

## UM ATO DE AMOR PARADOXAL

Sônia Altoé\*

Marco Antonio Coutinho Jorge\*\*

### RESUMO

O artigo tematiza a clínica da pulsão de morte através de uma de suas manifestações mais impressionantes: os efeitos sobre a saúde do bebê da intensa rejeição por parte de sua mãe. O conceito freudiano de pulsão de morte é revisto em seu surgimento na história da psicanálise e, sobretudo, a partir das contribuições de S. Ferenczi e do ensino de J. Lacan.

Palavras-chave: maternidade; incesto; pulsão de morte; Ferenczi; Lacan.

### ABSTRACT

#### A PARADOXAL ACT OF LOVE

*The article centers upon the clinical treatment taking into consideration the death drive and one of its most impressive manifestations: the effects on the baby's health resulting from the intense rejection by his mother. The Freudian concept of the death drive is investigated from the time of its emergence in the history of psychoanalysis, and especially from S. Ferenczi's contributions and J. Lacan's teaching.*

*Keywords: motherhood; incest; death drive; Ferenczi; Lacan.*

---

\* Psicanalista, professora do Departamento de Psicologia Social e Institucional, do Curso de Especialização em Psicologia Jurídica e do Programa de Pós-graduação em Psicanálise do IP/UERJ – Instituto de Psicologia / Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

\*\* Psiquiatra, psicanalista, professor do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicanálise do IP/UERJ. Pesquisador do CNPq. Diretor do Corpo Freudiano Seção Rio de Janeiro. Membro da Association Insistance (Paris / Bruxelas) e da Sociedade Internacional de História da Psiquiatria e da Psicanálise.

A clínica psicanalítica foi renovada decisivamente quando Freud, no ensaio “Mais-além do princípio de prazer”, em 1920, introduziu o conceito de pulsão de morte, conceito que foi repudiado por um grande número de psicanalistas, que o consideraram impossível de ser assimilado no conjunto da obra de Freud. Alguns analistas, contudo, como Sándor Ferenczi, desde cedo optaram, como veremos, por fazer da pulsão de morte o instrumento de agudas reflexões clínicas. Trazemos neste artigo um exemplo clínico que ilustra com precisão e de modo contundente os achados freudianos, segundo a nossa compreensão do que é a pulsão de morte<sup>1</sup>.

Segundo a teoria freudiana mais tardia, aquela que introduz o segundo dualismo pulsional que opõe as pulsões de vida à pulsão de morte, há no aparelho psíquico uma força cuja tendência consiste em reduzir a zero as tensões internas – ou a um nível que se aproxime o mais possível disso. Trata-se da força mais elementar do aparelho psíquico, aquela que o rege mais profundamente e que, uma vez acionada integralmente e sem freios, leva à morte – daí o nome de pulsão de morte a ela atribuído por Freud. E daí igualmente o nome do princípio que a rege, *princípio do Nirvana*, nomenclatura introduzida pela psicanalista inglesa Barbara Low (1920: 75)<sup>2</sup> e adotada por Freud pela sua exatidão e simplicidade para designar o que está em jogo nesses processos.

A pulsão de morte se situa mais-além do princípio de prazer, na medida em que a tendência deste último é igualmente de redução das tensões internas do aparelho psíquico, mantendo, contudo, certo freio nessa tendência, impedindo-a de ir tão longe nessa redução e mantendo a tensão interna num patamar mais ou menos constante – logo, preservando a vida, a qual implica sempre numa certa cota de tensão –, e este é o princípio nomeado por Freud de constância. Assim, o princípio de prazer é regido pelo princípio de constância enquanto que seu mais-além é regido pelo princípio do Nirvana. (Freud, 1900/1996: 166)<sup>3</sup>. O primeiro designa os processos em jogo na pulsão de vida e o segundo, aqueles em jogo na pulsão de morte.

