

RESUMO

Neste estudo, a partir da psicanálise, discute-se a questão diagnóstica dos casos graves na infância, pois, ao contrário das neuroses, ainda há muito a compreender, quando se trata das psicoses na infância em sua relação com os outros quadros clínicos. Relata-se um caso clínico de uma criança com diagnóstico psiquiátrico de psicose e retardo mental, atendida durante 2 anos em consultório particular. A evolução favorável desse caso, em que o paciente, através da palavra, pôde modificar o discurso ao qual estava alienado, ilustra a relevância da intervenção psicanalítica, para tornar possível outro direcionamento estrutural ao sujeito.

Descritores: *psicose infantil; psicanálise; definição da estrutura; transferência.*

PSICOSE INFANTIL – UMA REFLEXÃO SOBRE A RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO PSICANALÍTICA¹

Enriqueta Nin Vanoli
Leda Fischer Bernardino

Introdução

Este trabalho pretende contribuir para o aprofundamento do estudo sobre a constituição da psicose infantil, a relevância da construção diagnóstica e a importância da intervenção psicanalítica. A hipótese levantada é a de que a estrutura psíquica não se define no tempo da infância, sendo possível, mediante um lugar de escuta e de palavra, fazer advir um sujeito onde antes se acreditava estar instalado apenas um objeto, sujeito ao desejo do Outro.

No processo de constituição subjetiva, sabemos que à mãe cabe a tarefa de fazer a inscrição pulsional que transforme o bebê em um sujeito alienado ao outro (mãe) – essa alienação é tanto real quanto sim-

■ Psicóloga clínica, psicanalista.

■ ■ Psicanalista, analista membro da Associação Psicanalítica de Curitiba, professora titular da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

bólica, uma vez que promove a entrada na língua que já estava instalada antes de ele nascer. O bebê, nesse primeiro tempo de alienação, deseja ser para a mãe aquele que a completa; ele se vê como sendo o falo da mãe. Contudo, essa mãe que ora comparece, ora não vem, causa no bebê uma profunda angústia, que o acompanhará por toda a vida, uma vez que ele não sabe o que significa para esse outro.

O objeto real (seio ou mamadeira) trazido pela mãe, no seu desejo de amamentar essa criança, faz com que o que era necessidade (a fome) transforme-se em demanda, demanda de amor.

Entretanto, essa primeira vez em que a mãe comparece nunca mais será vivida da mesma maneira pelo bebê. O objeto deixa como marca apenas uma representação, sendo, portanto, objeto perdido para sempre. A perda do objeto permite que a criança saia da posição de alienação primeira – mãe-falo-bebê – e passe para um segundo tempo no qual se dá a entrada de um terceiro para estabilizar a relação imaginária, provocando um corte nessa ligação. A entrada do pai como significante de uma função permite a inserção da criança no universo simbólico, promovendo seu afastamento da sujeição à mãe, propiciando-lhe o lugar de sujeito desejante.

Caso ocorra uma falha na entrada do pai como função, o significante Nome-do-Pai será foracluído, ou seja, não será inscrito, mas sim rejeitado para fora do universo simbólico, fra-

cassando a separação e dando lugar à instauração de uma psicose. A não inscrição da função paterna faz com que não se inscrevam os significantes capazes de funcionar como pontos de basta, como articuladores na cadeia significativa necessários à constituição e ao exercício de um sujeito.

Para Lacan (2002), o significante Nome-do-Pai é um significante primordial e sua ausência provoca um “furo” no campo das significações. Os significantes excluídos da rede simbólica da qual emergem as significações, retornam do real sob forma de alucinações; sendo assim, o sujeito psicótico alucina como forma particular de estabelecer uma relação com a linguagem.

Na psicose infantil está em jogo uma palavra absoluta que oferece à criança um sentido único. A criança psicótica não consegue simbolizar, não faz metáfora, permanecendo numa posição de alienação, prisioneira de uma palavra que é lei.

Segundo Mannoni (1980), a criança psicótica faz parte de um mal-estar que é o efeito de um discurso coletivo, ficando reduzida ao estado de objeto parcial sem poder jamais assumir qualquer identidade. Para a autora, é preciso que se modifique o sistema de linguagem no qual a criança se encontra prisioneira, para que possa entrar em determinado momento como sujeito no tratamento. As condições para a cura de uma criança psicótica só são operantes a partir das transformações que deverão ocorrer

no âmbito da palavra da criança que deverá se separar do discurso dos pais, ao qual estava alienada.

Para alguns autores como Calligaris (1989) e Jerusalinsky (2002) só se pode falar de psicose infantil depois que se tenha produzido uma inscrição definitiva na constituição subjetiva da criança, o que por vezes ocorre por ocasião do tempo de latência ou, mais tardiamente, na adolescência.

Segundo Bernardino (2002), é possível pensar em psicoses no tempo da infância como não-decidas, sendo necessário um tempo de escuta que possa confirmar a estrutura e não apenas uma sintomatologia apresentada ante a observação diagnóstica. Para essa autora, é factível reverter alguns quadros à beira de um encaminhamento psicótico através de um trabalho psicanalítico, já que concebe a estrutura na infância como não decidida.

