

A INCLUSÃO DOS PAIS NA CLÍNICA DAS PSICOSES INFANTIS

Ellen Fernanda Klinger
Beatriz Kauri dos Reis
Ana Paula Ramos de Souza

RESUMO

A psicose infantil é uma psicopatologia severa, comprometedor do desenvolvimento da criança em termos de linguagem, interação social, brincar, entre outros. Na perspectiva psicanalítica, a função materna e paterna tem um importante papel na estruturação do quadro psicótico. Neste trabalho, propõe-se apresentar o caso clínico de uma menina de dez anos com diagnóstico de psicose infantil, discutindo alguns aspectos relativos à evolução dos atendimentos, bem como a inclusão parental na psicoterapia infantil e às mudanças no vínculo mãe-filha. Levantaram-se reflexões acerca da relação com o Outro na psicose infantil e quais as possibilidades dessas crianças de se constituir subjetivamente.

Descritores: *psicose infantil; diagnóstico; psicanálise.*

Introdução

Atualmente, o termo psicose infantil foi banido dos manuais de psiquiatria, enquadrando-se dentro dos Transtornos Globais do Desenvolvimento junto com o Autismo, Síndrome de Rett e outros, embora na clínica fique claramente evidente que se trata de patologias distintas.

Enquanto que a psiquiatria deixou de lado tal nomenclatura, dentro do corpo teórico psicanalíti-

- Psicóloga, Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – RS.
- ■ Psicóloga, Psicanalista, Mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Integrante do Centro Lydia Coriat de Porto Alegre – RS.
- ■ ■ Fonoaudióloga, Pós-Doutoranda em Letras pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – RS.

co existem divergências quanto ao diagnóstico de autismo e da psicose infantil, bem como um vasto campo de pesquisa sobre o tema, ainda com muitas questões em aberto (Kupfer, 2001; Bernardino, 2004).

Um dos principais entraves para o avanço dos estudos sobre psicose infantil e autismo está na disputa diagnóstica, na qual, em uma tentativa de produzir uniformidade quanto a esse aspecto foram colocadas dentro de uma mesma categoria (Transtornos Globais do Desenvolvimento) as crianças que eram anteriormente classificadas como psicóticas e autistas. Embora tal classificação possa facilitar as trocas entre os profissionais da área, ela não produziu avanço real na compreensão desses quadros, fornecendo apenas uma descrição deles (Kupfer, 2001).

Nesse sentido, Reis (2006) considera que é cada vez mais comum o encaminhamento de crianças psicóticas; contudo, nem mesmo os manuais de doenças (CID 10 e DSM IV TR) contemplam mais as psicoses na infância, visto que a classificação de autismo passou a englobar as psicoses, como se fossem categorias nosológicas semelhantes. A autora ainda ressalta que este é um engano extremamente danoso, uma vez que em termos de condução do tratamento psicanalítico, há uma grande diferença na abordagem de uma e outra psicopatologia.

Baseando-se nas ideias de Jerusalinsky (1993), que cunhou o dia-

gnóstico de Psicoses Não Decididas da Infância, Bernardino (2004) e Campanário (2008) também passaram a adotar tal categoria diagnóstica, entendendo-a como a que melhor contempla a posição da criança enquanto sujeito em constituição, sua condição de indivíduo cujo organismo está em processo de desenvolvimento. Com a adoção de tal nomenclatura, os autores buscam enfatizar a noção de estrutura psíquica não cristalizada, passível de se operarem mudanças, visto que no tempo da infância as possibilidades de instauração de um quadro como o de psicose ainda está em aberto.

Não obstante, as dificuldades em torno da psicose infantil não se restringem ao diagnóstico, mas abarcam, ou melhor, partem da relação da criança com os pais, e, por conseguinte, envolvem a linguagem, as interações, o brincar etc. Em suma, todo o sentido de SER da criança no mundo.

Conforme Bernardino (2008), as crianças que têm Transtornos Globais do Desenvolvimento não conseguem encontrar um sentido, uma significação para si, entender qual o seu papel, o seu lugar no mundo.

Soler citada por Kupfer (1999) chama de “crianças-objeto” aquelas em que a função do sujeito não foi constituída, como no autismo e na psicose, e diz que o tratamento dessas parte do pressuposto de se permitir que o simbólico seja instalado, sendo que o ponto de partida para isso é o real. Trata-se de uma prática

clínica que possibilita a inscrição de marcas simbólicas, de significantes que possam servir de anteparo diante da invasão do real.

Muitas vezes, a criança é trazida para atendimento como objeto, sem condição de ter acesso a seu próprio desejo e o analista oferece-lhe então uma escuta diferenciada, escutando-a como sujeito. Existe aí uma aposta de que seu pequeno paciente seja um sujeito, mesmo ainda não havendo formulação do eu. O analista trabalha antecipando o sujeito que está por vir, sendo necessária muita paciência e uma tentativa de se despir de seus próprios conteúdos, para que a subjetividade da criança possa surgir (Reis, 2000).