Quando Freud introduz essa nova dimensão da pulsão em 1920 – que renova a anterior sem aboli-la, apenas a completa –, ele o faz movido por certas constatações clínicas referentes às neuroses traumáticas, à brincadeira infantil e à transferência. Tais fenômenos clínicos e de

observação da vida cotidiana obrigaram Freud a repensar sua tese sobre a dominância do princípio de prazer no aparelho psíquico. Na clínica da neurose traumática, por exemplo, cujo número de casos havia crescido significativamente durante o período da guerra, episódios bastante penosos vivenciados pelos pacientes nos combates retornavam com frequência tanto nos pesadelos quanto em constantes *flashes* diurnos; na brincadeira da criança, que simulava a presença e a ausência (mas com especial ênfase na ausência) da mãe jogando um carretel amarrado a um barbante para longe da visão e trazendo-o de volta acompanhado de uma vocalização primitiva – *ooo-aaa* – que imitava as palavras alemãs – *Fort-Da* – que designam aqui e lá; na transferência, vivências dolorosas sofridas na infância do paciente tendiam a se repetir. Nenhum desses fenômenos obedecia ao princípio de prazer, mas, ao contrário, pareciam contrariá-lo. Como o denominador comum entre todos eles era a repetição, Freud só podia atribuir essa repetição incoercível à ação de uma força pulsional muito poderosa e basal que comandaria o aparelho psíquico em sua estrutura mais elementar.

O que é preciso ressaltar, a nosso ver, é que, longe de se opor ao conjunto da teoria psicanalítica, a hipótese da pulsão de morte prolonga e aprofunda as teses freudianas anteriores na medida em que reordena o conjunto de formulações prévias numa dimensão ainda mais radical. Um estudo preciso e detalhado da teoria da pulsão de morte na obra de Freud revela o quanto esta já se acha presente de forma antecipada em muitas formulações freudianas sobre a pulsão sexual ou de vida – por exemplo, quando Freud sublinha o caráter eminentemente conservador inerente a toda pulsão.

## A CLÍNICA DA PULSÃO DE MORTE

Tomaremos como um exemplo que consideramos paradigmático o caso atendido por um de nós<sup>4</sup> durante alguns meses, duas vezes por semana, respondendo ao pedido de uma assistente social de um abrigo. Trata-se de uma adolescente de 15 anos e seu bebê de um ano de idade. A busca de atendimento psicológico para a adolescente tinha como motivo principal o fato de que, apesar de grande pesquisa realizada em

hospitais considerados centros de referência pediátrica, na cidade do Rio de Janeiro, não se descobria qual a causa de o bebê não conseguir ganhar peso – o menino com um ano tinha somente cinco quilos.

Considerava-se que a criança recebia boa assistência médica, mas que, apesar de estar abrigada há seis meses e ser orientada, a adolescente, sua mãe, parecia não ter capacidade de “aprender” a ser mãe (além da proteção, este é um dos objetivos importantes de estar no abrigo) e os cuidados maternos eram bastante precários. A assistente social relata que o bebê não era atendido adequadamente quanto a receber alimentação, cuidados higiênicos e atenção carinhosa de sua jovem mãe. E que, apesar da assistência das educadoras e da tentativa de ensinarem a essa mãe, que chamaremos aqui de Alice, ela “não aprendia” a lidar com a situação.

Ao recolher os dados iniciais sobre a jovem, sua família, o contexto da gravidez e o fato de estar abrigada, surgiu a informação de que o pai do bebê é o próprio pai da adolescente. Esses dados foram suficientes para a psicanalista entender e atender à demanda que as assistências sociais faziam aos professores do Programa de Pós-graduação em Psicanálise. Com este caso, foi dado início, no SPA/UERJ, a uma clínica dirigida aos adolescentes e crianças do abrigo<sup>5</sup>, sendo os atendimentos realizados pela professora e posteriormente também por alunos de mestrado e de doutorado.

Demos início ao atendimento de Alice no final de agosto de 2006, que prosseguiu até janeiro de 2007. Faremos um resumo de sua história e situaremos, em seguida, o atendimento realizado, mostrando os efeitos da escuta psicanalítica no desenrolar dos acontecimentos que se situam na interseção entre a prática psicanalítica, a proteção social e o discurso jurídico.