A psicose da criança do ponto de vista psicanalítico

Em 1930, Melanie Klein (1930/1981) discute o diagnóstico do caso Dick, em seu artigo “A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego”, considerado por muitos como o primeiro caso de psicose infantil tratado pela psicanálise.

Para Simon (1986), ao desvendar o mundo mental dos bebês, Melanie

Klein pôde compreender e penetrar terapêuticamente até os abismos da psicose. Na concepção kleiniana, o aparelho psíquico é constituído desde as origens através de posições pelas quais a criança passava: (1) a posição esquizoparanóide, que se instalava por volta dos quatro meses, caracterizando-se pela divisão (*split*) entre os objetos bons e os maus e entre o amor e o ódio, com predominância das experiências boas sobre as más; (2) dos quatro meses em diante, apareceria a posição depressiva, caracterizada pela fase em que o bebê reconhece um objeto total e pela forma como se relaciona com ele.

Para Segal (1975), os pontos de fixação da psicose têm lugar nos primeiros meses de vida. Para a autora, na doença psicológica, ocorre uma regressão à fase do desenvolvimento em que já estavam presentes perturbações patológicas que causariam perturbações e bloqueios para o desenvolvimento; seria essa uma regressão à posição esquizoparanóide e consequente fixação nessa etapa primitiva.

Mannoni (1980), seguindo as teorias kleinianas, afirma que todo ser humano passa na infância por etapas psicóticas, entretanto, o malogro das etapas vividas como fusão e separação, processo que implica para o sujeito a superação de sua tendência primitiva de morte, constitui-se numa semente para o desenvolvimento de certas dificuldades psicóticas.

Ao contrário de Freud e Melanie Klein, que tinham como categorias

conceituais a suposta constituição da identidade e a relação com a realidade externa, Winnicott (1983) interessou-se e estudou profundamente as etapas de desenvolvimento do sujeito em relação ao ambiente. Para ele, quando o ambiente em que vive o lactente é suficientemente bom, e isso significa que há uma mãe totalmente devotada aos cuidados do lactente, e que gradativamente se reafirma como uma pessoa independente, o lactente torna-se capaz de relacionar-se com objetos, inserindo-se no seu próprio corpo e no seu funcionamento, experimentando um sentimento de “eu sou”, tornando-se apto para o que lhe pode devir.

Winnicott entendia que, na medida em que o amadurecimento do bebê prosseguia, e se a confiabilidade do ambiente fosse mantida, a ilusão de onipotência originária perdia gradativamente o seu teor e transformava-se na capacidade de “acreditar em”. Assim escreve Winnicott: “de acordo com suas experiências e capacidade de armazená-las, o indivíduo desenvolve uma capacidade de acreditar... ou confiar” (1983, p. 49).

Segundo Dias (2005), uma das dificuldades das psicoses é a falha no estabelecimento de contato tanto com a realidade do mundo como com a de si-mesmo. Para a autora, essa seria uma idéia “insólita” no que se refere à análise tradicional, já que, para Winnicott, não é a presença, mas exatamente a ausência da capacidade para a ilusão que constitui o aspecto central das patologias psicóticas.

Lacan (2002), assim como Melanie Klein (1930/1981), estendeu a clínica ao estudo das psicoses; contudo, sem desconsiderar a relação arcaica com a mãe, perseguiu a interrogação sobre o lugar do pai na relação mãe-criança, atribuindo a origem das psicoses a uma falha na simbolização do significante pai, dedicando, por tal motivo, especial ênfase ao estudo da paranóia. Para Lacan, o funcionamento psíquico poderia ser entendido como as maneiras que o sujeito tem de enfrentar a angústia, mais especificamente, “a angústia de castração”.

A castração é uma ação simbólica que rompe com a ilusão de uma satisfação plena e da complementaridade do par mãe-bebê. Cabe à mãe ser o agente da castração, introduzindo para a criança um terceiro elemento que interditará essa relação simbiótica, permitindo que a criança se salve da submissão ao Outro e sustente seu próprio desejo. O elemento que inscreve psiquicamente a função desse terceiro é chamado por Lacan (1998) de Nome-do-Pai. Para Lacan,

a forma como o significante Nome-do-Pai opera para cada sujeito, ou seja, a forma como este se defende do trauma, é o que determinará a sua estrutura psíquica: a neurose resultante do recalque; a psicose, se houver forclusão; e a perversão, se a castração for renegada.

A causa da psicose seria, para Lacan (1998), um acidente ocorrido durante a elaboração do Complexo de Édipo, que teria impedido a inscrição do Nome-do-Pai, significante fundamental para barrar o desejo da mãe, e instaurar a falta (castração) promovendo assim o desejo no sujeito. Desta forma, fica impedida a ordenação simbólica, deixando o sujeito à mercê do puro gozo.