Agora, mesmo se tendo uma compreensão psicanalítica do autismo e da psicose, resta dizer que a clínica dessas psicopatologias ocorre na direção contrária da psicanálise clássica, na qual se parte do simbólico em direção ao real (Vorcaro, 1999). Deve-se permitir que se instale o simbólico, tendo como ponto de partida o real, do qual a criança não erigiu suas defesas, buscando construir um significado junto com o sujeito em análise, ao invés de (des)construir algo que nunca chegou a existir (Kupfer, 1999).

Na clínica com crianças, por meio da escuta dos pais, pode-se saber em que lugar os filhos estão, sejam os filhos imaginados ou os da realidade. A partir do discurso dos pais, é reconhecido o lugar que um filho pode ocupar ou não no desejo

materno; têm-se balizas, também, sobre a incidência ou não da lei portada pelo pai em sua função paterna. Assim, pode-se partir da premissa de que uma criança fala e se representa no que diz quando ocupou lugar no desejo materno e foi devidamente arrancada pela lei paterna (Jardim, 2001).

Mas, e nos casos em que o sujeito não chegou a se constituir como nas psicoses? Conforme Jerusalinsky (1993), o que ocorre nesses casos é que lhe falta aquilo que sustenta à criança para que possa produzir o seu sintoma, que é consistência do significante fundamentado no Nome-do-Pai. E, à falta da consistência deste significante pela forclusão, a criança, ou fica totalmente tomada do lado do autoerotismo, ou fica totalmente tomada pela alterização absoluta. O fundamento da estrutura psicótica reside na forclusão do Nome-do-Pai, em que se produz uma inscrição do sujeito numa posição que não pode ter consequências na função significante.

Ocorre que na psicose não existe a falta, pois a mãe do psicótico evita a falta e é a ausência de suposição de demanda do filho que o envia à psicose (Reis, 2006). Vorcaro (1999) considera que tanto no autismo como na psicose e na debilidade, não há um intervalo que permita o aparecimento da falta no outro, assim não há interrogação sobre seu saber, pois o Outro sabe tudo sobre a criança.

Tendo em vista a problemática, neste trabalho foram apresentadas e discutidas questões que concernem à relação com o Outro na psicose infantil e quais as possibilidades de ser dessas crianças, ou seja, de se constituir enquanto sujeitos.

Apresentação de um caso clínico

Neste relato de um caso clínico, propõe-se a discussão de alguns aspectos relativos à inclusão dos pais na psicoterapia infantil e as mudanças no vínculo mãe-criança. A fim de proteger a identidade dos sujeitos deste estudo foram adotados os nomes fictícios de Luana, para a criança, e Fabiana, para a mãe.

O projeto desta pesquisa foi apresentado a um Comitê de Ética em Pesquisa, e respeita a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os procedimentos de coleta de dados incluíram a consulta à mãe (responsável pela criança) para que o caso de sua filha juntamente com as entrevistas fossem estudados. Depois de

aceita a pesquisa, a mesma assinou um termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, permitindo a divulgação científica dos dados obtidos, respeitando a privacidade de sua identidade.

Os atendimentos foram realizados em uma clínica-escola no interior do Rio Grande do Sul, e no primeiro ano, as sessões psicoterápicas com Luana ocorreram duas vezes por semana e as entrevistas com a mãe numa frequência quinzenal. Ao segundo ano, as sessões passaram a ser semanais.

Luana, chamada pela família e conhecidos de Lulu, é uma menina de dez anos, magrinha que anda sempre se equilibrando na ponta dos pés, como uma pequena bailarina. Possui diagnóstico de psicose infantil fornecido pelo neuropediatra que a acompanha desde os primeiros anos de vida. Além das sessões psicoterápicas, a menina estava sendo acompanhada por educadora especial três vezes por semana desde os oito anos.

A princípio, Luana foi encaminhada para atendimento fonoaudiológico com a queixa inicial de não falar, emitia apenas umas poucas palavras e, posteriormente, encaminhada para acompanhamento com psicóloga.

A mãe de Luana, Fabiana, é a filha mais velha, tendo mais dois irmãos. O seu pai faleceu quando tinha seis anos e, antes disso, não tinha muito contato com ele, pois o mesmo era usuário de drogas e “*não lhe transmitia segurança*” (sic). A avó da criança, mãe de Fabiana, engravidou *muito jovem*, deixando a filha aos cuidados dos seus pais até os cinco anos, quando se casou e ambas foram morar com o marido.

Fabiana conta que, quando criança, tinha um comportamento parecido com o da filha em vários aspectos e que se considera uma pessoa bastante ansiosa e impulsiva, não conseguindo se controlar e, por muitas vezes, gritando ou agindo de maneira semelhante à menina.