A adolescente e seu filho chegam ao abrigo em janeiro de 2006, por determinação do Conselho Tutelar de uma região da cidade do Rio de Janeiro. Alice chegou ao Conselho com o filho e acompanhada de um senhor de 60 anos, que chamaremos de João, solicitando auxílio para registrar a criança. Este relatou que a jovem, o bebê e seu pai residiram num cômodo nos fundos de sua casa e que o pai da adolescente abandonou-a no local. Alice e o bebê chegaram ao abrigo sem documentos de identidade, ambos apresentando “uma aparência ruim, problemas na pele e a criança aparentando estar com baixo peso”.

Alice informou que, ao nascer, viveu em companhia de sua bisavó

paterna até os dois anos, quando esta morreu. Ela não possui dados de sua família materna. Morou, depois, em casa de tios, indo de uma casa para outra. Disse ter sofrido agressões por parte de seus tios e ter iniciado a sua vida sexual ao ser abusada por um tio de 16 anos. Quando fez 12 anos seu pai apareceu. Passou a morar com ele e sua avó paterna.

Informa que mantinha relações sexuais com o próprio pai quando engravidou. Saiu com este da casa da avó quando a comunidade tomou conhecimento da gravidez e o pai passou a sofrer ameaças. O mesmo repúdio dessa situação por parte das pessoas ocorreu em outro local, na casa de um senhor que ela chama de seu “pai de santo”, conhecido da avó paterna. Quando o bebê nasceu, conseguiram alugar um quarto nos fundos da residência do Seu João. Alice relata ser bem tratada pela família e querer viver com eles. Devido ao pedido de guarda do Seu João, um estudo da assistência social foi solicitado, mas a situação se mostrou complicada, não tendo sido dada continuidade ao pedido deste senhor, pois surgiram informações de que ele e sua mulher queriam a jovem para trabalhar numa barraca – pequeno negócio deles – e havia suspeita de abuso sexual por parte do referido senhor.

Em maio, as assistentes sociais realizaram uma visita domiciliar na casa da avó paterna ficando constatado que o pai da adolescente vivia no local e, por isso, não seria adequado a adolescente voltar para a família. Observou-se também que as condições de higiene eram inadequadas no local como também a situação de vida das crianças ali presentes. No abrigo, Alice passa a estudar, cursando a 5ª série do 1º grau. Fez curso básico de informática, mas, devido às necessidades ligadas à saúde de seu filho, prosseguiu somente com a escola no período noturno. Mãe e filho apresentavam ambos uma escabiose de difícil regressão que exigia minuciosos cuidados de higiene e tratamento medicamentoso. A adolescente demonstra enormes dificuldades de seguir o tratamento, cuidar da limpeza de seu quarto, de sua higiene e da do bebê. No relatório das assistentes sociais é assinalado que não é observada atitude de desprezo para com o bebê ou negação de sua maternidade.

Em relação ao pai, Alice não demonstra revolta ou tristeza. Expressa vontade de voltar ao convívio de sua família e lhe é informado que a questão será decidida judicialmente. No abrigo, devido às dificuldades

para voltar à família, é decidido realizar um trabalho educativo e de busca da autonomia da adolescente.

Quando Alice iniciou seu tratamento no SPA/UERJ, em agosto de 2006, ela estava com 15 anos e o bebê completou um ano no final do mês, tendo sido comemorado o aniversário com festa organizada pelas educadoras, como ela relata. Alice é fisicamente pequena, de aparência meio desajeitada, não é bonita. Ao falar se mostra vivaz e inteligente.

Na primeira consulta, Alice relata sua história como já fizera antes, diversas vezes, para outras pessoas. Dá a impressão também de repetir o que lhe foi dito pelas assistentes sociais, sobretudo quanto a sua relação com seu pai. Na segunda consulta fica mais à vontade, fala de seu filho, de sua relação com ele e de como o comportamento dele é diferente com algumas educadoras (responde mais quando solicitado e sorri). Fala da internação de seu filho no hospital e de seu cansaço por ter que dormir ao seu lado numa cadeira. Nas primeiras consultas, Alice passa uma forte impressão de enormes dificuldades de pensar e fantasiar sobre seu filho, de investi-lo afetivamente e parece não poder protegê-lo. Em seu relato não aparece nenhum sentimento de culpa ou de recriminação.

