

5. Os pais no tratamento psicanalítico de crianças

Fato incontestável na clínica com crianças é a necessidade da realização de alguns encontros com os pais a fim de situar a questão que impulsionou a procura pelo analista, realizar o contrato, ou mesmo rever alguma questão durante o tratamento. Isto porque a criança só chega ao analista levada por um adulto que percebe o sofrimento do pequeno ou tem, ele mesmo, algum forte incômodo decorrente do comportamento da criança. Na clínica, muitas vezes são os pais que recebemos primeiro, uma, duas, três vezes, antes mesmo de ver a criança. Outros pais, por exemplo, quando solicitados a comparecerem a uma entrevista com o analista já não conseguem fazê-lo sem a presença da criança – o “real” motivo de seu desespero. Mas o que nos leva, como analistas, a tomar esse ou aquele procedimento quando a presença dos pais se revela iniludível nesta clínica?

Freud foi sensível a essa questão. Embora não tivesse adentrado no campo da psicanálise com crianças – orgulhoso que era das contribuições de sua filha Anna Freud por ter “compensado essa falha” em sua obra – ele destacou uma especificidade da transferência no tratamento dispensado à criança.

As resistências internas contra as quais lutamos, no caso dos adultos, são na sua maior parte substituídas, nas crianças, pelas dificuldades externas. Se os pais são aqueles que propriamente se constituem em veículos da resistência, o objetivo da análise – e a análise como tal – muitas vezes corre perigo. Daí se deduz que muitas vezes é necessária determinada dose de *influência analítica* junto aos pais (FREUD, 1933, p.146).

Na tradução em espanhol deste texto, citado por Flesler (2012), lemos: “costuma ser necessário juntar à análise da criança algum *influxo analítico* sobre seus progenitores”. A que tipo de “influxo analítico” Freud se refere? Como o analista deveria se posicionar frente ao “nó” da presença dos pais na análise da criança?

Como vimos no capítulo 4, a diversidade das experiências clínicas com crianças resultou, por parte dos analistas, em formas variadas de condução do

“problema dos pais” no tratamento de crianças e adolescentes, sujeitos socialmente protegidos e impedidos de assumirem legalmente todos os seus atos.

Rosenberg (2002) conta que, na época em que começou sua clínica com crianças a partir de sua formação kleiniana, prevalecia a ideia de que a análise das fantasias da criança seriam capazes de promover mudanças no próprio meio familiar. Os pais eram então convocados somente uma ou duas vezes ao ano. Praticamente negavam-se as transferências dos mesmos com o analista e, se eles procuravam saber e participar do tratamento do filho instaurava-se uma verdadeira luta entre eles e o analista.

Num segundo tempo, após reconhecer as dificuldades transferenciais, a autora abre um espaço aos pais com a finalidade de trabalhar suas resistências em relação ao tratamento da criança: questões de pagamento, os ciúmes em relação à analista, etc. Nota-se uma abertura, mas de maneira alguma os pais eram incluídos no processo de tratamento da criança.

Se no tratamento do adulto os pais aparecem sob a forma de realidade fantasística, na infância esse processo de substituição dos pais reais para pais da fantasia se dá em contínuo movimento. Para além do período cronológico da saída da puberdade para a vida adulta, essa substituição se definirá, antes, pela passagem de um tempo lógico em que os pais farão parte de uma história infantil. É o movimento próprio da historicização do sujeito, movimento que pode estar impedido se “alguma coisa não consegue se transformar em passado, continua permanente e vigente, retém uma eficácia que, longe de ser uma atualização no presente de um tempo já percorrido, perdura como presente atual” (Flesler, 2012, p.137), como no caso que veremos adiante de um garotinho, Caio, cujo sintoma parecia um apelo à não submissão em relação às fantasias da mãe.

Neste ponto, percebemos na escuta clínica, e em nossos embates pessoais na análise, o quanto essa passagem pode ser dolorosa. Reinscrever-se num lugar diferente daquele velho e familiar palco da infância parece ser um movimento natural e, no entanto, requer muita coragem.

Os pais chegam, assim, desnorteados pela presença do sintoma da criança. Desencorajados e invadidos pela angústia, alguns procuram saber que mistério encontra-se encerrado no sintoma do filho e, nesses casos, afirma Flesler (2012), a disponibilidade para a análise é facilitada graças ao motor da transferência: a suposição de saber. Mas nem todos os pais se questionam e ainda assim buscam

ajuda analítica. Para quê? Para demandarem o ajuste daquele pequeno ser, que feriu o seu narcisismo manifestando-se de uma maneira diferente daquela esperada por eles. Assim nos procuram para que a criança pare de brigar com o irmão, para que melhore seu desempenho na escola, para que deixe de ser respondão e rebelde, etc. Entregam-nos o filho e suplicam: conserte-o!

Aparecem, também, pais pouco implicados com a queixa que, originada em alguma instância terceira (escola, pediatra, justiça, etc), despertou a necessidade de um encaminhamento para tratamento psicológico. Lembro-me de um caso de uma garota de 11 anos que havia sido abusada e fora encaminhada ao ambulatório pela justiça. Ela estava em tratamento há pouco mais de um ano e me foi repassada em virtude da saída, do serviço, de sua antiga analista. Ao entrevistar a mãe e perguntar por que gostaria que a filha continuasse o processo, ela diz: foi o juiz quem determinou. Não questionam, nem demandam e, só se aproximaram de um analista como que para cumprir uma ordem externa. Em síntese, segundo Flesler:

[...] o primeiro dos casos é o mais aberto ao lugar de sintoma que o filho ocupa no casal parental; o segundo apresenta a vertente amorosa do narcisismo dos pais; e o terceiro, a expressão mais ou menos peremptória do gozo quando a criança encarna o lugar de objeto na fantasia materna ou no gozo do pai (FLESLE, 2012, p.143).

Que a presença real dos pais seja algo peculiar à clínica de crianças, não se pode negar. Mas voltando ao impreciso *influxo analítico* colocado por Freud, como podemos preservar o lugar do trabalho analítico da criança, sem deixar de incluir os pais? O que fazer quando o trabalho com a criança revela o inconsciente dos pais, na medida em que eles também estão em transferência com o analista do filho?

Vimos que, para Anna Freud, o ponto central do atendimento psicanalítico às crianças está nos meios encontrados pelos pais para “educarem” a vida pulsional dos filhos. Entrevistas para colher informações desse funcionamento são imprescindíveis, pois através delas o analista poderia traçar as orientações necessárias às mudanças na realidade que favoreceriam o desenvolvimento da criança.

Melanie Klein, como vimos, já discordava dessa posição. Ela reconhecia a participação dos pais na construção do psiquismo infantil, mas como conferia

grande importância aos processos internos da criança, tratava de excluir os pais do processo de análise dos pequenos. A ideia de se encaminhar os pais a outro analista, caso a análise do filho lhes suscitasse uma demanda, logo passou a ser o mais recomendável.