Segundo Quinet (2006), a forclusão do Nome-do-Pai no campo do Outro – a linguagem, o inconsciente –, abordada no final dos anos 50 por Lacan como o mecanismo essencial para as psicoses, permanece um marco de referência essencial tanto para a clínica psicanalítica quanto psiquiátrica. Para Quinet, a forclusão do Nome-do-Pai no campo do Outro permanece uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses.

Psicose Infantil – definição e características

Segundo Bezerra, Chalegre, Guimarães e Camilo (2007), na tentativa de conceituar a psicose infantil, em

1960 um grupo de psiquiatras britânicos procurou estabelecer critérios diagnósticos para a psicose em crianças, tais como: relacionamento prejudicado com as pessoas, confusão de identidade pessoal e inconsciência do eu, preocupação anormal com objetos, resistência a mudanças no ambiente, sensibilidade a estímulos sensoriais rebaixada ou elevada, reações de excessiva ansiedade ante mudanças, perturbação da linguagem e da fala, hiper ou hipoatividade, e atraso no desenvolvimento intelectual.

Para Ajuriaguerra e Marcelli (1991), a psicose infantil é um transtorno de personalidade dependente do transtorno da organização do eu e da relação da criança com o meio ambiente. Em seu Manual de Psiquiatria Infantil são listadas características do psicótico infantil tais como: (1) dificuldade para se afastar da mãe; (2) dificuldade de compreensão do que vê, de gestos e linguagem; (3) alterações significativas na forma ou conteúdo do discurso, repetindo imediatamente palavras e/ou frases ouvidas (fala ecológica), ou emprego estereotipado e idiossincrático de formas verbais, sendo comum a inversão pronominal (a criança refere-se a ela mesma utilizando-se da terceira pessoa do singular ou do seu nome próprio); (4) alterações marcantes quanto a altura, ritmo e modulação da fala nas habilidades especiais, e conduta social embaraçosa.

Cirino (2001) aponta que diferentes autores como Leo Kanner, Julian

de Ajuriaguerra e Paul Bercherie são unânimes em sustentar que até o início do século XX não existia nada que pudesse ser chamado de psiquiatria infantil. Comenta o autor que, embora tenha havido algumas experiências anteriores de caráter pedagógico realizadas com deficientes mentais e sensoriais (surdos-mudos e cegos), a clínica psiquiátrica da criança, com a sua especificidade e metodologia, só se estabeleceu a partir da década de 30, ou seja, depois do advento da psicanálise.

Para Dolto (1981), a preocupação exclusiva com a saúde orgânica das crianças pequenas, desconsiderando os processos patogênicos de angústia decorrentes de perturbações da relação simbólica pai-mãe-filho, bem como de contingências ambientais, podem desencadear mais tarde neuroses traumáticas. Para a autora, é frequente receber pais que obtiveram dos médicos não mais do que medicamentos, diagnósticos definitivos de incurabilidade, conselhos de tolerância e paciência ou conselhos de colocação dessas crianças em classes para excepcionais ou internatos especializados, segregando-as do seu meio e reduzindo-as a “crianças coisas”, cujos sintomas traduzem “uma desordem estrutural de um desejo *precluso*” (pp. 230-231).

Para o diagnóstico de doenças e problemas relacionados à saúde mental infantil, os psiquiatras utilizam manuais que codificam as ditas anomalias em eixos classificatórios. O

grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação, bem como por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo, são classificados como Transtornos globais do desenvolvimento, ou Transtornos invasivos do desenvolvimento, conforme a tradução adotada.

No CID 10 (1997), eixo F. 84.0, sob a nomenclatura geral de *Autismo Infantil*, encontram-se relacionadas as principais características da psicose infantil, a saber: Transtorno global do desenvolvimento caracterizado por: a) desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno acompanha-se comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas como, por exemplo, fobias, perturbações de sono ou alimentação, crises de birra ou agressividade (auto-agressividade).

Assim sendo, enquanto o diagnóstico psiquiátrico é feito pela observação de sintomas que possam indicar alguma patologia para posterior classificação e conseqüente orientação quanto à prescrição da medicação adequada, o diagnóstico em psicanálise é norteado por hipóteses que se constroem durante o processo psicanalítico que privilegia a escuta e compreensão do sujeito, num contexto transferencial.

Não descartando a importância do diagnóstico psiquiátrico e muito menos a prescrição medicamentosa quando necessária, entendemos que propiciar à criança com dificuldades psíquicas graves um lugar de escuta diferenciada pode possibilitar um outro destino ao sujeito que recebe um diagnóstico de psicose na infância.

Sobre o tratamento

Quando uma criança é trazida ou encaminhada para a clínica, costuma ser apresentada pelos seus cuidadores como uma criança “problema”, que causa transtornos ao *status* familiar, escolar ou social estabelecido. Assim, o adulto procura no terapeuta uma solução para seus problemas; demanda uma cura para sua criança “doente”; busca uma adaptação sócio-educativa que permita à criança inserir-

se no *status quo* familiar, escolar e social. Entretanto, o adulto não se dá conta de que, na maioria das vezes, essa é a maneira que a criança encontra para poder expressar a sua verdade e a da sua família.