A gravidez foi planejada, mas ela era *muito jovem* e o período gestacional foi bastante conturbado, devido às brigas constantes com o pai de Luana. Também disse que temia o momento do parto e o surgimento de eventuais complicações, mas não entrou em detalhes. Passado um mês do início dos atendimentos, falou sobre a dependência química e o uso de drogas durante a gestação, o que se estendeu até os cinco anos da filha, com quem até então, pouco havia convivido.

O parto de Luana foi complicado. O bebê teve anoxia (uma das principais causas de doenças mentais em crianças), aspirou lí-

quido da bolsa, teve pneumonia e precisou ficar na UTI durante vinte dias. Ainda quando estava internada, a criança teve convulsões, as quais seguiram até os sete anos de idade. Portanto, observa-se que, desde o nascimento, Luana já era um bebê em situação de risco e o seu estado de saúde pode ter agravado as dificuldades em termos de interação com o ambiente.

Pelas dificuldades apresentadas, desde tenra idade Luana tomou medicações para as convulsões e, posteriormente, os medicamentos passaram a ser associados também à antipsicóticos.

Ainda nos primeiros meses de vida de Luana, Fabiana se separou do pai da criança e as duas foram morar com a sua mãe. Não soube contar muito sobre os primeiros anos da menina, pois a deixou aos cuidados da avó e de diferentes babás enquanto manteve o uso de drogas, indo eventualmente visitar a filha nos finais de semana. Relatou estar aproximadamente cinco anos sem beber ou usar outro tipo de substância química, dizendo ser esse um dos motivos pelos quais não quer que Luana tenha contato com o pai, que é viciado em *crack*.

Até os seis anos, Luana frequentou a escola, contudo, devido às dificuldades apresentadas em acompanhar as outras crianças, juntamente com a idade e o comportamento agressivo, passou a ser atendida individualmente por educadora especial.

Quanto ao desenvolvimento da linguagem, foi somente aos sete anos que a menina começou a falar e, quando iniciou os atendimentos psicoterápicos, dizia apenas umas poucas palavras (ca-casa, mamãe, ônibus).

As primeiras sessões: psicoterapeuta como espelho

Luana chega para a primeira sessão bastante agitada, grita, pede o tempo todo para ir para casa e é agressiva com a mãe, com a terapeuta e com pessoas que estão no local, dando pontapés e tapas, o que acontece quando é contrariada. Ela não consegue/suporta ouvir um *não*.

De acordo com Soares (2007), o sujeito psicótico conta com poucos recursos para tentar escapar da alienação no Outro, que o aprisiona. A tentativa de se separar desse Outro ao qual ele se encontra alienado não logra êxito pela via da palavra, pela dimensão do simbólico. Assim, a luta para escapar à invasão do Gozo do Outro passa pela via do real: uma separação física, com manifestações de agressividade podem ocorrer com certa frequência.

Como a menina não quer ficar na sala em que são realizados os atendimentos, a psicoterapeuta convida ela e a mãe para passearem pelo prédio, levando um carrinho e uma boneca que criança gostou junto. Nas

próximas sessões, prosseguem com os passeios pelo local e, aos poucos, a terapeuta procura formar um vínculo com a menina.

Uma das dificuldades encontradas é que, no início, a mãe interferia o tempo todo, tentando conversar com a terapeuta ou chamar a atenção pra si, falando da filha como se ela não estivesse presente. Luana então reagia, e a forma que usava para mostrar que isso a incomodava era gritar, bater e sair correndo pelo local.

No texto “Psicose e Autismo: uma questão de linguagem”, Alfredo Jerusalinsky (1993) assinala a posição em que criança psicótica recebe a demanda do Outro, em que a inscrição produzida exige a sua repetição no real, respondendo com o seu corpo, como no caso dessa paciente, com agitação psicomotora, agressividade e gritos.

Aos poucos, Luana vai deixando a mãe de fora das sessões, a qual passa a aguardar na sala de espera. No entanto, quando vinha deixar a menina, Fabiana falava o quanto a filha estava difícil de lidar naquele dia, que estava muito cansada porque Lulu acordou cedo e não parou quieta etc. Parecia pedir uma testemunha de seu sofrimento. Nesses momentos, a terapeuta buscou manter uma posição firme com a mãe, respondendo que no dia da próxima entrevista conversariam.

Sem a mãe por perto, a menina para de gritar e começa a interagir: Luana se encanta com um estojinho

de maquiagens, pega o batom e se pinta. Depois, aproxima-se do espelho, mas sem se deter na sua imagem.

Então, a terapeuta chega perto dela e a elogia, convidando-a a se olhar no espelho.

T: “Mais que bonita a maquiagem que você fez Luana, vem ver aqui.”

A criança novamente se aproxima e fica parada se olhando no espelho, depois passa batom pela boca e rosto.