Rosenberg (2002) conta como a descoberta de um outro modo de conceber a subjetividade modificou a sua clínica. Do sujeito constituído da aceção kleiniana à constituição do sujeito a partir do campo do Outro, após a grande influência do discurso de Lacan nos trabalhos de psicanalistas que se dedicavam à clínica com crianças, a autora passou a defender que na “formação do sujeito psíquico há processos de fundação que advêm do campo do Outro e há outros elementos que vem do intrapsíquico” (p.61). Tal posicionamento decorre das concepções de Laplanche. Afastando-se do estruturalismo lacaniano, Laplanche vai defender que,

O inconsciente da criança não é diretamente o discurso do outro, nem mesmo o desejo do outro. Entre o comportamento significativo, inteiramente carregado de sexualidade (o que se quer sempre esquecer de novo), entre esse comportamento – discurso – desejo da mãe e a representação inconsciente do sujeito, não existe continuidade, nem mesmo pura e simples interiorização; a criança não interioriza o desejo da mãe. Não aprende a fantasia materna ou não a interioriza; ou ainda – para fazer referência à aprendizagem da linguagem verbal, a cujo respeito se diz de bom grado, que a criança nela se introduz sub-repticiamente, como do interior – a criança não se insinua da mesma maneira na fantasia parental (LAPLANCHE apud ROSENBERG, 2002, p.65).

O inconsciente da criança seria fundado, portanto, a partir desses restos não-metabolizados da relação com Outro, restos que vão produzir marcas no psiquismo e no corpo da criança. Desse modo, diz Laplanche apud Rosenberg (2002), seria apressado demais afirmar que o inconsciente é o discurso do Outro, e conceber o discurso da criança como puro reflexo do discurso dos pais.

Entendemos, contudo, que essa pode ser uma ideia um tanto rasa do aforismo lacaniano. Dizer que o inconsciente é o discurso do Outro significa, para nós, pensar que o inconsciente se estabelece no espaço discursivo a que o Outro dá suporte significativo, ou seja, ele não é interno, não é individual, mas se constrói na relação em que “o reconhecimento do desejo” só pode se referir “ao desejo de reconhecimento” (LACAN, 1957, p.255).

É neste ponto que as funções materna e paterna tornam-se essenciais ao advir do sujeito. Sem suporte simbólico não há sujeito e, se estas funções de

algum modo são pouco efetivas, dificuldades importantes podem surgir na constituição do sujeito. Foi seguindo esta direção que vimos, com Dolto e Mannoni, uma reabertura da questão do lugar dos pais na análise da criança. Trata-se de reconhecer que o sintoma desta está enlaçado ao funcionamento dos pais, ao que é transmitido por eles ao nível inconsciente.

O que se depreende é a maneira pela qual uma criança é marcada, não somente pela maneira como é esperada antes do seu nascimento, como também pelo que vai ela em seguida representar para um e outro dos pais em função da história de cada um. Sua existência real vai chocar-se assim com as projeções paternas inconscientes donde vêm os equívocos. Se a criança tem a impressão de que todo o acesso a uma palavra verdadeira lhe é vedado, pode em certos casos procurar na doença uma possibilidade de expressão (MANNONI, 1971, p.65).

Nesse sentido é importante perceber as amarrações que envolvem pais e filhos num enlace patológico. A escuta dos pais pelo analista da criança surge então com a função de redimensionar os problemas que tanto o filho quanto eles próprios enfrentam no momento em que procuraram a psicoterapia. Não se trata de responder à demanda – *o que fazer?* – aconselhando-os a agir desta ou daquela maneira, e sim de possibilitar a estes adultos se potencializarem como pais, ressituando-os como responsáveis pela criança.

Partindo desse entendimento não haveria razões para excluir os pais do tratamento a fim de garantir o axioma técnico de que o analista da criança não se transforme em analista dos pais. É colocando-se ao nível do tratamento da criança que a mensagem dos pais deve ser recebida, afirma Mannoni (1964/1999). De fato, o trabalho com a criança evidencia muito do discurso dos pais, e aceitar esse aparecimento “real”, através da escuta destes, “permite mesmo o desaparecimento progressivo, no discurso do sujeito, de uma palavra alienante que, às vezes, não é mais do que a palavra de um dos pais intervindo no lugar da do sujeito” (Mannoni, 1964/1999, p.84).

A atitude de recusa em atender os pais na clínica com crianças, embora amparada na importante questão do sigilo e preservação do espaço da criança, pode provocar, entretanto, a própria interrupção e abandono do tratamento. Se, ao contrário, os pais podem encontrar no analista do filho alguém a quem imputar seus fracassos ou mesmo os insucessos do tratamento da criança, a esperança subsiste e a aposta no tratamento pode continuar a existir. Mannoni (1964/1999,

p.85) afirma que “o fato de saber que o analista está à disposição basta para que sua solicitação [dos pais] não venha se intrometer no próprio tratamento do filho”.

Se negligenciamos a demanda dos pais, especialmente no caso dos débeis e dos psicóticos, comprometemos, no plano técnico, a verdadeira marcha do tratamento, que ficará sempre a um nível superficial, artificial, diria eu. Desse modo é através da criança que irá efetuar-se essa demanda, tirando do psicanalista uma possibilidade essencial de ação, pondo a criança num estado de insegurança e de culpabilidade em face da cura (MANNONI, 1964/1999, p. 84).

Desta feita, as possibilidades de intervenção na clínica com a criança irão depender da transferência estabelecida com os pais. Assim, para além das resistências da criança, há a resistência dos pais, e o desafio da analista será justamente manejar essas dificuldades a fim de promover o trabalho dos sujeitos em questão. Para Rosenberg (2002), nem todo sintoma da criança representa o deslocamento de conflitos parentais. Contudo, admite que em determinados momentos a cura da criança encontra-se impedida não pela castração da criança, mas pelos problemas de castração ou Édipo dos pais que se atualiza na própria criança.

[...] os pais (ou um deles) entram no exato momento em que, devido ao peso que o intersubjetivo tem na formação do sintoma ou na estruturação das neuroses, faz-se necessário que algo também se modifique no inconsciente de um ou de ambos os progenitores, ou algo de sua relação. Ao incluí-los na sessão, pensa-se em produzir um efeito analítico que permita a continuação da análise da criança. (ROSENBERG, 2002, p.54-55)

Acreditamos, portanto, ser imprescindível ao trabalho analítico avaliar as várias versões e motivações que estão em jogo no que é apresentado como sintoma da criança. Para além de escutar e acolher as angústias daquele que acompanha a criança, é necessário abrir um espaço para endereçar-se a ela, dar-lhe a possibilidade de falar e se posicionar enquanto sujeito, já que é esta a aposta que se faz no tratamento psicanalítico.

5.1 Experiências Clínicas:

No texto *A criança e a instituição*, Di Ciaccia (2005) nos diz logo de início que não existe criança sem instituição. Trata-se de reconhecer que a instituição é uma construção humana que produz efeitos simbólicos sobre o próprio homem. “Foi na família que Freud localizou o simbólico em ato. Familiar ou não, toda instituição tem a responsabilidade de transmitir um desejo que não seja anônimo e uma particularidade que não seja passível de ser resolvida no universal do ideal” (Di Ciaccia, 2005, p.22). A prática analítica em instituições destinadas ao cuidado de crianças deve, portanto, procurar privilegiar o que há de mais particular em cada situação clínica, em cada arranjo familiar, pois só esse direcionamento é capaz de abrir espaço para as manifestações do sujeito, orientando assim o caminho para os deslocamentos possíveis.