A direção de cura na clínica com crianças tem características específicas, uma vez que a transferência, motor do tratamento analítico, constitui-se em um campo múltiplo, que envolve a criança e seus pais.

Segundo Mannoni (1980), a criança não pode ser isolada artificialmente do contexto familiar, e os analistas encontram-se diante de uma história familiar, dependendo a evolução da cura, em parte, da maneira como certas situações são apreendidas por eles.

Pode-se perceber, na prática clínica, o papel relevante que os pais desempenham na análise com crianças e a importância da transferência destes em relação ao terapeuta. Entretanto, é essencial poder diferenciar entre a “criança sintoma”, que diz respeito a um mal-estar familiar, e o “sintoma da criança”, que fala dela si própria e que, para além dos desejos parentais, posiciona-a de maneira singular perante o Outro.

Pode-se perguntar que tipo de transferência se estabeleceria e qual o papel do terapeuta na direção de cura quando se trata de crianças que, durante o seu desenvolvimento, sofreram falhas na sua constituição subjetiva; falhas que resultaram numa impossibilidade de simbolização. Ficaram, portanto, fora do laço social.

Para Jerusalinsky (2002), o fato de a criança estar em posição psicótica é caracterizado justamente por estar impedida de produzir semelhante estruturação simbólica do significante que a representa no Outro. Para o autor, na direção de cura não se trata de considerar a demanda, mas sim a transferência, uma vez que a demanda é geralmente da ordem da manutenção da psicose. A transferência estabelecida pelo psicótico distingue-se pela falta da operação de separação, que permite a alteridade – “o outro não sou eu”. Ainda segundo Jerusalinsky (2002), quando não há Outro, não há encarnação, há indiferenciação; portanto, não há alteridade, não há efeito de separação, de substituição significante, o que obriga a criança a se representar de modo real, ou seja, fazer-se presente e não se representar.

Para Volnovich (1993), a psicanálise com crianças psicóticas aponta para uma verdadeira transformação do real na criança, reconhecendo como possível a apreensão que a criança psicótica consegue fazer de seu próprio desejo. O autor afirma que: “se a estrutura desejanse for tomada como algo determinado historicamente, che-

gar-se-á demasiado tarde para iniciar um tratamento com a criança psicótica, sendo possível, apenas, uma boa adaptação ao meio social. Se, ao contrário, o transtorno psicótico na criança for situado dentro de uma cadeia onde não existe só repetição e reprodução, mas também progressão e produção, haverá a possibilidade de uma transformação que possibilite a construção de um futuro. (p. 53)

Não podemos considerar as crianças psicóticas como doentes que devem ser curados por medicamentos ou medidas educativas, mas sim como sujeitos que merecem ser escutados na sua singularidade. Assim, o terapeuta precisa encarregar-se de forma real da criança psicótica, respondendo na transferência a partir dessa posição em que é colocado por ela, exercendo muitas vezes uma “potência tutelar do amor”. Nas palavras de Jerusalinsky (2002, p. 15), instalando “pequenos curativos” que funcionem como bordas, abrindo possibilidades de subjetivação do corpo.

O caso B.

B. iniciou sua terapia com onze anos de idade. Ele foi encaminhado por sua fonoaudióloga, a qual, prestes a dar-lhe alta, entendeu que ele devia prosseguir com acompanhamento psicológico, devido a um diagnóstico psiquiátrico inicial de retardo mental e, posteriormente, de psicose.

Seu aspecto era franzino, apresentava desvio postural com acentuada curvatura dorsal (uma discreta corcova), andava de forma trôpega e sentava-se com os pés virados para dentro. Apresentava gestos estereotipados como tiques com os olhos, boca e mãos e uma risada histérica que se acentuava quando ficava ansioso.

Quando convocado para uma posição de sujeito, surgia a angústia no real do seu corpo, manifesta sob a forma de esfregação da perna direita, acentuação dos trejeitos com a boca e os olhos e um insistente e constante batimento na palma da mão esquerda, efetuado com um boné que seguava firmemente.

B. se comportava como se estivesse absorto num mundo fora da realidade, apenas falava, olhava insistentemente pela janela e, quando olhava para a terapeuta, fazia-o como se seu olhar atravessasse sua figura e se dirigisse a um ponto distante.

Na escola, segundo relatos da professora, olhava pela janela por horas a fio, não brincava com os colegas e recusava-se a executar atividades nas quais tivesse que interagir com os outros. Em casa, conforme informações da mãe, ficava sozinho na área, andando de um lado a outro, sempre batendo o boné na mão esquerda, interessando-se tão somente pelos horários das refeições, pois tinha um apetite voraz.

Seu mutismo, comportamento repetitivo, estereotípias e distanciamento fizeram-nos formular, num

primeiro momento, uma hipótese diagnóstica de autismo.