Logo no início das consultas, a assistente social nos procura e informa que o bebê está hospitalizado, pois após um mês só engordou 100 gramas; isto já aconteceu anteriormente e ele é internado, pois é considerado que o bebê corre sério risco. Sugiro, então, que Alice não fique o tempo todo com o bebê, e se possível que outras pessoas cuidem dele no hospital e que Alice possa manter suas atividades de rotina, como a escola. Pondero junto à assistente social que talvez isto faça bem a ambos. Ela narra também a evasão de Alice poucos dias antes: ela saiu para passear e acabou dormindo um dia na rua com o filho, indo a seguir para casa da avó, sendo trazida de volta ao abrigo pela tia, que também tinha uma aparência de pouquíssimo cuidado consigo própria.

Na quarta consulta, em 17 de outubro de 2006, consideramos importante reafirmar o enquadre do tratamento – segredo, associação livre, poder dizer tudo o que quiser – e também que o trabalho na universidade é independente de seu atendimento no abrigo e das instâncias jurídicas. Ela relata a fuga com alegria, sobretudo por ter ido até a casa da avó e ter encontrado sua família. Mas afirma que não vai

fazer isso de novo, pois a assistente social a advertiu que “ela pode perder o filho”. Sentiu-se bem recebida pela família e gostou de ver o pai, que lhe pediu desculpas, pela primeira vez, pelo ocorrido, reconhecendo ter feito uma coisa errada. Voltando ao que a assistente social dissera – que ela poderia perder o filho – perguntamos se já tinha pensado alguma vez na possibilidade de que outra pessoa, que não ela, pudesse criar seu filho. Inicialmente nega esta possibilidade e depois afirma que o daria somente para o padrinho de seu filho, o pai de santo, pois o conhece e confia em que “ele dê comida na hora certa”.

Alice conta que, às vezes, fica “muito brava”. Ao ser interrogada sobre o que a faz ficar assim, fala então, pela primeira vez, sobre os seus pesadelos: sonha com o diabo, ele vem pegar seu filho e, no sonho, ela acorda com o choro dele para, em seguida, acordar de fato muito assustada. Narra que o diabo quer levar seu filho para o inferno e afirma que tem esse sonho desde o início da gravidez. Nessas horas ela canta a música que o pai de santo lhe ensinou para espantar o diabo e proteger o filho – com graça e bom ritmo ela canta, na consulta, uma canção delicada e de palavras carinhosas. No relato desse sonho, a analista escuta seu medo não apenas a respeito do rapto de seu bebê, mais também o medo que ela revive no sonho de ser tirada de sua mãe: nota-se aí uma produção inconsciente onde agem os processos de condensação e deslocamento (Freud, 1900/1996).

Na quinta consulta, a jovem retoma temas da consulta anterior da visita à família e diz que quer o pai “como pai” dela. Agora que ele pediu desculpas, ela quer o pai, quer estar com ele. E afirma, então, que “quer dar o filho para adoção” e que comunicou sua decisão no dia anterior à assistente social. Considera-se muito jovem e acha que seu filho estará melhor com uma família com pai e mãe; acrescenta que, “mesmo que quisesse”, não saberia cuidar dele porque não teve os cuidados de sua mãe. Reafirma o que diz muito decidida e volta a falar no pai, dizendo querer sua visita e querer que ele veja seu “neto” (é pela primeira vez que usa a palavra neto para falar da relação de seu filho com seu pai). Pode-se dizer que o que Alice exprime é a ilustração do que Winnicott descreveu a respeito do *holding* para a criança. Ela precisaria ter recebido cuidados maternos para poder oferecer cuidados maternos. Da mesma

forma, poder-se-ia dizer que Alice é um bebê desamparado que continua a buscar colo para niná-la. Esse exemplo mostra, em relação às políticas públicas para crianças no Brasil atualmente, que não se pode proteger as crianças se não se ajuda também os pais que estão, do mesmo modo, em uma situação de grande vulnerabilidade social.

Nas sessões seguintes, fala da escola, do namorado, da prova de francês e da catapora do filho, que piorou, e que “ele pode até morrer”. Chama-nos a atenção que ela hesite em usar a palavra “morrer”. Volta a falar dos pesadelos que se repetem quase todos os dias, mas que “uma luz o protege” – explica que seu nome é o mesmo do pai de santo. Relata que coloca o bebê ao lado de sua cama à noite para protegê-lo. Fala sobre levá-lo ao hospital bem cedo e diz que vai telefonar para o pai vir visitar – desta vez diz – “seu filho e neto”. Fala também que está “sem saída” devido a sua evasão e que é “muito chato ter que aguentar as educadoras”.