Os relatos de experiência que apresentaremos a partir de agora se referem a alguns atendimentos realizados durante o Curso de Especialização em Psiquiatria e Psicanálise com Crianças e Adolescentes no Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria da UFRJ entre março de 2010 e março de 2012.

O SPIA tem um funcionamento de tipo ambulatorial onde crianças (a partir de 2 anos) e adolescentes (até 17 anos) que apresentam sofrimentos de tipos variados são recebidas para avaliação e/ou tratamento psiquiátrico e psicoterápico. Os casos são previamente avaliados pela triagem, e tais demandas podem ser absorvidas pelo serviço – que está ligado ao SUS – ou os casos são encaminhados a outro serviço ligado à rede de saúde mental do município.

De queixas escolares a quadros de neuroses graves, psicóticos e autísticos, o serviço está atravessado por múltiplos sujeitos e discursos. Se a criança protagoniza a cena, como tratá-la sem antes estar atento ao que falam seus pais, a escola, o pediatra, o psiquiatra, a própria instituição e suas regras? De fato, muitos atendimentos são definidos a partir de condições institucionais como: vagas nos grupos de supervisão, tipo de psicopatologia, territorialidade etc, mas também, e porque não dizer, pelo interesse e disponibilidade dos profissionais e alunos da especialização que passam pelo serviço.

Além do discurso institucional, o trabalho é atravessado ainda pela precariedade social em que a maior parte da clientela do serviço encontra-se envolvida. Ainda que tais condições possam ser acrescidas da resistência ao trabalho analítico, elas de fato chegam a impedir a continuidade de muitos tratamentos.

Passemos, então, ao relato dos casos e vejamos como o tratamento da criança depende, em certo modo, da inserção dos pais e dos efeitos transferenciais despertados durante o trabalho analítico.

5.1.1 Joana e a separação

Um dos primeiros casos que atendi durante a experiência no SIPA/IPUB foi o de uma menininha muito esperta que, neste trabalho, resolvi chamar de Joana. Quando chegou ao serviço, ela tinha 8 anos e nunca havia feito psicoterapia. Sua mãe, Lúcia, resolvera procurar ajuda porque, desde a separação dos pais, a criança apresentava-se mais agitada, ansiosa, às vezes, sensível e chorosa. Tinha dificuldades para dormir, alguns comportamentos obsessivos, e seu rendimento escolar havia caído. Lúcia acreditava que tudo isso estava relacionado às atitudes “irresponsáveis” do pai das crianças (Joana tinha uma irmã mais velha), que “sumia” da vida das filhas como forma de punir a mãe pela separação.

Quando Paulo (o pai de Joana) e Lúcia se conheceram, Jéssica, a irmã mais velha de Joana, tinha por volta de três anos de idade. Paulo, que tinha outros filhos com quem não mantinha uma boa relação, logo ficou encantado com a pequena Jéssica e, de fato, passou a tratá-la como filha. No entanto, o fato de não ser pai biológico de Jéssica transformou-se em segredo de família e só pôde ser revelado durante o tratamento das duas meninas – Jéssica também estava em psicoterapia no mesmo serviço.

Joana não foi planejada, mas foi muito bem recebida pela nova família constituída. Lúcia teve uma gravidez e parto sem intercorrências, porém esteve bastante ansiosa, pois aos seis meses de gestação teve que sair de licença em

função de uma tendinite; passou três meses “parada” em casa esperando o nascimento do bebê. Nesse período, Lúcia comia descomedidamente, pois assim seu “bebê ficava quieto”. Até o oitavo mês, esperava-se a chegada de um menino, cujo nome e enxoval já haviam sido escolhidos.

Joana nasceu bem grande e pesada, *“ela parecia um menininho, bem durinha já, parecia um lutador de sumô”*, disse a mãe. Apresentou intolerância ao leite e problemas de refluxo aos quatro meses, o que provocou bastante sofrimento ao bebê e a sua família nesse período. Passados os episódios difíceis com relação à alimentação, Joana desenvolveu-se normalmente, exibindo somente uma leve dificuldade na fala devido à rapidez com que articulava as palavras o que, por sinal, se assemelhava ao modo ansioso com que a própria Lúcia falava.

Antes da separação dos pais, Joana tinha uma ótima relação com Paulo. Por ter um horário mais flexível no trabalho, era ele quem dava mais atenção às filhas: preparava o almoço, ajudava com as tarefas escolares, etc. Mas as brigas por motivos de ciúmes da mulher, e o frequente uso de bebidas alcoólicas pelo pai, provocou a separação nada amigável do casal. A briga se estendeu na justiça e, passados dois anos, quando Lúcia procurou ajuda para as filhas – de maneira indireta, para ela própria – aquela família parecia exausta diante de tantos conflitos.

No primeiro encontro, Joana mostrou-se muito desenvolta com a analista e logo sinaliza: *“lá em casa só tem mulher... só um primo que me visita”*. Sua mãe, que a acompanhou no início da sessão, reconheceu a queixa da filha, mas começou a lembrar junto com ela que alguns tios e o próprio pai de Joana também a visitam. Já sozinha com a analista, Joana falou de sua irmã, da nova escola *“mais exigente”* e da relação difícil com o pai depois que ele saiu de casa; *“já passei um mês sem falar com ele... uma vez ele disse que não queria mais falar comigo... se eu começo a reclamar ele bate o telefone na minha cara”*.

Contou ainda que vinha se sentindo muito mal, às vezes vomitava na escola e sentia muita dor de cabeça. Falou da tia Nora – prima de sua mãe que cuida dela desde pequena – e da preferência de sua avó pela irmã Jéssica. Revelou-me um segredo: *“acho que minha avó não gosta de mim porque eu nasci no dia em que meu avô faleceu... mas sabe, ele merecia; bebia muito, vivia caindo”*. Pouco depois, Joana voltou a falar da separação dos pais: *“minha mãe sofria muito, eu entendo... acho que meu pai é igual ao pai dela”*.

Parecia clara a divisão da criança: Joana reconhecia o sofrimento que a presença de um pai bêbado causava à sua família, porém temia nas ausências do pai a possibilidade evidente da própria morte dele que poderia ser castigado tal qual seu avô. O discurso religioso evangélico era muito presente na família e parecia justificar muitas ações da mãe no sentido de proteger as filhas da desatenção do pai. Paulo chegou a ser convocado a uma entrevista ainda no começo do tratamento da criança. No entanto, sua negativa se manteve durante todo o período em que acompanhei o caso: *“já que se tratava de uma questão extrajudicial ele não iria falar de sua vida pessoal a uma desconhecida”*.

Lúcia inventava desculpas que só confirmavam Paulo no lugar idealizado em que Joana tinha o pai, e a partir do momento em que mãe e filhas passaram a encarar os fatos e as dificuldades de Paulo, as demandas diminuíram e Joana pôde encontrar outros meios de lidar com a situação.

Joana passou a trabalhar outros conteúdos; costumava brincar e falar das diferenças físicas que tinha em relação à irmã Jéssica sempre associando a alguém da família: da altura à cor e tipo do cabelo ela não conseguia dizer que a irmã parecia com algo de seu pai. Tempos depois, Lúcia me procurou, pois Joana estava mais ansiosa, irritada e apresentara nova queda no rendimento escolar. Revelou-me que não sabe como contar sobre a paternidade de Jéssica, que agora estava descobrindo alguns parentes pelo Facebook, já que suas duas filhas andavam brigando muito e ela temia que Joana utilizasse o fato em alguma dessas situações para “rebaixar” a irmã.