T: “Que linda que você está!. Você é muito bonita! Olha.”

L: “Linda... linda!”

E dá uma risadinha, enquanto balança as mãos olhando para a terapeuta e esperando que confirme que sim, é linda.

T: “Sim, muito linda...”

Winnicott (1975) afirma que o terapeuta deve ter a paciência, a tolerância e a confiança que uma mãe devotada tem para com seu bebê, a fim de que o paciente possa desenvolver um sentimento de confiança básica e que o processo terapêutico possa se desenrolar. Assim, se o terapeuta puder ser um bom espelho, refletindo com segurança as necessidades dos pacientes, para que possam ver as suas possibilidades, poderá auxiliá-los para que venham a ser aquilo que realmente são (Amiralian, 1997).

No decorrer das próximas sessões, a menina também passa a maquiagem a terapeuta e então saem da sala para passear pelo local, numa atitude de mostrar como estão enfeitadas. Luana vai até a sala de espera exibir para a mãe o seu feito.

F: “Mas olha! Se maquiou toda! Ela adora maquiagem, tá sempre mexendo nas minhas coisas.”

T: “*Vim mostrar como estou bonita, mamãe!*.”

(A terapeuta fala pela criança numa abordagem semelhante à utilizada por Laznik (2004) no atendimento de pequenas crianças).

F: “É mesmo, que bonita que a Lulu tá!”

L: “*Linda... linda.*” Agita as mãos e o corpo enquanto fala.

Em seguida, Fabiana tira um paninho de dentro da bolsa para limpar o rosto da filha, pois está no fim da sessão e depois vão embora. Tal cena com a maquiagem se repete. A menina vai se exibir para a mãe que confirma que está bonita, mas ao mesmo tempo limpa o seu rosto em extrema ambiguidade.

Reis (2000) se refere ao olhar materno como sendo de fundamental importância, pois serve de espelho para a criança, que se vê refletida nesse olhar, que na realidade transmite o desejo da mãe. A

criança identifica-se com esse desejo, havendo então uma correspondência entre seu desejo e o desejo da mãe.

No entanto, no olhar de Fabiana para a filha, vê-se a dificuldade que tem em ser um bom espelho, pois olha para a menina e não vê a sua bela tentativa em se fazer bonita para a ela, mas sim, um rosto borrado de batom. Assim, o rosto materno espelha apenas as falhas da criança.

Em uma das entrevistas, é pontuada a questão de Luana sentir orgulho do seu feito e que ela ao mesmo tempo em que diz que a filha está bonita, limpa o seu rosto. Percebe-se que a mãe está sempre preocupada com a higiene e aparência da menina, tanto que essa é capaz de vários autocuidados, como, inclusive, já mostrou algumas vezes, mas Fabiana parece não acreditar, ou seja, para ela a criança não faz nada direito.

Um dos aspectos que Luana demonstrou estar mais organizada e sintonizada com a terapeuta foi que parou de correr e gritar pelos corredores da clínica, como também não agrediu mais nenhuma pessoa que estava no local, inclusive, cumprimentando quem encontrava por lá. Contudo, observou-se que quando a mãe estava por perto, Luana ficava agitada e se esta dizia não para ela, caía no chão, gritava e se balançava. Quando não partia para agredir a mãe, se autoagredia.

Isso remete ao entendimento de que a mãe não pode lhe dizer não porque se sente culpada pelo seu

abandono e Luana justamente vive o fantasma materno, não podendo ir além, sendo uma pequena tirana desse Outro que sabe mais sobre ela própria.

Jerusalinsky (2004) esclarece melhor essa questão ao abordar um caso de psicose não decidida da infância. Para o autor, na psicose infantil, o inconsciente de que se trata é o parental, ou seja, é o fantasma dos pais que faz sintoma literal no filho.

Entrevistas: espaço de escuta aos pais

A princípio, as entrevistas com a mãe de Luana ocorriam quinzenalmente e, devido às dificuldades apresentadas, bem como a diminuição das defesas de Fabiana, estas passaram a ocorrer semanalmente durante um período de três meses.

Nas primeiras entrevistas com a mãe, observou-se que ela tinha dificuldade em falar da filha, referindo-se mais ao “quadro”, ou seja, as incapacidades da criança e ao quanto era difícil a convivência. A primeira impressão era de que se relacionava com a “entidade psicose” ao invés da criança. Os desejos da menina e todos os seus comportamentos eram entendidos como frutos da patologia: *“O Dr. fulano disse que essas crianças são assim, que isso é do quadro...” (sic).*

Campanário e Pinto (2006) se referem ao perigo do rótulo quando

é dado precocemente o diagnóstico de psicose infantil, sendo que a criança passa a ser tratada diferentemente pela família, pela escola e, muitas vezes, pela própria equipe de tratamento.