É véspera dos feriados de 1º de novembro; ela narra com saudades a animada festa no centro do pai de santo, na qual esteve no ano anterior. Diz, então, pela primeira vez, que quando engravidou tinha pensado em abortar, mas que o pai de santo a aconselhou a não fazê-lo. Reafirma sua decisão de dar o filho para adoção, pois considera que “não tem condições de criar o filho, mesmo que todos (adolescentes, educadores, funcionários) do abrigo achem que tenha”; diz que não tem paciência, e que “ele sente sua irritação e não come”. Intervimos dizendo que o fato de ela gostar de seu filho não impede que ela queira doá-lo para adoção, pode ser um ato de amor de mãe e pode ser melhor para o bebê e para ela – é isso que ela está decidindo. Reafirmamos para ela a importância das consultas, de ela poder falar sobre tudo isso. As consultas seguem numa frequência de uma ou duas vezes por semana, dependendo de sua disponibilidade para comparecer.

Em novembro, a assistente social informa que prepara o relatório que será apresentado ao Juiz. Alice nos fala da visita da promotora ao abrigo para conhecer o bebê e de seu medo que o filho lhe seja retirado de repente. Observamos que, apesar de decidida, não é uma decisão fácil para ela. Mas ao falar sobre a situação não vacila, apesar da angústia e da confusão de sentimentos. Segue falando da escola, dos problemas no abrigo, do namorado e de como sente falta de notícias da família. No



final de novembro, volta a falar do pai e diz que por ela ainda estaria vivendo com ele e seu filho, demonstrando dificuldade na elaboração da interdição do incesto. Reafirma seu desejo de voltar para casa quando o processo judicial terminar, mas que a assistente social não é favorável, pois teme que ela se aproxime do pai.

Em início de dezembro, Alice tem um primeiro encontro com o Juiz, que se surpreende com a situação de incesto – ele se inteira do fato durante a audiência – e marca uma nova audiência dentro de 15 dias para ela confirmar sua decisão. O Juiz pede o parecer da psicanalista e fala em adoção por parte da família da adolescente. O juiz determina, nesse mesmo dia, que seu filho vá para uma família acolhedora. Alice fala da dor da separação. Os sentimentos se alternam entre nervosismo, tristeza, sensação de alívio e de alegria (de poder dormir tarde, conversar e cantar com as colegas – sem o filho ela mudou-se para a casa dos adolescentes). Pouco antes do Natal ela tem a segunda audiência – diz que ficou muito nervosa diante do Juiz e, no final, após confirmar sua decisão, chorou muito. Acrescenta que tem saudades do filho, se pudesse voltava atrás, mas não pode, e isso é triste. Entendemos que se coloca aí um efeito de intervenção da lei na separação, o corte está feito e não tem volta atrás. E isso é importante para Alice aplacar sua angústia<sup>6</sup>.

Nas próximas consultas, fala da dor de suas perdas: todo mundo a quem ela se apega se separa dela, até seu filho, “as pessoas desaparecem”. Fala de perda da família, das pessoas que trabalham no abrigo que se vão (há muita troca de educadoras devido ao baixo salário e às dificuldades que o trabalho oferece), das amigas que partem e de sua assistente social que também mudou. Dizemos que há, de fato, muitas perdas, mas que no caso da decisão que fez tem também ganhos – ela ri, então, e conta animadamente que começou a passear e fala do namorado.

Voltando a falar sobre a situação frente ao Juiz, quando diz ter reafirmado seu desejo de doar o filho para adoção, pergunto quais eram as consequências desse gesto. Ela hesita um pouco, pensa e responde: “É que ele vai ser feliz!”. Depois me conta com satisfação que uma educadora lhe disse que, em 15 dias, seu filho, na família acolhedora, já havia engordado 1,5 kg.