Lúcia não sabia o que fazer com Joana, *“ela não aceita ser chamada atenção, muda de humor rapidamente e a professora dela disse que ela acaba se prejudicando por querer ajudar e agradar os colegas; fez uma conta enorme na cantina da escola porque decidiu comprar chocolates pra todos os amiguinhos”*. Ela questionou a necessidade de procurar um psiquiatra, *“não seria o caso dela tomar algum remédio?”*. Em contrapartida ofereci atendê-la duas vezes por semana e me coloquei à disposição para receber Lúcia quando ela julgasse necessário.

Após a semana do feriado do carnaval, Joana voltou dizendo que não falaria comigo, porque eu não lhe contei uma coisa que sabia. Antes que eu respondesse qualquer coisa, disse que tinha duas coisas para me contar: sua mãe não estava em casa, pois havia feito uma cirurgia e ainda estava no hospital; e a

Jéssica não era sua irmã por parte de pai. Conta que foi a irmã quem lhe contou. “*Eu chorei, primeiro eu não acreditei... sabe, eu e Jéje somos muito unidas, ela sempre fala as coisas pra mim e pra minha vó*”. Lembrou vários acontecimentos anteriores que a deixaram em dúvida sobre a paternidade da irmã. “*Acho que eu já sabia*”, conta. Lúcia só soube da conversa das filhas depois que saiu do hospital e, ao contrário do que temia, as meninas pareciam mais próximas.

Em virtude da cirurgia, Lúcia teve de tirar alguns meses de licença do trabalho, e a convivência diária com as questões da casa e da família a deixavam muito estressada. A relação com as filhas tornou-se difícil e ela sentia que deixou a criação das meninas muito nas mãos da “tia Nora”, que as mimava demais. Sua atenção redobrada, principalmente em relação ao rendimento escolar, era vista por Joana como extremamente ameaçadora. A criança passara a mentir e esconder fatos importantes com medo das retaliações da mãe. Estudar com Lúcia era insuportável, e raramente o pai, com quem ela gostava de estudar, estava disponível.

A análise da criança parecia obstruída e uma sessão conjunta foi acordada com a mãe e a criança. Lúcia pôde então falar, diante de Joana, das angústias e medos que tinha em relação aos comportamentos da filha e ambas puderam ressituar a problemática: embora a mãe se sentisse extremamente afetada pelo “insucesso” escolar da filha foi importante para ela perceber o quanto suas exigências eram encaradas pela criança como puro capricho. Além disso, Joana pôde reconhecer que ela provavelmente sofreria as consequências do próprio “descompromisso”: era ela quem sairia “perdendo”, caso não voltasse a se dedicar.

A presença do psicanalista com quem os pais e a criança estão em transferência pode operar como efeito potencializador ou amortecedor das mensagens enigmáticas possibilitando um efeito particular no recalque dos pais, do filho ou do próprio analista que a partir de então poderá dispor de novos materiais. (ROSENBERG, 2002, p.42).

Tempos depois, Joana conseguira recuperar as notas, chegando a receber elogios da professora no final do ano para alegria de todos. No entanto, um novo “problema” preocupava a família: a redescoberta⁶ da minha saída do serviço dali a

⁶ Todos os pacientes e familiares são informados da dinâmica institucional: a princípio o tratamento tem duração de dois anos – período de duração do curso – com cada psicólogo. Ao final

alguns meses parecia reatualizar o sofrimento experimentado com a separação e saída de Paulo da casa da família. Joana passou então a falar o quanto às vezes demorava a chegar o dia da terapia, de como gostava de conversar e “despejar” as coisas comigo, pois eu conseguia entendê-la etc. Queria saber porque eu teria que sair, “*não tem como você ficar vários anos e anos?*”, “*quanto tempo ainda teríamos?*”.

Lúcia também me procurou aflita quando soube da notícia por Joana e pela tia Nora, que era quem levava a criança para a terapia. Achava que a filha melhorara bastante depois que iniciou o tratamento. Ela agradecia também o jeito como tratei suas questões difíceis, com cuidado e apoio que foram bem importantes quando ela se via em desespero. Sabia que o trabalho precisava continuar, “*parece que a Joana me vê como uma inimiga às vezes*”.

Reafirmei a importância da continuação do tratamento e falei que o sucesso que alcançáramos até ali era fruto da relação de confiança que havíamos estabelecido, eu, ela e Joana. Reconhecia que era difícil para elas aquela interrupção; também era para mim que me dedicara a acompanhá-las durante aquele período. De todo modo, essa separação aconteceria em algum momento.

Na última sessão com Joana ela lembrou vários acontecimentos bons de sua tenra infância: o dia da formatura da mãe, as idas com ela à universidade, a antiga casa em que moravam quando os pais eram casados. Depois, contou que seus pelinhos estavam crescendo e que tinha curiosidade em saber como era ter cólicas assim como sua irmã. As mudanças eram evidentes e inevitáveis e, embora Joana brincasse dizendo que estaria lá na próxima semana, ela não as negava. Lúcia resolveu continuar o tratamento da criança com uma próxima psicóloga, apesar de ter dito que me ligaria, caso ela e a filha não conseguissem se “adaptar” à novidade. Não recebi ligação alguma e tive notícias de que Joana continua indo ao serviço.

do período, caso haja indicação para continuar, os pacientes são encaminhados para outro psicólogo estagiário.

5.1.2 Lucas

Lucas chegou ao SPIA aos dois anos de idade. Foi encaminhado pelo pediatra por estar apresentando sinais autísticos. Ele então começou uma psicoterapia e, ao final de dois anos, seu caso me foi repassado para continuar o tratamento.

Em uma primeira entrevista, Marta me disse que Lucas “estava demais”, não parava quieto, não a respeitava e chegava a agredi-la física e verbalmente. Notei que Marta nunca se referia a Lucas chamando-o de filho e, me surpreendi com o fato dela se sentir tão “indefesa” frente a uma criança de apenas quatro anos de idade. Curiosamente Lucas adorava ir para a escola. Embora tivesse dificuldades de se concentrar em algumas atividades, ele às vezes se mostrava prestativo e ajudava a professora. Ao pai e às avós ele também respeitava quando chamado atenção.

Marta dizia estar cansada, desejava voltar a trabalhar, mas não encontrava apoio algum no marido. João trabalhava muito e acreditava que ela devia se dedicar ao filho que precisava ir frequentemente a médicos e terapias. O casamento não ia bem e os conflitos entre o casal já aconteciam antes mesmo da chegada da criança. Marta conta que teve uma gestação muito conturbada. O filho não foi planejado; ela descobriu que estava grávida depois que teve de parar a pílula devido ao aparecimento de um mioma. Sentia muitas dores e, a partir do segundo mês, saiu do emprego, uma vez que começara a tomar remédio para segurar o bebê.