Assim, nesse espaço aberto à mãe, procurou-se (re)criar, (re)inventar o lugar da criança junto à ela, ou seja, que através da escuta de suas angústias e receios em relação à filha, juntamente com o que a menina vinha demonstrando, ela pudesse ver as possibilidades de Luana, deixando de ver apenas as suas limitações.

A partir disso, surgiu outro questionamento: Será que Fabiana realmente queria investir na filha? Desejava que a criança deixasse de ter os comportamentos que segundo ela lhe incomodavam ou para ela a posição de pessoa que estava sendo punida pelo seu passado era a única que fazia sentido?

Discorrendo sobre a demanda dos pais ao trazerem seus filhos para atendimento, Reis (2000) aponta que como na maioria dos casos, essas crianças são percebidas como fonte de angústia e sofrimento para a família. No entanto, a autora salienta que, muitas vezes, a angústia é proveniente da vivência pessoal deles mesmos e a criança denuncia, sendo necessário que o terapeuta, num primeiro momento, detenha-se a observar o que realmente se passa com esta família, oferecendo um espaço de escuta. Assim, é a partir dessa escuta

que se pode ter conhecimento da questão por trás da demanda parental.

Em uma das entrevistas, a mãe tentou falar sobre o temor que sentia pelo fato de que, ao ter usado drogas na gravidez, tivesse prejudicado a filha.

F: “Será que é porque eu usei...”

Nesse momento, a voz foi enfraquecendo e ela se calou, mudando de assunto. Entendendo que ela ainda não estava preparada para tocar no assunto, a terapeuta respeitou o seu tempo. Passado um mês, Fabiana conseguiu expressar seus receios com relação ao uso de drogas e a não ter convivido com a filha.

F: “Será que ela lembra de quando eu tava grávida e quando era pequena e eu não fiquei com ela... Será que faz assim por isso?”

Nos meses seguintes, Fabiana passou a ter acompanhamento psiquiátrico. Contou que estava passando por uma situação muito difícil, que chorava muito e não conseguia dar atenção para a filha, chegando a rejeitá-la, gritar, dar socos nos móveis e até a se morder (comportamento que Luana costuma ter).

F: “Às vezes eu fico tão estressada com a Lulu que sem querer grito um palavrão e até rejeito ela. Digo “onde eu tava com a cabeça quando inventei de ter filho” e ela escuta. Depois eu me arrependo, penso que eu que tinha que dar exemplo, porque digo pra ela não fazer algo, mas daí eu faço igualzinho.”

No trecho acima, percebem-se modificações nas vivências familiares, em que a presença e escuta da terapeuta provoca efeitos em Luana, que vai deslocando-se de sua posição e, à medida que vai deixando de ser um “problema” (posição que lhe era destinada), a mãe passa entrar em conflito.

A mãe leva o filho ao analista e se desconcerta ao perceber que esse carrega suas marcas, pois vem em busca de uma posição ou maneiras de como lidar com a criança. E, por ser alguém que desempenha funções na constituição da criança, é de suma importância um trabalho concomitante com a mãe (Reis, 2000).

Ao considerar a prática clínica com a criança e a transferência com os pais, Reis (2006, p. 31) assinala que:

Na medida em que o trabalho avança e os pais passam a se expor e se ouvir, mutuamente, uma angústia crescente se apodera deles, uma vez que passam a se responsabilizar pelo que acomete o filho. São momentos preciosos e ao mesmo tempo muito difíceis de conduzir, mas que não se tem como evitar, pelo contrário, é no acolhimento dessa ebulição que ali passa a ter lugar, que depende o sucesso da transferência e, conseqüentemente, do trabalho com a criança.

Conforme o trabalho com Luana foi avançando, a mãe mostrou ter dificuldade em olhar para a filha e vê-la para além do rótulo psicose, como em uma cena na qual comenta sobre como a menina estava mais prestativa e falante.

F: “Eu tava no sofá e comentei que frio que tá. Aí a Lulu que tava do meu lado respondeu “é mesmo”. Na hora eu me admirei, parecia gente conversando comigo.”

Dando-se conta do que havia acabado de falar, complementou um pouco sem graça:

F: “Quer dizer, parecia até gente grande, um adulto. Até falei que bonitinho... o jeito como ela respondeu...”

Fabiana também negava o tempo todo que Luana pudesse “vir a ser”, que a filha tinha sentimentos e estava sofrendo tanto quanto ela. Parecia desacreditar na menina e na importância da sua participação no processo psicoterapêutico. Nas suas palavras, *“Deus não dá uma cruz maior do que a gente pode carregar”* (sic), ou seja, a filha é uma cruz que tem de carregar, um castigo.