Nas sessões seguintes, fala dos problemas que vive na rotina do abrigo,

do estágio remunerado que quer iniciar, do namorado, conta novamente sua história familiar. Volta a falar da gravidez, das casas em que morou, de como foi parar no abrigo, de seu medo de denunciar o pai e ele ser preso, mas que acabou tendo que falar sobre ele na delegacia. Mostra, então, sua surpresa e seu espanto com o fato de que “ela esteja presa no abrigo e o pai solto”. Demonstra pela primeira vez a raiva que sente do pai e de como gostaria de procurar e encontrar sua mãe.

A última sessão foi em meados de janeiro. Procurando saber sobre a sua ausência, temos a informação de que ela saiu para passear e não voltou mais. Não conseguiram localizá-la. Seis meses depois, temos a informação de que o bebê foi adotado e que, agora com dois anos de idade, continuava a ganhar peso e já ensaiava os primeiros passos. Pode-se observar, então, que o paradoxal ato de amor de Alice de entregar seu filho para adoção preservou a vida do menino. Vê-se igualmente o quanto a presença do psicanalista – cuja abordagem se centra na absoluta singularidade de cada caso – junto ao juiz de direito pode favorecer que certas regras intocáveis – como a necessidade de se manter o bebê junto de sua mãe, ou de a família próxima adotar a criança – podem e devem ser questionadas em cada caso.

## A CRIANÇA MAL ACOLHIDA E SUA PULSÃO DE MORTE

A história de Alice e seu bebê parece-nos paradigmática em relação à ação da pulsão de morte no bebê e na criança pequena. A pulsão de morte, segundo Freud nos explicita em “O problema econômico do masoquismo” (1924/1996), é originária, e sua ação se faz sentir muito cedo, daí Freud ter abandonado a sua concepção do masoquismo como sendo secundário ao sadismo e ter passado a conceber o masoquismo como originário. De saída, a pulsão de morte é um vetor com duas direções: uma voltada para os objetos do mundo externo, outra para o próprio eu. (Freud, 1924/1996: 170).

Sobre isso nos fala Ferenczi de maneira particularmente esclarecedora em seu breve texto sobre “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte” (1929/1996). Nove anos após a publicação do ensaio freudiano “Mais-

além do princípio de prazer”, o discípulo predileto de Freud escreveu esse texto no qual tematiza a pulsão de morte a partir de sua experiência clínica e nos ajuda a compreender o que Freud trouxera em 1920. Abordando a complexa relação entre pulsões de vida e pulsão de morte, Ferenczi menciona que considera “todos os fenômenos vitais, mesmo os da vida psíquica, em última instância, como um emaranhado de formas de manifestação de duas pulsões básicas: a pulsão de vida e a pulsão de morte” (Ferenczi, 1929/1992: 47). Relata ter podido observar, a partir das indicações freudianas sobre o assunto, o quanto, por exemplo, as crises epilépticas seguem-se a experiências de desprazer “as quais davam ao paciente a impressão de que a vida não valia a pena ser vivida” (Ferenczi, 1929/1992: 47). Outras patologias orgânicas, como distúrbios circulatórios e respiratórios de origem nervosa, em particular a asma brônquica, assim como casos de espasmo da glote infantil, foram igualmente estudadas por ele com o intuito de “examinar mais a fundo a gênese das tendências inconscientes de autodestruição” (Ferenczi, 1929/1992: 47).

Tal gênese é situada por Ferenczi no âmbito da má recepção feita a esses sujeitos em seu nascimento por seus familiares. Por diferentes motivos, eles não foram “hóspedes bem-vindos na família”: seja porque chegaram num momento em que o pai estava muito doente e prestes a morrer, seja porque se somaram a uma prole já muito numerosa, seja por causa de inúmeras outras contingências específicas à vida de cada família, tais sujeitos têm como denominador comum o fato de terem sido acolhidos “de maneira muito pouco amorosa” (Ferenczi, 1929/1992: 48-49).

Ferenczi repertoria toda uma gama de problemas para os quais a explicação orgânica falta: disposição para resfriados, pronunciada queda de temperatura, frigidez, distúrbios da potência, entre muitos outros. E sugere a probabilidade de que “crianças acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado. Ou utilizam um dos numerosos meios orgânicos para desaparecer rapidamente ou, se escapam a esse destino, conservarão um certo pessimismo e aversão à vida” (Ferenczi, 1929/1992: 49).