Quando Lucas tinha um mês de vida, uma briga com a família do marido a deixou muito deprimida e culpada. Eles moravam em uma pequena casa emprestada pelo padrasto de João, que o tinha como verdadeiro pai. O padrasto estava muito doente e sua esposa solicitou a casa imediatamente para que eles pudessem ficar mais próximos dos serviços médicos, deixando poucas alternativas ao casal. No dia da “invasão” da casa, Marta se negou a aceitar o sogro doente no mesmo cômodo em que estava seu filho recém-nascido. A confusão acabou provocando mal estar no sogro, que faleceu poucos dias depois no hospital.

Desde então, Marta passou a sentir-se muito nervosa, sentia medo que roubassem seu filho quando saía de casa. Lucas sempre dormiu na cama do casal com a mãe. Como o pai chegava tarde do serviço, acabava deixando o filho em seu lugar e passou a dormir num colchão no quarto da criança. *“Eu sei que é errado”, diz Marta, “mas não consigo fazer com que ele fique no quarto dele. Já tentei várias vezes, mas ele sempre acorda chorando e volta pro meu quarto dizendo: mãe, eu quero você”.*

Quando encontrei Lucas pela primeira vez, ele saiu disparado em direção ao armário onde ficavam guardadas as caixas de brinquedos. Apresentei-me e falei que a nossa caixa de brinquedos já estava a sua espera na sala de atendimento. Ele entrou como um furacão, explorou os brinquedos e pediu para que eu girasse a bola no dedo igual o seu pai fazia. Perguntei se o pai brincava com ele, respondeu que não. Enquanto construíamos uma casa de massinha, Lucas falou *“tem que colocar os olhos”*. Pergunto: *“ah, então essa casa tem olhos?”*, e ele nada respondeu.

Nesse primeiro momento, em todas as vezes que eu estava conversando com Marta, fosse no corredor ou mesmo na sala de atendimentos, Lucas interrompia batendo ou chutando a porta, ou perguntando e reclamando algo que poderia esperar para ser resolvido pouco depois. Era insuportável para ele ser contrariado: ficava nervoso, gaguejava, se descontrolava. Marta só sabia lhe dizer para se comportar ou então ficaria sem ver TV.

Já a partir do primeiro mês, Marta sinalizara o grande obstáculo ao tratamento: as faltas recorrentes acompanharam todo o processo. De fato, elas indicavam a forte resistência da mãe em sair da posição de gozo em relação ao filho. Lucas era o motivo de sua insatisfação profissional, ao mesmo tempo em que figurava como sua *“companhia”* como ela bem dizia: *“ele assiste a novela comigo e às vezes eu quero dormir e ele quer ficar assistindo o filme que passa depois. Um dia, eu deixei ele sozinho lá assistindo e fui dormir. Pouco depois ele não aguentou e foi pra cama”*.

Embora aparentemente se colocassem à disposição, as tentativas de marcar uma entrevista com os pais juntos, ou mesmo ouvir o pai ao menos uma vez, foram infrutíferas. Marta eventualmente esquecia ou ocorria algum imprevisto que impedia a ida de João, mesmo em dias de folga do trabalho. Ela parecia requisitar a atuação do marido junto ao filho, mas suas atitudes mostravam outra coisa.

Certa vez, Marta revelara que, durante a adolescência, pensava em ter uma “produção independente”. Em seu discurso, João não assumia a função de “educar” e impor os limites à criança ficando tudo a cargo dela. No entanto, ela sentia inveja da festa que o filho fazia quando o pai chegava, enquanto ela, que cuidava do filho e suportava suas tolices o dia inteiro, pouco reconhecimento e carinho recebia dos homens da casa.

As pinturas feitas por Lucas durante as primeiras sessões eram sempre carregadas de um excesso de tinta e uma confusa mistura de cores que tendia sempre para uma espécie de borrão escuro. Enquanto isso, Marta começava a se questionar. Contou que, alguns dias antes, João foi pôr o filho para dormir e acabou pegando no sono também. Ela, para não incomodá-los, resolveu colocar o colchão ao lado da cama para descansar. Contudo, foi acordada por João que, ao se dar conta de que estava dormindo com o filho muito espaçoso e agitado, pedira para trocar de lugar com ela. Marta imediatamente concordou, porém depois ficou pensando: “*ué, porque a gente não colocou o Lucas na cama separada?*”.

Durante as sessões, Lucas pouco falava. Além da pouca idade, sua agitação motora o impulsionava sempre aos jogos e brincadeiras em que ele dominava a cena e me comandava. Por sua mãe, eu ficara sabendo que ele tinha medo de ficar sozinho no quarto dos pais, dizia ter um monstro no guarda-roupa e saía correndo. As crises de ciúmes haviam diminuído quando a criança testemunhara alguma demonstração de carinho entre o casal. Agora ele dizia rindo: “*tá namorando, tá namorando...*”.

A frequência irregular no tratamento dificultava cada vez mais a continuidade do trabalho. Em conversa com a mãe e com a criança, reavaliamos a demanda pelo tratamento e o desejo da família por aquele espaço. Marta colocava que as dificuldades financeiras e os problemas de saúde às vezes a impossibilitavam de levar a criança à consulta, mas julgava o tratamento do filho importante e se comprometera a faltar somente em casos extremos. Na sessão seguinte, Lucas parecia mais disposto a tratar seus conflitos. Empenhado em utilizar as tintas ele fez um primeiro desenho em que constavam: dois grandes olhos, uma boca e um corpo quadrado sem os membros; na segunda prancha, dois olhos e um corpo quadrado equilibravam-se numa corda bamba “*como um palhaço*”. Enquanto pintava Lucas falou: “*eu tenho medo*”;

No terceiro desenho a criança começou traçando um quadrado com dois olhos dentro do contorno: “*é uma barriga, tem um neném dentro*” e começou a sobrepor várias cores dizendo “*tem que brilhar*”. Após misturar todas as cores e produzir um borrão escuro, ele gritou: “*nasceu!*”. Depois pediu outro papel e me perguntou: “*está pronta pra ver? vou te mostrar...*”. Começou a fazer um grande contorno, agora com dois olhos do lado de fora do traçado. Preencheu o contorno novamente misturando várias cores. Dessa vez, mais excitado e enérgico ele utilizou tinta em excesso e chegou a furar o papel. Intervim: “Difícil não misturar as tintas né? Quem gosta de tudo junto assim?”. Para minha surpresa, o pequeno falou: “*A mamãe. Assim fica bonito*”, entre risos sarcásticos. Disse que também percebia que para a mamãe dele era difícil separar-se do bebezinho que ele havia sido e, agora, ele mesmo estava vendo⁷ que, para o desenho ficar colorido, as cores não poderiam estar todas misturadas.

Após essa sessão a mãe recuou e novas faltas sucessivas emperraram o tratamento. Esse “resgate” era sempre viabilizado pela abertura de um espaço para que Marta expusesse suas dificuldades. Algo começava a circular, embora os movimentos de Marta sempre fossem acompanhados de muita resistência. Ela pode falar um pouco do quanto se sentia insegura em “liberar” o filho para brincar com outras crianças do prédio, ou mesmo desmamá-lo. Escondia do marido a mamadeira que dava à criança a noite e, dizia: “*todo mundo acha que ele melhorou muito depois que começou o tratamento; só comigo que às vezes acho que não mudou nada*”.