Para Lacan (2003), o sintoma na criança pode representar o par parental ou ser um indicativo da subjetividade materna. Quando o sintoma está relacionado a subjetividade materna, a criança passa a ser objeto da mãe, respondendo ao desejo baseado na fanta-

sia desta e buscando preencher o vazio de uma vida que não encontra outro sentido senão o de carregar esta cruz que a criança pode vir a representar. Ocorre que falta na criança psicótica a consistência do significante fundamentado no Nome-do-Pai, o que permitiria que ela produzisse seu próprio sintoma ao invés de se apresentar no real encarnando o fantasma materno.

Tal entendimento se aplica à relação de Fabiana e Luana, em que fica claro que o sentido para a mãe está em cuidar da filha que tantos “incômodos” lhe causa, pois esse é o seu castigo por tê-la abandonado quando bebê. Ao perceber o que lhe é demandado, a menina atende ao desejo materno.

Mudanças de posição no processo terapêutico

Depois de Luana ter concordado, ela e a terapeuta convidam a mãe para participar de uma sessão, convocando-a a “olhar” para a filha a partir de uma posição que possa exercer uma marca simbólica (Brandão, Meira, Molina & Jerusalinsky, 1997).

A mãe se esforçava para entrar na brincadeira – estavam brincando de comidinha e a criança preparava um bolo de chocolate – mas parecia um pouco deslocada. Queria dar atenção à filha, no entanto, não conseguia. A menina sentia isso, e logo

arranjou um jeito de a mãe se retirar da cena.

Luana chega próximo ao rosto da mãe e diz: tatu.

F: “O quê? A mãe ta com tatu?”

F: “É mesmo (ao se olhar no espelho), vou ao banheiro. *Que vergonha!*” – Sai da sala apressada.

L: “Eca, que nojo!” – Dá uma risadinha.

Em seguida, a menina voltou ao preparo do bolo parecendo mais satisfeita – se a mãe não conseguia dar a atenção que precisava, curtir estar com ela, é melhor que saísse.

Algumas semanas depois, Luana veio para a sessão demonstrando grande agitação, falando um discurso bastante desconexo, com palavras soltas e ditas em tom choroso. Também gritava e chamava pela mãe, mas ao contrário das outras vezes, onde a palavra “mamãe” aparecia ligada à representação de desamparo (Laznik, 2004), desta vez estava ligada ao sujeito mãe. Ela sai de mãos dadas com a terapeuta em busca de Fabiana e fica muito assustada quando não a encontram.

Quando a mãe retornou, a terapeuta falou que estavam procurando por ela, pois Luana queria muito vê-la, ficando inclusive bastante agitada. Então, Fabiana contou que a menina a viu chorar pela manhã, mas ao mesmo tempo não deu crédito aos sentimentos da filha.

F: “Será que foi por isso?”

Nas próximas sessões, Luana continuou chamando pela mãe que se recusava a participar.

F: “... Hoje eu brinquei bastante com ela. Ela tava sentada na mesinha com o material de pintar e olhou pra mim de um jeitinho e falou “senta mãe”. Daí, com esse jeitinho todo eu não resisti.”

Mas por que essa mãe tem que resistir?

Uma das hipóteses levantadas é que, por ver muito dela na filha, pode reagir rejeitando a mesma, sendo que Luana não tem outra escolha a não ser encarnar o fantasma materno, uma escolha forçada.

Como verificado na história familiar, são situações que se repetem, em que o pai de Fabiana era usuário de drogas e até os cinco anos ela também ficou aos cuidados dos avós. Depois, se envolveu com alguém mais velho, dependente químico, deixando Lulu com a avó e só voltando a se aproximar, ser mais presente, quando a filha tinha cinco anos.

Posteriormente, a avó materna passou a entrar como um terceiro na relação mãe e filha, visto que, somado às dificuldades de investimento da mãe na criança, ocorreu a saída da babá, pessoa que conseguia dar alguma sustentação emocional as duas, tanto que quando comunicou que iria se afastar no período de licença maternidade, Fabiana se desestabilizou.

A avó relata que a menina vinha perguntando pelo pai, como qual Luana não tinha contato há vários meses, devido aos problemas que ele vinha enfrentando com a dependência química. Como resposta, eram

comentários vagos ou nada se falava. Depois de uma intervenção para que quando a criança perguntasse pelo pai lhe fosse dada uma resposta, que não ficasse no *não-dito*, essa avó passou a falar que o pai estava doente (o que não deixa de ser verdade, tendo em vista a situação da dependência), dando abertura para a entrada da função paterna ao falar sobre ele.

Assim, essa avó, que havia andado afastada da criança, começou a ser mais presente e a dar certo suporte para Fabiana, ficando com a neta enquanto a mãe saía, levando-a para passear e trazendo as duas para as sessões. Portanto, um terceiro passou a entrar na relação, barrando o Outro que tudo pode e sabe sobre a menina, o que aos poucos foi surtindo efeito: Luana foi voltando a esboçar um brincar, a sorrir e a agitação motora diminuir. A entrada de um terceiro na relação, nesse caso, vem para lembrar à mãe que a filha é um sujeito diferente dela e de quem não têm posse absoluta (Bernardino, 2008).