Através de livros de histórias com gravuras coloridas, foi possível capturar a sua atenção. À medida que a terapeuta contava-lhe as histórias, ele começava a fazer perguntas: “*o que era isso, para que servia aquilo, como era feito aquilo outro...*”, passando a manifestar uma curiosidade inesgotável e prestando muita atenção às explicações da terapeuta, como se estivesse descobrindo, nessa construção conjunta, significações antes desconhecidas.

No início do tratamento, seu discurso era repetitivo e confuso: em todas as sessões verbalizava os mesmos temas, que se resumiam a chuvas copiosas que derrubavam árvores e casas; correntezas que levavam as pessoas para o fundo do rio; pontes que desabavam; paredes que ruíam, e calçadas que se transformavam em enormes buracos, engolindo os transeuntes.

As dificuldades de fazer metáforas e o delírio verbal repetiam-se em todos os encontros. Aos poucos foram sendo incluídos amigos imaginários. Também falava das árvores, contando que, quando vinha no ônibus, as árvores da rua andavam atrás dele, algumas até entravam no ônibus e sentavam-se ao seu lado, corroborando a afirmação de Lacan de que “O Ego na sua função de relação com o mundo exterior, se defende da realidade sob a forma de alucinação. É uma fantasia que fala, ou mais exatamente uma fantasia falada, que faz eco aos pensamentos do sujeito, intervém, o vi-

gia, designa gradativamente a seqüência das suas ações, as comanda” (2002, p. 168).

Nas sessões seguintes, o paciente falou sobre seu medo de foguetes, de ruídos muito intensos e de lugares cheios de gente; dizia que isso o incomodava profundamente e o deixava “*muito nervoso*”, pois acreditava que os foguetes explodiam nas casas e provocavam incêndios. Falava também de desabamentos e explosões, utilizando-se de frases cortadas e de repetição automática que não se articulavam num discurso, revelando um dos aspectos centrais da psicose – a perda de contato com a realidade e a incapacidade de distinguir entre as experiências reais e imaginárias. A hipótese inicial de autismo dava lugar à hipótese de psicose, talvez mesmo de esquizofrenia. Quinet comenta que: “o investimento nas palavras, a alucinação, o delírio e a arte são tentativas espontâneas de cura promovidas pelo sujeito esquizofrênico, como forma de restabelecer o vínculo com os outros, ou, segundo Freud, com os objetos” (2006, p. 53).

Na medida em que se estabelecia o laço transferencial, a adesão afetiva à terapeuta fazia com que ela se convertesse numa personagem importante no mundo interior de B. Tornava-se fosse possível a construção de um espaço no qual ele pôde experimentar-se como alguém que falava de si. Gradualmente, o discurso alucinado perdeu seu efeito de gozo desenvolvido e produziu-se um apazigua-

mento da angústia. B. comentou a gostar muito de conversar com a terapeuta e os encontros passaram a se constituir em jogos, conversas, passeios no parque, dentre outros.

O laço transferencial estendeu-se também à família, possibilitando a convocação dos pais e avós maternos (que moravam no mesmo terreno) para serem ouvidos; tratava-se de pessoas extremamente simplórias, que colocavam B. em um lugar de objeto. A mãe dava-lhe banho, vestia-o, servia-lhe a comida, escolhia as suas roupas, levava-o e trazia-o sempre de braço dado, enfim, não lhe permitia a mínima autonomia e escolha; uma representação da relação estabelecida por uma mãe narcísica que tomava seu filho como prolongamento dela própria para realizar seus desejos onipotentes, impedindo-o de assumir sua própria subjetividade.

B. encontrava-se numa posição de alienação ao discurso materno, mantendo-se como objeto de desejo de uma mãe não castrada que o mantinha prisioneiro em uma relação muito primitiva com ela. Como afirma Lacan, “quando a distância entre a identificação com o ideal do eu e a parte tomada do desejo da mãe não tem mediação (asseguradas normalmente pela função do pai) a criança fica exposta a todas as capturas fantasmáticas e se transforma no objeto da mãe e a sua única função é revelar a verdade deste objeto” (2003, p. 369).

Nas sessões subseqüentes, B. falou de ter tido sonhos com a terapeu-

ta nas noites precedentes aos encontros, ora vendo-a como um sol, ora como uma nuvem, “*muito bonitona, sempre acenando para ele, sorrindo e abraçando-o carinhosamente*”. Essa verdadeira transferência de amor para com a terapeuta suscitou um questionamento, abalando a construção da hipótese diagnóstica de psicose, pois se tornavam presentes características de neurose infantil.

A terapeuta aventurou-se a convidar B. para ampliar esse relato, dizendo que ele podia falar sobre o que sentia, podendo pedir por um abraço ou um passeio, se era isso que ele desejava. Num determinado momento, B. levantou-se e dirigiu-se à terapeuta com os braços abertos, deu-lhe um abraço e disse sentir-se “*melhor*”.

Essa intervenção permitiu a B., nas sessões que se sucederam, falar de seu ciúme do irmão menor (de 6 anos) e da raiva que sentiu quando sua mãe saiu de casa para “*buscar o bebê no hospital*”, retornando 3 dias depois.