Um longo período de ausências associou-se às férias de final de ano. Em janeiro, quando tentamos retomar contato e iniciar o processo de passagem para outro analista, já que havia indicação para continuar a terapia, a criança parecia bem e sem medicação há três meses. A relação entre seus pais, entretanto, estava mais difícil, e o drama havia se acentuado por dois motivos: o pai estava desempregado e a mãe possuía uma leve suspeita de estar grávida. “*Acho que é o mioma, mas fica mexendo... é estranho*”. Desde então não deram mais notícias e interromperam o tratamento.

⁷ Em sessões anteriores a criança fez alguns desenhos em que se podia reconhecer cada cor por estarem separadas e repetiu algumas vezes: “não pode misturar, viu?”.

5.1.3

Caio e os fantasmas

Caio, um garotinho de 6 anos, chegou ao serviço acompanhado por sua mãe, Maria. Ela estava ávida por “saber” que doença tinha seu filho. Havia passado por alguns serviços de saúde e Maria precisava confirmar um diagnóstico de “autismo” dado à criança. Na internet, encontrou o site do IPUB e resolveu buscar no SPIA uma resposta para as interrogações em relação ao filho.

A criança apresentava-se excessivamente agressiva nas relações sociais, não aceitava limites, batia e xingava tanto os colegas quanto figuras de autoridade (professora, mãe, avó e tios). Ficava mais agitado com “mudanças”, possuía tiques com as mãos, medo do escuro, e naquele período não estava frequentando a escola, pois a psiquiatra que o acompanhava havia concedido uma licença médica, em função do grave quadro apresentado. Sem grandes progressos no tratamento medicamentoso, Caio foi encaminhado para psicoterapia individual.

Nas entrevistas iniciais, Maria contou que até os três anos Caio era uma criança normal; *“nessa idade ele viu o pai pela primeira e única vez... a minha mãe acha que tem a ver com isso, mas eu acho que fizeram alguma coisa com meu filho na creche, não sei, não sei se não abusaram do meu filho...”* diz ela. Em seguida, Maria passou a relatar a história da doença da criança, história que parecia ser a de sua própria “doença”.

Por volta dos três anos, Caio apresentou assaduras graves no bumbum, o que levantou em Maria a suspeita de abuso sexual, hipótese descartada pelo médico pediatra que cuidou da criança. Imbuída da “quase certeza” de que o filho teria sofrido um abuso ela o tirou da creche, pois não confiava nas pessoas de lá, *“lá também recebiam crianças de risco”*. Depois desse episódio, ela orientou o filho a tomar cuidado com as pessoas, principalmente os homens, *“tá cheio de pedófilo por ai, se alguém encostar em você, te colocar no colo, entra de porrada mesmo, se falarem que vão me fazer alguma coisa, me matar, não acredita, deixa me matarem mas não deixa ninguém encostar em você”*.

Quando descobriu a gravidez, Maria já estava separada do pai de Caio e, desempregada, voltou para a casa da mãe onde morava também uma irmã, mulheres com as quais sempre teve muitos conflitos. O pai não assumiu a criança

e tempos depois se casou com outra mulher. “*Antes de ele dizer pra eu tirar, eu disse logo que teria, aquele filho era meu*” diz Maria. Não importava o que Caio representava no desejo do pai que, nas palavras de Maria, não passava de um esquisito, certamente um doente mental. Ela, pelo menos, havia percebido a doença do filho logo no início, e se lamentava: “*acho que escolhi mal o pau (Pai) do meu filho... eu podia ter evitado, tinha certeza que tinha engravidado naquele dia...*”. Associava ainda a doença da criança à de uma irmã que faleceu ainda adolescente – “*começou no joelho e foi pra cabeça... ela era igualzinha ao Caio, agressiva, xingava e batia na minha mãe*”.

A construção da mãe em torno da doença do filho parecia uma projeção dos “abusos” que ela própria havia sofrido. Maria perdeu o pai aos seis anos de idade, e contava que sempre teve de se virar sozinha: “*minha mãe nunca foi presente, eu aprendi tudo na porrada... levava pra escola aqueles desodorantes com álcool para me proteger dos meninos, sabe? Batia mesmo pra me defender... vivi muito na rua, já vi cena de abuso*”. Relatava algumas experiências perturbadoras. Ela mesma não sabia o que fazer com essas marcas, marcas que faziam seu filho adoecer. De acordo com Maud Mannoni (1971, p.57), “o fantasma é uma história precisa que só pode sair da angústia e implica para o sujeito ameaça vinda do Outro, com o perigo de lesão corporal...”.

A escuta dessa mãe tornou-se imprescindível na condução do tratamento da criança. Maria parecia procurar, através do filho, uma cura para si mesma. Desde o nascimento de Caio, ela não conseguira voltar a trabalhar de forma efetiva. Não tinha motivo algum para comemorar seu próprio aniversário: “*nasci no dia em que meu filho nasceu, só comemoro esse dia...*” dizia entre lágrimas. A chegada do filho trazia a promessa de uma nova vida, no entanto, Maria parecia revelar com crueza a que realidade fantasmática e traumática estava presa.

Completamente dependente em relação a sua própria mãe, inclusive financeiramente, Maria queixava-se de modo quase infantil da ausência de lugar junto ao amor da mãe: “*ela sempre defendeu minha irmã, nunca ficou do meu lado...*”. De maneira inversa, ela não se separava do filho. Faziam tudo juntos: passeios, natação, até na escola nova havia uma sala “*para as mães ficarem perto.*” “*Não entendo porque ele faz isso comigo*”, como Caio poderia opor-se a tanta dedicação e amor materno?

Na primeira sessão, Caio não ofereceu qualquer resistência para entrar sozinho com a analista. Enquanto explorava os brinquedos da caixa dizia “*não conseguir parar de fazer má criação*”. Sua fala era agitada. Não se sentava para brincar. Inteiro inquieto ficava irritado por não conseguir construir o castelo tal como o modelo exibido na caixa do brinquedo. “*tô confuso*”, dizia. Tentei lhe ajudar, dizendo que poderíamos construir da maneira que quiséssemos. Ele se irritou ainda mais, “*você tá doida? Sua boboca, idiota, safada...*”. Ficou encantado com outro brinquedo (uma bola de silicone que brilha) e o nomeia de *ouriço do mar*. Em desespero, gritou: “*como é que faz ele parar, eu preciso, eu preciso ter o controle*”.

As sessões seguintes giraram em torno de narrações encenadas das historinhas da turma da Mônica. Caio não sabia ler, mas contava com detalhes as histórias lidas por sua mãe e os episódios que assistia no DVD. Preocupava-se com a ordem dos acontecimentos nas histórias, atrapalhava-se, angustiado dizia “*tá tudo errado*” na narração que parecia ser a de sua própria história: “*o Cascão é ridículo, burro... a Mônica⁸ é forte mesmo sem o coelho... os planos do Cebolinha não funcionam porque o Cascão estraga tudo*”.

As dificuldades de Maria eram o impedimento ao tratamento. Faltas eram recorrentes, e ao final do terceiro mês eu só havia tido cinco encontros com a criança. Uma nova psiquiatra assumiu o caso em virtude da primeira médica que o atendia haver se desligado do serviço. Como veremos, a mudança mostrou-se catastrófica para mãe e criança.