Acredita-se que o fato de que a avó tenha vindo auxiliar mãe e neta, além de barrar Fabiana, mostrou à filha que ela não estava sozinha, como também fez com que buscassem restituir algo que ficou incompleto na relação das duas. A partir disso, passaram a conversar sobre os sentimentos de Fabiana quando criança, como o quanto se sentia insegura com o pai e a ausência da mãe na sua infância.

Nesse caso, considera-se pertinente a colocação de Bernardino (2008) quanto à função paterna, a qual a autora diz ser tudo aquilo que vai servir de referência na relação da mãe com o seu bebê, tanto referência anterior, do seu passado como filha, que fez com que ela tivesse um lugar para um filho na sua história de vida, quanto atual.

Outro aspecto que veio a contribuir com a visível melhora de Luana foi o posicionamento da terapeuta diante da mãe, que estava apresentando grande descontrole emocional, gritava com a menina e, algumas vezes, ameaçava deixá-la novamente.

Nesse momento, a terapeuta explica para Fabiana que Luana sente tudo isso que ela disse e reage da forma que ela mesma (mãe) faz, gritando, batendo, mas que ainda é uma criança, precisa se sentir segura e o seu comportamento é um reflexo do dela. Tal intervenção foi adotada com o intuito de que Fabiana parasse, refletisse sobre o que vinha acontecendo e que o comportamento da filha não era mero fruto do acaso, que ela tinha responsabilidades sobre a criança.

À medida que Fabiana passou a agir de modo mais tranquilo, Luana foi se acalmando, podendo ser observado certo prazer na mãe em estar criança.

F: *“A mamãe tem mel. Então vamos lá brincar, vamos ver o que vamos fazer hoje...”* – Responde sorridente ao pedido da filha de participar de uma das sessões e, o mais importante, brinca.

Luana também começou a frequentar a APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), participando de atividades em grupo com outras crianças. A possibilidade de estar com outras crianças parece ter renovado as esperanças da mãe, que tem se revelado satisfeita e vendo possibilidades para a filha.

F: “Eu tô com muitas esperanças nela ir pra APAE. Dizem que é muito bom e ela precisa estar com outras crianças. Sei que é tudo aos pouquinhos... porque é aos pouquinhos mesmo, não é de uma hora pra outra que ela vai se adaptar.”

Entende-se que quando fala que a adaptação da filha é aos pouquinhos, Fabiana também está se implicando nisso, que gradativamente ela e Luana vão se adaptar às mudanças que vem ocorrendo.

Considerações finais

Durante a condução das sessões, foi possível visualizar que era necessário voltar o olhar e escuta profis-

sional à Luana, para além das suas diferenças e da complexidade que envolve o atendimento de crianças com psicopatologias graves. Para tanto, primeiramente se buscou estabelecer um laço com Luana, acreditando em seu potencial, que um sujeito daí poderia advir, ou seja, apostando na sua existência.

Cabe refletir que um importante favorecedor para a evolução do processo terapêutico de Luana foi a instalação de um dispositivo de escuta à mãe. Esses momentos com os pais são preciosos e nos dizem muito acerca da dinâmica familiar, da subjetividade e da demanda parental em relação à criança. No entanto, conforme Campanário (2008), o clínico deve estar atento e na escuta dos pais não pode deixar de considerar a dimensão subjetiva da criança.

No entendimento de Mannoni (1995), a inclusão do discurso parental no tratamento é fundamental, pois além de ser uma forma de situar a criança em relação ao desejo desses, a escuta do drama familiar possibilitaria “criar uma situação em que finalmente seja concebível que a verdade escondida por trás dos sintomas seja assumida pelo sujeito” (p. 36).

Quando diante de figuras parentais como a mãe de Luana, que não conseguem ver o filho além do quadro patológico, o terapeuta deve dirigir suas intervenções no sentido de antecipar um sujeito, mostrando a esses pais as possibilidades de SER dos seus filhos.

Ao longo do processo terapêutico, não aconteceram alterações somente em Luana, mas também foram vivenciadas mudanças em sua mãe, a qual vem modificando o seu posicionamento subjetivo com relação à filha, a convivência com a sua própria mãe e a si mesma.