B. relatou que na ocasião fugiu para a casa da “*nona*”, ficando lá por alguns dias, pois não queria voltar para a casa dos pais e ver o irmão. Comentou também sentir-se incomodado com o irmão porque este mexia no seu material escolar, atrapalhava-o quando assistia à televisão, além de dar muito trabalho à mãe, que o repreendia e batia nele frequentemente por ser tão inquieto.

B. passou a relatar que o pai só prestava atenção ao irmão, fazendo gozações ou debochando quando ele

falava alguma coisa. Insistia em dizer que a presença do pai em casa o incomodava, não gostava de sair com ele e muito menos de acompanhá-lo ao trabalho. Falava da profissão do pai (pedreiro) e dizia não gostar, ou melhor, detestá-la “*porque isso não era profissão, seu pai quebrava tudo, ao trabalhar, só destruída*”.

Na sessão seguinte, B. retomou a questão do pai e assim o fez em várias outras, nas quais alternava os delírios sobre a chuva e a invasão da água com os “insultos” do pai, que sempre caçoava dele. Dizia que às vezes ficava tão insuportável que lhe “*dava vontade de pular nele*.” Dizia isso fazendo gestos com as mãos em forma de garra, como se fosse arranhar alguém e, com voz firme e expressão séria, acrescentava que esse problema com o pai já vinha de muitos anos.

Nesse momento, parecia que estava configurada uma psicose, especificamente paranóia: “Na paranóia o significativo foracluído (significante da lei) retorna no Real do lado do Outro, e assim o sujeito interpreta o que vem do Outro como sinal de recriminação, injúria e hostilidade, que se transformam em perseguição” (Quinet, 2006, p. 99). No entanto, suas afirmações de idéias, sentimentos, seu resgate da sua história passada para tentar entendê-la no espaço transferencial, questionando qual seria seu lugar na família, abriam interrogações quanto ao aspecto subjetivo, neurótico de B.

Em entrevista com o pai percebemos que ele colocava o filho no lu-

gar de doente, menosprezando-o e por vezes ridicularizando-o. Ele dizia não ter muita paciência com os comportamentos estranhos do menino, que o irritavam sobremaneira; ao contrário do irmão, que era esperto e que certamente “*iria longe*”. Em contrapartida, a mãe revelava uma proteção excessiva para com B., não o deixava sair sozinho na rua, tinha medo que se machucasse, acreditava que ele não tinha condições de se valer por si mesmo e que cabia a ela zelar por esse filho, mesmo exigindo dela dedicação integral.

Pensando em ter uma visão de maior alcance sobre a interação dessa família, a terapeuta passou a conversar com os pais mais freqüentemente. Ao mesmo tempo, foi entrevistada algumas vezes a professora de B., pois este se queixava de não ter interesse em assistir às aulas nem em fazer lição. Soube-se, assim, que B. freqüentava uma classe especial em escola municipal, na qual estava havia três anos sem fazer mais avanços do que memorizar até a tabuada do três. A professora o incumbia de buscar giz e outros materiais na secretaria, criticava-o pela forma desajeitada de comer a merenda, pela falta de capricho no caderno, e queixava-se dele por ser um pouco rebelde para cumprir essas demandas. Ainda manifestava que B. não teria outra opção a não ser ficar nessa escola até completar 17 anos (data limite para freqüentar a instituição), enfatizando que havia chegado ao máximo que se poderia esperar

dele. Dessa forma, foi constatado que também na escola B. era mantido em uma posição de doente, à qual ele se oferecia como objeto do outro.

Nas sessões seguintes, B. e a terapeuta conversaram bastante sobre a situação escolar e sobre a possibilidade de ir para outro lugar, onde ele pudesse fazer amigos, aprender coisas novas, dentre elas um ofício que lhe permitisse ganhar a vida no futuro, escolher e comprar suas próprias coisas. Ele se mostrava entusiasmado com essa nova perspectiva. Foi fornecido, então, à mãe, o telefone de uma escola integral – que poderia acolher o filho – e a pessoa de contato. Entretanto, na sessão seguinte B. contou que a mãe não o deixaria ir a essa escola porque ficava muito longe e seria um transtorno para a rotina familiar. B. dizia sentir-se triste, achava melhor mudar de escola e tinha muita vontade de aprender uma profissão, pois ele não queria ser pedreiro como o pai. Acrescentava: “*eu sou uma pessoa e quero ser respeitado*”.

Os pais foram convocados para um encontro que se iniciou com todas as explicações pertinentes sobre distância, frequência de ônibus, horários conflitantes com a escola do irmão e almoço do pai, etc. Mas, repentinamente, produziu-se um giro no discurso. Os pais externaram sua angústia ante a possibilidade de o filho ficar o dia inteiro fora de casa, e especialmente a mãe, que comentou chorando que até esse momento o filho ficava sempre com ela, seguindo-a dentro de casa aonde ela fosse.