Caio passou a ficar mais agressivo nas sessões: xingava, ameaçava bater, batia, entrava e saía da sala. Chegou a esconder-se na sala da recepção quando ia chamá-lo para o atendimento: “*cadê ela?*”, disse assustado. Perguntei de que ele sentia medo. Ele irritado disse: “*não dá pra explicar, não dá pra explicar... vamo jogar, vamo!*”. Durante o jogo, ele interrompeu e, com uma voz ameaçadora, falou: “*a minha mãe contratou você e aquela outra doutora nova pra me pegarem né?*”. Mãe, psicóloga e psiquiatra possuíam, para ele, o mesmo valor simbólico: um outro feminino ameaçador e persecutório.

⁸ A criança fez um único desenho durante todo o período do tratamento: “vou desenhar eu na barriga da minha mãe, aquela *dentuça, gorducha...* eu queria voltar pra barriga da minha mãe, eu era feliz”. (anexo)

Maria encontrara dificuldades para receber o tão esperado diagnóstico. A equipe médica trabalhava com a hipótese de um transtorno hipercinético⁹ associado a transtorno de conduta, mas ela continuava a fazer seu apelo em outros lugares. Caio iniciara uma avaliação neuropsicológica em uma ONG, onde trabalhavam com a hipótese de psicose infantil inespecífica. Nenhum desses saberes aplacava a angústia de Maria, embora a entrada de um profissional do sexo masculino (um fisioterapeuta) tenha, de alguma maneira, começado a barrar o gozo dessa mãe. Ela começou a falar da condução do trabalho desse fisioterapeuta e do quanto era difícil para ela e o filho se submeterem a algumas regras. Caio havia me dito que, certa vez, conseguiu controlar sua *má criação* quando diante desse doutor.

A esta altura (após 12º encontro), a criança já havia retornado à escola, onde permanecia uma hora por dia, em atividades focais acompanhadas por uma professora. Já escrevia seu nome e algumas palavras. Elegeu o jogo UNO para eu ensinar-lhe, e brincávamos durante as sessões. Inicialmente, teve dificuldades para entender e seguir as regras do jogo; não aceitava perder em hipótese alguma, chegando a me agredir e ameaçar rasgar as cartas do jogo. Ao poucos, tornou-se mais flexível, embora não reconhecesse quando ganhava a partida, e se descontrolasse todas as vezes em que perdia.

Em um dos nossos encontros revelou já ter 7 anos e então lhe perguntei como foi seu aniversário: “*eu ganhei um pião, mas eu quebrei ele depois..nunca mais vou querer ter um pião na vida...*”, contou irritado e decepcionado. “Você ficou triste?”, perguntei. Parecendo dar-se conta de sua tristeza naquele momento, Caio respondeu que sim e num misto de choro e desespero, grita: “*porque você perguntou sobre isso?*”. Caio não suportava qualquer fala que escancarasse sua falta e imediatamente pediu para voltarmos para o jogo.

⁹ Grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hipercinéticas são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são frequentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham frequentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de auto-estima. Fonte: CID-10, F-90.

No momento em que Maria iniciou sua psicoterapia com outra psicóloga do serviço, Caio começou a falar de seu medo de escuro, de monstros e fantasmas: *“a minha mãe não me ouve, ela diz que monstro não existe... eu sei que não existe mas tenho medo”*. Desenvolveu, a partir disso, uma brincadeira com fantasmas. Quando desligava a luz da sala e ligava o ventilador no máximo – o que fazia certo barulho – os fantasmas apareciam para nos assustar. Para nos defendermos, criamos fórmulas que enfraqueciam os fantasmas. Ele disse que, primeiro, eles perderiam o poder de ultrapassar coisas e paredes; depois eles não conseguiriam mais voar, só andar. Assim, pulariam da janela, cairiam e morreriam. Contudo, eles se recuperariam e voltariam transformados: já que não voariam, não seriam mais fantasmas e sim monstros ou vampiros.

Embora continuasse apresentando-se essencialmente agitado e irritável, Caio vinha produzindo bastante em suas últimas sessões. Desde sua primeira sessão, a criança pareceu sinalizar seu sofrimento e dirigir certo apelo à analista no sentido de ressignificar o que lhe ocorria: *“eu não consigo parar de fazer má criação”*, *“eu preciso ter o controle”*.

Transferência intensificada, Caio fazia da relação analítica um verdadeiro playground de suas vivências: ora chamava a analista de vó, tia, brincava e a tinha como uma aliada na luta contra os fantasmas, ora só havia espaço para dirigir-se agressivamente à analista, mostrando-se pouco aberto a negociações, tendo como frágil recurso a vitimização diante das recusas da analista em continuar o pacto com o que de sintomático se repetia. Se a oferta analítica se caracteriza diretamente por uma oferta de escuta é porque algo do sintoma pode ser articulado na linguagem significante. Caio recuava sempre que algum questionamento da analista lhe convocava a falar sobre algo difícil. Mas ele não emudecia, pedia para brincar e no brincar suas dificuldades também apareciam e tinham oportunidade de serem ressignificadas.

Ainda que os atendimentos fossem extremamente difíceis e angustiantes, eram notórios alguns efeitos do trabalho analítico empreendido por Caio. Contudo, como vimos, a cura de uma criança depende da transferência dos pais, e a mudança ocorrida na equipe psiquiátrica havia instalado um verdadeiro mal-estar entre a mãe e a própria equipe institucional. Em virtude da complexidade do caso, das faltas recorrentes e da discordância da mãe quanto ao diagnóstico e condução clínica da nova psiquiatra, vários elementos do contexto de atendimento

institucional foram reavaliados: segundo a psiquiatria, a criança não respondia à medicação, porque o eixo central de seus sintomas estava situado no confuso e violento ambiente familiar, ou seja, a psiquiatria nada tinha a fazer, o trabalho deveria ser ampliado à família. Por outro lado, o trabalho de análise que vinha sendo desenvolvido no ambulatório logo sofreria mudanças, pois, a cada finalização do curso de especialização, o caso é encaminhado a outro analista, dinâmica que, neste caso, poderia tornar-se problemática à condução do trabalho.

Diante deste panorama, e das reações transferenciais despertadas na instituição, a equipe clínica decidiu por encaminhar a criança e sua família para tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil em sua área de referência. Decisão tomada, restava-me conduzir o processo de encaminhamento da melhor maneira possível. Era preciso construir um novo espaço de acolhimento em que aqueles sujeitos pudessem se engajar e continuar o tratamento. Maria deixara clara a sua insatisfação e frustração em relação aos médicos, e o trabalho que tentávamos, naquele momento, não fora capaz de fazê-la deslocar a questão. Sua peregrinação por vários serviços reforçava a ideia de que ninguém seria capaz de “saber” o problema do seu filho. Sobre esse tipo de situação Mannoni nos diz:

É essencial compreender-se, porque serve de modelo a certo tipo de relação *mãe-médico* (a criança é aí utilizada para sublinhar a carência do médico). Mas o jogo da análise se processa também em outro nível. É a partir da relação patogênica *mãe-filho* que o trabalho analítico deve ser feito (não denunciando a relação dual, mas a introduzindo tal como na transferência): é por aí que assistiremos de início a um revestimento narcísico da mãe: em seguida, é numa relação ao outro que vai surgir o elemento terceiro (significante) que permitirá à mãe situar-se (quer dizer, situar-se em relação a seus próprios problemas fundamentais, não mais neles incluindo a criança) (MANNONI, 1971, p.81).

