. - Processo diagnóstico de tipo compreensivo: Walter trinca.

VOLNOVICH, J. *Lições introdutórias à psicanálise de crianças*. Relume-Dumará. 1991.

WINNICOTT, D (1960/ 1997). *Família e maturidade emocional*. Em Winnicott, D. W. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes.

ZORNIG, S. A. J. (2001). *Da criança-sintoma (dos pais) ao sintoma da criança*. Rio de Janeiro: Psicologia Clínica, v. 13, n. 2.