Este trabalho não pretende esgotar as questões sobre o tratamento das psicoses infantis e a relação da criança com o Outro, mas sim, trazer novas indagações acerca dessas crianças que chegam tardiamente (por volta dos dez anos) aos consultórios e clínicas, pois, sabe-se que quanto mais precocemente for efetuado diagnóstico e intervenções, melhores serão os prognósticos desses sujeitos. Assim, ficam questionamentos que acometem aqueles que em sua prática diária com sujeitos autistas e psicóticos: Quais os encaminhamentos terapêuticos? Até onde vão as possibilidades de inserção dessas crianças e pré-adolescentes no social? ■

INCLUSION OF PARENTS IN CHILDREN'S CLINIC OF PSYCHOSES

ABSTRACT

The childhood psychosis is a severe psychopathology, compromising the child's development in terms of language, social interaction, play, among others. In the psychoanalytic perspective, the maternal and paternal functions has an important role in structuring the psychotic state. In this paper, we proposed to present the case of a girl of ten years with a diagnosis of childhood psychosis, discussing some aspects of the evolution of care, and parental inclusion in child psychotherapy and changes in mother-daughter. Rose reflections on the relationship with the Other in childhood psychosis and the possibilities of these children to be subjectively.

Keywords: *childhood psychosis, diagnosis; psychoanalysis.*

LA INCLUSIÓN DE LOS PADRES EN LA PSICOSIS CLÍNICA INFANTIL

Resumen

La psicosis infantil es una psicopatología grave, poniendo en peligro el desarrollo del niño en términos de lenguaje, la interacción social, juegan, entre otros. En la perspectiva psicoanalítica, la función materna y paterna tiene un papel importante en la estructuración de los psicóticos. En este trabajo se propone presentar el caso de una niña de diez años con diagnóstico de psicosis infantil, discutiendo algunos aspectos de la evolución de la atención, y la inclusión de los padres en la psicoterapia infantil y los cambios en la madre-hija. Rose reflexiones sobre la relación con el Otro en la psicosis infantil y las posibilidades de estos niños a ser subjetivamente.

Palabras clave: *psicosis infantil; diagnostic; psicoanálisis.*

REFERÊNCIAS

- Amiralian, M. T. (1997). O psicólogo e a pessoa com deficiência. In E. A. F. S. Masini, E. Becker, E. B. Pinto, L. A. Amaral, M. J. Kovács & M. L. T. M. Amiralian, *Deficiência: alternativas de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bernardino, L. M. F. (2004). *As psicoses não-decididas da infância: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. (Coleção 1ª Infância)
- Bernardino, L. M. F. (2008). Aspectos psíquicos do desenvolvimento infantil. In D. de B. Wanderley (Org.), *O cravo e a rosa: a psicanálise e a pediatria: um diálogo possível?* (pp. 54-66). Salvador: Ágalma.
- Brandão, P., Meira, A. M., Molina, S., & Jerusalinsky, A. (1997). Abordagens do imaginário na cena terapêutica em estimulação precoce. *Escritos da criança*, (2nd ed., n. 3, pp. 8-21).
- Campanário, I. S., & Pinto, J. M. (2006). Nos limites da linguagem: a holófrase e sua incidência na clínica da primeira infância. *Reverso*, 28(53), 51-60.
- Campanário, I. S. (2008). *Espelho, espelho meu: a psicanálise e o tratamento precoce do autismo e outras psicopatologias graves*. Salvador: Ágalma.
- Jardim, G. (2001). Psicoses e autismo na infância: impasses na constituição do sujeito. *Estilos da Clínica*, 6(10), 52-68.
- Jerusalinsky, A. (1993). Psicose e autismo na infância: uma questão de linguagem. *Boletim da APPOA*, 9, 62-73.
- Jerusalinsky, A. (2004). Estrutura de um sintoma obsessivo a partir de uma psicose não decidida num menino, dos 3 aos 9 anos. In A. Jerusalinsky, *Seminários III* (pp. 47-64). São Paulo: Universidade de São Paulo; Lugar de Vida.
- Kupfer, M. C. (1999). Freud e a educação, dez anos depois. *Revista da APPOA*, 16, 14-26.
- Kupfer, M. C. (2001). *Educação para o futuro: psicanálise e educação*. São Paulo: Escuta.

- Lacan, J. (2003). Duas notas sobre a criança. In J. Lacan. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laznik, M. C. (2004). *A voz da sereia: os impasses na constituição do sujeito*. Salvador: Ágalma.
- Lima, C. M. (2001). Clínica do autismo e das psicoses infantis ou como pensar a articulação psicanálise – educação no tratamento das “crianças – objeto”. *Estilos da Clínica*, 6(10), 28-39.
- Mannoni, M. (1995). *A criança retardada e a mãe*. São Paulo: Martins Fontes.
- Reis, C. do A. de M. (2000). Uma reflexão acerca do diagnóstico de psicose infantil: uma abordagem psicanalítica. *Psicologia USP*, 11(1), 207-42.
- Reis, B. K. dos. (2006). *Da atopia ao laço social*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Soares, J. M. (2007). *Possibilidades e limites do tratamento psicanalítico da psicose infantil em instituições de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

ellenfk@brturbo.com.br

Recebido em fevereiro/2011.

Aceito em junho/2011.