Com essa argumentação baseada em observações clínicas, Ferenczi acrescenta um elemento precioso à elaboração freudiana sobre a pulsão de morte: o fato de que o amor e o desejo do Outro são responsáveis pelo

desejo de viver e pelo florescimento, na criança, da pulsão de vida. Assim, aparentemente de modo paradoxal, é da pulsão de morte que, por ação do amor e do desejo do Outro, nasce a pulsão de vida. Pois, ao nascer, a criança está muito mais próxima do não-ser do que do ser ao qual ela acaba de advir; ela está atravessada pela pulsão de morte, da qual, sob a incidência do amor e do desejo de vida proveniente do Outro, nascerá pouco a pouco a pulsão de vida. A criança adquire assim, gradativamente, bons motivos para querer viver, sua pulsão de vida cresce e amplia seu domínio de ação.

A argumentação de Ferenczi parte da precedência da pulsão de morte em relação à pulsão de vida, a qual só entra em ação posteriormente e em condições favoráveis para sua ocorrência, quais sejam, os cuidados dispensados ao bebê e à educação: “A criança deve ser levada, por um prodigioso dispêndio de amor, de ternura e de cuidados, a perdoar aos pais por terem-na posto no mundo sem lhe perguntar qual era a sua intenção pois, em caso contrário, as pulsões de destruição logo entram em ação” (Ferenczi, 1929/1992: 50). A proximidade da criança – muito maior do que a do adulto – do não-ser favorece que ela retorne para ele muito facilmente. A “experiência da vida” afasta o bebê do não-ser do qual ele adveio, desde que lhe apresente bons motivos para se apegar a ela. Assim, o bebê adquire uma espécie de “imunização progressiva contra os atentados físicos e psíquicos” (Ferenczi, 1929/1992: 50). Como indica o caso citado, Alice não pôde oferecer essa imunização a seu bebê; sendo ela própria desprovida de tal imunização, ela não podia oferecê-la.

Vê-se o quanto a exposição de Ferenczi se coaduna com a ideia de que é da fantasia do Outro parental que provêm os elementos que vão desencadear no sujeito em constituição tendências que serão marcantes para o decorrer de sua vida. A fantasia amorosa do Outro parental, e o desejo que ela sustenta ao erogeneizar o corpo do bebê e nele investir maciçamente sua libido, produz um aplacamento da pulsão de morte e traz uma grande porção desta ao âmbito do princípio de prazer (Jorge, 2010: 161). Trata-se, no fundo, de uma limitação do gozo ilimitado inerente à pulsão de morte. Completando seu estudo, Ferenczi menciona ainda os casos, por ele nomeados de “casos de diminuição do prazer de viver”, isto é, de crianças que foram tratadas com entusiasmo no início, até mesmo com amor apaixonado, mas que depois foram “postas de lado”

(Ferenczi, 1929/1992: 50-51).

Em sua releitura do Édipo freudiano, Lacan também concedeu uma importância especial à posição ocupada pela criança no desejo do Outro materno. Considerando o desejo de reconhecimento do sujeito como a instância última do inconsciente (Lacan, 1957-1958/1999: 266-267), Lacan mostra como o bebê depende de sua mãe como “o primeiro objeto simbolizado, já que sua ausência ou sua presença se tornarão, para o sujeito, o signo do desejo ao qual se agarrará o desejo dele próprio, uma vez que fará ou não dele não apenas uma criança satisfeita ou insatisfeita, mas uma criança desejada ou não desejada” (Lacan, 1957-1958/1999: 267).

Trata-se, portanto, para Lacan, de considerar o desejo da criança como essencialmente tributário dessa verdadeira “sede de desejo” que significa, para a criança, o fato de nascer desejada ou não. É ainda a partir desse elemento originário, implicado no desejo da mãe em relação à criança, “que se constitui o Ideal do eu, que marca todo o desenvolvimento psicológico de um sujeito” (Lacan, 1957-1958/1999: 271).