Com muita dificuldade, Maria e o filho conseguiram chegar ao serviço referenciado e iniciaram entrevistas de avaliação. Quando, em sessão, iniciei a conversa sobre seu desligamento e transferência para o novo local de tratamento, Caio logo modificou a entonação da voz, apertou meu rosto e disse: “*fantasmas... eles vão embora e depois voltam*”. Ficou agitado, agressivo. Interpretei sua reação, disse que talvez estivesse com tanta raiva que gostaria até de me matar. “*Matar?*”, ele se surpreendeu e jogou em mim todas as peças do dominó. “*Porque não foi de verdade?*” questionou. Depois pediu para brincar, mas *sem falar*.

Dispôs em fileira as peças do dominó. “*Tem que ir até o fim... acho que não vai dar pra ir até o fim, né?*” e derrubou as peças.

No penúltimo encontro ele contou que estava aprendendo a subir em uma barra de ferro, “*tem que ter força, só que tem uma hora que eu paro, aí eu pulo e caio*”. Falou que tentou ensinar sua mãe a jogar UNO: “*eu expliquei direitinho, mas ela é burra mesmo*”. Um mês e meio após essa sessão, depois de haver tentado marcar, por diversas vezes, a sessão de encerramento com Maria, convidei Caio e sua mãe para entrarem juntos. Ele questionou o motivo de eu não atendê-lo sozinho, e sua mãe entendeu que ele queria expulsá-la da sala. Ele então disse: “*eu não quero expulsar você, só quero que saia*”. Diante de seu pedido, resolvi atendê-lo primeiro e só depois chamar sua mãe. Ela saiu contrariada e quando comentei esse pequeno episódio, a criança falou: “*ela não entende*”.

Descobriu uma outra porta na sala que se encontrava fechada. Entrou e saiu da sala, fingiu estar *preso*. Dirigiu-se até a janela e falou que se jogar por ela não lhe parecia uma boa ideia. Pediu uma solução. Completamente insegura com aquele “*fechamento/interrupção*” do trabalho que vínhamos fazendo, respondi que podíamos descobrir, estava na nossa cabeça. Nesse momento, ele pediu para jogar UNO, como de costume, e acabou descobrindo um jogo de baralho comum. Solicitou que eu o ensinasse e fez várias perguntas sobre aquele jogo. Encontrei nessa situação uma maneira de introduzir esse outro lugar onde ele poderia solicitar ajuda. Aquele era um novo jogo, com novas regras e ele poderia aprender com o psicólogo que já o estava acompanhando no CAPSI. Ele aceitou o jogo como presente, saiu da sala e ficou aguardando na recepção enquanto conversava com sua mãe.

Resolução senso comum? De fato, naquele momento eu parecia querer assegurar o que na verdade era simplesmente uma possibilidade: que ele topasse jogar um novo jogo, continuasse sua análise sem sentir como perda aquele primeiro tempo. Sustentar o desejo de analista diante de demandas institucionais tão demarcadas era tarefa difícil. Caio demonstrou claramente, em sua última sessão, que gostaria de preservar o seu espaço de análise: “*eu não quero expulsar você, só quero que saia*”, disse à mãe. Além disso, vários elementos demonstraram suas tentativas de elaboração dos conflitos em que se via envolvido. Diante disso, nos perguntamos: porque tanta descrença quanto à eficácia da psicanálise por parte da equipe, neste caso? Porque interromper um

tratamento baseado na ideia de que há um dispositivo “melhor” para conduzir o caso?

De fato, estas perguntas só puderam ser formuladas após a construção dos casos aqui apresentados. No momento da decisão pelo encaminhamento de Caio, nem mesmo eu, enquanto analista, pude sustentar a continuidade do tratamento. As resistências vinham também de outra fonte. Observamos que o arranjo institucional do ambulatório de psiquiatria infantil infelizmente encontra uma série de limitações: a falta de confiança no tratamento analítico no contexto de casos graves; a ausência de estratégias concretas para o atendimento dos pais e familiares; a falta de um espaço mais efetivo para discussão em equipe (psiquiatras, psicólogos e supervisores), questões que apareceram a partir destes dois últimos casos, que servem para nossa reflexão e, quem sabe, de inspiração para a reformulação do modelo de assistência ambulatorial.

Ainda que apresentem limitações, reconhecemos que o trabalho desenvolvido nos ambulatórios públicos é de fundamental importância e até mesmo organizador para as famílias e suas crianças e adolescentes.

O fato de se sentir acolhido por um profissional ou por um serviço, num mundo muitas vezes ameaçador e persecutório, pode em si mesmo viabilizar que a criança ou o adolescente experimentem ou voltem a experimentar situações corriqueiras como ir à escola, à praça, ao supermercado, andar de ônibus. (...) trata-se de oferecer oportunidades para que possam fazer experiências de subjetivação e talvez assim abrir algumas portas para que avancem no enfrentamento do mundo. (OLIVEIRA, 2007, p.44).

Esse efeito regulador que o espaço institucional, ou melhor, que o espaço de escuta oferece aos pacientes e familiares foi percebido em todos os casos. Percebemos que no caso de Joana, talvez por seus sintomas exibirem claramente uma questão familiar, as intervenções junto à mãe e à criança produziram efeitos mais rápidos e novos conteúdos puderam movimentar o trabalho analítico. Nos dois últimos casos (Lucas e Caio), contudo, encontramos muito mais dificuldades. Reconhecíamos que a questão central perpassava diretamente a relação da mãe com a criança, mas só abrir um espaço para escutá-las parecia insuficiente.

Apesar da análise de Caio e de Lucas agenciarem conquistas importantes à construção daqueles sujeitos – Lucas teve uma boa inserção escolar que talvez tenha sido resultado do trabalho feito precocemente, e Caio voltara à escola e já

brincava com outras crianças na pracinha sem agredi-las – sentimos que algo de nossas intervenções “falhava” junto a essas mães. Seria o caso de também tratá-las já que só conseguiam se dirigir ao analista de seu filho? De que modo faríamos isso? Ou nossos esforços deveriam objetivar o redirecionamento dessa demanda não como condição para analisar a criança, mas como decisão própria dos pais?

Tais questões permanecem em aberto. O que se percebe é que,

A criança doente faz parte dum mal-estar coletivo, sua doença é um suporte de uma angústia dos pais. Tocando no sintoma da criança, arriscamo-nos a fazer emergir brutalmente o que nesse sintoma servia para alimentar ou, ao contrário, a diluir a ansiedade do adulto. (MANNONI, 1971, p.73)

Evidenciar o problema da ligação patogênica mãe-filho não parece ajudar muito nesse processo. A condução médica psiquiátrica geralmente vai nesse sentido e, se a análise também segue esse caminho, facilmente se verá impedida em algum momento. É que tal relação não pôde ser simbolizada pela mãe e entendemos que esse apelo que ela faz ao analista do filho vislumbra justamente essa significação. Então que posição tomar diante de uma relação de trabalho que surge atrelada a outro sujeito em cena: a criança? Como especificar e manejar tais relações transferenciais?

Questões não respondidas mobilizam futuras investigações...