Ao ser oferecido um espaço de escuta para que os pais pudessem falar de si mesmos, de sua história individual e familiar, bem como da sua angústia frente ao filho “problema”, foi possível uma desarticulação de suas projeções fantasmáticas e narcísicas e um redirecionamento da sua decisão anterior, liberando o filho para traçar a sua própria história.

B. foi transferido para a nova escola, sendo levado e trazido pelo ônibus escolar que o apanha perto da sua casa de manhã cedo, retornando por volta das 18 horas. Na escola faz ginástica, fisioterapia, joga bola e, no período vespertino, confecciona tapetes e aprende a montar caixas de papelão para fins industriais. Ele manifesta ter agora uma profissão, a de tecer tapetes.

Pensamos no significado do ato de tecer e no significado etimológico da palavra tecer que é “fazer passar os fios pelo meio da urdidura e formar a teia (de linho, lã, seda etc.); tramar, urdir (Ferreira, 2004). Pareceu-nos que, entre laçadas e nós, B. estava tecendo uma

nova trama para a sua vida, fazendo uma amarração singular que lhe permitiria constituir-se subjetivamente e, quem sabe, dando lugar a um desejo que o orientasse em outra direção, que não a da psicose.

Na sessão posterior, B. chegou à consulta muito contente contando ter sido escolhido pela coordenação da escola, para, a partir do próximo ano, freqüentar três vezes por semana uma outra instituição, onde teria reforço escolar e novas atividades.

Vemos que B. está elaborando a presença de um pai que se lhe apresenta como destruidor, um terceiro que se interpõe na sua relação holofrásica com a mãe. Diz que, quando crescer, vai trabalhar para comprar uma casa para levar a sua mãe, *“poderia ir a nona, a terapeuta e até o irmão, mas o pai não entraria de jeito nenhum, nem sequer de visita”*. (sic)

A terapeuta aponta que será difícil que sua mãe vá morar com ele, porque ela é a mulher do pai e, quando ele crescer e for morar sozinho, a mãe certamente ficará com o marido. E que assim como fez o pai, ele também poderá escolher uma mulher para si.

Conclusão

Ao encerrarmos este estudo, permanecemos com a sensação de que ficou muito por dizer e ainda mais por saber acerca das psicoses. Percebemos através das diversas leituras realizadas que as psicoses continuam provocando questionamentos. Podemos nos perguntar como se estrutura, a partir de quando, que elementos permitem fazer um diagnóstico de psicose; entretanto, a questão que mais nos instigou foi a interrogação sobre o momento em que uma criança pode fazer a sua escolha subjetiva, seja criando defesas para se libertar do lugar que lhe foi destinado pelo desejo dos pais, decidindo-se por uma estrutura neurótica, seja para se alienar ao Outro, oferecendo-se como seu objeto de gozo, estruturando uma psicose.

Na sua especificidade, a psicose infantil despertou-nos uma grande inquietude e questionamento no que tange à sua confirmação. Se entendermos a forclusão do Nome-do-Pai na literalidade do termo, ou seja, como algo prescrito, que não se pode mudar mais, perguntamo-nos se é possível que uma criança, antes de ter passado pelos tempos constitutivos da sua subjetividade, pode estar apta a fazer a escolha definitiva que confirmaria essa forclusão no tempo ainda da infância.

O caso de B. mostrou-nos que, embora a pessoa do pai se mostrasse por vezes como uma presença real, remetendo a uma psicose, a abertura da criança para o Outro representado pela analista denotava uma posição neurótica.

Pensamos que o papel da analista, em relação ao caso apresentado, foi, num primeiro momento, o de encarnar uma “mãe suficientemente boa”, no sentido de fazer aquilo que a mãe não fazia, recebendo os gestos e atos do paciente como tentativas de produção simbólica, o que permitiu à criança a saída do estado objetal inicial. Durante o tratamento, a analista procurou acolher o paciente na sua singularidade, não intervindo no trabalho dele, mas sustentando e organizando aquilo que dele escutava, criando significados que pudessem conduzi-lo a uma possível simbolização, a localizar-se em um lugar outro que não aquele que lhe havia sido destinado pelos pais.

Nesse sentido, seguindo os ensinamentos de Lacan (1998, 2002, 2003), Dolto (1981), Mannoni (1980, 1977) e outros, pudemos constatar que, quando há uma situação que aponta para uma psicose infantil, deve ser feito um tratamento concomitante com a mãe, uma vez que ela desempenha funções importantes na constituição da criança. Assim, nos orientamos no sentido de oferecer um espaço de escuta para que os pais pudessem falar de sua angústia frente a um filho *real*, tão distante do filho por

eles idealizado, permitindo-lhes lançar sobre ele um outro olhar que não o olhar para um filho “doente”.

Desde o início do tratamento, a analista teve dúvidas quanto à estrutura psíquica de B., pois, apesar dos sinais fenomenológicos de autismo e psicose, por vezes B. evidenciou traços neuróticos, como a transferência de amor para com a terapeuta e o relato de sonhos. Consideramos que ainda há um tempo de escuta pela frente, antes que se possa confirmar tratar-se de uma estrutura psicótica ou de uma neurose grave com sintomatologia de características psicóticas.