É preciso destacar, essencialmente, o quanto a pulsão de vida (pulsão sexual, *Eros*, ligação amorosa como o Outro) revela nesses momentos o papel de verdadeiro freio que ela desempenha em relação à pulsão de morte. Na ausência do objeto amoroso, é ela que se apresenta com toda sua violência.

Para concluir, ressaltamos que o interesse em refletir sobre a história de Alice é porque ela nos permite evidenciar a importância do acolhimento feito por um centro público de proteção aos menores, ao mesmo tempo que nos mostra a relevância de uma escuta psicanalítica frente a situações de impasse e de difícil encaminhamento. A história de Alice nos mostra as graves consequências da insuficiente transmissão da Lei da proibição do incesto, da relação de filiação sem lugares definidos não somente sobre a jovem Alice, mas também – e de forma avassaladora – sobre seu filho. A falta da lei maior que proíbe ao pai e à mãe que tomem seus filhos como parceiros sexuais pode condenar a criança, fruto desse relacionamento, a não nascer para a vida por total impossibilidade da mãe – que é ao mesmo tempo mãe e irmã de seu filho – investir afetivamente essa criança, deixando-a à mercê de sua pulsão de morte.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altoé, S. (Org.). (2007). *A Lei e as leis*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Altoé, S. (Org.). (2011). *Sujeito do direito, sujeito do desejo*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Altoé, S. (2014). *Infâncias perdidas*. 3ª ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Revinter.
- Altoé, S. & Milene, M. (2011). Algumas questões da clínica com crianças e adolescentes. In: Caldas, H. & Altoé, S. (Orgs.). *Psicanálise, universidade e sociedade* (pp. 49-66). Rio de Janeiro: Companhia de Freud / Faperj.
- Ferenczi, S. (1929/1992). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: *Obras completas*, v. IV. São Paulo: Martins Fontes.
- Freud, S. (1900/1996). La interpretación de los sueños (primera parte). In: *Obras completas*, v. IV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1924/1996). O problema econômico do masoquismo. In: *Obras completas*, v. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jorge, M. A. C. (2010). *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan – v. 2: a clínica da fantasia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1957-1958/1999). *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Low, B. (1920). *Psycho-analysis – a brief account of the Freudian theory*. New York: Harcourt, Brace and Howe.
- Spielrein, S. (1912/2004). La destruction comme cause du devenir. In: Spielrein, S. *Entre Freud et Jung* (pp. 213-262). Paris: Aubier.

## NOTAS

- Mencionamos apenas que a psicanalista Sabina Spielrein publicou, em 1912, um artigo considerado como contendo embrionariamente as bases da teoria freudiana da pulsão de morte. Spielrein, S. (2004). Sobre nossa concepção da pulsão de morte: Jorge, M. A. C. (2010), capítulo: “A pulsão de morte: segunda subversão freudiana”.
- 2 Embora publicado em 1920, o livro de Low foi encerrado em agosto de 1919, conforme se lê em seu prefácio e na apresentação de Ernest Jones feita à obra.

- 3 Tal delimitação teórica só seria precisada por Freud posteriormente em seu artigo “O problema econômico do masoquismo”.
- 4 O atendimento clínico é feito no SPA – Serviço de Psicologia Aplicada da UERJ pela Dra. Sônia Altoé, que trabalha, desde 1979, com crianças abrigadas Cf. Altoé, 2014. Esta prática clínica faz parte do desenvolvimento da pesquisa “Criança e adolescente em situação de vulnerabilidade social: um estudo sobre o desamparo, a angústia e os processos identificatórios”. Prociência (2008/2011); Pós-doutorado na Universidade de Paris VII (2010/2012).
- 5 No seu início, esta clínica tornou-se parte integrante da pesquisa (Prociência, 2005/2008) intitulada: “Filiação: a construção do sujeito criança, particularmente, em situação de desamparo e/ou violência”, desenvolvida pela professora Sônia Altoé. Cf. Altoé, S. e Milene, M. (2011).
- 6 Este estudo de caso é rico no sentido de evidenciar questões teóricas e da prática clínica e social sobre a lei, no campo da Psicanálise e do Direito. Cf. Altoé, S. (Org.), 2007, e Altoé, S. (Org.) 2011.

Recebido em 7 de janeiro de 2013

Aceito para publicação em 20 de agosto de 2013