Embora não haja como saber até onde B. poderá chegar, acreditamos ter sido possível demonstrar que o estigma de doente mental está afastado, e que B. está percorrendo um caminho de produção e progressão, o que talvez não tivesse ocorrido se o diagnóstico de psicose dado pela Psiquiatria tivesse sido tomado como o único significante possível. ■

CHILDHOOD PSYCHOSIS – A REFLECTION ON THE RELEVANCY OF PSYCHOANALYTIC INTERVENTION

ABSTRACT

This study discusses, through a psychoanalyst approach, the question of the diagnosis in the graves psychic perturbations in the childhood, taking into consideration that on the contrary of neurosis there is too much to comprehend concerning psychosis in the childhood. The positive evolution of a clinical case of a child with mental retardation and psychosis diagnosis, placed within 2 years in a private clinic and the modification of the speech he was alienated to by the word device aroused a keen interest at the

role of the psychoanalytic intervention as a way to give another direction to the subject.

Index terms: *psychosis in the childhood; psychoanalysis; definition of the structure; transference.*

PSICOSIS EN LA INFANCLIA – UNA REFLEXIÓN SOBRE LA RELEVANCIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA.

RESUMEN

Este estudio discute la cuestión del diagnóstico de casos graves infantiles desde el psicoanálisis, pues, al contrario de las neurosis, aún hay mucho a comprender, particularmente acerca des psicosis en la niñez. A partir de la experiencia clínica con un niño con diagnóstico psiquiátrico de psicosis y retraso mental, atendido durante dos años en consultorio privado y de la evolución favorable del caso, en que la palabra le permitió modificar el discurso al que se encontraba enajenado; pasó a interesarnos el papel desempeñado por la intervención psicoanalítica como forma de dar otra dirección estructural al sujeto.

Palabras clave: *psicosis infantil; psicoanálisis; definición de la estructura; transferencia.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajuriaguerra, J. e Marcelli, D. (1991). *Manual de psicopatologia infantil.* (A. E. Filman, trad.) 2ª ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bernardino, L. M. F. (2004). *As psicoses não decididas da infância: Um estudo psicanalítico.* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bezerra, A. R. C., Chalegre, C. T., Guimarães, D. S. L. & Camilo, D. I. S. (2002). Intervenção terapêutica-ocupacional na psicose infantil. PsiqWeb. Recuperado em 15 jul. 2007: <http://gballone.sites.uol.com.br/colab/psicoseinfantil.html>.
- Calligaris, C. (1989). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses.* Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- CID 10 (1997). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. São Paulo: Edusp.

- Cirino, O. (2001). *Psicanálise e psiquiatria com criança: Desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Dias, E. O. (2005). A ilusão originária. *Viver Mente & Cérebro: Coleção Memórias da Psicanálise: Revista sobre Psicologia e Psicanálise*, 5 (5), 40-51.
- Dolto, F. (1981). *O caso Dominique: Relato exaustivo do tratamento analítico de um adolescente*. (A. Cabral, trad.) Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Ferreira, A. B. H. (2004). *Novo dicionário Aurélio de língua portuguesa* (3ª ed). Curitiba, PR: Positivo.
- Jerusalinsky, A. (2002). A direção da cura nas psicoses (ou do “curativo”). *Revista da APC: Psicanalisar*, 6 (6)
- Klein, M. (1981). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In M. Klein, *Contribuições à psicanálise*. (M. Mailet, trad., pp. 295-313). São Paulo: Mestre Jou. (Trabalho original publicado em 1930)
- Lacan, J. (1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose In J. Lacan, *Escritos* (V. Ribeiro, trad., pp. 537-590). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor.
- _____. (2003) Nota sobre a criança. In J. Lacan, *Outros escritos* (V. Ribeiro, trad., pp. 369-370) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- _____. (2002) *O seminário, livro 3: As psicoses, 1955-1956*. (A. Menezes, trad.) Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 2002.
- Laznik-Penot, M. C. (1997) *Rumo à palavra: Três crianças autistas em psicanálise*. (M. Seincman, trad.) São Paulo, SP: Escuta.
- Mannoni, M. (1980). *A criança, sua “doença” e os outros*. (A.C. Villaça, trad.) Rio de Janeiro, RJ: Zahar Editores.
- _____. (1977). *Educação impossível*. (A. Cabral, trad.) Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves.
- Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social: Esquizofrenia, paranóia e melancolia*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. (J. C. Guimarães, trad.) Rio de Janeiro: Imago.
- Simon, R. (1986). *Introdução à psicanálise: Melanie Klein*. São Paulo: EPU.
- Volnovich, J. (1993). *A psicose na criança*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (I.C. Schuch Ortiz, trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.

NOTA

¹ Monografia defendida em 2007 na Pós-Graduação em Saúde Mental, Psicopatologia e Psicanálise da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), pela primeira autora, orientada pela segunda.

vanoli51@yahoo.com.br
ledber@terra.com.br

Recebido em junho/2008
Aceito em agosto/2008